



**UNIVERSIDAD DON VASCO, A.C.**

Incorporación No. 8727-25 a la  
Universidad Nacional Autónoma de México  
Escuela de Psicología

**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE AUTOESTIMA Y LA  
PRESENCIA DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN LOS ALUMNOS  
DEL CETIS 27**

Tesis

Para obtener el título de:

Licenciado en Psicología

Francisco Antonio Bravo Mejía

Asesor: Lic. Héctor Raúl Zalapa Ríos

Uruapan, Michoacán. 15 de enero de 2019



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

# ÍNDICE

## **Introducción.**

Antecedentes. . . . .	1
Planteamiento del problema. . . . .	5
Objetivos. . . . .	6
Hipótesis. . . . .	7
Operacionalización de las variables. . . . .	8
Justificación. . . . .	8
Marco de referencia. . . . .	9

## **Capítulo 1. La autoestima.**

1.1 Conceptualización de la autoestima. . . . .	12
1.2 Importancia de la autoestima. . . . .	14
1.3 Origen y desarrollo de la autoestima. . . . .	17
1.4 Componentes de la autoestima. . . . .	20
1.5 Características de la autoestima. . . . .	24
1.6 Pilares de la autoestima. . . . .	27
1.7 Niveles de la autoestima. . . . .	32

## **Capítulo 2. Trastornos de alimentación.**

2.1 Antecedentes. . . . .	41
2.2 Definición y características clínicas de los trastornos alimentarios. . . . .	43

2.2.1 Anorexia nerviosa. . . . .	43
2.2.2 Bulimia nerviosa. . . . .	45
2.2.3 Obesidad. . . . .	49
2.2.4 Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas. . . . .	49
2.2.5 Vómitos en otras alteraciones psicológicas. . . . .	50
2.2.6 Trastorno por atracón. . . . .	50
2.2.7 Trastorno de la conducta alimentaria en la infancia. . . . .	51
2.3 Esfera oroalimenticia en el infante. . . . .	54
2.3.1 Organización oroalimenticia. . . . .	54
2.3.2 Alteraciones en la esfera oroalimentaria. . . . .	56
2.4 Perfil de las personas con trastornos de alimentación. . . . .	57
2.5 Causas del trastorno alimenticio. . . . .	60
2.5.1 Factores predisponentes individuales. . . . .	60
2.5.2 Factores predisponentes familiares. . . . .	63
2.5.3 Factores socioculturales. . . . .	65
2.6 Percepción del cuerpo en el trastorno alimenticio.. . . .	66
2.7 Factores que mantienen los trastornos alimenticios. . . . .	67
2.8 Trastornos mentales asociados a los trastornos alimenticios. . . . .	68
2.9 Tratamiento de los trastornos alimenticios. . . . .	71

**Capítulo 3. Metodología, análisis e interpretación de resultados.**

3.1 Descripción metodológica. . . . .	75
3.1.1 Enfoque cuantitativo. . . . .	75
3.1.2 Investigación no experimental. . . . .	77

3.1.3 Diseño transversal . . . . .	78
3.1.4 Alcance correlacional. . . . .	79
3.1.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos. . . . .	81
3.2 Población y muestra. . . . .	86
3.3 Descripción del proceso de investigación. . . . .	88
3.4 Análisis e interpretación de resultados. . . . .	90
3.4.1 Nivel de autoestima en los alumnos del CETis 27. . . . .	90
3.4.2 Indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en los alumnos del CETis 27. . . . .	93
3.4.3 Relación entre el nivel de autoestima y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios. . . . .	96
Conclusiones . . . . .	102
Bibliografía . . . . .	104
Mesografía . . . . .	106
Anexos.	

# INTRODUCCIÓN

El presente estudio se orientó a revisar la relación entre el nivel de autoestima y la presencia de trastornos alimenticios en los alumnos de una institución pública del nivel de bachillerato. Como primer asunto, se muestran enseguida los elementos contextuales necesarios para brindar al lector un panorama inicial.

## **Antecedentes**

En el presente estudio se tomaron en cuenta dos variables de especial importancia en el ámbito de la psicología: autoestima y trastornos alimenticios.

Según la Real Academia de la Lengua Española (2001), la autoestima se define como la valoración de sí mismo, que generalmente es positiva aunque existen diferentes autores que abundan en la definición de este concepto, tal es el caso de Branden (2008), quien plantea el concepto de autoestima como un juicio de valor importante para cada persona, en donde juegan un papel fundamental la voluntad, las emociones, los valores, el entorno social y la imagen que se tiene de sí mismo, al grado de plantearla como una necesidad básica.

Debido a que en la presente investigación se pretende dar a conocer la relación de la autoestima con los trastornos alimenticios, se definirá el concepto de

estos términos, además de dar a conocer cuales son los que más afectan a la sociedad uruapense en la actualidad.

Los trastornos alimenticios, según la Organización Mundial de la Salud son considerados “Trastornos mentales y de comportamiento con consecuencias nutricionales, biológicas, psicológicas y sociales”. ([http://w110.bcn.cat/portal/site/Joves/menuitem.fcc7c99428df85297ca47ca4a2ef8a0c/?vgnextoid=2cfaa29f5a6a8210VgnVCM10000074fea8c0RCRD&vgnnextchannel=2cfaa29f5a6a8210VgnVCM10000074fea8c0RCRD&lang=es\\_ES](http://w110.bcn.cat/portal/site/Joves/menuitem.fcc7c99428df85297ca47ca4a2ef8a0c/?vgnextoid=2cfaa29f5a6a8210VgnVCM10000074fea8c0RCRD&vgnnextchannel=2cfaa29f5a6a8210VgnVCM10000074fea8c0RCRD&lang=es_ES); 2012).

Según Jarne y Talarn (2000), la bulimia es un trastorno que se caracteriza por un modelo de alimentación anormal, con episodios de ingesta descontrolada seguidos por maniobras para eliminar las calorías ingeridas. Después del episodio, el sujeto se siente malhumorado, triste y con sentimientos de autocompasión o menosprecio.

De acuerdo con Duker y Slade (2003) la anorexia es un trastorno caracterizado por la inanición voluntaria o autoinducida de alimentos y ejercicio excesivo e intenso. Las personas con este padecimiento organizan toda su vida en términos de malnutrición constante.

Para diferenciar entre una y otra variable se tomara en cuenta a Duker y Slade (2003: 35): “la principal diferencia es que mientras la bulímica tiene que enfrentar a diario muestras de su incapacidad para controlarse a sí misma y lo que come, la

anoréxica hambrienta que pierde peso siente que mantener el control es un triunfo, algo positivo.”

A continuación se mencionaran algunos estudios donde se han tomado en cuenta las variables de las que se ha hablado.

En el 2009 se llevo a cabo una investigación haciendo referencia a los trastornos alimentarios, su relación con la imagen corporal y la autoestima en adolescentes.

El lugar de dicho estudio fue la Universidad Veracruzana de México, se tomó una muestra de 298 adolescentes alumnos de secundaria (153 mujeres y 145 hombres) entre los 12 y los 14 años de edad (Moreno y Ortiz; 2009).

Se elaboró un cuestionario de datos generales para contextualizar a la población y se registró la talla y el peso actual para obtener el índice de masa corporal (IMC), se utilizaron además el Test de Actitudes Alimentarias (EAT) de Garner y Garfinkel (1979), el Cuestionario de la Figura Corporal (BSQ) de Cooper y el Cuestionario de la Evaluación de la Autoestima para alumnos de enseñanza secundaria (SEA) de García.

Se concluyó en el estudio que las mujeres tienen mayor propensión hacia el tipo de trastornos alimenticios, destacando que tanto hombres como mujeres se



encuentran en una etapa de crecimiento y desarrollo en el que están constantemente evaluándose, por lo cual existe una tendencia a presentar baja autoestima.

Por otro lado, García (2012) estudió el nivel de autoestima en los estudiantes obesos de educación media de la Escuela Secundaria Federal No. 2 de Uruapan, Michoacán. El enfoque de su investigación fue cuantitativo, no experimental, de extensión transversal y de alcance descriptivo. Para la obtención de los datos se utilizó como técnica el método de índice de masa corporal (IMS) de Korbman (2007), la Prueba de Autoestima Juvenil (PAJ) de Benítez y García (2008), además de una encuesta.

Para la muestra seleccionó 45 alumnos con un IMC igual o mayor a 30. Resultó que el 65% de la muestra presentó un nivel de autoestima bajo, el 33% se encontraba con un grado normal y el otro 2% manifestó una alta autoestima. La conclusión del estudio fue que los alumnos con problemas de obesidad tienden a presentar baja autoestima.

Debido a que el personal del centro de estudios seleccionado, ha manifestado la existencia de trastornos alimenticios en los estudiantes y por ende, la presencia de un bajo nivel de autoestima en los mismos, se llevó a cabo la presente investigación con la finalidad de ayudar en el entendimiento de dicha problemática y contribuir de manera significativa en la superación de la misma.

## **Planteamiento del problema**

En la actualidad, los términos autoestima y trastornos de alimentación o alimentarios están de moda entre los jóvenes, aunque no es de extrañarse que los utilicen sin conocer su significado real y por lo tanto, las variantes que pueden presentar.

En la etapa de la adolescencia, los individuos presentan un mayor riesgo a ser persuadidos con facilidad, puesto que su poca experiencia de vida, aunada a cambios hormonales, físicos, psíquicos, sociales y familiares, constituyen una combinación propicia para generar conflictos en la vida social del sujeto.

Debido a la abundancia de los medios de comunicación, la facilidad de acceder a ellos y su intención de globalizar la imagen del cuerpo perfecto, el adolescente es bombardeado de información que únicamente logra alterar su realidad y le hace más difícil una sana concepción de sí mismo.

En el CETis 27 no se cuenta con información relevante sobre los factores que podrían estar generando sentimientos de baja autoestima y la tendencia hacia los trastornos de alimentación entre la comunidad estudiantil. Por lo tanto, la presente investigación pretende responder al siguiente cuestionamiento:

¿En qué medida se encuentran relacionados el nivel de autoestima y la presencia de indicadores psicológicos de los trastornos alimenticios, en los alumnos del CETis 27 de la ciudad de Uruapan, Michoacán?

## **Objetivos**

Los objetivos son las metas que se persiguen con la investigación, plasmando la intencionalidad de la misma. Enseguida se presentan los que se emplearon en este caso.

### **Objetivo general**

Identificar estadísticamente el nivel de correlación existente entre el nivel de autoestima y la presencia de indicadores psicológicos de trastornos alimenticios en los adolescentes del CETis 27, de Uruapan, Michoacán, en el ciclo escolar 2013-2014?

### **Objetivos particulares**

1. Definir el concepto de autoestima.
2. Analizar las principales aportaciones teóricas en torno a la autoestima.
3. Encontrar las causas principales tanto de una autoestima alta como de una baja.
4. Definir el concepto de trastornos alimenticios.

5. Encontrar la etiología principal de los trastornos alimenticios.
6. Medir el nivel de autoestima en los estudiantes del CETis 27
7. Evaluar de manera cuantitativa el nivel de autoestima en los sujetos de estudio.

## **Hipótesis**

De acuerdo con la información que se conoce sobre las variables enunciadas en el título de esta tesis, se elaboraron las siguientes predicciones en torno a la realidad esperada.

### **Hipótesis de trabajo**

Existe correlación estadísticamente significativa entre el nivel de autoestima y los trastornos alimenticios en los alumnos del CETis 27 de Uruapan, Michoacán.

### **Hipótesis nula**

Los trastornos alimentarios no se vinculan de manera estadísticamente significativa con el nivel de autoestima entre los sujetos de estudio.

## **Operacionalización de las variables**

Para la autoestima se tomó como indicador de la presencia de esta variable el puntaje normalizado (no bruto) que arrojó la administración del test psicométrico denominado Inventario de Autoestima, del autor Stanley Coopersmith (referido por Brinkmann y Segure; 1988). Esta prueba psicométrica posee los estándares de validez y confiabilidad exigidos por la comunidad científica de la psicología.

En cuanto a los trastornos alimenticios, se destacaron los resultados obtenidos del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI 2) del autor David M. Garner; dicho instrumento mide los indicadores psicológicos asociados a los trastornos de la conducta alimentaria en once escalas, presentando los resultados en percentiles.

## **Justificación**

El presente estudio beneficiará directamente al Centro de Estudios Tecnológicos, Industrial y de Servicios No. 27, de Uruapan, Michoacán, ya que en dicha institución no se han llevado a cabo estudios en torno a la relación que existe entre la presencia de un trastorno alimenticio y el nivel de autoestima en los alumnos, por lo tanto, uno de los objetos de la presente investigación es llenar el vacío existente en cuanto al tema en dicho contexto.

Los resultados que arrojó la investigación se darán a conocer de manera confidencial a cada uno de los participantes, con la intención de mejorar la percepción que tienen de sí mismos y con ello contribuir en el sano desarrollo de su personalidad, además de coadyuvar para que convivan de manera armoniosa en su ambiente familiar, escolar y social.

Es indispensable enfatizar que la investigación la llevó a cabo un profesional en el ámbito de la psicología ya que es el agente más indicado para abordar temas relacionados con la autoestima y los trastornos alimenticios.

### **Marco de referencia**

La presente investigación se llevó a cabo en el Centro de Estudios Tecnológicos, Industrial y de Servicios No. 27, “José María Morelos y Pavón” (CETis 27), fundado en el año 1978 con registro ante la Secretaría de Educación Pública 16DET0010N. Está ubicada en Km. 66.8 de la carretera Carapan – Uruapan, Col. La Basilia, en Uruapan, Michoacán. El kilómetro 66.8 se encuentra alejado de la zona urbana, por lo que la mayoría de los estudiantes llega a la escuela en servicio de transporte urbano.

Su misión consiste en formar jóvenes con conocimientos tecnológicos en las áreas industrial, comercial y de servicios, a través de la preparación de bachilleres y profesionales técnicos, con el fin de contribuir al desarrollo sustentable del país.

Su visión radica en ser una institución de educación media superior certificada, orientada al aprendizaje y desarrollo de conocimientos tecnológicos humanísticos.

El plantel ofrece bachilleratos tecnológicos en las siguientes áreas:

- Informática.
- Construcción.
- Contabilidad.
- Electricidad.
- Enfermería general.
- Electrónica.
- Secretario ejecutivo.

Este centro de estudios cuenta con una cooperativa escolar, dos estacionamientos (uno para el personal docente y otro para los estudiantes), una biblioteca, un patio cívico, dos canchas de básquetbol, una cancha de futbol soccer, una área de recreación y actualmente se encuentra en proceso la construcción de un centro de atención para alumnos discapacitados (CAED).

El personal de la escuela está conformado por 66 docentes y 30 administrativos que atienden a 1443 alumnos de ambos sexos, de población rural, urbana y todos en la etapa de la adolescencia, estos últimos dividiéndose en dos turnos escolares, matutino y vespertino.

La institución cuenta con señal de Internet libre en toda la escuela, dos líneas telefónicas: (452) 5231509 y 5236898, dos direcciones electrónicas: cetis027.dir@live-edu.gob.mx y cetis27@cetis27.com, además de contar con su cuenta de Facebook: CETis 27, con la intención de ofrecer facilidades de comunicación entre su personal y el alumnado.



# **CAPÍTULO I**

## **AUTOESTIMA**

En el presente capítulo se definirá la variable autoestima desde su origen, su formación, componentes y características, identificando la importancia que tiene en la salud mental de los individuos.

Existen autores que se han dado a la tarea de investigar dicha variable, aunque el presente documento abordará únicamente los estudios que se consideraron con más aporte al ámbito de la psicología y, dicho de paso, en torno al adolescente.

### **1.1 Conceptualización de la autoestima**

Según Alcántara (1990), la autoestima es una actitud, es la forma de pensar, de amar, sentir, comportarse y enfrentarse consigo mismo. Para el autor, la autoestima no es innata, sino algo que se adquiere, que se genera como resultado de la historia de cada persona, es la meta más alta del proceso autoeducativo y el centro de la personalidad.

La autoestima es una estructura consistente, difícil de mover y cambiar. Pero su naturaleza no es estática, sino dinámica y por lo tanto, puede crecer, arraigarse al ser interno de cada individuo, ramificarse e interconectarse con otras actitudes; o

bien, puede debilitarse, empobrecerse y desintegrarse. La autoestima es pues, perfectible.

Al inicio del capítulo se mencionó que se abordarían diferentes perspectivas acerca de la autoestima, por lo cual se tomará en cuenta lo que expresa Coopersmith (citado por Crozier; 2001), debido a la contundencia de su definición.

La autoestima consiste en “la evaluación que hace habitualmente la persona con respecto a sí misma: expresa una actitud de aprobación o desaprobación e indica el grado en el que el individuo se cree capaz, destacado, con éxito y valioso. En resumen, la autoestima es un juicio personal sobre la valía que se expresa en las actitudes que el individuo manifiesta hacia sí.” (Crozier; 2001: 205).

Kaufman también mostró interés en el estudio de dicha variable, concluyendo que: “la autoestima es la habilidad psicológica más importante que es posible desarrollar con el fin de tener éxito en la sociedad.” (2005: 7).

Tener autoestima significa estar orgulloso de sí mismo y experimentar ese orgullo desde el interior, de esta manera, las personas se mostrarán seguras, útiles, dispuestas a arriesgarse y a responsabilizarse de sus acciones, a enfrentar los cambios y desafíos de la vida; a ser flexibles ante el rechazo, la decepción, el fracaso y la derrota, reconociendo que la autoestima se basa en logros y capacidades, en hechos y verdades, en la alegría de gozarse a sí mismos, de disfrutar de los talentos y habilidades sin intentar disminuir las de los demás.

Todos los autores citados en este apartado, abordan la autoestima desde perspectivas importantes en el ámbito de la psicología, concuerdan en el sentido de las definiciones para la variable y destacan la importancia de permanecer en una búsqueda constante del entendimiento personal, en una esperanza de saber que dentro de sí mismo, existe la capacidad para ser feliz y amar de forma sincera, real, desinteresada y absoluta; en suma, de una manera natural.

## **1.2 Importancia de la autoestima**

En este apartado se tocarán algunas posturas de diferentes autores con la finalidad de permitir una mejor comprensión en torno a la importancia de la autoestima.

Para Alcántara (1990), existen diversos factores influyentes en la autoestima de los individuos, aunque destaca uno entre todos: la educación. Esta debe dar a la persona las bases necesarias para entrar en la vida social y poder autorrealizarse. Se debe educar a las personas a ser responsables, a estar dispuestas a comprometerse, a no permitir la autodescalificación, a automotivarse. Solo quien tiene confianza en sí mismo, quien cree en sus aptitudes, encuentra en su interior los recursos requeridos para superar las dificultades que pueden presentarse.

Además de la educación, otro factor que Alcántara (1990) considera importante para preservar una sana autoestima, es la creatividad. El mundo cada vez es más complejo, más impredecible, avanza a un ritmo cada vez más acelerado.

Al respecto, expresa que “como individuos y como sociedad seremos aniquilados si no somos altamente creativos.” (Alcántara; 1990: 13).

Un joven creativo únicamente puede surgir desde una fe en sí mismo, en su originalidad, capacidades y valores; en la seguridad de su capacidad inventiva, su fluidez y la novedad de sus ideas.

Según Alcántara (1990), se tiene que apreciar el esfuerzo creativo de las personas, otorgar valor a las ideas de los individuos, tratar con respeto los cuestionamientos que en un momento se hacen, se tiene que permitir una libre forma de pensar, de sentir y de crear, se tiene que inspirar confianza en el otro y en sí mismo; se tendrá que identificar de igual forma, tanto en los demás como en sí mismo, las cualidades y talentos en torno a las aficiones; se tendrá pues, que tratar a los demás como seres independientes, libres, capaces de crear por cuenta propia y compartir con los otros, de ser autónomos, autosuficientes, seguros de sí mismos, de tomar decisiones, de encontrar una identidad propia, de orientarse sin dependencia de otros ni de apoyos del medio; capaces de identificar que dentro de uno mismo están las cualidades necesarias para convivir en armonía con el cuerpo y el espíritu, de entender que con fuerza de voluntad se puede lograr cualquier meta, de responder al cuestionamiento de cuál es el sentido de la vida.

Desde otra perspectiva, Branden plantea que “no hay un juicio de valor más importante para las personas, un factor más decisivo en su desarrollo psicológico y en su motivación, que la evaluación que emiten sobre ellas mismas.” (2008: 191).

Branden (2008) le está dando un peso tal a la imagen personal, al grado de asegurar que las personas no solamente manifiestan verbalmente la forma en la que se perciben, sino también bajo la forma de un sentimiento, entendiendo con esto que los afectos no se pueden aislar, ya que forman parte de cada una de las respuestas emocionales; entonces, si los sentimientos van ligados a los pensamientos y a las emociones de las personas, el hombre experimenta el deseo de autoestima como una necesidad básica.

“Nadie puede ser indiferente a la cuestión de cómo se juzga a sí mismo; la naturaleza propia del hombre no le deja otra opción.” (Branden; 2008: 192).

Uno de los principales problemas que Branden (2008) plantea, es que las personas pueden llegar a sentirse tan obligadas a percibirse de una manera positiva que son capaces de eludir, incluso reprimir o distorsionar su juicio, desintegrar su mente, para evitar enfrentarse a los hechos que podrían afectar negativamente esa autoevaluación, por lo tanto, las personas creen poseer una autoestima que, en realidad, no tienen. Es aquí donde juega un papel importante la conciencia: según Branden, la mayoría de las personas no identifica el papel y la importancia que tiene la razón en sus vidas, pero desde que un niño obtiene el poder de ser consciente de sí mismo, utiliza esa herramienta básica para enfrentarse a la realidad, ya que se da cuenta de que no es capaz de existir si no la utiliza, y de que su bienestar depende de la eficacia de sus operaciones mentales.

Por lo tanto, una persona que no motive su inteligencia y su capacidad de razonar, que no genere el gusto por conocer tanto su medio como su persona, que no sea capaz de nutrir su fuerza de voluntad, que no capte la diferencia entre un sentimiento y una emoción, que no efectúe un análisis independiente, que no sea crítico de su mundo interno, que no busque la verdad de las circunstancias, está condenada a mantener una lucha constante consigo misma.

A este respecto, se afirma que “el ser humano es la única especie capaz de rechazar, sabotear y traicionar su propio medio de supervivencia.” (Branden; 2008: 194).

### **1.3 Origen y formación de la autoestima**

La autoestima toma en cuenta diferentes aspectos, aunque según Carrión (2007), esta se conforma por dos factores fundamentales: uno endógeno, compuesto por creencias, valores, identidad y espiritualidad, que son los desencadenantes de las capacidades y actitudes; y otro exógeno, que tiene que ver con el ambiente en el que uno se desenvuelve y la retroalimentación que se recibe.

Carrión (2007) al igual que Branden (2008), también le da una importancia especial a la conciencia, mencionando lo siguiente: “lo que realmente nos hace diferentes a los seres humanos del resto de los seres de la creación es nuestra esencia o ser esencial, que en un principio y de forma incipiente se manifiesta a través de la conciencia.” (Carrión; 2007: 19).

La esencia, entonces, se nutre desde el nacimiento, con cuidado, protección, alimento, caricias, aseo y aceptación. Posteriormente, la interacción del niño con su medio (lugar, religión, personas, atención, estímulos), definirá una parte de su personalidad.

Siguiendo el proceso evolutivo, de los cuatro años a los siete aproximadamente, superada la fase anterior, el niño descubre el nivel del desarrollo conductual, aprende a moverse coordinadamente, caminar, apresar, articular sonidos y hablar. En esta etapa ya habrá recibido tantos impactos externos de otras personalidades, tantos condicionamientos familiares, sociales y culturales, que pierde contacto con su esencia, es aquí donde el niño está obligado a pensar organizadamente, a experimentar y reconocer sus propias emociones, a desarrollar habilidades para convivir de forma sana con su entorno.

El siguiente paso en el proceso es la construcción de la autoimagen, que culmina aproximadamente a los veintidós años. Para empezar, el sujeto tendrá que darse cuenta que ya no es el foco principal de atención, como consecuencia, buscará nuevas fuentes de placer, dado que necesitará compensar para no sentirse rechazado y entonces, como consecuencia, comenzará a crear mundos internos de fantasía, idealizaciones, se interioriza en busca de satisfacciones que no dependan de terceros. El sujeto tendrá que encontrar entonces, nuevas estrategias que le permitan codificar su mente y entender que la idea, generalmente falsa, de que nadie lo entiende, es producto de su subjetividad.

Por lo tanto, lo único que le queda al individuo es continuar el proceso de evolución y autodefinirse. Tiene que buscar qué hacer y cómo para restablecer una imagen real, ya que la que tiene el sujeto a estas alturas es completamente subjetiva y está rodeada de distorsiones y generalizaciones absurdas, ridículas, sobre sí mismo y sobre el mundo que lo rodea, tiene que hacer consciente el hecho de que dicha autoimagen además de viciada, en definitiva, es falsa.

La desconexión sufrida a lo largo de los años con su esencia, ha permitido que la falsa imagen de sí, también se haya deformado, por lo tanto, tiene que madurar emocionalmente, creer y confiar en sí mismo, es decir, ponerse nuevamente en contacto nuevamente con su ser.

Entre los autores que también decidieron aventurarse en el descubrimiento de la formación de la autoestima, están Clark y cols. (2000).

“La primera idea y sensación amplia del yo, procede de las reacciones de aquellos que son importantes para el niño.” (Clark y cols.; 2000: 18)

El concepto del yo y de la autoestima se desarrollan gradualmente durante toda la vida, empiezan en la infancia y pasan por diversas etapas cada vez más complejas, es importante mencionar que cada fase dejará un aprendizaje al sujeto.



Cuando es bebé, el individuo no tiene un concepto definido de sí, no se percibe aún como unidad, su vida gira en torno a la experiencia, a las sensaciones, a los estímulos, todavía no existe en esta etapa una consciencia.

Conforme se desarrolla el niño, aprende a hablar, y con el lenguaje como herramienta, se aventura ante eventos cada vez más complejos, más excitantes, se pone a prueba en diferentes circunstancias, forma en su interior el concepto del yo. Es momento de percibirse a sí mismo como una unidad, de modo que comienza a generar juicios sobre el mundo que lo rodea y sobre los otros, percibe cómo reaccionan los demás hacia él. Ahora el niño entra en contacto con la sensación de autonomía, es aquí donde comienza su lucha por la independencia, al saberse poseedor de una nueva herramienta: la conciencia.

Clark y cols. (2000) hacen énfasis en la importancia que tiene la infancia en el desarrollo de la autoestima, al mencionar que si en esta etapa el niño fue tratado con amor, cuidado y disciplina, la estructura de su personalidad será fuerte y firme, por lo tanto, todo su desarrollo posterior podrá basarse sin problemas sobre estos cimientos.

#### **1.4 Componentes de la autoestima**

Carrión (2007) menciona que la autoestima se conforma por dos componentes indispensables para su desarrollo: la eficacia personal y el respeto a uno mismo.

La eficacia personal se refiere a tener confianza en el funcionamiento correcto de los procesos mentales (capacidad de análisis, comprensión, secuenciación, aprendizaje, elección y decisión); en la capacidad de observación objetiva de los hechos y sobre todo, en creer y confiar en sí mismo, dicha eficacia se basa en un perfecto equilibrio entre las tres cualidades humanas fundamentales: sinceridad, valor y prudencia.

La sinceridad consigo mismo es útil para reconocer tanto las cualidades como los defectos, sin exaltaciones fruto de las pasiones como orgullo, vanidad o envidia; ni baja estima fruto de miedo, pereza o negligencia.

El valor se requiere para afrontar la realidad, el trabajo y el esfuerzo que supone darse cuenta de los defectos y las limitaciones, pero sobre todo, para cambiar y superar esas limitantes.

La prudencia es necesaria para hacer las tareas con el cuidado que requiere todo acto de alta precisión.

El respeto a uno mismo significa darse la oportunidad de vivir y ser feliz, es saberse capaz de lograr los objetivos que uno se propone, el respeto a sí mismo es cuidar el cuerpo y espíritu, es fortalecer cotidianamente la fuerza de voluntad.

En esto precisamente consiste el desarrollo personal: en conseguir ajustar a la realidad la imagen y el amor propio.

Con la intención de profundizar un poco más en el análisis de la estructura de la autoestima, Alcántara (1990) menciona que dicha variable está formada de tres componentes:

1. Cognitivo.
2. Afectivo.
3. Conativo.

El primero se refiere a las ideas, creencias, percepciones y al procesamiento de la información, es decir, se refiere al autoconcepto (opinión que se tiene de la propia personalidad y su conducta), a la manera de organizar las experiencias pasadas y la forma en la que estas se utilizan para reconocer e interpretar los estímulos del medio ambiente. De esta manera se da origen a lo que Alcántara (1990) definiría como autoesquema: una creencia y opinión de las personas sobre ellas mismas, que determina el modo en que es organizada, codificada y usada la información.

El componente afectivo se refiere a la valoración positiva o negativa que el sujeto hace de sí mismo, a los sentimientos de lo favorable o desfavorable, de lo agradable o desagradable que percibe el individuo de sí, es sentirse a gusto o a disgusto consigo mismo, es un juicio de valor sobre las cualidades personales, es pues, la respuesta de la propia sensibilidad y emotividad ante los valores y contravalores que se advierten dentro de cada persona. Como consecuencia de esto se puede decir que dicho componente es el corazón de la autoestima.

En relación con lo anterior, se dice que “a mayor carga afectiva, mayor potencia de la autoestima.” (Alcántara; 1990: 20).

El tercer elemento integrante de la autoestima es el conductual. Significa tensión, propósito y decisión de actuar, de llevar a la práctica un comportamiento consecuente y coherente. Es el proceso final de toda la dinámica interna. Es la autoafirmación dirigida hacia el propio yo en busca de consideración y reconocimiento por parte de los demás. Es el esfuerzo por alcanzar una fama, honor y respeto ante los demás.

Branden (2008) es más específico en cuanto a los componentes de la autoestima, al mencionar únicamente dos:

El primer elemento hace énfasis en la eficacia y la confianza. Es pues, considerarse eficaz, confiar en la capacidad de sí mismo para pensar, aprender, elegir y tomar decisiones correctas y, por ende, superar los retos y producir cambios positivos.

El segundo componente hace referencia al respeto por uno mismo, a la confianza en el derecho a ser feliz y, como consecuencia, confianza en que las personas son dignas de logros, éxito, dignas de la amistad, el respeto, el amor y la realización de sus metas.

Existen diferentes autores que hablan de la forma en la que está conformada la autoestima de los seres humanos, aunque todos coinciden en que el entorno social en el que se desarrollan los individuos es un factor que influye de manera contundente en dicha variable.

Lamb y cols. (2011: 216) Mencionan al respecto: “La personalidad es un concepto muy amplio que se puede considerar como una forma de organizar y agrupar las reacciones de un individuo ante las situaciones. De este modo, la personalidad combina la constitución psicológica con las fuerzas del entorno”.

Por lo tanto, la percepción de sí mismo según estos autores, depende del autoconcepto. Esta noción combina la imagen ideal y la real. La primera de ellas hace referencia a lo que el individuo quiere ser, a la manera en la que se proyecta y se idealiza; la segunda, se refiere a cómo se percibe el sujeto en realidad, sin ninguna distorsión. Por lo tanto, lo que se pretende lograr es reducir esa brecha que existe entre la imagen ideal y la real.

### **1.5 Características de la autoestima**

Para definir las características de la autoestima, se tomarán en cuenta algunos puntos de vista de diferentes autores especializados en el tema. Tal es el caso de Branden (2011), quien a lo largo de muchos años de investigación concluye que las personas manifiestan la autoestima en el placer de vivir, a través de la expresión

corporal, la gesticulación, los ademanes, el modo de expresarse verbalmente y de moverse, pero sobre todo, de sentirse.

La autoestima sana, entonces, se ve manifestada en la comodidad que la persona experimenta en dar y recibir afecto, en estar abierta a la crítica y en el alivio al reconocer los errores, en identificar que la autoestima no está ligada a la imagen de “ser perfecto”, en la armonía existente entre lo que se dice y se hace, en la forma de mostrarse y expresarse, en la capacidad de sorprenderse ante nuevos acontecimientos y mostrarse curioso para conocerlos, en la forma de disfrutar los aspectos alegres de la vida, de uno mismo y de los demás; se refleja en la motivación personal para responder a situaciones complicadas y a desafíos, en la confianza, en la capacidad para entender que los sentimientos de ansiedad o inseguridad se pueden presentar. Al aceptar que esto es un proceso natural y normal, las personas pueden manejarlos, pueden controlarlos, pueden elevarse por encima de ellos.

Desde otro ángulo, Clark y cols. (2000) abordan la autoestima en los adolescentes en términos de la presencia o ausencia de la misma, destacando que el adolescente con autoestima:

- Actuará independientemente.
- Asumirá sus responsabilidades.
- Afrontará nuevos retos con entusiasmo.

- Estará orgulloso de sus logros.
- Demostrará amplitud de emociones y sentimientos.
- Tolerará apropiadamente la frustración.
- Se sentirá capaz de influir en otros.

Pero un adolescente sin autoestima:

- Desmerecerá su talento.
- Sentirá que los demás no lo valoran.
- Se sentirá impotente.
- Se dejará influir mucho.
- Tendrá pobreza de emociones y sentimientos.
- Eludirá las situaciones que le provoquen ansiedad.
- Se pondrá a la defensiva y se frustrará con facilidad.

Uno de los aportes más significativos que plantean Clark y cols. (2000) en torno a la autoestima, hace mención a la forma en la que dicha característica influye en la forma de sentir de los jóvenes, de pensar, de aprender, de crear, de valorarse, de relacionarse con los demás, de comportarse, es decir, de adaptarse a una sociedad cada vez más compleja.

Es importante mencionar que tanto un autor como el otro, toman en cuenta, para definir la autoestima, el momento y las situaciones por las cuales atraviesan los

sujetos, ya que estos son factores influyentes en esta variable. Se concluyendo que, si el individuo no se valora, tampoco podrá satisfacer otras necesidades como la creatividad, los logros personales y la explotación de todo su potencial.

Por lo tanto, si se tiene una imagen negativa de sí mismo, será cada vez más difícil sobresalir en un mundo cada vez más competitivo, más complejo. La forma de interacción con los demás será más complicada si el sujeto no se percibe de una forma inteligente, capaz de superar los obstáculos que la vida presenta, de percibir la vida como un juego en el que se avanza por niveles en los cuales la dificultad va en aumento, de saberse poseedor de herramientas como el amor que le permitirán vivir la vida de una manera emocionante y feliz, es decir, capaz de entender que la vida aunque difícil, puede resultar una aventura satisfactoria.

## **1.6 Pilares de la autoestima**

A continuación se expondrán los pilares de la autoestima desde la perspectiva únicamente de Branden (2010), ya que aborda esta cuestión con claridad, de esta manera se cumplirá el objetivo de entender dicha temática.

Según Branden (2010) para tener una autoestima saludable es necesario vivir de manera consciente, es decir, respetar la realidad, aceptarla; este es el primer pilar, el cual radica en saber lo que se hace en el momento en que se hace, es esforzarse por comprender tanto el mundo externo como el mundo interior; es saber por qué se toman las decisiones que se toman, ya que cada una de ellas tendrá una



consecuencia; es actuar con un propósito, persiguiendo algo, es emocionarse y reconocer el desencadenante de esa emoción, es tener claridad de conciencia; es pues, vivir reconociendo que la vida tiene un significado.

El segundo pilar planteado es la autoaceptación; para obtenerlo es necesario experimentar, pero más importante aún, comprender los pensamientos, emociones y acciones, de esta manera se logrará el respeto y compasión con uno mismo. Sin esta cualidad, la autoestima es imposible, ya que el sujeto crearía un hábito de conducta de autorrechazo, el crecimiento personal se vería reprimido y la felicidad sería inalcanzable.

A este respecto, “aceptar es experimentar la realidad de manera completa, sin negarla ni evitarla” (Branden; 2010: 29).

Aceptar la realidad es comprender que dentro del ser humano no solamente existen los sentimientos positivos y las emociones agradables, eso daría como resultado una vida aburrida. Aceptar la realidad implica reconocer que también existen sentimientos y emociones desagradables como la ira, el odio, la envidia, la rabia, el miedo, la tristeza, la desesperación y la decepción. Sin embargo, no se pueden superar los sentimientos indeseables si no se aceptan, entonces, no se lograría producir un cambio real ni un crecimiento personal.

Por lo tanto, para lograr dicho crecimiento es necesario permitir la experimentación de los sentimientos y pensamientos, sabiendo que estos se

producen de manera temporal, viviendo sin la preocupación por juzgar el propio mundo y el de los demás, simplemente esforzándose por comprenderlo.

“Cuando aceptamos nuestras experiencias, sin que por ello tengan que gustarnos necesariamente, nos convertimos en aliados de la realidad y, nos fortalecemos. Cuando no lo hacemos, nos ponemos en contra de la verdad y nos volvemos más débiles” (Branden; 2010: 32).

Parecería mentira que a la mayoría de los seres humanos desde la infancia se les enseñe a fingir los sentimientos, a mentir acerca de los pensamientos, a sacrificar parte de sí mismos para agradar a los demás, a negar sentir miedo cuando se lo experimenta, a evitar opinar cuando se quiere, a sepultar emociones, a rechazar los impulsos sexuales, a renunciar a las aspiraciones con el único y macabro fin de formar “personas buenas”. Estos son los aprendizajes con los que a lo largo de la vida se tendrá que luchar, deberán adquirirse nuevas formas de pensar que permitan conocer una perspectiva distinta, ver el mundo y las circunstancias desde ángulos diferentes y negarse a tener siempre una relación de enfrentamiento consigo mismo.

Otro de los pilares con la misma importancia que los anteriores es la autorresponsabilidad; ello se puede entender como la manera en la que los seres humanos modifican su forma de pensar, su conciencia; con la finalidad de mantenerse en un ambiente social, de adaptarse con éxito al mundo.

“La práctica de la autorresponsabilidad implica hacerse cargo adecuadamente de uno mismo en todas las acciones que comporten una decisión propia. No significa que tengamos que aceptar la responsabilidad por lo que está fuera de nuestro control. No somos responsables de las acciones de los demás, sino de las nuestras”. (Branden; 2010: 42).

Se comprende que ninguna persona puede regalarle a la otra una porción de autoestima, es necesario darse cuenta de que la manera de percibirse a sí mismo y lo que los demás perciban de cada quien, es responsabilidad individual, separada del resto, es simplemente, la definición de este pilar; la decencia de aceptar la consecuencia de las propias acciones.

El siguiente asunto en la lista es la autoafirmación. Un ejemplo claro de este pilar es cuando un niño se encuentra frente a dos paletas de diferentes sabores: una es de fresa y la otra de chocolate. El sabor favorito del niño es el chocolate, pero se encuentra indeciso entre cual paleta elegir, porque también se le antoja la de fresa. En este caso el niño tendrá que ser firme consigo mismo y ser consciente de que cualquier decisión que tome, es la adecuada. El niño simplemente tiene que entender que en ese momento, en esa situación, optó por saborear la paleta de su sabor preferido, de esta manera estará siendo congruente con su forma de pensar y actuar, con su forma de ser y al mismo tiempo, descubrirá en él la autoafirmación planteada en este momento.

“Autoafirmación es aprender a respetar nuestros deseos, necesidades, valores y pensamientos, además de buscar formas adecuadas de expresarlos al mundo; es estar dispuesto a defenderse de uno mismo, a no tener miedo a ser quien soy, a tratarme con respeto a mí mismo y a mis encuentros con los demás. Significa no fingir que soy otra persona, no desvirtuar mis valores, mis creencias o mis opiniones para ganar la aprobación de los demás” (Branden; 2010: 45).

Una persona con autoafirmación, entonces, trata sus necesidades como algo importante, no renuncia a su inteligencia. La autoafirmación empieza en el acto de ejercer la conciencia, de darse cuenta de las circunstancias y de pensar, implica reconocer la propia vulnerabilidad, las necesidades y los problemas de la vida, ser sincero con los propios sentimientos, hacer preguntas sin fingir que ya se sabe todo, tratar a las propias ideas con respeto y luchar de forma adecuada por que los demás las acepten, expresarse con naturalidad, mostrar entusiasmo por conocer tanto el interior como los detalles del exterior, compartir emociones y conocimientos, decir sí cuando se quiere, experimentar amor de forma intensa, enfrentar los miedos, buscar siempre ser alguien mejor, perseguir sueños y reconocer que en el interior de cada persona existe el coraje para lograrlos.

“El mundo pertenece a los que perseveran” (Branden; 2010: 48).

El siguiente pilar es vivir con determinación. Entendiendo con ello que se debe dominar la vida, tomar el control, se debe perseguir algo, formular objetivos, metas y,

un plan de acción para llegar a ellas, competir de forma inteligente con los demás y con uno mismo, perseguir tareas que permitan ser mejores seres humanos.

“Vivir con determinación no solamente requiere disciplina, sino también coraje”  
(Branden; 2010: 53).

A continuación se habla de la integridad, que es una de las fuentes más importantes de la autoestima con la que se hacen las actividades diarias. Consiste en la congruencia entre lo que se dice y se hace; la manera en la que se respetan los compromisos, la forma de expresar respeto a los otros, de ser honesto, de confiar en uno mismo. Si por el contrario se establecen promesas sin el compromiso de lograrlas, si se trata a los demás con falsedad, si se tiene un comportamiento que no se pueda admirar, el resultado esperado será mucho más abrumador que la desaprobación de los demás: sería la desaprobación propia.

### **1.7 Niveles de la autoestima**

La autoestima, al ser una variable no visible, ha sido operacionalizada mediante el uso de indicadores que permiten reconocerla para su estudio. Se ha logrado incluso la posibilidad de medir la variable y clasificarla con base en niveles de alta, media y baja autoestima.

González-Arratia (2001) muestra una serie de características que permiten identificar a una persona con autoestima alta:

- Demuestra una actitud alegre y energética ante la vida.
- Muestra creatividad.
- La persona es capaz de divertirse sola o con otras.
- Emplea la justicia.
- Colabora con los otros para lograr un objetivo o un fin.
- Realiza sus tareas de la mejor manera y esto le genera satisfacción.
- Tiene habilidad para relacionarse con personas del sexo opuesto.
- No tiene ningún problema en aceptar su género y rol sexual.
- Busca nuevos conocimientos.
- Disfruta de la libertad.
- Se acepta a sí misma y a los demás.
- Busca nuevos objetivos.
- Es responsable.
- Es capaz de expresar sus sentimientos y permite que los demás también lo hagan.
- Es tolerante ante la frustración.
- Mantiene una conducta asertiva.
- Es independiente socialmente.
- Influye de manera positiva en los demás.
- Muestra sus opiniones con claridad.
- Tiene facilidad para hacer amigos.
- Muestra capacidad para lograr éxito.
- Es activa en las relaciones sociales.

- Muestra agrado de realizar nuevas actividades.
- Presenta ideas innovadoras.
- Mantiene un apropiado comportamiento.
- Muestra empatía.
- Enfrenta los cambios (González-Arratia; 2001).

La lista mencionada muestra una serie completa de las características en torno a una persona con autoestima alta. En resumen, se puede decir que para que un sujeto se perciba de forma tal, tendrá que ser respetuoso consigo mismo y con los demás, tendrá pues, que percibirse como una persona auténtica.

A continuación se mencionarán las características de los sujetos con autoestima media:

- Son personas más activas que las que mantienen una autoestima alta.
- Para corregir errores personales, recurren a la retroalimentación social.
- Buscan experiencias sociales con el fin de enriquecer su autovaloración.
- Son optimistas.
- Se muestran expresivos.
- Mantienen una alta capacidad para aceptar las críticas (González-Arratia; 2001).

Con lo anterior se puede decir que una persona con autoestima media, es aquella con las herramientas necesarias para convivir con los demás de manera armoniosa, aunque existen algunos aspectos por mejorar para sobresalir de manera positiva en el medio en que se desenvuelva.

Por otra parte, los individuos con autoestima baja mantienen algunas de las siguientes características:

- Son personas incapaces de expresar sus ideas.
- Presentan aislamiento.
- Se sienten indignos de amor.
- No logran defenderse.
- Tienen dificultad para enfrentar sus carencias.
- Son pasivos y no participan socialmente.
- Incapaces de manejar los problemas que la vida les presenta.
- Tienen preocupación constante.
- Son pesimistas.
- Presentan enfermedades psicosomáticas.
- No confían en sí mismos.
- Se ofenden ante la crítica.
- Sienten que nadie los valora.
- Son individuos solitarios.
- Presentan alta de respeto hacia sí mismos.



- Apatía.
- Dificultad para pensar con claridad.
- Deforman su imagen.
- Permiten ser abusados.
- El temor les impide la consecución de metas y objetivos.
- Existe cierta tendencia a consumir drogas, suicidarse o asesinar.
- Los sentimientos de inferioridad los llevan a tener envidia y celos.
- Tristeza.
- Depresión.
- Sentimiento de abandono, ira, odio y dolor (González-Arratia; 2001).

En torno a las personas con autoestima baja, según la lista mencionada, existen numerosos aspectos que mejorar para lograr que se desarrollen de forma sana en el medio en el que se desenvuelven, de lo contrario son personas que mantendrán dificultades en cada una de las actividades en las que se aventuren.

González-Arratia (2001) también hace referencia al aspecto físico de las personas con autoestima baja, a continuación una serie de características que permiten identificarlas:

- Descuido en el arreglo personal.
- Encorvamiento corporal.
- Voz débil o sin potencia.

- Apretón de manos débil.
- Tensión en el semblante.
- Mirada vacía.
- Evitan ver de frente (González-Arratia; 2001).

Además de las características físicas de las personas con autoestima baja, se mencionan algunas particularidades.

- Timidez.
- Arrogancia.
- Demanda de atención.
- Perfeccionismo.
- Necesidad del dominio de la conversación.
- Sensibilidad.
- Muestran ante los demás una máscara de orgullo.

Otro de los autores que permiten entender el tema de la autoestima es Adler (citado por González-Arratia; 2001), quien precisa que los sentimientos de inferioridad pueden provocar una autoestima baja; enfatiza algunos comentarios, los cuales se mencionan a continuación:

En algunas personas con autoestima baja, existen dificultades orgánicas, es decir, se presentan algunas deficiencias físicas, por ejemplo, la pérdida de algún

miembro (brazo, pierna) o dificultades que imposibiliten el movimiento normal de su cuerpo, pero con la aceptación, el apoyo y la estimulación de los tutores, los individuos con dicha inferioridad orgánica pueden lograr compensar las debilidades e incrementar la autoestima.

Otro de los comentarios de interés de Adler (citado por González-Arratia; 2001) es que la sobreprotección tiende a provocar un valor irreal en los niños y su dificultad para relacionarse con los demás de manera madura.

La autoestima es una variable psicológica que ha sido estudiada en los últimos años, debido a la importancia que tiene para el sano desarrollo de las personas, sin duda, uno de los autores más importantes en el estudio de dicha variable es Coopersmith, quien realizó uno de los estudios con más influencia en 1967.

El autor elaboró un cuestionario llamado Self – Steem Inventory (Inventario de Autoestima) con la intención de evaluar la autoestima en los infantes. Los ítems hacían referencia a diferentes situaciones de la vida, en dicho instrumento se cuestionaba acerca de la vida escolar, las relaciones interpersonales y familiares de los niños. El cuestionario se realizó a niños en una edad de 10 a 12 años y con los resultados obtenidos de la evaluación, se optó por calificar a los niños en torno a niveles de: alta, media o baja autoestima.

Coopersmith identificó cuatro dimensiones para la variable autoestima:

- Competencia.
- Virtud.
- Poder.
- Aceptación Social (retomado por Crozier; 2001).

La prueba de Coopersmith se estandarizó en la universidad de concepción en Chile por H. Brinkmann y T. Segure sobre la traducción de J. Prewitt-Díaz (Brinkmann y Segure; 1988).

Se han elaborado investigaciones acerca de la autoestima que la han relacionado con los siguientes temas: patrones de crianza, desempeño físico, memoria, ansiedad, divorcios, demanda de atención y la influencia de los padres en la autoestima de los hijos adolescentes (González-Arratia; 2001).

Existen otras pruebas que permiten evaluar la autoestima, en ejemplo es el de la Escala de Autoestima de Rosenberg, la cual se utilizó por primera vez en el año 1965 y se revisó en 1989. La escala se compone de diez reactivos, ofrece cuatro opciones de respuesta y valora el nivel de autoestima en baja, buena y muy buena. (sicolog.com).

Como conclusión, se puede aseverar que para el análisis del nivel de autoestima, según la muestra de sujetos seleccionada, se optó por el test que debido a sus características, se adecua a los objetivos de la investigación, lo anterior con la finalidad de que el presente estudio pueda servir de apoyo en futuras investigaciones.

## **CAPÍTULO 2**

### **TRASTORNOS ALIMENTARIOS**

En este capítulo se desarrollan los conceptos relacionados con los trastornos alimentarios y los problemas más comunes que abarca este tema en la actualidad, los cuales tienen un efecto social muy notorio.

#### **2.1 Antecedentes históricos de la alimentación**

Desde la antigüedad, en la historia de la cultura, la comida ha sido un símbolo de convivencia, específicamente, el acto de la alimentación ha tenido un carácter social de demostración de poder.

“En la cultura cristiana, la restricción alimentaria estuvo asociada a un simbolismo religioso. Los primeros cristianos y los místicos practicaban el ayuno como una penitencia, expresión del rechazo al mundo y medio para conseguir un estado espiritual más elevado”. (Jarne y Talarn; 2000: 141).

Es importante mencionar que en la historia de la cultura se han encontrado conductas alimentarias desordenadas. Quizá la más famosa anorexia de la historia es la que presentó Catalina de Siena. Nacida en 1347, fue educada bajo condiciones religiosas. A los siete años comenzó a rechazar la comida imponiéndose penitencias y posteriormente, en la adolescencia, solamente se alimentaba de hierbas y pan.

Sin embargo, los motivos religiosos no eran los únicos que estaban vinculados con la anorexia en ese entonces. Con el paso del tiempo, se fueron describiendo algunos otros casos de anorexia, pero con significación clínica, por lo cual comenzó a surgir entre la gente la curiosidad de conocer los motivos por los cuales se daba dicha inanición de alimentos.

Desde el siglo XVII se conservan documentos escritos donde se detallan casos de inanición provocada por el rechazo de alimentos, aunque la información aparece dispersa y muchos comentarios proceden de terceras personas que no habían conocido directamente a los pacientes implicados.

Fue en 1873 cuando Gull en Londres y Lassege (médico del hospital La Pitie), en París, hicieron descripciones completas de cuadros anoréxicos. Gull constató la inexistencia de patología orgánica que justificara la anorexia clínica y se inclinó desde el inicio por una etiología psicógena.

Los cuadros descritos por Lassege y Gull son muy similares a los que se observan actualmente, aunque se observan ciertas variaciones en la interpretación etiopatogénica. Las primeras teorías sugerían una afección con origen panhipopituitario (funcionamiento anormal de la hipófisis o glándula pituitaria). Más adelante se impusieron las hipótesis psicológicas, especialmente de tipo psicoanalítico (Jarne y Talam; 2000).

No fue hasta 1979 que Rusell describió un cuadro caracterizado por episodios de ingesta voraz y conductas de purga, lo cual denominó “bulimia nerviosa”.

## **2.2 Definición de trastornos de la conducta alimentaria**

Los trastornos de la conducta alimentaria son enfermedades mentales que están caracterizadas por alteraciones relacionadas con la alimentación, el peso y la imagen corporal. Los trastornos más conocidos son la anorexia y la bulimia nerviosa.

### **2.2.1 Anorexia nerviosa**

“La anorexia se caracteriza por un deseo intenso de pesar cada vez menos, gran miedo al hecho de estar obesa y un peculiar trastorno del esquema corporal que hace que las pacientes se vean más gordas de lo que están en realidad. El método para conseguir esta pérdida progresiva de peso, consiste en una intensa restricción alimentaria, ejercicio físico y conductas de purga” (Jarne y Talarn; 2000: 150).

Según el DSM-IV (APA; 2002), existen dos tipos de anorexia nerviosa:

- **Restrictivo:** durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a grandes ingestas o a purgas (vómitos, laxantes, diuréticos o enemas).
- **Purgativo:** durante el episodio de anorexia nerviosa el individuo recurre regularmente a grandes ingestas o purgas.



A continuación se mencionarán algunas de las características de la anorexia nerviosa:

- Rechazo a mantener el peso por encima del valor mínimo normal para la edad y talla del sujeto.
- Deseo de perder peso y terror ante la gordura, que se convierte en el centro de todas las preocupaciones.
- Distorsión de la imagen/silueta corporal.
- Restricción en la ingesta de alimentos.
- Una vez lograda la pérdida de peso, se sigue reduciendo el consumo de calorías.
- Las personas con anorexia nerviosa inician rituales peculiares como cortar la comida minuciosamente o esconderla, aunque tengan hambre.
- Toman demasiada agua, laxantes o pastillas.
- Existe vómito inducido después de comer.
- En las mujeres se retrasa el desarrollo sexual y existe ausencia de ciclos menstruales consecutivos.
- Alteración en el estado de ánimo.

Desde otra perspectiva, Jarne y Talarn (2000) describen las características de la anorexia nerviosa, como alteraciones cognitivas y conductuales, que se explican enseguida.

### Alteraciones cognitivas:

- Rechazo a la idea de ser o llegar a ser obesas, asociando el éxito personal y la aceptación social al hecho de estar delgadas.
- Existen pensamientos distorsionados relacionados con la comida, el peso y la figura.
- Se mantiene la idea de que la delgadez es sinónimo de perfección, autocontrol y virtud.
- La atención es centralizada en la figura y el peso, modificándolo a través de la dieta más allá de los parámetros normales.
- Se producen alteraciones en la valoración de la figura, es decir, se evalúan erróneamente las dimensiones del cuerpo y existe incapacidad para observar la delgadez extrema.
- Los pensamientos distorsionados producen también alteraciones en los conocimientos básicos; se llega a creer que los alimentos se convierten en grasa por sus características exteriores.

Para explicar el siguiente tipo de alteraciones, es importante mencionar que para que se den, primero tienen que existir alteraciones de tipo cognitivo.

Alteraciones conductuales:

- Se intenta mantener oculta la conducta de rechazo. Las personas con esta alteración se esconden de los demás.
- Se tira la comida o simplemente, existe una negación a comer.
- Existe la presencia de dietas restrictivas rigurosas, generalmente este es el motivo por el cual la familia comienza a percatarse del problema.
- Si la dieta restrictiva no es suficiente para lograr el peso deseado, se buscan otras alternativas, como el vómito o el uso de laxantes y diuréticos.
- Existe hiperactividad, la cual se manifiesta como una alteración conductual con la finalidad de reducir el peso corporal.

Una vez descritas las características de la anorexia nerviosa, se definirá el segundo trastorno alimentario más frecuente.

### **2.2.2 Bulimia nerviosa**

La bulimia nerviosa es un trastorno alimentario que se caracteriza por la presencia de atracones recurrentes; un atracón es la ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo, en cantidades superiores a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo de tiempo similar en las mismas circunstancias (APA; 2000).

Según Jarne y Talarn (2000), el síndrome bulímico es un trastorno que se caracteriza por un modelo de alimentación anormal, con episodios de ingesta voraz, seguidos de maniobras para eliminar las calorías ingeridas. Después de los episodios, el sujeto se siente malhumorado, con tristeza y sentimientos de autocompasión o menosprecio.

Entre los episodios bulímicos, la alimentación puede no ser normal, es decir, ser restringida o bien, presentarse en un ciclo de grandes ingestas y vómito.

De igual forma que la anorexia, la bulimia nerviosa también es clasificada por el DSM-IV (APA; 2002) en dos tipos:

- Purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.
- No purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Respecto a las características de la bulimia nerviosa, se destacan:

- Los atracones se presentan por lo menos dos veces a la semana durante un periodo de tres meses.

- Existe sensación de la pérdida de control de los atracones en un inicio.
- Conforme avanza la bulimia, existe la alteración del control para evitar y terminar los atracones.
- Los atracones persisten hasta el individuo pierde totalmente el control y existe incluso dolor de estómago.
- Hay preocupación por la silueta y el peso corporal.
- Existen sentimientos de vergüenza y culpa que motivan a ocultar la conducta.
- Se dan comidas compensatorias con el fin de no ganar peso.
- Vómito inducido.
- Uso excesivo de laxantes, diuréticos y enemas.
- Ayuno y ejercicio excesivo.

Las alteraciones conductuales de la bulimia nerviosa se manifiestan en el sentido de que el paciente bulímico presenta en general una conducta desordenada, al principio en relación solo con la alimentación, más adelante también en otros aspectos de la vida, es decir, el patrón conductual relativo a la alimentación es desordenado e imprevisible, en el sentido opuesto al de la anorexia, donde el patrón de conducta alimentaria es ordenado y previsible.

En la bulimia, la frecuencia de los atracones varía en función del estado de ánimo. Los alimentos ingeridos durante la crisis bulímica no obedecen a preferencias específicas, sino a condiciones circunstanciales.

Es importante mencionar que al cronificarse el trastorno de la anorexia nerviosa, puede evolucionar hacia la bulimia. Las personas pasan de un control estricto de la dieta a un control intermitente, apareciendo los atracones y las conductas de purga; los atracones al principio pueden ser aplaudidos por la familia, ya que se tiene la idea, generalmente falsa, de la desaparición de la perturbación, sin identificar que simplemente es un salto a otro padecimiento.

### **2.2.3 Obesidad**

La obesidad no es considerada un trastorno como tal, sin embargo, es un problema que tiene como origen inapropiados hábitos alimentarios y repercute de manera significativa en el estado físico de los sujetos, ya que según Jarne y Talarn (2000) puede causar serios problemas de salud como la hipertensión, intolerancia a los carbohidratos, diabetes, trastornos cardiovasculares, pulmonares y renales; artritis y problemas en las articulaciones.

### **2.2.4 Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas**

Según el CIE-10 (referido por Castillo y León; 2005), la hiperfagia se refiere a la ingesta excesiva como una reacción a acontecimientos estresantes y que da lugar a la obesidad. Duelos, accidentes, intervenciones quirúrgicas y acontecimientos emocionalmente estresantes, pueden dar lugar a una obesidad reactiva, en especial en pacientes predispuestos a la ganancia de peso.

Este trastorno recibe también el nombre de hiperfagia psicógena.

### **2.2.5 Vómitos en otras alteraciones psicológicas**

Se le conoce también con el término de vómitos psicógenos e hiperémesis gravídica psicógena (la persona vomita mucho y tiene muchas náuseas, pero no tiene nada que ver con los factores biológicos, sino meramente con lo psicológico).

Pueden aparecer vómitos repetidos, no autoprovocados, en cuadros disociativos, en la hipocondría como uno de los muchos síntomas corporales experimentados, así como en el embarazo, en donde factores emocionales pueden facilitar la aparición de vómitos o náuseas recurrentes.

### **2.2.6 Trastornos por atracón**

Según indican Castillo y León (2005), se caracterizan por la aparición de atracones recurrentes. El paciente pierde el control sobre sí mismo, empleando conductas compensatorias típicas de la bulimia, por ejemplo, autoprovocación de vómito, uso de laxantes y/o diuréticos y ejercicio físico excesivo. Tras la realización de los atracones, el sujeto experimenta malestar con sensación de disgusto, culpabilidad e incluso depresión. Come de forma rápida, sin hambre y con una desagradable sensación de plenitud.

### **2.2.7 Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia**

El CIE-10 (retomado por Castillo y León; 2005) hace referencia a un trastorno que se presenta por lo general en la infancia y en la niñez. La característica fundamental es que el niño rechaza los alimentos o presenta conductas muy caprichosas, que se alejan bastante de lo que es una conducta alimentaria normal y lo hace frente a su cuidador habitual.

Entre los trastornos infantiles más comunes, existen los siguientes:

- Rechazo alimentario: puede aparecer en múltiples patologías psiquiátricas. El paciente no pierde el apetito, simplemente lo rechaza totalmente. Por ejemplo, los pacientes psicóticos tienden a rechazarlo, ya que pueden creer que en la comida existe veneno.
- Pica o alotriofagia: es un trastorno de la conducta alimentaria en la que el sujeto ingiere de forma persistente sustancias no nutritivas. Por ejemplo, tierra.

Las complicaciones se presentaran según la sustancia ingerida. Las más frecuentes incluyen la infección por parásitos, la obstrucción intestinal y la intoxicación por plomo.



- Rumiación o mericismo: consiste en la regurgitación repetida de la comida ingerida, se acompaña de pérdida de peso o incapacidad para ganar el esperado para la edad del niño, debido a que la comida es expulsada o, en otras ocasiones, de nuevo deglutida.
- Potomanía: la potomanía es una alteración en la que se produce la ingesta excesiva de líquidos, habitualmente agua.

Desde otro ángulo, Jiménez (1997) describe algunos comportamientos disruptivos durante la comida y hábitos alimentarios inadecuados como comer de pie o levantarse continuamente de la silla; comer solamente si al mismo tiempo el menor está jugando; comer únicamente cuando un adulto le está mirando, contando una historia o simplemente hablándole; negarse a utilizar los cubiertos para comer cuando así lo requiere el tipo de alimento... en fin, todos aquellos comportamientos que dificultan el establecimiento de hábitos alimenticios adecuados.

Jiménez (1997) también habla de otro tipo de problemas alimenticios, los cuales se detallan a continuación:

- Rechazo de alguna clase de comida: esto es un comportamiento frecuente en la infancia. Puede ser incluso considerado como un comportamiento normal, ya que todas las personas se niegan a ingerir algún tipo de

comida. El problema radica cuando el niño no quiere probar ninguna clase de alimento, lo cual atenta contra su salud.

- Negación a tomar alimentos sólidos: surge cuando los niños comienzan a cambiar los biberones por papillas o comidas un poco más consistentes, ya que rechazan el alimento hasta que se acostumbran a una nueva forma de alimentación.
- Ingesta de comida mezclada: el niño se come únicamente aquellos alimentos que están triturados y con mezcla de sabores.
- Falta de apetito: “Durante el primer año de vida el niño suele subir entre cinco y ocho kilos de peso, pero después del primer año de vida el apetito del niño es menor, pero esto es normal, por lo cual solo subirá dos kilos de peso por año durante los tres y cuatro años siguientes, por lo cual su apetito será errático y variable” (Schwartz, citado por Jiménez; 1997: 214).
- Tiempo de comida excesivo: este es el tipo de problema más frecuente, pero depende de cada niño, debido a que no todos tardan el mismo tiempo en terminar sus alimentos; se caracteriza por lentitud al comer, negación para pasar de la comida triturada a la sólida y rechazo a comer toda la comida que los padres le imponen.
- Los vómitos: es un problema que también puede darse en la infancia, aunque con menor frecuencia. Quizá este es el problema que más angustia a los padres cuando se presenta, normalmente porque lo relacionan con un problema físico.

## **2.3 Esfera oroalimenticia**

En este apartado se explica la importancia que tiene la alimentación en el desarrollo de la personalidad y la manera en la que la boca influye para que este proceso se presente de forma sana y natural. Se entiende que desde que el individuo nace, utiliza la boca y los reflejos para interactuar con el medio.

Según Ajuriaguerra (1973), desde muy temprano se observan en los seres humanos, reflejos oroalimenticios que surgen de manera automática. Se pueden entender como reflejos en el recién nacido la succión y la deglución, pero difícilmente se pueden lograr de manera efectiva si el aparato fonoarticulador presenta alguna lesión o malformación.

### **2.3.1 Organización oroalimenticia**

El ser humano, desde que nace, busca formas de relacionarse con el mundo. Cuando es niño cuenta con algunas herramientas como la boca para conocer el medio en el que se desenvuelve, por lo tanto, como reacción oral aparece una de las primeras formas de relación con el mundo externo. En los primeros días de nacido, el niño reacciona ante cualquier estímulo oral, por ejemplo, al contacto con los dedos o con el pecho; posteriormente el infante depende del cuidado y protección que la madre le brinde a través de la alimentación y el contacto corporal que se da a través del seno y los labios, además de la forma y el cuidado con el que el niño es tomado en brazos por la madre, es decir, ahora el infante es capaz de reconocer a la mamá

como un objeto que le provee amor y protección a través de la alimentación (Ajuriaguerra; 1973).

Por otro lado, Ana Freud (retomada por Ajuriaguerra; 1973) distingue dos satisfacciones distintas: la de saciar el apetito y la erótica oral. Desde la perspectiva de esta autora, a partir del segundo año el niño distinguirá entre su madre y el alimento; al respecto, menciona que la actividad oral es la fuente de satisfacción, ya que existe una necesidad biológica de nutrición. Es también una fuente de contacto, un juego de labios o mordiscos que consiste en la apropiación de un objeto externo, es el inicio del aprendizaje consistente en coger y dejar. De este modo, durante un tiempo, la boca será el único medio para apropiarse de objetos y producir satisfacción, además de ser una herramienta eficaz para mantener contacto con el exterior.

“Las primeras formas de relaciones van unidas a los actos de comer y surgen entre la madre y el hijo” (Ajuriaguerra; 1973: 178).

Según Ajuriaguerra (1973), la madre, al darle pecho al niño, no solamente cumple con la función de alimentarlo, sino que con base en esto se forma una relación donde el niño, a través del pecho, encuentra su comodidad, es decir, no solamente se satisface su necesidad de alimentación, sino todas las restantes, en especial la de afecto.

Como conclusión, se puede decir que el comer tiene varios significados, ya que la alimentación es un medio de unión familiar en el que la comida es una institución social, con un ritual y una participación de la familia que conlleva horarios y formas para llevarse a cabo. Se puede pensar que el comer es una obligación, pero tomando en cuenta que se experimentan sensaciones de placer, no es conveniente calificar el acto de comer como dicha obligación, sino como una forma placentera de saciar una necesidad y que además permite la convivencia con el medio.

### **2.3.2 Alteraciones en la esfera oroalimenticia**

Ajuriaguerra (1973) distingue algunas alteraciones oroalimenticias, las cuales se describen a continuación:

- Anorexia esencial precoz: aparece en las primeras semanas o en el primer día de vida. Se da en niños con poco peso, nerviosos y muy despiertos. Al inicio muestran una pasividad ante la comida y pasados algunos meses, se muestran reacios a comer.
- Anorexia del segundo semestre: es más frecuente que la esencial precoz, aparece entre el quinto y el octavo mes, al suprimirse paulatinamente la leche e ir diversificando el régimen, cuando el apetito es lábil y todavía se producen cambios en el desarrollo infantil.

Según el comportamiento infantil ante la comida, se señalan dos tipos de anorexia: inerte y de oposición.

- Anorexia inerte: es cuando el niño no tiene iniciativa ni coopera; a veces ni siquiera ingiere, se le escapa la leche por la comisura de los labios o incluso la vomita.
- Anorexia de oposición: el niño reacciona ante la comida con chillidos y agitación, además de valerse de distintos métodos como el vómito, intensa rotación tónica o simplemente, rechazo del alimento para no ingerir la comida que le ofrecen los padres.

Ajuriaguerra (1973) también distingue otro tipo de anorexia, la de la segunda infancia, que suele darse en niños que se han alimentado con normalidad en su primer año y cuyos mecanismos de rechazo son causados tras cierta ritualización de su comida en el ambiente familiar, es una oposición a la rigidez paterna o simplemente es un acto caprichoso para elegir la comida, con indicios fóbicos.

La evolución de la anorexia es grave fisiológicamente y, es un importante punto de partida para elegir la conducta a seguir en cuanto a la comida en el futuro.

## **2.4 Perfil de la persona con trastornos alimentarios**

Aunque se pueden tener características en común, no todas las personas presentan los mismos síntomas. A continuación se muestra un perfil de las personas que según Costin (2003), tienen riesgo de presentar un trastorno alimentario, aclarando que solamente son características que permiten una predisposición al trastorno.

- Problemas con la autonomía: esta dificultad la presentan jóvenes que viven muy pendientes de lo que las demás personas esperan de ellos, intentan cumplir los ideales de sus padres más que los de ellos mismos. Existe un sentimiento de obligación de ser siempre “adecuado”. La seguridad esta puesta exclusivamente en el exterior, en cumplir con lo que se supone que se espera de uno, en adecuarse a la imagen que otros puedan tener, más que a la propia.

En general, los jóvenes con problemas de autonomía viven situaciones cambiantes en la escuela, en la familia, en el barrio, es decir, en el contexto social.

Dicha dificultad para encarar situaciones y resolverlas, genera un sentimiento de vulnerabilidad, por lo tanto, la persona con esta problemática tiende a desarrollar un trastorno alimentario, convirtiendo su cuerpo en un símbolo y fuente de autonomía, control y eficacia personal. Entonces se genera una interpretación errónea de su malformación corporal y por lo tanto, de su autocontrol.

- Déficit en la autoestima: generalmente, la sensación de baja autoestima nace de juzgarse a sí misma desde lo que los demás consideran valioso, o bien, califican como algo positivo o agradable. Por lo tanto, la persona hará que el peso y la figura cobren esencial importancia para lograr elevar la autoestima.

- Camino a la perfección y el autocontrol: la tendencia al perfeccionismo es bastante común entre los jóvenes; esa búsqueda de perfección se desplaza al peso corporal, ya que para alcanzar la perfección, es preciso mantener el cuerpo ideal a cualquier costo. Paradójicamente, este perfeccionismo refuerza la sensación de inseguridad, porque exige no fallar, en lugar de afirmar al individuo en sus recursos.

Existe una tendencia muy marcada a controlar todo en sus vidas, lo cual incluye un marcado control del cuerpo. Las personas con esta tendencia se sienten poderosas manipulando su peso corporal, pero esto es solo una compensación de sensaciones de impotencia que surgen frente a situaciones difíciles de manejar.

- Miedo a madurar: los trastornos de alimentación se desarrollan por lo general, en el periodo que va desde la pubertad, pasando por la adolescencia hasta la juventud. Debido a que es un periodo de muchos cambios a nivel físico, sexual, emocional y social.

Por lo anterior los jóvenes tienden a sentirse poco hábiles para convivir con los otros, de modo que experimentan temor a crecer y manejar la independencia que esos cambios implican.



## **2.5 Causas del trastorno alimentario**

No se puede identificar una sola causa de los trastornos alimentarios, en realidad pueden ser varias, es decir, las causas son multifactoriales. Más que pensar que existen factores distintivos que causan un trastorno del comer, es conveniente pensar en factores que hacen que una persona sea más vulnerable para desarrollarlo.

### **2.5.1 Factores predisponentes individuales**

Ogden (2005) describe que las teorías psicológicas hacen hincapié en factores predisponentes como el aprendizaje, las creencias y actitudes, debido a que los alimentos representan aspectos de identidad del sujeto en términos de género, sexualidad, conflictos y autocontrol; asimismo, comunican amor y poder, además de tener distintos significados, los cuales se explican a continuación:

- El significado de la comida: Hunter (citado por Ogden; 2005) señala que la comida, además de ser un signo de prestigio, implica estatus y representa riqueza; es también un medio de comunicación y de relaciones interpersonales. Asimismo, describe que es un medio de placer y gratificación personal; una demostración de amistad, afecto, buena vecindad, comodidad y simpatía en momentos de tristeza y peligro.
- La comida como afirmación del yo: facilita la información sobre la identidad personal y actúa como una comunicación de necesidades y conflictos

internos. El sentido del yo está íntimamente ligado a la identidad de género y la idea de ser.

- Comida y sexualidad: aquí la comida representa una vía para la satisfacción sexual. Existe semejanza biológica entre la comida y la sexualidad, debido a que en ambos casos se da un impulso básico para la sobrevivencia; son placenteros e implican una vulnerabilidad al violar los límites corporales normales.
- Comer frente a la negación: la comida es un medio de conflictos intrapersonales. “La comida es una fuente de placer, pero con frecuencia no para las personas que tienen la responsabilidad principal de facilitarla. Las mujeres por lo general tienen el control de la comida, pero al mismo tiempo, se niegan a sí mismas el placer de comer”. (Lawrence, referido por Ogden; 2005: 70).
- Culpabilidad frente a placer: después de haber comido placenteramente se genera un sentimiento de culpabilidad por la vergüenza, desesperación y perversidad.
- La comida y el autocontrol: Ogden (2005) sostenía que las dietas se han convertido en el vehículo perfecto para el autocontrol, al mencionar que la persona anoréxica refleja a ese individuo autocontrolador.
- La comida como interacción social: la comida constituye un instrumento de comunicación en la familia; asimismo, los tipos de alimentos que se toman y la forma de cocinarlos, pueden crear un sentido de identidad de grupo.

- La comida como amor: Charles y Kerr (retomados por Ogden; 2005) explican que con frecuencia, los alimentos dulces se utilizan para tranquilizar a los niños y mantener una armonía familiar, ya que son signos de amor familiar y de la determinación de agradar y satisfacerse.
- Salud frente al placer: este es un conflicto acentuado, ya que a menudo las dietas preferidas son poco saludables; por lo tanto, existe dificultad para llevarlas a cabo sin cambios en el estado de ánimo, en el sentido negativo.
- Relaciones de poder: el reparto de la comida refleja las relaciones de poder y las divisiones sexuales dentro de la familia, en concreto, se otorgan las porciones mayores a los hombres, mientras que a las mujeres y niños se asignan las menores.
- La comida como identidad cultural: es una forma de comunicación que se produce en el contexto social más amplio, la comida puede interpretarse como información relativa de la identidad cultural.
- La comida como identidad religiosa: se convierte en un medio a través del cual puede comunicarse la santidad dentro de la familia, a través de los simbolismos y ritos que representan los alimentos.
- La comida como poder social: Las personas poderosas comen bien. Como menciona Wolf (referido por Ogden; 2005), la comida es el símbolo primordial del valor social, pero también una muestra de poder social a través de las huelgas que se han realizado como rechazo hacia el alimento.

En conclusión, se puede decir que la comida es inseparable en todos los aspectos del ser humano, ya que es una necesidad, además de biológica, social.

### **2.5.2 Factores predisponentes familiares**

Según Rausch (1996), no es fácil realizar investigaciones sobre los factores familiares, pero hay ciertas características de organización y funcionamiento como las que se explican a continuación, que suelen generar trastornos alimentarios o bien, predisponerlos.

- Rigidez en las reglas: los padres que marcan pautas muy severas, lejos de permitir que los hijos se desarrollen, los llevan a no expresar sus emociones y por lo tanto, generan en ellos problemáticas.
- Fronteras problemáticas: son las reglas que determinan en cada momento quien participa, las fronteras marcan los espacios en los que es permitido participar y el lugar de cada uno en una determinada situación; si las fronteras son demasiado rígidas, los miembros de la familia tienden a carecer de flexibilidad para adaptarse a los cambios.
- Jerarquías alteradas: cuando el modo de establecer algunas normas se generaliza en una familia, se alteran las jerarquías y existe la posibilidad de que los hijos queden a cargo de las funciones de los adultos.
- Fallas en el control: algunas familias suelen ser controladoras y mantienen lazos excesivamente estrechos entre sus miembros, que inhiben el

desarrollo de su autonomía, generalmente eso se vincula al desacuerdo entre los padres respecto al control y la manera de educar.

Desde otra perspectiva, Costin (2003) enfatiza que es difícil diferenciar cuáles son los factores característicos de las familias que tienden a presentar trastornos de alimentación en uno de sus miembros, aunque destaca algunas características que pueden dar origen a la presencia de un trastorno. Por ejemplo:

- Escasa comunicación entre sus miembros.
- Incapacidad para la resolución de los conflictos que se presentan.
- Sobreprotección por parte de los padres.
- Rigidez y falta de flexibilidad para encarar las situaciones nuevas, o regular las reglas familiares adecuándolas a los cambios de etapa.
- Ausencia de límites generacionales (por ejemplo, jóvenes con papel de madres).
- Expectativas demasiado altas de los padres respecto a sus hijos.
- Historias familiares que incluyen depresión y alcoholismo.
- Existencia en el seno de la familia del abuso sexual o físico.

Tanto un autor como otro, al hablar de los factores predisponentes familiares, señalan la importancia de la comunicación entre sus miembros y las dificultades que conlleva el no llevarla a cabo de manera efectiva. Por lo tanto, se puede concluir que

es necesaria una fluida comunicación entre los integrantes de una familia para la inexistencia de algún tipo de trastorno o dificultad.

### **2.5.3 Factores socioculturales**

Según Costin (2003), existen factores socioculturales predisponentes, los cuales se describen a continuación:

Existe la presión social para ser delgada, ya que el contexto sociocultural premia la delgadez y tiene prejuicios contra la gordura. Por lo general, se piensa que el cuerpo ideal no es el sano, sino el bello.

En las últimas décadas, las mujeres se han dejado llevar por la moda, por lo tanto, consideran la delgadez y belleza como sinónimos de éxito, logros y felicidad, buscando así perder peso a costa de lo que sea, incluso su propia salud.

Respecto a la presión social para ser súper mujer, los estereotipos por parte de la sociedad y medios de comunicación establecen que una mujer tiene que ser delgada, saludable, sensual, hermosa, triunfadora y con un cuerpo perfecto. Por lo tanto, aquellas que no cumplen con todas estas expectativas, se sienten inseguras y poco valiosas. He aquí uno de los orígenes de las dietas.

A continuación se nombrarán algunos de los prejuicios en torno a la obesidad:

- Los obesos comen más.
- Los obesos tienen más problemas psicológicos.
- La obesidad está asociada con un incremento de la mortalidad.
- Para los obesos, los tratamientos con dietas prolongadas les producen satisfacción.

Para terminar con los factores socioculturales, en resumen, se puede tomar en cuenta lo siguiente:

- El contexto sociocultural premia la delgadez y tiene prejuicios contra la gordura.
- La sociedad comunica que el papel más importante de la mujer es ser atractiva físicamente.
- La delgadez es sinónimo de estatus social.

## **2.6 Percepción del cuerpo en el trastorno alimenticio**

“Se define la imagen corporal como la representación diagramática del propio cuerpo en la conciencia. Esta definición se complementa con otra que hace más hincapié en los aspectos emocionales ligados a esta representación: los sentimientos y actitudes hacia el propio cuerpo. Se perfilan así los dos aspectos que forman la imagen corporal: uno cognitivo, asociado a la percepción del propio cuerpo, y otro emocional, unido al sentimiento que ello provoca” (Jarne y Talarn; 2000: 144).

## 2.7 Factores que mantienen los trastornos alimenticios

“Las prácticas de control de peso y las obsesiones con las dietas dejan de ser una solución al problema y se convierten justamente en lo que lo mantiene, lo perpetua” (Costin; 2003: 89).

A continuación se mostrará una lista de los factores que mantienen los trastornos alimentarios:

- Poseer información falsa acerca de los problemas físicos y emocionales que se asocian con la deficiente alimentación.
- No poseer ningún tipo de información en torno a una sana alimentación.
- Presencia de dietas, ya que lo adictivo es la dieta y no la comida en sí misma.

Costin (2003) distingue entre dos tipos de transformaciones que mantienen un trastorno: las anímicas y las físicas. Las primeras implican depresión, intolerancia e irritabilidad, comportamientos autodestructivos y cambios abruptos del humor, nerviosismo, ansiedad, presencia de nuevos hábitos como el fumar o el comerse las uñas, pérdida de motivación, sensación de desesperación e inseguridad, además de dificultad en la concentración, comprensión y el estado de alerta.



Las transformaciones físicas, por otra parte, incluyen hipersensibilidad a la luz y a los ruidos, problemas de visión y auditivos, adormecimiento de miembros, molestias gastrointestinales, calambres, pérdida de cabello, enlentecimiento metabólico, pérdida de temperatura corporal, interrupción de la menstruación en las mujeres, debilidad muscular y deshidratación.

Para concluir, resulta esencial afirmar que las prácticas ejercidas como las dietas, además de generar cambios y problemas físicos, pueden perpetuar un trastorno, debido a que la persona que lo presenta tiende a modificar además de su alimentación, otros hábitos y con el paso del tiempo, el sujeto se acostumbra a dicha situación, haciendo cada vez más difícil una rutina sana.

## **2.8 Trastornos mentales asociados a los trastornos alimenticios**

Según Butcher y cols. (2007), los trastornos alimentarios presentan una elevada comorbilidad con otros problemas psicopatológicos. Por ejemplo, los pacientes con anorexia nerviosa, además de esta patología, suelen presentar también síntomas de la depresión y del trastorno obsesivo - compulsivo. Se trata de dos trastornos que también son comunes en las personas con bulimia. Así como este ejemplo, se encuentran más enfermedades mentales que se relacionan con los trastornos alimentarios, que a continuación se explican.

## 1. Trastorno de la alimentación en la esquizofrenia.

Las alteraciones en la alimentación en las psicosis esquizofrénicas se presentan de manera frecuente, y aparecen tanto en episodios agudos como en las evoluciones cronificadas. Los trastornos que se encuentran se relacionan habitualmente con la clínica del enfermo o con los medicamentos que recibe en el tratamiento (Jarne y Talarn; 2000).

Los pacientes catatónicos presentan un rechazo a ingerir algunos o todos los alimentos debido a ideas delirantes de envenenamiento o perjuicio, y los trastornos alimentarios se pueden prolongar un largo periodo de tiempo hasta que persista la ideación. Según Jarne y Talarn (2000) la esquizofrenia cronificada y con un curso procesual puede resultar como condicionante de distorsiones alimentarias, entre las cuales está el consumo de productos no alimentarios, como la madera, tierra o cabellos.

## 2. Trastornos de la alimentación en las depresiones.

Los trastornos alimentarios por exceso o por disminución resultan un fenómeno usual en todos los casos de trastornos afectivos, sin importar sus formas clínicas (Jarne y Talarn; 2000).

### 3. Trastornos de alimentación en la manía.

En la fase aguda de la manía, los pacientes pueden pasar bastante tiempo sin la necesidad de recibir alimento o, por el contrario, pedir mucha comida, aunque la ingesta sea normal y no consuman todo lo que solicitaron. Picotean la comida sin acabar ningún plato, como ocurre con la mayoría de sus actividades, lo cual representa una ingesta desordenada.

En las fases hipomaniacas puede aparecer una alimentación superior a la normal, tanto en cantidad como en preferencias alimentarias (Jarne y Talarn; 2000).

### 4. Trastornos de alimentación en las fobias.

Jarne y Talarn (2000), mencionan que de la amplia variedad de trastornos fóbicos, solamente los que corresponden a las fobias hacia los alimentos o al acto de deglución, guardan relación con los trastornos alimentarios. En el caso de los alimentos, la persona puede desarrollar un cuadro fóbico a partir de una situación traumática.

### 5. Trastornos de la alimentación en la ansiedad.

Según Jarne y Talarn (2000), no se presenta un trastorno alimentario determinado que se asocie al síndrome ansioso; solamente se pueden detectar alteraciones por defecto o exceso.

## 6. Trastornos de la alimentación en el trastorno obsesivo – compulsivo.

El trastorno obsesivo – compulsivo únicamente se relaciona con los trastornos alimentarios si la patología está focalizada en esta área. En ocasiones se puede observar una forma de ingesta lenta, en la que se eligen los alimentos con meticulosidad y acompañada, algunas veces, de duda y compulsividad. Por otro lado, las ideas de contaminación y suciedad pueden provocar un cambio importante en los hábitos alimentarios (Jarne y Talarn; 2000).

### **2.9 Tratamiento de los trastornos alimenticios**

En el presente apartado se distinguirá entre el tratamiento para la anorexia y el empleado para la bulimia.

“Un programa de tratamiento de la anorexia nerviosa tiene como objetivo prioritario la recuperación ponderal, ya que parece que muchos de los pensamientos alterados respecto a la comida, el peso o la figura, se sustentan por la malnutrición y se normalizan cuando se normaliza el peso. La normalización de la dieta y los hábitos alimenticios son un paso fundamental en el proceso terapéutico. En segundo lugar, se tienen que resolver los problemas psicológicos, familiares y sociales que concurren en la anorexia nerviosa” (Jarne y Talarn; 2000: 159).

Enseguida se exponen algunos de los tratamientos más usuales ante dicha perturbación alimenticia:

- Recuperación ponderal: se refiere a la rehabilitación nutricional y la normalización dietética, con el fin de corregir las secuelas físicas y psicológicas de la malnutrición.
- Tratamiento dietético: existen discusiones en torno a la alimentación de la persona anoréxica, se puede pensar que la dieta tiene que partir de unos contenidos calóricos normales o bien, tiene que partir con bajas calorías. No existe un acuerdo en cuanto a la terapia: se puede iniciar con una dieta normal o bien, se puede ir aumentando progresivamente la cantidad de calorías.
- Tratamiento psicológico: debido a que las intervenciones psicoterapéuticas son poco efectivas en las fases más graves de la enfermedad, en los últimos años se ha optado por la psicoterapia de refuerzo, las técnicas de relajación y las sesiones psicoeducativas, con la finalidad de que la paciente no vea el programa conductual como algo que le reprime. Es importante recalcar que la terapia cognitivo conductual se ha implementado con frecuencia en la última década y, aunque no es la única, ha sido la más efectiva en el tratamiento de la anorexia nerviosa.
- Tratamiento farmacológico: el uso de fármacos coadyuva en el tratamiento psicológico, sobre todo en lo relacionado al control de patologías asociadas como la depresión.
- Terapia familiar: es importante que el paciente con trastornos y la familia se mantengan en tratamiento psicológico, con la finalidad de identificar los orígenes de la problemática y trabajar con ella.

En cuanto al tratamiento de la bulimia nerviosa se tomará en cuenta lo siguiente:

- Restablecer las pautas nutricionales normales.
  
- Recuperación física.
  - Estabilización del peso.
  - Rehidratación y normalización electrolítica.
  - Corrección de anomalías físicas (reflujo gastroesofágico, erosión de la mucosa digestiva, dilatación gástrica, erosión del esmalte dental e inflamación parótida).
  
- Normalización del estado mental.
  - Mejorar el estado de ánimo.
  - Tratar posibles trastornos de la personalidad.
  - Evitar abusos de sustancias.
  - Corregir el estilo cognitivo erróneo.
  
- Restablecer las relaciones familiares adecuadas.
  - Aumentar la participación.
  - Incrementar la comunicación.
  - Restablecer las pautas y roles.
  - Escapar de los sentimientos de fracaso.

- Corregir las pautas de interacción social alteradas.
  - Aceptar el trastorno.
  - Afrontar los fracasos.
  - Aceptar la responsabilidad.
  - Vencer la impotencia.
  - No buscar marcos sociales denigrantes.

Como se observa, tanto en el tratamiento de la anorexia como de la bulimia, la tarea prioritaria es restablecer el campo físico, pero aquí no existe un campo más importante que otro, simplemente se prioriza lo emergente, con la finalidad de que el tratamiento en las siguientes áreas, como la psicológica y la social, sea igualmente efectivo. Así se da por terminado este capítulo y, por ende, el marco teórico, de manera que en las páginas restantes se expone la metodología que se requirió para la recolección y tratamiento de datos.

## **CAPÍTULO 3**

### **METODOLOGÍA, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

Este capítulo estará dividido en dos partes: en la primera se expondrá la estrategia metodológica que permitió la consecución de los objetivos del estudio y también corroborar una de las hipótesis planteadas; en la segunda parte se expondrá el análisis y la interpretación de resultados de campo.

#### **3.1 Descripción metodológica**

Es la descripción detallada del proceso llevado a cabo para la elaboración de la investigación y la obtención de resultados. Incluye el plan metodológico y sus diversas características, que enseguida se explican.

##### **3.1.1 Enfoque cuantitativo**

Según la metodología de la ciencia, los cimientos de las investigaciones se basan en dos enfoques principales: el cuantitativo y el cualitativo, ambos emplean procesos cuidadosos, metódicos y empíricos, además de utilizar en términos generales, cinco fases similares y relacionadas entre sí:

1. Llevan a cabo la observación y evaluación de fenómenos.
2. Establecen suposiciones o ideas como consecuencia de la observación y evaluación realizadas.



3. Demuestran el grado en el que las suposiciones o ideas tienen fundamento.
4. Revisan tales suposiciones o ideas sobre la base de las pruebas o del análisis.
5. Proponen nuevas observaciones y evaluaciones para esclarecer, modificar y fundamentar las suposiciones e ideas, incluso para generar otras.

Según las características de la presente investigación, el enfoque al cual se acudió fue al cuantitativo ya que por sus condiciones arroja un resultado objetivo, confiable y válido, pero sobre todo, cuantificable.

Según Hernández y cols. (2010) el enfoque cuantitativo es secuencial y probatorio, se divide en etapas y cada una precede a la siguiente, no se puede brincar o eludir algún paso, el orden es riguroso, parte de una idea delimitada, se buscan objetivos y se hacen preguntas de investigación, se revisa la literatura y se construye un marco o una perspectiva teórica. A partir de las preguntas se establecen hipótesis y determinan variables, se desarrolla un plan o diseño para probarlas, se miden las variables en un determinado contexto, se analizan las mediciones obtenidas utilizando métodos estadísticos y se establece una serie de conclusiones en torno a las hipótesis.

A continuación se mencionan algunas características exclusivas del enfoque cuantitativo:

- Se plantea un problema de estudio delimitado y concreto.
- Se hace una revisión minuciosa en torno a la literatura y se construye un marco teórico.
- Se hace la recolección de datos y se fundamentan en la medición.
- Los datos obtenidos, producto de las mediciones, se presentan mediante números.
- Los análisis cuantitativos se interpretan según las predicciones iniciales (hipótesis).
- La investigación cuantitativa debe ser lo más objetiva posible.
- Los fenómenos que se observan y/o miden no deben ser afectados por el investigador.
- Los estudios cuantitativos siguen un patrón predecible y estructurado (un proceso) (Hernández y cols.; 2010).

En resumen, el enfoque cuantitativo usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para restablecer patrones de comportamiento y comprobar teorías.

### **3.1.2 investigación no experimental**

Para realizar el presente estudio se tomó en cuenta el diseño de investigación no experimental, ya que las variables fueron analizadas en un contexto natural, sin modificaciones del ambiente y sin factores externos al medio.

En una investigación no experimental, los estudios se realizan sin la manipulación intencional de la variable independiente, simplemente se observan los fenómenos en un ambiente natural para después analizarlos (Hernández y cols.; 2010).

En cambio, en una investigación experimental el investigador construye deliberadamente una situación, la condiciona, decide qué estímulos aportar a la situación y cuándo, además de la intensidad de los mismos, para después evaluar los efectos que estos tuvieron en los fenómenos medidos. Por decirlo de alguna manera, en un experimento se construye una realidad.

Para que los resultados de la presente investigación fueran objetivos y confiables, se optó por el primer tipo de investigación, ya que no se generó ninguna situación, no se creó una realidad artificial, simplemente se observaron las situaciones ya existentes y sus efectos; no se provocó intencionalmente ningún fenómeno por quien la realizó, las variables fueron totalmente independientes, sin manipulación alguna.

### **3.1.3 Diseño transversal**

La presente investigación se llevó a cabo con un diseño transversal ya que las características de dicho diseño fueron las que más se adecuaron al estudio.

En un diseño de investigación transversal o transeccional se recolectan datos en un momento y en un tiempo único, es decir, se tomaron en cuenta los datos obtenidos de los tests aplicados a los alumnos del CETis 27 en torno al nivel de autoestima y su relación con la presencia de trastornos alimentarios en un tiempo y lugar determinados.

Es importante mencionar la diferencia entre un diseño transversal o transeccional y uno de carácter longitudinal. El primero, como ya se mencionó, se lleva a cabo en un tiempo determinado, con el objetivo de estudiar una población en un contexto bien definido, por dar un ejemplo, es como tomar una fotografía y analizarla a detalle. En el segundo, en tanto, se hacen varias mediciones en tiempo distinto; uno de sus objetivos es captar la evolución de las variables, como un video, capaz de captar los cambios de los fenómenos según el paso del tiempo (Hernández y cols.; 2010).

#### **3.1.4 Alcance correlacional**

En el presente estudio se evaluó la relación existente entre dos variables: la autoestima y los trastornos alimentarios.

El alcance de la presente investigación es correlacional, ya que se aplicó a una sola población y se identificó en qué medida las variables se afectan entre sí. Es decir, se aplicaron pruebas a los estudiantes del CETis 27 para conocer tanto el nivel de autoestima de los alumnos como la presencia de trastornos alimenticios en ellos;

una vez obtenidos los resultados, se analizó en qué nivel las variables se afectan entre sí.

Una de las principales virtudes del alcance correlacional es que permite conocer la relación o grado de asociación que existe entre dos o más conceptos, categorías o variables en un contexto particular.

Como todo método confiable, el alcance correlacional sigue algoritmos para lograr su objetivo, es decir, primero se miden las variables por separado, en este caso, primero se midió la autoestima y luego la presencia de trastornos alimentarios, después se cuantificaron y se analizó la vinculación de las dos variables. De esta manera se logra otro de los objetivos del alcance: intentar predecir algunos resultados, saber con anticipación cómo se puede comportar una variable al conocer el comportamiento de las otras variables vinculadas (Hernández y cols.; 2010).

Es importante mencionar que la correlación puede ser positiva o negativa. La primera significa que si la primera variable cambia en el sentido positivo, la segunda lo hará en el mismo sentido, la negativa implica un cambio en el sentido opuesto, es decir, si la primera variable aumenta, la segunda decrece.

En este caso, si el nivel de autoestima de los alumnos es elevado, para que la correlación sea positiva tendrá que existir una presencia importante de la variable trastorno alimenticio en los alumnos; de lo contrario, la correlación sería negativa.

Con lo anterior tal vez se piense que existen solamente dos tipos de resultados: correlación positiva o negativa; sin embargo, es importante mencionar que existe una tercera opción, la cual sería que simplemente no existiera relación alguna entre ambas variables, es decir, que una variable no sea afectada de manera significativa por la otra: por lo que el comportamiento de las variables es independiente. Son otros los factores que pueden alterar su comportamiento.

### **3.1.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

A continuación se describirá la diferencia entre un instrumento y una técnica. Un instrumento es aquel recurso que facilita una acción, es algo tangible, algo físico; la técnica es la manera de utilizar ese instrumento, la forma de manejarlo, de hacerlo útil, de lograr un objetivo con él.

En esta investigación se utilizaron dos instrumentos estandarizados: el Inventario de Autoestima de Coopersmith y el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2), además de las técnicas necesarias para la correcta aplicación de las pruebas.

La primera prueba, de Stanley Coopersmith, está dividida en escalas de autoestima general, autoestima social, autoestima escolar – académica, autoestima familiar y una escala de mentira. Su aplicación puede ser de manera grupal o individual. En este caso se optó por aplicarla de la primera forma, con la finalidad de facilitar tanto el proceso de aplicación como el de evaluación.

La prueba cuenta con escalas y subescalas. La escala está conformada por 58 reactivos, los cuales sirven para estimar el nivel de autoestima en adolescentes y jóvenes.

La primera subescala hace referencia a la autoestima general y está conformada de 26 reactivos, asociados con el concepto que el adolescente presenta de sí mismo.

La segunda subescala es la de autoestima social, es más pequeña que la anterior, ya que solamente está compuesta por 8 reactivos asociados a la preocupación acerca de las ideas que las demás personas manifiestan acerca del sujeto que contesta el test.

La siguiente subescala es la referente a la autoestima escolar – académica y consta de 8 reactivos, al igual que la anterior. Dicha subescala describe la forma en la que el adolescente se percibe en función al rendimiento que tiene en el área educativa.

La cuarta subescala identifica la autoestima familiar, consta de 8 reactivos que permiten identificar la imagen que tiene el sujeto de sí mismo en relación con el hogar.

La quinta y última subescala es la de mentira; de igual forma que las anteriores, está compuesta de 8 reactivos y fue diseñada para detectar conformidad o falsificación deliberada en las respuestas emitidas a lo largo del test.

El Inventario de Autoestima de Stanley Coopersmith tiene un nivel de confiabilidad de 0.88 y fue estandarizado con adolescentes y jóvenes universitarios en Chile, en 1984, con baremos basados en el puntaje T.

El segundo instrumento utilizado en esta investigación fue el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2). Dicho inventario fue elaborado por David M. Garner en 1998.

La razón principal por la cual se eligió tal inventario es que fue estandarizado con personas en una edad de 11 años en adelante, por lo tanto, se adecua perfectamente al contexto.

El EDI-2 cuenta con una confiabilidad de 0.83 en el alfa de Crobach y una validez de contenido concurrente, de criterio, así como de constructo. Se conforma de 11 escalas, las cuales son:

1. Obsesión por la delgadez.
2. Bulimia.
3. Insatisfacción corporal.
4. Ineficacia.



5. Perfeccionismo.
6. Desconfianza interpersonal.
7. Consciencia introceptiva.
8. Miedo a la madurez.
9. Ascetismo.
10. Impulsividad.
11. Inseguridad social.

Una vez descritos los dos instrumentos, es importante mencionar que se utilizaron para su aplicación las técnicas concretas para recabar la información específica de la población a investigar. Las técnicas surgieron del planteamiento metodológico y marcan un procedimiento particular a seguir en la interacción con los sujetos integrantes de la población.

La presente investigación utilizó técnicas estandarizadas para la recolección de los datos. Los test psicométricos son técnicas estandarizadas en basadas en investigaciones estadísticas que garantizan la confiabilidad y la validez en la medición.

¿Por qué utilizar tests psicométricos en una investigación? La utilización de los tests psicométricos obedece a varias razones:

- Tiempo.
- Facilidad.

- Confiabilidad.
- Utilidad.

La confiabilidad garantiza que mide un fenómeno estable a través del tiempo y no un factor temporal o de momento.

La validez garantiza que se mide efectivamente lo que se pretende medir y no una característica distinta.

La estandarización garantiza que la medición se da en función de un parámetro similar y no con base en criterios arbitrarios.

Además de las técnicas estandarizadas, se utilizaron técnicas cuantitativas con la finalidad de asignar un valor numérico a los fenómenos investigados.

Las técnicas cuantitativas son aquellas que utilizan mediciones numéricas para representar los fenómenos de estudio.

Dichos instrumentos y técnicas utilizadas permitieron la recolección de datos primarios de la población. Es decir, no se tomó en cuenta ningún tipo de información de personas ajenas a la investigación.

### **3.2 Población y muestra**

En este apartado se comenzará explicando la diferencia entre población y muestra.

La población según Seltiz, “es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones” (Hernández y cols.; 2010: 303).

En una investigación, las poblaciones a estudiar deben describirse concretamente en cuanto a las características generales. Por ejemplo: el nivel de estudios, la demarcación institucional, la edad, la cantidad de integrantes, el nivel socioeconómico, la cultura o el turno escolar.

Según las características anteriores, la población en esta investigación son los estudiantes del CETis 27 de Uruapan, Michoacán.

El presente estudio se llevó a cabo con una muestra, la cual se entiende como una parte de la población, que tiene que ser representativa de la totalidad. La muestra que se tomó en cuenta para la presente indagación estuvo conformada únicamente por los alumnos que cursan el último semestre en la escuela, con una edad alrededor de los 20 años.

Existen dos tipos de muestras: las probabilísticas y las no probabilísticas. En las primeras, todos los sujetos que forman la población tienen la posibilidad de ser

elegidos para que se les apliquen los tests; esto se hace a través de una definición muy detallada de la población y una selección aleatoria de las unidades de análisis, es decir, se puede utilizar un método al azar.

Las muestras no probabilísticas, en cambio, son aquellas en las que la selección de los sujetos o unidades de análisis no dependen del azar, sino de las características de la investigación, de la intención del investigador o de circunstancias externas al proceso.

En el presente estudio, el tipo de muestreo utilizado fue el no probabilístico, ya que la selección no fue al azar, sino dirigida.

Este tipo de muestreo, de acuerdo con Hernández y cols. (2010), representa una importante desventaja para la generalización y extrapolación de los resultados obtenidos. Es decir, no sería objetivo generalizar los resultados de la presente investigación para todos los estudiantes del CETis 27, sin embargo, es un conveniente punto de partida para trabajar con alumnos que cursen el último semestre.

Dentro de los muestreos no probabilísticos Kerlinger (citado por Hernández y cols.; 2010) habla de la muestra intencional.

En dicha clase de muestra, los sujetos son seleccionados en la función de las intenciones del investigador y con finalidades distintas a las de la generalización de

resultados, se pueden dar cuando dentro de una población escolar, se elige como muestra a los integrantes de un grupo, un grado escolar o cualquier otra unidad que facilite la recolección de datos.

Como conclusión, se puede definir que la muestra seleccionada en el presente caso, es no probabilística e intencional.

### **3.3 Descripción del proceso de investigación**

El presente estudio se realizó con base en información teórica acerca de los dos temas principales en torno a esta investigación: la autoestima y los trastornos alimenticios. Una vez investigados los antecedentes, se procedió a investigar las posibles relaciones entre una variable y la otra, se definió un objetivo general y varios particulares, los cuales pueden observarse al inicio de esta investigación.

A continuación, con información sólida sobre el tema, se plantearon hipótesis y se definieron instrumentos estandarizados y confiables para comprobarlas, en este caso se utilizó el test psicométrico denominado Inventario de Autoestima, del autor Stanley Coopersmith y el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI 2) del autor David M. Garner.

Con todo lo anterior, el siguiente paso en la investigación fue definir el lugar y la población a ser investigada, además de justificar el motivo por el cual se eligió dicho lugar y muestra (esta información se encuentra en el marco de referencia y en

la justificación ubicadas al inicio del estudio) para llevar a cabo la presente indagación.

Posteriormente se aplicaron los instrumentos anteriormente mencionados y se comparó la información obtenida de los mismos. Dicha información se encuentra descrita a detalle en los anexos 1, 2, 3, 4 y 5 del presente trabajo.

Por último, con análisis de los resultados obtenidos de las pruebas, se estructuraron conclusiones que se pueden observar en el último apartado de la tesis.

### **3.4 Análisis e interpretación de resultados**

En este apartado se mostrarán a detalle los resultados obtenidos de las pruebas y se darán conclusiones con base en la interpretación de los mismos.

Los resultados están organizados en tres categorías de análisis: La primera referida a la variable autoestima; la segunda a la variable trastornos alimentarios y, la tercera, a la relación entre ambas.

#### **3.4.1 Nivel de autoestima en los alumnos del CETis 27**

Se afirma que la autoestima es la evaluación que hace habitualmente la persona con respecto a sí misma. Expresa una actitud de aprobación o desaprobación e indica el grado en el que el individuo se cree capaz, destacado, con éxito y valioso. En resumen, la autoestima es un juicio personal sobre la valía que se expresa en las actitudes que el individuo manifiesta hacia sí (Crozier; 2001).

Respecto a los resultados obtenidos a partir de la aplicación de la prueba Inventario de Autoestima de Coopersmith, se muestran en puntajes T, tanto el nivel de autoestima total como el de las distintas subescalas.

La media en el nivel de autoestima general fue de 45. La media es el promedio de un total de datos obtenidos a través de una medición, es decir, es el valor característico de una serie de datos cuantitativos y se obtiene a partir de la suma de todos los valores, dividida entre el número de sumandos (Hernández y cols.; 2010).

En el presente estudio también se obtuvo la mediana, que representa el valor de la variable de posición central en un conjunto de datos ordenados. Este valor fue de 46.

De acuerdo con estos mismos autores, la moda es el valor con mayor frecuencia en una distribución de datos. En cuanto a esta escala, la moda fue de 46.

También se obtuvo el valor de una medida de dispersión: la desviación estándar, la cual es la raíz cuadrada de la varianza de la variable. El valor obtenido en la escala de autoestima general es de 10.

Por otra parte, se obtuvo el puntaje de la subescala de autoestima social, encontrando una media de 52, una mediana de 50 y una moda representativa de 50. La desviación estándar fue de 9.

Asimismo, en la escala de autoestima escolar se encontró una media de 54, una mediana de 50 y una moda de 44. La desviación estándar fue de 12.

Adicionalmente, en la escala de autoestima en el hogar se obtuvo una media de 45, una mediana de 47 y una moda de 47. La desviación estándar fue de 11.

Finalmente, se obtuvo el puntaje de autoestima total, encontrándose una media de 46, una mediana de 47, una moda de 54 y una desviación estándar de 11.



En el anexo 1 quedan demostrados gráficamente los resultados de la media aritmética de cada una de las subescalas mencionadas anteriormente.

A partir de los resultados estadísticos obtenidos mediante la aplicación del instrumento, se puede interpretar que el nivel de autoestima se encuentra dentro de los parámetros normales.

Con el fin de demostrar un análisis más detallado, a continuación se presentan los puntajes de los sujetos que obtuvieron puntajes bajos en cada subescala, es decir, por debajo de T 40.

En la escala de autoestima general, el 26% de los sujetos se ubica por debajo de T 40; en la subescala de autoestima social, el porcentaje es de 15%; mientras que en la de autoestima escolar es de 14%; en la de autoestima en el hogar, es de 31%; finalmente, el porcentaje de sujetos con nivel bajo de autoestima total es de 28%. Estos resultados se aprecian de manera gráfica en el anexo 2.

Los resultados mencionados anteriormente, muestran que no existen demasiados casos con problemas de autoestima, aunque hay algunos en los que es importante poner atención.

### **3.4.2 Indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en los alumnos del CETis 27**

De acuerdo con el DSM-IV (APA; 2002), los trastornos alimentarios se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria, los más comunes son la anorexia y la bulimia. La primera se caracteriza por un deseo intenso de pesar cada vez menos, gran miedo al hecho de estar obesa y un peculiar trastorno del esquema corporal, que hace que las pacientes se vean más gordas de lo que están en realidad. Por otra parte, la bulimia es un trastorno que se caracteriza por un modelo de alimentación anormal, con episodios de ingesta voraz, seguidos de maniobras para eliminar las calorías ingeridas.

Mediante la aplicación del instrumento EDI-2, se obtuvieron datos relevantes respecto a cada una de las subescalas predeterminadas en la prueba. Los puntajes, traducidos a percentiles, se presentan a continuación.

- 1) En la escala de obsesión por la delgadez se obtuvo una media de 63, una mediana de 62, una moda de 48 y una desviación estándar de 24.
- 2) Asimismo, en la escala de bulimia se logró una media de 63, una mediana de 57, una moda de 47 y una desviación estándar de 19.
- 3) Por otra parte, en la escala de insatisfacción corporal se estableció una media de 62, una mediana de 63, una moda de 75 y una desviación estándar de 21.

- 4) Adicionalmente, en la escala de ineficacia se cuantificó una media de 64, una mediana de 67, una moda de 31 y una desviación estándar de 24.
- 5) También se calcularon los resultados en la escala de perfeccionismo, en los cuales se obtuvo una media de 59, una mediana de 58, una moda de 39 y una desviación estándar de 25.
- 6) En la escala de desconfianza interpersonal se obtuvo una media de 72, una mediana de 80, una moda de 84 y una desviación estándar de 24.
- 7) En la escala de conciencia introceptiva se determinó una media de 59, una mediana de 66, una moda de 16 y una desviación estándar de 29.
- 8) En la escala de miedo a la madurez se estableció una media de 65, una mediana de 72, una moda de 72 y una desviación estándar de 23.
- 9) En la escala de ascetismo se calculó una media de 54, una mediana de 51, una moda de 22 y una desviación estándar de 27.
- 10) En la escala de impulsividad se cuantificó una media de 57, una mediana de 57, una moda de 57 y una desviación estándar de 26.
- 11) Finalmente, en la escala de inseguridad social se logró una media de 70, una mediana de 78, una moda de 33 y una desviación estándar de 24.

En el anexo 3 se muestran gráficamente los resultados de la media aritmética de cada una de las subescalas mencionadas anteriormente.

Además de presentar las medidas de tendencia central y desviación estándar, a continuación se presentan los porcentajes de los sujetos que obtuvieron puntajes altos en cada escala, esto es, por arriba del percentil 70. Así, se ubicarán las escalas

en las que hay mayor incidencia de casos preocupantes sobre el problema de trastornos alimentarios.

En la escala de obsesión por la delgadez , el 46% de sujetos se encuentra por arriba del percentil 70; en la escala de bulimia, el porcentaje fue de 35%; en la de insatisfacción corporal, 38%; en la de ineficacia, 41%; en la de perfeccionismo, 35%; en la correspondiente a la desconfianza interpersonal, 68%; en la de conciencia introceptiva, 42%; respecto a la de miedo a la madurez, se obtuvo un 54%; en la de ascetismo, un 31%; en la de impulsividad, 34% y finalmente, en la de inseguridad social, 56%.

Estos datos se pueden observar gráficamente en el anexo 4.

En función de los datos anteriores, se puede afirmar que los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en esta muestra se encuentran en niveles ligeramente altos en términos generales, sin embargo, hay algunos indicadores en los que resulta preocupante el porcentaje de casos que presentan puntajes altos, particularmente en las escalas de inseguridad social, miedo a la madurez y desconfianza interpersonal.

### **3.4.3 Relación entre el nivel de autoestima y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios**

Diversos autores han afirmado la relación que se da entre los trastornos alimentarios y la autoestima.

En la investigación realizada a los alumnos de quinto semestre del CETis 27, de Uruapan, Michoacán, se encontraron los siguientes resultados:

Entre el nivel de autoestima y la escala de obsesión por la delgadez existe un coeficiente de correlación de -0.25 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre estos atributos existe una correlación negativa débil, de acuerdo con la clasificación que plantean Hernández y cols. (2010).

Para conocer la influencia que existe entre el nivel de autoestima y la obsesión por la delgadez, se obtuvo la varianza de factores comunes ( $r^2$ ), donde mediante un porcentaje se indica el grado en que las variables se encuentran correlacionadas. Para obtener esta varianza, se eleva al cuadrado el coeficiente de correlación obtenido mediante la “r” de Pearson (Hernández y cols.; 2010).

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.06, lo que significa que entre la autoestima y la obsesión por la delgadez hay una relación del 6%.

Por otra parte entre el nivel de autoestima y la escala de bulimia existe un coeficiente de correlación de -0.32 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto indica que entre la autoestima y la escala de bulimia existe una correlación negativa media.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.10, lo que significa que entre la autoestima y la escala de bulimia hay una relación del 10%.

En cuanto al nivel de autoestima y la escala de insatisfacción corporal, existe un coeficiente de correlación de -0.25 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto denota que entre estas variables existe una correlación negativa débil.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.06, lo que significa que entre la autoestima y la escala de insatisfacción corporal hay una relación del 6%.

En cuanto al nivel de autoestima y la escala de ineficacia, existe un coeficiente de correlación de -0.65 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto permite afirmar que entre la autoestima y tal escala, existe una correlación negativa fuerte.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.42, lo que significa que entre la autoestima y la escala de ineficacia hay una relación del 42%.

En cuanto al nivel de autoestima y la escala de perfeccionismo existe un coeficiente de correlación de -0.20 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson, lo cual significa que entre estas particularidades existe una correlación negativa débil.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.04, lo que significa que entre la autoestima y la escala de perfeccionismo hay una relación del 4%.

En cuanto al nivel de autoestima y la escala de desconfianza interpersonal existe un coeficiente de correlación de -0.40 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto conduce a expresar que entre la autoestima y la escala referida, existe una correlación negativa media.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.16, lo que significa que entre la autoestima y la escala de desconfianza interpersonal hay una relación del 16%.

En cuanto al nivel de autoestima y la escala de conciencia introceptiva, existe un coeficiente de correlación de -0.43 a partir de la prueba “r” de Pearson. Esto implica que entre la autoestima y la escala en cuestión, existe una correlación negativa media.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.19, lo que significa que entre la autoestima y la escala de conciencia introceptiva hay una relación del 19%

En cuanto al nivel de autoestima y la escala de miedo a la madurez, existe un coeficiente de correlación de -0.11 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson, lo cual denota que entre dichas variables existe una correlación positiva débil.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.01, lo que significa que entre la autoestima y la escala de miedo a la madurez hay una relación del 1%.

En cuanto al nivel de autoestima y la escala de ascetismo, existe un coeficiente de correlación de -0.24 obtenido con la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre tales variables existe una correlación negativa débil.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.06, lo que significa que entre la autoestima y la escala de ascetismo hay una relación del 6%.

En cuanto al nivel de autoestima y la escala de impulsividad, se cuantificó un coeficiente de correlación de -0.34 con base en la prueba “r” de Pearson. Esto representa que entre la autoestima y la escala citada, existe una correlación negativa media.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.12, lo que significa que entre la autoestima y la escala de impulsividad hay una relación del 12%.



Finalmente, en cuanto al nivel de autoestima y la escala de inseguridad social, se calculó un coeficiente de correlación de -0.47 según la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre estas variables existe una correlación negativa media.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.22, lo que significa que entre la autoestima y la escala de inseguridad social hay una relación de 22%

Es importante señalar que para considerar una relación significativa entre dos variables, el porcentaje de relación debe ser al menos del 10% (Hernández y cols.; 2010).

Los resultados obtenidos en cuanto a los niveles de correlación entre escalas, se muestran en el anexo 5.

En función de lo anterior, se puede afirmar que el nivel de autoestima se relaciona de forma significativa con las escalas de bulimia, ineficacia, desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva, impulsividad e inseguridad social.

En contraparte, no se encontró una relación significativa entre el nivel de autoestima y las escalas de obsesión por la delgadez, insatisfacción corporal, perfeccionismo, miedo a la madurez y ascetismo.

En función de los resultados presentados, se confirma la hipótesis de trabajo, la cual afirma que existe correlación estadísticamente significativa entre el nivel de

autoestima y los trastornos alimenticios en los alumnos del CETis 27, de Uruapan, Michoacán, para las escalas de bulimia, ineficacia, desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva, impulsividad e inseguridad social.

Asimismo, se confirma la hipótesis nula, que afirma que los trastornos alimentarios no se ligan de manera estadísticamente significativa con el nivel de autoestima, entre los mismos sujetos, para las escalas de obsesión por la delgadez, insatisfacción corporal, perfeccionismo, miedo a la madurez y ascetismo.

## CONCLUSIONES

Enseguida se explica la manera en que fueron cubiertos los objetivos particulares y el general.

Los objetivos particulares referidos a los aspectos teóricos según la variable autoestima, es decir, su definición conceptual, los factores que influyen en ella, así como su importancia en el ámbito psicológico, se alcanzaron en el desarrollo del capítulo uno.

A su vez, el objetivo empírico requerido para la evaluación de tal variable en la muestra de alumnos del CETis 27, se logró mediante la administración de la prueba denominada Inventario de Autoestima de Coopersmith. Los resultados obtenidos se muestran en detalle en el capítulo tres.

Por otra parte, en el capítulo dos se da cuenta de los objetivos particulares de carácter teórico, concernientes a la segunda variable del presente estudio, es decir, a los trastornos alimentarios.

La medición de tal variable con sus diferentes subescalas, se muestra detalladamente en el capítulo tres.

La consecución de los objetivos anteriores permitió alcanzar con suficiencia el objetivo general que guió la presente indagación, es decir, identificar estadísticamente el nivel de correlación existente entre el nivel de autoestima y la presencia de indicadores psicológicos de trastornos alimenticios en los adolescentes.

Aunque la estrategia metodológica empleada en el presente estudio logró su propósito, es recomendable profundizar en esta línea de investigación, mediante muestras de sujetos de otros semestres, no incluidos en la presente indagación.

## BIBLIOGRAFÍA

Ajuriaguerra, J. (1973)  
Manual de psiquiatría infantil.  
Editorial Masson. Barcelona.

Alcántara, José Antonio. (1990)  
Cómo educar la autoestima.  
Ediciones CEAC. Barcelona, España.

American Psychiatric Association (APA). (2002)  
DSM IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.  
Editorial Masson. Barcelona.

Branden, Nathaniel. (2008)  
La psicología de la autoestima.  
Editorial Paidós Mexicana. México, D.F.

Branden, Nathaniel. (2010)  
La autoestima de la mujer.  
Editorial Paidós Mexicana. México, D.F.

Butcher, James; Mineka, Susan; Hooley, Jill. (2007)  
Psicología clínica.  
Editorial PEARSON. España.

Branden, Nathaniel (2011).  
Los seis pilares de la autoestima.  
Editorial Paidós Mexicana. México, D.F.

Carrión López, Salvador. (2007)  
Autoestima y desarrollo personal con PNL.  
Ediciones Obelisco. Barcelona, España.

Castillo S., María Dolores; León E., María Teresa. (2005)  
Trastornos del comportamiento alimentario: anorexia y bulimia nerviosa.  
Editorial Formación Alcalá, S.L. España.

Clark, Amina; Clemes, Harris; Bean, Reynold. (2000)  
Cómo desarrollar la autoestima en los adolescentes.  
Editorial Debate. Madrid, España.

Costin, Carolyn. (2003)  
Anorexia, bulimia y otros trastornos de la alimentación: diagnóstico, tratamiento y prevención de los trastornos alimentarios.  
Editorial Diana. México.

Crozier, Ray W. (2001)

Diferencias individuales en el aprendizaje.

Editorial Narcea S.A. de Ediciones. Madrid, España.

Duker Marilyn, Slade Roger. (2003)

Anorexia nerviosa y bulimia, un tratamiento integrado.

Editorial Limusa S.A. de C.V. Grupo Noriega editores.

García Carapia, Claudia Araceli. (2012)

Nivel de autoestima en los estudiantes obesos de educación media, caso Escuela Secundaria Federal No. 2, de Uruapan, Michoacán.

Tesis inédita de la Escuela de Psicología de la Universidad Don Vasco, A.C. Uruapan, Michoacán, México.

Garner, David M. (1998)

Inventario de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2).

TEA Ediciones. Madrid.

González-Arratia López Fuentes, Norma Ivonne. (2001)

Autoestima: medición y estrategias de intervención a través de una experiencia en la reconstrucción del ser.

Universidad Autónoma del Estado de México. México.

Hernández Sampieri, Roberto; Fernández-Collado, Carlos; Baptista Lucio, Pilar. (2010)

Metodología de la Investigación.

Editorial McGraw-Hill. México.

Jarne, Adolfo; Talarn, Antoni. (2000)

Manuel de psicopatología clínica.

Editorial Paidós Ibérica. Buenos Aires.

Jiménez H., Manuel. (1997)

Psicopatología infantil.

Editorial Aljibe. Granada.

Lamb, Charles W.; Hair, Joseph F. Jr.; McDaniel, Karl. (2011)

Marketing.

Editorial EDAMSA. México, D.F.

Ogden, Jane. (2005)

Psicología de la alimentación.

Editores Morata. España.

Rausch Herscovici, Cecile. (1996)

La esclavitud de las dietas.

Editorial Paidós. Argentina.

## MESOGRAFÍA

Brinkmann, H.; Segure, T. (1988)

“INVENTARIO DE AUTOESTIMA DE COOPERSMITH”

Universidad de Concepción, Chile.

<http://es.scribd.com/doc/42684674/Inventario-de-Autoestima-de-Coopersmith-Adultos>

Moreno González, Miriam Angélica; Ortiz Viveros, Godeleva Rosa. (2009)

“Trastorno Alimentario y su Relación con la Imagen Corporal y la Autoestima en Adolescentes”.

Universidad Veracruzana, México.

TERAPIA PSICOLÓGICA 2009, Vol. 27, N°2, 181-190.

[http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082009000200004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082009000200004&script=sci_arttext)

Real Academia de la Lengua Española. (2001)

“Definición de autoestima”

Diccionario de la lengua española.

<http://lema.rae.es/drae/?val=autoestima>

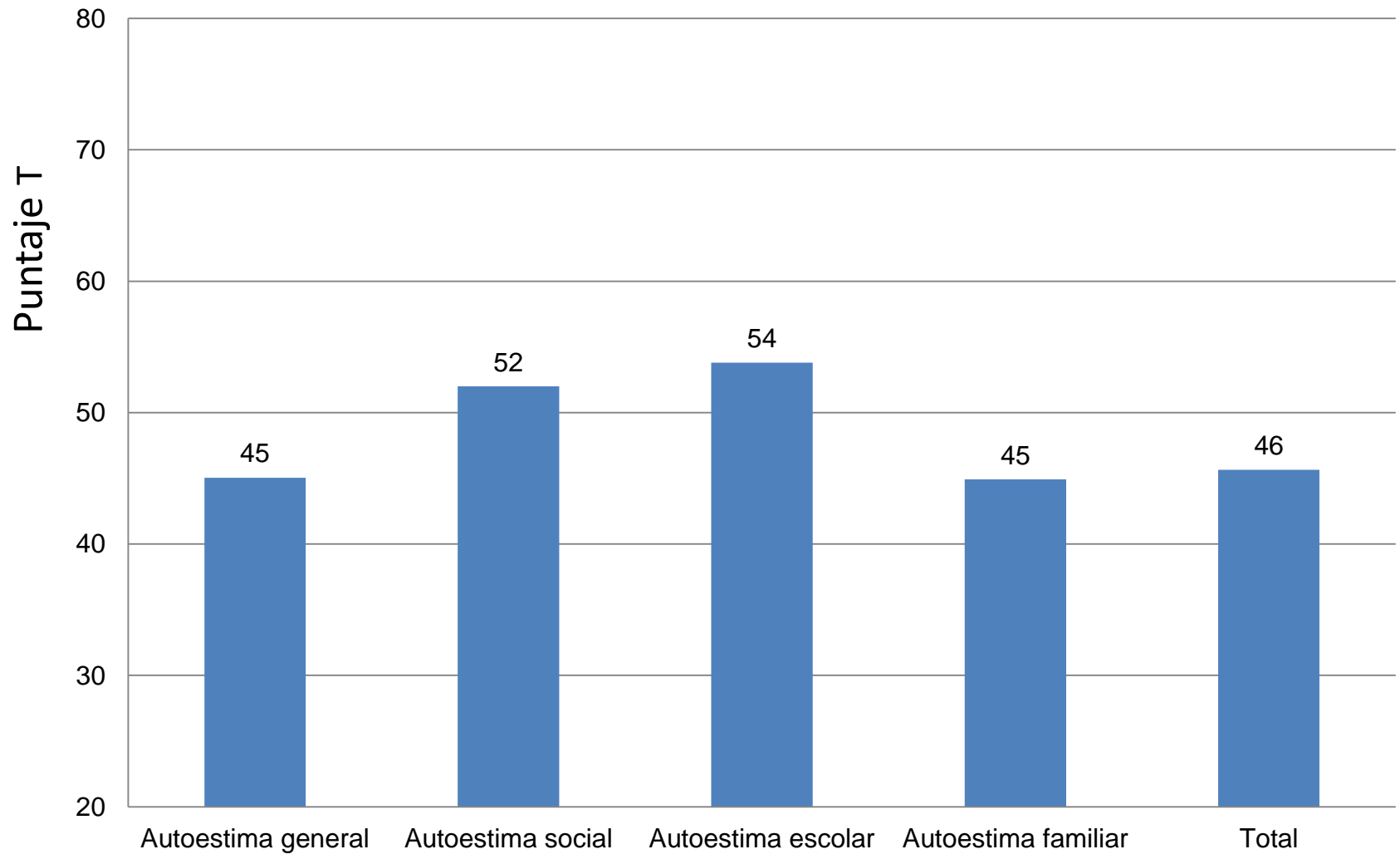
Sicologcom. (2010)

“Escala de autoestima de Rosenberg – RSES”

<http://sicolog.com/?a=1669>

# ANEXO 1

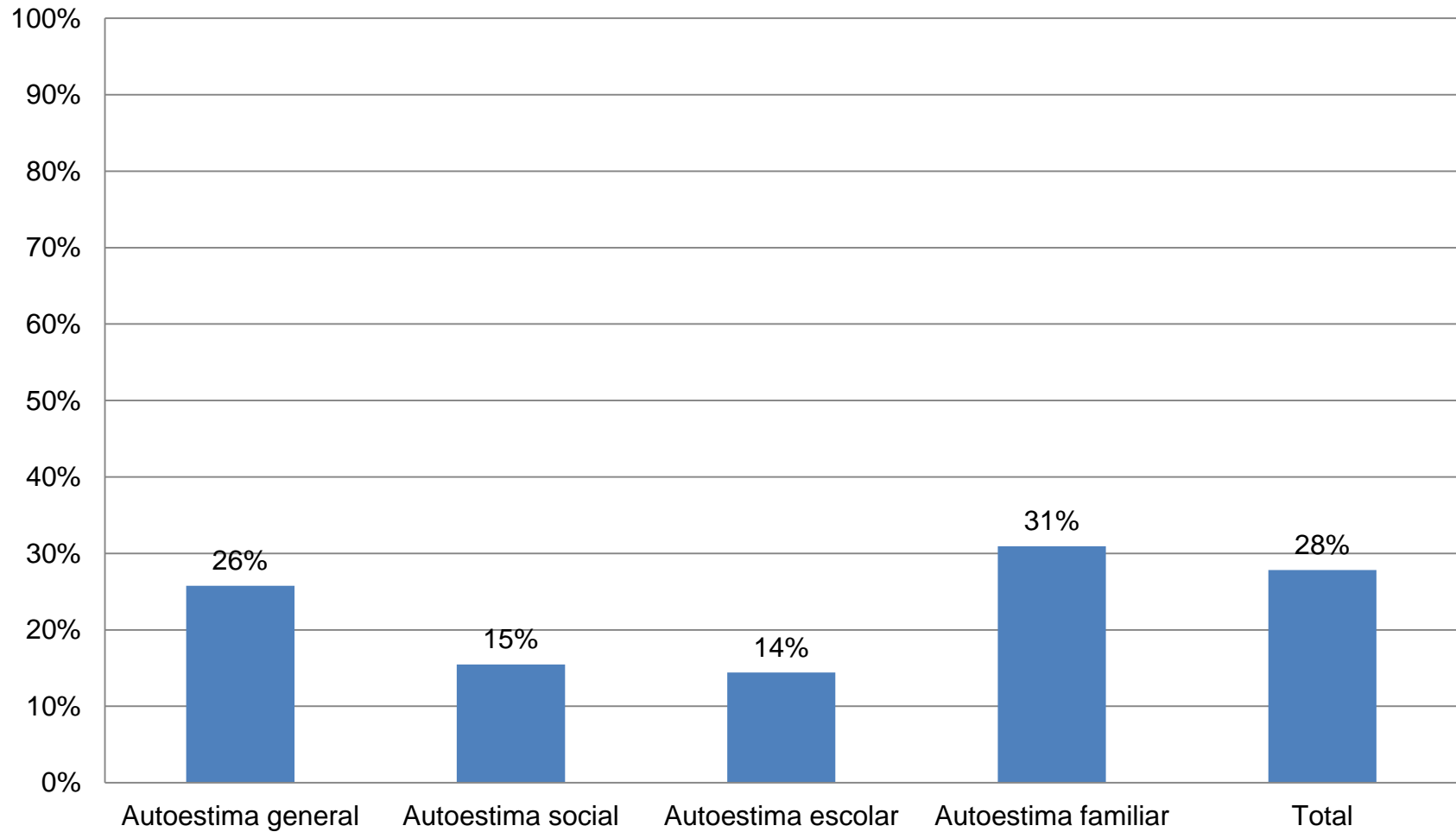
## Media aritmética de las escalas de autoestima





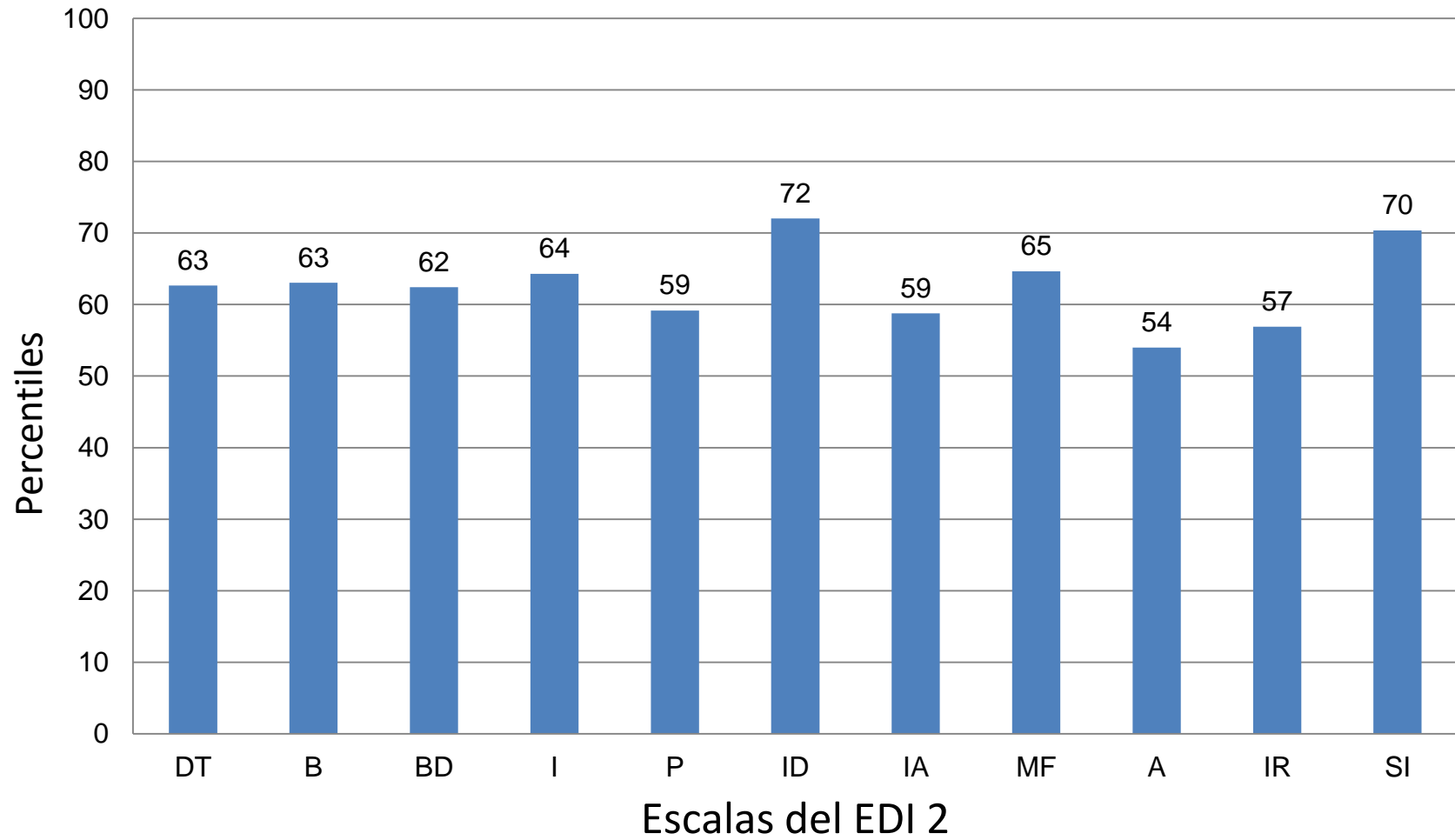
## ANEXO 2

### Porcentaje de sujetos con puntajes preocupantes de las escalas de autoestima



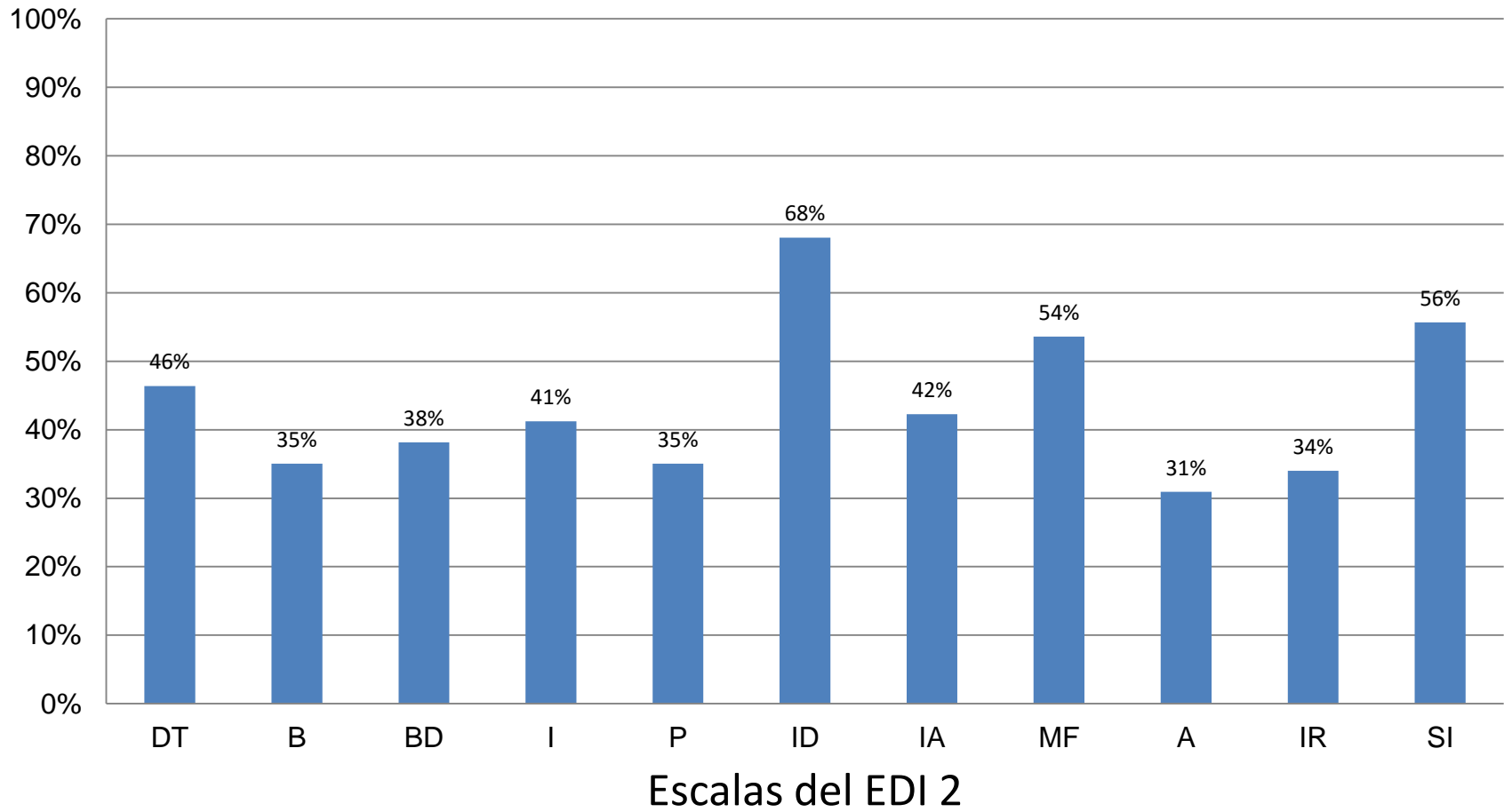
### ANEXO 3

#### Media aritmética de las escalas de trastornos alimentarios



## ANEXO 4

### Porcentaje de sujetos con puntajes preocupantes de las escalas de trastornos alimentarios



## ANEXO 5

### Correlación entre el nivel de autoestima y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios

