



UNIVERSIDAD
DON VASCO, A. C.

UNIVERSIDAD DON VASCO, A.C.

INCORPORACIÓN N° 8727-25 A LA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

*RELACIÓN QUE EXISTE ENTRE EL NIVEL DE AUTOESTIMA Y LOS
TRASTORNOS ALIMENTARIOS*

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

Grecia Denisse Pérez Gutiérrez

Asesor: Lic. José De Jesús González Pérez

Uruapan, Michoacán. A 5 de Febrero 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.....	7
Justificación.....	8
Marco de referencia.....	9

Capítulo 1. La autoestima.

1.1 Conceptualización de autoestima.....	11
1.2 Importancia de la autoestima.....	12
1.3 Origen y desarrollo de la autoestima.....	13
1.4 Componentes de la autoestima.....	15
1.5 Características de la autoestima.....	18
1.6 Pilares de la autoestima.....	20
1.6.1 La práctica de vivir conscientemente.....	20
1.6.2 La práctica de aceptarse a sí mismo.....	21
1.6.3 La práctica de la responsabilidad.....	21
1.6.4 La práctica de la autoafirmación.....	22
1.6.5 La práctica de vivir con un propósito.....	22
1.6.6 La práctica de la integridad personal.....	23

1.7 Niveles de la autoestima.....	24
1.8 Medición de la autoestima.....	30

Capítulo 2. Trastornos alimenticios.

2.1 Antecedentes históricos de la alimentación.....	34
2.2 Definición y características clínicas de los trastornos alimenticios.....	35
2.2.1 Anorexia nerviosa.....	35
2.2.2 Bulimia nerviosa.....	38
2.2.3 Obesidad.....	41
2.2.4 Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas.....	42
2.2.5 Vómitos en otras alteraciones psicológicas.....	43
2.2.6 Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia.....	43
2.3 Esfera orolimenticia en el infante.....	46
2.3.1 Organización orolimenticia.....	47
2.3.2 Alteraciones en la esfera oroalimenticia.....	48
2.4 Perfil de la persona con trastornos de alimentación.....	49
2.5 Causas del trastorno alimenticio.....	51
2.5.1 Factores predisponentes individuales.....	51
2.5.2 Factores predisponentes familiares.....	53
2.5.3 Factores socioculturales.....	54
2.6 Percepción del cuerpo en el trastorno alimenticio.....	55
2.7 Factores que mantienen los trastornos alimenticios.....	57
2.8 Trastornos mentales asociados a los trastornos alimenticios.....	59
2.9 Tratamiento de los trastornos alimenticios.....	62

Capítulo 3. Metodología, análisis e interpretación de resultados.

3.1 Descripción metodológica.....	67
3.1.1 Enfoque cuantitativo.....	67
3.1.2 Investigación no experimental.....	69
3.1.3 Diseño transversal.....	70
3.1.4 Alcance correlacional.....	71
3.1.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	72
3.2 Población y muestra.....	74
3.2.1 Delimitación y descripción de la población.....	74
3.2.2 Proceso de selección de la muestra.....	75
3.3 Descripción del proceso de investigación.....	76
3.4 Análisis e interpretación de resultados.....	78
3.4.1 Nivel de autoestima en los alumnos de CBTa 89.....	78
3.4.2 Trastornos alimentarios en la población de estudio.....	81
3.4.3 Relación entre el nivel de autoestima y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios.....	86
Conclusiones.....	92
Bibliografía.....	93
Mesografía.....	96
Anexos.	

INTRODUCCIÓN

Actualmente, los trastornos alimentarios se han convertido en un problema de salud de incidencia creciente, lo cual ha ocasionado que, en algunas situaciones, quien los padece llegue incluso a la muerte. Es frecuente pensar que las personas que llegan a vivir estos trastornos, suelen padecer además un bajo nivel de autoestima, por lo que se considera que estos dos factores se encuentran fuertemente ligados; tal es el planteamiento inicial del presente trabajo.

Antecedentes

Rosenberg (referido por Steiner; 2005: 18), señala que “la autoestima es una apreciación positiva o negativa hacia el sí mismo, que se apoya en una base afectiva y cognitiva, puesto que el individuo siente de una forma determinada a partir de lo que piensa sobre sí mismo”.

Dunn, por su parte, afirma que la autoestima es la energía que coordina, organiza e integra todos los aprendizajes realizados por el individuo a través de contactos sucesivos, conformando una totalidad que se denomina “sí mismo”, que es el primer subsistema flexible y variante con la necesidad del momento y las realidades contextuales (citado por Steiner; 2005).

Esta investigación pretende indagar la relación entre dos variables importantes: la autoestima como elemento influyente en los trastornos alimenticios.

Una forma clara de entender el concepto de autoestima es la que plantea Branden (2008), correspondiente a una sensación fundamental de eficacia y un sentido inherente de mérito, explicada como la suma integrada de confianza y de respeto hacia sí mismo. Se lo puede diferenciar de autoconcepto y de sí-mismo, en que el primero añade al pensamiento o idea que la persona tiene internalizada acerca de sí misma como tal; mientras que el sí-mismo comprende aquel espacio y tiempo en que el Yo se reconoce en las experiencias vitales de importancia que le identifican en propiedad.

La autoestima es la conciencia que tiene el sujeto de sí mismo y del conjunto de capacidades, aptitudes, cualidades y características físicas que lo diferencian de los demás, y el nivel de aceptación o grado que manifiesta ante lo que percibe de su persona. la aceptación de uno mismo lleva a la autoestima. El sujeto no solamente acepta su realidad, sino que se acepta y se estima como es (Branden; 2008).

Por otro lado, el origen de los trastornos alimenticios es diverso. Los trastornos de alimentación han existido siempre y hay descripciones de ellos en muchos relatos de la Historia. Hace ya más de 200 años, se describieron ciertas conductas como síndrome, cuadro mórbido o enfermedad, por las consecuencias dolorosas y destructivas que tienen, tanto para quienes la sufren como para sus familias. El origen del síndrome en estos trastornos del comportamiento alimentario, está relacionado con

la biografía personal, el contexto familiar, los acontecimientos vitales y las presiones socioculturales.

En la Edad Media, específicamente en el siglo XIV, se hacía mención de una enfermedad que transformaba a los individuos, caracterizada principalmente por una gran pérdida de peso debido a una dieta impuesta por ellos mismos. No obstante, no fue hasta el año de 1694 que el investigador Richard Morton describió uno de los primeros casos de anorexia de manera clínica (referido por Zagalaz y cols.; 2002).

Los trastornos en la conducta alimentaria constituyen un problema de salud por su creciente incidencia y problemas en la imagen corporal. Por ello, se estudia en el presente trabajo la relación entre las conductas de riesgo de trastorno alimentario, la imagen corporal y autoestima en adolescentes de preparatoria.

García (2012) realizó una investigación llamada “Nivel de autoestima en los estudiantes obesos de educación media, caso Escuela Secundaria Federal No. 2, de Uruapan, Michoacán”. El estudio tuvo un enfoque cuantitativo, con un diseño no experimental y extensión transversal. Las técnicas utilizadas para dicho estudio incluyeron el uso de la técnica del método del Índice de Masa corporal de Korbam, mientras que para medir la autoestima se utilizó la Prueba de Autoestima Juvenil (PAJ) de Benítez y García. Esta indagación fue realizada “con la población que asiste la Escuela Secundaria Federal N° 2 de la ciudad de Uruapan, Michoacán, quienes son adolescentes, hombres y mujeres, entre los 12 y 15 años de edad” (García; 2012: 82).

Los resultados a los que llegó la investigadora, indican que los alumnos de la institución referida, presentan obesidad y un nivel de autoestima bajo, por lo que “se identificó que el área de autoestima más afectada negativamente en dichos alumnos, fue la autoimagen” (García; 2012: 95).

Por otra parte, el estudio titulado “Trastorno Alimentario y su Relación con la Imagen Corporal y la Autoestima en Adolescentes”, realizado por Moreno y Ortiz en el 2009, se efectuó con una población de 298 alumnos de una secundaria pública de la ciudad de Xalapa, Veracruz, con una edad en promedio de 13 años. Para esto, se utilizaron tres instrumentos psicométricos: el Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40), el Cuestionario de la Figura Corporal (BSQ) y el Cuestionario de Evaluación de la Autoestima. Dichas pruebas arrojaron que las mujeres tienen una mayor propensión a los trastornos alimentarios que los hombres, ya que se encuentran en una etapa del desarrollo en la que se evalúan constantemente, por lo que existe una insatisfacción con su imagen corporal, ligada a baja autoestima.

Finalmente, en el Centro de Bachillerato Tecnológico Agropecuario de Taretan, Michoacán, se ha externado la preocupación de directivos de la institución hacia los adolescentes de la preparatoria, ya que se ha observado que cada día aumenta la inquietud de los adolescentes por su imagen corporal; esto se encuentra vinculado a conservar una figura delgada, lo cual puede ser un indicador de problemas alimenticios de la institución.

Planteamiento del problema

La constante presión social sobre el perfeccionamiento del cuerpo humano para ser exhibido como muestra de amplio reconocimiento para los demás, ha ejercido una influencia cada vez mayor para las generaciones jóvenes, ya que se ha impuesto la idea por diversos medios de comunicación en los que, para ser tomado en cuenta y tener éxito en la vida, se deben cumplir con ciertos requisitos en la imagen personal.

Uno de los principales requerimientos es el de tener un cuerpo delgado, así que día con día, los adolescentes son bombardeados con grandes cantidades de información acerca del prototipo de un cuerpo perfecto y los medios para conseguirlo con dietas autoconducidas, ejercicio extremo e ingesta de medicamentos autorrecetados que deterioran la salud.

A pesar de la importancia de estos dos fenómenos, no se han realizado investigaciones suficientes sobre esto, en especial, no se ha abordado la relación que pudiera existir entre estos dos fenómenos.

En función de lo anterior se pretende dar respuesta a la siguiente pregunta:

¿Qué relación existe entre el nivel de autoestima y los indicadores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios, en los alumnos del CBTa 89?

Objetivos

Los lineamientos que enseguida se expresan, dieron la orientación necesaria al presente trabajo, de manera que se optimizaran los recursos disponibles.

Objetivo general

Examinar el nivel de relación que existe entre la autoestima y los indicadores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios en los alumnos de CBTa 89 de Taretan, Michoacán.

Objetivos particulares

1. Definir el concepto de autoestima.
2. Describir los componentes de la autoestima.
3. Explicar los factores que influyen en la autoestima.
4. Definir los principales trastornos alimentarios.
5. Identificar los principales indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios.
6. Explicar las causas de los trastornos alimenticios.
7. Medir el nivel de autoestima en los alumnos de 4° semestre del CBTa 89 de Taretan, Michoacán.
8. Evaluar los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en los alumnos de 4° semestre del CBTa 89 de Taretan, Michoacán.

Hipótesis

Una vez revisadas diversas fuentes documentales sobre las variables de estudio, se llegó a las siguientes explicaciones tentativas sobre el fenómeno a examinar.

Hipótesis de trabajo

La autoestima es un factor relacionado significativamente con los indicadores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios, en los adolescentes del Centro de Bachillerato Técnico Agropecuario 89 de Taretan, Michoacán.

Hipótesis nula

La autoestima no es un factor relacionado significativamente con los indicadores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios, en los adolescentes del Centro de Bachillerato Técnico Agropecuario 89 de Taretan, Michoacán.

Operacionalización de las variables

En la presente investigación se toma como indicador de la variable autoestima, el puntaje normalizado que arroje la administración del test psicológico denominado Inventario de Autoestima, del autor David Coopersmith (referido por Brinkmann y cols.;

1989). Esta prueba psicométrica posee los estándares de validez y confiabilidad exigidos por la comunidad científica de la disciplina.

En tanto que, para la segunda variable, indicadores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios, se utilizó el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2) del autor David M. Garner, el cual mide los indicadores psicológicos asociados a la conducta alimentaria a través de 11 escalas y los resultados se presentan en percentiles.

Justificación

La presente investigación beneficia directamente a la institución elegida como escenario de investigación, porque es importante conocer el impacto de la autoestima y cómo logra influir en los adolescentes de 15 a 18 años que cursan el periodo de la preparatoria, para el desencadenamiento de trastornos alimenticios.

Los resultados que se obtengan en esta investigación pueden representar un aporte a la psicología, para lograr exponer cuales son las implicaciones que tiene la autoestima en relación con el surgimiento de los trastornos alimenticios en adolescentes que cursan la preparatoria.

La institución tendrá el conocimiento de si existe problemática en los adolescentes, al igual que los padres de familia les interesará saber si su hijo (a) se encuentra en una problemática de baja autoestima a causa de alguna perturbación

alimentaria. Si así fuera, investigar el porqué de la problemática del adolescente, ya sea de la familia o de las amistades de la misma institución.

Marco de referencia

El 14 de octubre de 1977, se conformó el consejo ciudadano encabezado por el C. Luis Huerta Rivera y el Prof. Lucas Ortiz Benítez, quienes hicieron la propuesta para la instalación de un Centro Tecnológico agropecuario, CETa, la cual abrió sus puertas en calle Reforma No. 230, el 8 de marzo de 1978. Con el paso de los años, el CETa cambió de ubicación al Km. 6 de la carretera Taretan-Nuevo Urecho; con ello, también se modificó su sistema de estudios, ahora con el nombre de Centro de Bachillerato Tecnológico Agropecuario No. 89, el cual ofrece una preparatoria con la especialidad de Químico-Biológico y Físico-Matemático, que a su vez oferta la carrera de Técnico Agropecuario y Técnico en Informática. El primer director fue el Ing. Sacramento de la Madrid Rivera y comenzó con 11 integrantes en el personal.

Actualmente, el CBTa 89 se encuentra ubicado en el Km. 6 de la Carr. Taretan-Nuevo Urecho, cuenta con 56 integrantes del personal y el actual director; brinda un sistema escolarizado y mixto, tiene una comunidad estudiantil de 756 alumnos; el sistema escolarizado funciona en horario matutino, de 7:00 a.m. a 3:00 p.m. El plantel tiene 33 maestros que imparten las distintas asignaturas tanto académicas como de componente profesional. Su filosofía se traduce en los siguientes puntos:

- Misión: Ofrecer a la sociedad una formación integral de calidad, centrada en la persona, que fortalezca la pertinencia y consolide el conocimiento tecnológico, fomentando una actitud justa, emprendedora y de liderazgo, con formación social y humanista.
- Visión: Constituirse como una institución de calidad que desarrolle en la sociedad, capacidades, habilidades y destrezas, a través del impulso al espíritu emprendedor de sus integrantes, en un entorno de calidad de vida, igualdad de oportunidades y capacidad de gestión.

El objetivo de la institución es formar técnicos y profesionales en el sector agropecuario y forestal capaces de elevar la calidad de la producción de alimentos, tanto en actividades extractivas o primarias, como en las de transformación o secundarias, así como promover y fomentar la investigación tecnológica.

La Dirección General de Educación Técnica Agropecuaria está representada en los estados por una Oficina de Enlace Operativo; conformada por un Coordinador de Enlace, apoyado en cuatro áreas centrales: Administrativa, Técnica, Vinculación y Planeación. En las comunidades en donde existen Unidades Educativas, la representación recae en el Director, el cual se apoya en un Subdirector Administrativo, un Técnico y otro de Planeación.

CAPÍTULO 1

AUTOESTIMA

En este capítulo se aborda la primera variable de estudio, considerando las distintas aportaciones al concepto y algunas de los enfoques desde los cuales se estudia.

1.1 Conceptualización de autoestima

En este apartado se definirá la autoestima, la cual, según Alcántara (1990), es una actitud hacia uno mismo, es decir, la forma habitual de pensar, amar, sentir y comportarse consigo mismo. Es la disposición permanente según la cual el individuo se enfrenta consigo mismo; siendo un sistema fundamental por el cual ordena experiencias, adecuándolas a su “yo” personal.

Por otra parte, Branden (2010) menciona la importancia de la autoestima como una autovaloración en el contexto básico en el que las personas actúan y reaccionan, eligen sus valores, fijan sus objetivos y se enfrentan a los desafíos que se les presentan.

Branden (2011) describe más concretamente mencionando que la autoestima es la confianza en la propia capacidad de pensar, en el derecho a triunfar y ser felices; el sentimiento de ser respetables, de ser dignos, y de tener derecho a firmar las

necesidades y carencias propias, a alcanzar principios morales y a gozar del fruto de los esfuerzos.

Coopersmith (referido por Crozier; 2001) define en 1967 la autoestima como la evaluación que hace y mantiene 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.

La autoestima es un juicio personal sobre la valía que se expresa en las actitudes que el individuo manifiesta hacia sí.

Dentro de este aspecto, el autor referido menciona que las personas que tienen posibilidad de disfrutar de una sana autoestima, son aquellas que, en la infancia, son criadas por sus padres, de quienes reciben amor, una aceptación coherente y benevolente. Por otro lado, puede parecer contradictorio, pero esto no garantiza que la persona realmente tenga el resultado de una autoestima sana.

1.2 Importancia de la autoestima

Para Branden (2010) la autoestima es importante, ya que implica el juicio que se tiene de sí mismo, dentro del ambiente en el que el sujeto actúa y reacciona eligiendo sus valores, fijando sus objetivos y enfrentándose a retos que le pone la vida. Posteriormente, explica la importancia en dos ideas básicas:

1. Autoeficacia: es decir la confianza en la capacidad de pensar, aprender, elegir y tomar las decisiones adecuadas.
2. Autorrespeto: siendo este la confianza y el derecho de ser feliz confiando en que los logros, el éxito, la amistad, el respeto, el amor y las satisfacciones personales son adecuadas para el individuo.

Por otro lado, Kaufman y cols. (2005) señalan la autoestima compone el núcleo de la personalidad del individuo, se refiere principalmente a la fuerza del individuo para ser él mismo y cubrir la necesidad de autorrealización. Señala que la autoestima es de gran importancia ya que constituye el centro de la personalidad donde la persona llega a ser auténtica, lo cual le permite cubrir la necesidad de la autorrealización.

1.3 Origen y desarrollo de la autoestima

De acuerdo con Alcántara (1990), el concepto del yo y de la autoestima se desarrollan gradualmente durante toda la vida, empezando en la infancia y pasando por diversas etapas de progresiva complejidad.

El primer concepto del yo se forma en estas primeras etapas de la vida y, prácticamente, se basa solo en las reacciones de los demás hacia el niño.

La primera idea y sensación amplia del yo, procede de las reacciones de aquellos otros que son importantes para el niño.

Si existe la madre ella es la figura dominante en ese periodo de la vida. El padre, los demás hermanos y otros parientes contribuyen en la medida en que se relacionen en mayor o menor medida con el niño.

Esa primera impresión del propio yo, forma la semilla del sentimiento de la propia valía; siempre que esta primera idea será positiva, la idea que el niño tendrá de sí mismo será de un individuo fuerte y sano; experimentará una sensación de bienestar y de valor procedente del hecho de ser aceptado y amado y de las respuestas positivas obtenidas de los padres.

Pero si el niño solo experimenta sentimientos negativos, abandonos y rechazos, inmediatamente empezara a vivir con una sensación de inutilidad. Todavía no ha desarrollado convenientemente sus habilidades mentales como para contrarrestar las reacciones injustas, irracionales o neuróticas que los demás le demuestren. Por mucho que las respuestas de las personas importantes para el niño no estén basadas en nada real, él las aceptará como si fueran verdad.

En otras palabras, Branden (2008) menciona que los niños que obtienen una autoestima sana son solo aquellos cuyos padres, los crían con amor y respeto, permitiéndolo experimentar una aceptación coherente y benevolente a través de reglas razonables y expectativas adecuadas; no faltándoles al respeto con humillaciones y maltratos físicos, sino de lo contrario, demostrándoles que creen en la competencia y bondad del niño.

Del mismo modo, Crozier (2001) explica que las experiencias tempranas en la familia son las que dan lugar a una autoestima elevada o baja. Dentro de esto, describe que Sroufe propone que los niños y niñas con un vínculo seguro tendrían una autoestima más elevada; mientras que para Coopersmith, los padres de niños con autoestima elevada estaban más íntimamente vinculados con ellos, ya que mantenían una disciplina, estableciendo límites firmes, de tal forma que estos padres establecerían una autoestima elevada, tanto para ellos mismo como para sus hijos, estimulando su independencia.

Por su parte, Rosenberg (referido por Crozier; 2002) descubrió que los adolescentes con autoestima elevada, manifestaban que sus padres mostraban mayor interés por ellos y eran más comprensivos con sus amigos y actividades.

1.4 Componentes de la autoestima

Son aquellos pasos que describen una autoestima llamase alta o baja, se identifican en ella diversos componentes, los cuales se completan para formar la estructura compleja, ya que estos operan de manera integral y logran una función eficaz en la que, si alguno de ellos es modificado, inmediatamente realiza una alteración de los otros. A continuación, varios autores describen las pautas a través de ciertos componentes.

De acuerdo con Alcántara (1990), se explican los tres siguientes componentes:

1. Componente cognitivo: refiriéndose a la opinión que se tiene de la propia personalidad y conducta a través de un autoesquema, el cual es la creencia y opinión sobre sí mismo que determina el modo en que es organizada, codificada y usada la información que llega sobre sí mismo. Siendo una representación mental que el sujeto tiene en el presente y en las aspiraciones y expectativas futuras.

El pensamiento valorativo que tiene el ser humano con base a su percepción, es uno de los componentes que principalmente se ve alterado de la autoestima, ya que los pensamientos e ideas que tiene la persona de sí misma, tienden a ser afirmaciones que cuestan trabajo modificar si son negativos.

2. Afectivo: es la valoración de lo positivo o negativo de sí mismo, es sentirse a gusto o disgusto, es decir, la admiración hacia la propia valía, el corazón de la autoestima, ya que es el juicio del valor de las cualidades personales, la admiración o desprecio, el afecto o gozo.

En este aspecto, funge como elemento motivador, ya que, si existe la carga afectiva positiva, del mismo modo se encontrará la autoestima, puesto que las consecuencias que se obtienen son emocionales y es aquí donde la persona manifiesta su sentir hacia ella misma, reflejándolo en el componente posterior.

3. Integridad conductual: es el proceso final de toda su dinámica interna el cual se rige por la decisión de actuar, de practicar un comportamiento consecuente

y coherente, es decir la autoafirmación dirigida hacia el propio “yo” y en busca del reconocimiento de los demás.

En este factor, es la manera en que se expresa el individuo, dando a conocer lo que siente y piensa de él como persona, por miedo de la conducta que tiene, se puede observar si el valor que se da es positivo o negativo.

Del mismo modo, Branden (2008) explica que hay dos aspectos interrelacionados, los cuales implican un sentimiento de eficacia personal y otro de valor propio, siendo la suma integrada de la confianza y el respeto en uno mismo. El primero se refiere a la que la razón es el medio básico de supervivencia humana, y el segundo es el hecho de que el ejercicio de su facultad racional es volitivo, es decir, libre o voluntario. Al respecto, menciona que desde que un niño adquiere la capacidad de funcionamiento conceptual, cada vez es más consciente de su responsabilidad de regular la actividad de su mente.

Por su parte, Carrión (2007) menciona que la autoestima tiene dos componentes indispensables para su desarrollo, los cuales son: la eficacia personal, la cual es la confianza en el proceso correcto de los procesos mentales, es decir, creer y confiar en uno mismo a través de un perfecto equilibrio entre tres cualidades importantes: sinceridad, valor y prudencia; la sinceridad para reconocer tanto las cualidades como defectos, el valor para afrontar la realidad, y prudencia hacer todo paso a paso, sin prisas pero sin pausas. Por último, respeto a sí mismo o sentido de

valor personal, el cual se refiere a la reafirmación de la valía personal, a vivir y ser feliz, una satisfacción y permiso para actuar en una correcta autoestima y valoración.

Finalmente Lamb y cols. (2011: 2016) describen los siguientes componentes: personalidad, autoconcepto y estilo de vida, el primero se explica como una forma de organizar y agrupar las reacciones de un individuo ante las situaciones; el autoconcepto combina la autoimagen ideal, la forma como se percibe en realidad un individuo en términos de actitudes, percepciones creencias y autovaloraciones; de estos dos se refleja el estilo de vida, identificado por las actividades, intereses y opiniones de una persona.

1.5 Características de la autoestima

Branden (2011) menciona que con una autoestima alta es más probable que una persona se esfuerce ante unas dificultades; sin embargo, con una autoestima baja lo más probable es que renuncie a enfrentarse a las dificultades o problemáticas que se le presenten.

Si el sujeto persevera, es más probable que obtenga más éxitos que fracasos; si no, lo más probable es que obtenga más fracasos que éxitos.

Las investigaciones muestran que las personas con una autoestima alta persisten en una tarea considerablemente más que las personas con una autoestima baja.

Una autoestima alta busca el desafío y el estímulo de unas metas dignas y exigentes. El alcanzar dichas metas nutre la autoestima positiva.

El nivel de la autoestima tiene profundas consecuencias en cada aspecto de la existencia, en la forma de actuar en el puesto de trabajo, en el trato con la gente, en el nivel a que probablemente llegue la persona, en lo que puede conseguir y, en un plano personal, en la persona de la que probablemente se enamore, en la forma de relacionarse con su cónyuge, con sus hijos y amigos, y el nivel de felicidad personal que alcance.

Una autoestima saludable se correlaciona con la racionalidad, el realismo y la intuición; con la creatividad, independencia, la flexibilidad y la capacidad para aceptar los cambios; con el deseo de admitir los errores.

Una autoestima baja se correlaciona con la irracionalidad y la ceguera ante la realidad; con la rigidez, el miedo a lo nuevo y a lo desconocido; con la conformidad inadecuada o con una rebeldía poco apropiada; con estar a la defensiva, con la sumisión o el comportamiento reprimido de forma excesiva y el miedo a la hostilidad a los demás.

Una autoestima baja busca la seguridad de lo conocido y la falta de exigencia. El limitarse a lo familiar y a lo fácil contribuye a debilitar la autoestima

1.6 Pilares de la autoestima

Para Branden (2008), los pilares de la autoestima son seis, los cuales describe como fortalecimientos que integran la autoestima, son realizados de acuerdo con la percepción que tiene el individuo de sí mismo, de manera que depende de ellos para que trasmita su idea sobre su persona. Dichos pilares son desglosados a continuación, a partir del planteamiento de Branden (2011).

1.6.1 La práctica de vivir conscientemente

Esta característica se refiere a respetar la realidad sin evadirse ni negarla, estar presente en lo que se realiza mientras se lleva a cabo, intentar comprender todo lo que concierne a los propios intereses, valores y objetivos; finalmente, ser conscientes tanto del mundo interno como del mundo exterior.

Vivir conscientemente es tanto una causa como un efecto de la autoestima. Cuanto más se confíe en la mente y se respete el valor propio, con mayor naturalidad se vivirá conscientemente.

La cuestión es que muchas personas actúan como si la conciencia fuese indeseable. No solo debido a que actuar conscientemente requiere un esfuerzo que no están dispuestas a realizar, sino también porque la claridad de la conciencia puede ponerlas en contacto con hechos a los que prefieren no enfrentarse. Si se prefiere ignorar las señales de peligro que emite un individuo que no va a aportar nada positivo,

es posible sufrir el drama de una nueva aventura sentimental; a continuación, la sorpresa y las desilusiones seguidas por la amargura y el pesar; finalmente, la embriagadora emoción de repetir las situaciones de la vida propia una y otra vez.

A veces las inseguridades hacen que ejercitar la conciencia sea difícil.

1.6.2 La práctica de aceptarse a sí mismo

Es la virtud de comprometerse con el valor de su propia persona. No se trata de fingir una autoestima que no se posee, sino más bien un acto primario de valoración propia que funciona como punto de partida desde el cual dedicarse a procurar la autoestima.

La aceptación de uno mismo implica rehusar a considerar cualquier parte del propio ser, el cuerpo, los pensamientos, acciones o sueños, como algo ajeno.

1.6.3 La práctica de la responsabilidad

El paciente. para sentirse competente, para vivir y ser digno de la felicidad, necesita sentir que tiene el control de su propia existencia. Esto requiere que esté dispuesto a aceptar la responsabilidad por sus acciones y la consecución de sus metas, lo cual conlleva que debe aceptar la responsabilidad por su vida y bienestar.

1.6.4 La práctica de la autoafirmación

Branden (2011: 138) refiere que “la autoafirmación significa respetar mis deseos, necesidades y valores a buscar su forma de expresión adecuada en la realidad”. Esto se relaciona directamente con el pilar anterior, ya que la persona, al respetarse y reconocerse, afirma que es independiente de lo que los demás esperan, sin la necesidad de eliminar toda opinión que estos puedan dar acerca de ella.

Este pilar es la virtud de expresarse adecuadamente, respetando las necesidades, deseos, valores y convicciones personales y buscando formas racionales para expresarlas de forma práctica.

Una autoafirmación sana conlleva la voluntad de enfrentarse a los desafíos de la vida, en lugar de eludirlos, procurando obtener el control sobre ellos. Cuando el individuo amplía las fronteras de su capacidad de enfrentarse a los problemas, también expande su eficacia y respeto por sí mismo.

1.6.5 La práctica de vivir con un propósito

Por medio de los propósitos, se organizan las conductas, concediéndoles un eje y una dirección. Por medio de las metas, se crea la sensación de tener la estructura que permite experimentar el control sobre la existencia. Vivir con un propósito supone utilizar el poder para alcanzar objetivos seleccionados, tales, como: estudiar, crear una

familia, ganar un sueldo, iniciar un negocio, introducir un nuevo producto en el mercado, resolver un problema científico o construir una casita para las vacaciones.

El hecho de tener un propósito es esencial para obtener una autoestima plena, no se debe interpretar como si los logros externos de un individuo fueran el índice de su valor.

1.6.6 La práctica de la integridad personal

El tema de la integridad personal va asumiendo una creciente importancia en la evaluación que la persona hace de sí misma; cuando su conducta es congruente con sus valores profesados, se dice que tiene integridad.

Cuando una falta de integridad afecta a la autoestima, lo único que puede sanar esa herida es practicar la integridad.

Según Branden (2011: 163), “la integridad consiste en la integración de ideales, convicciones, normas, creencias, por una parte, y la conducta, por otra”. En otras palabras, cuando la persona es congruente al transmitir realmente lo que cree por medio de la conducta, es íntegra, ya que es capaz de manifestar lo que tiene en su interior.

El autor habla de la congruencia como sinónimo de integridad, considerando que ambas situaciones hablan de un control racional de lo que la persona piensa, cree,

dice y cómo lo mantiene a través de su conducta, esto le permite respetarse completamente.

1.7 Niveles de la autoestima

Las investigaciones realizadas revelan que la autoestima alta pronostica una gran felicidad personal, según Meyers (referido por Branden; 2011). Del mismo modo, explica que una autoestima saludable se correlaciona con la racionalidad, el realismo y la intuición, con la creatividad, la dependencia, la flexibilidad y la capacidad para aceptar los cambios; con el deseo de admitir y de corregir los errores, con la benevolencia y con la disposición a cooperar.

Cuanto más saludable sea la autoestima, mayor será el trato hacia los demás con respeto, buena voluntad y justicia, ya que el individuo no sentirá una amenaza, al respetarse a sí mismo y a los demás. En las relaciones, no habrá de enfocarse a las expectativas automáticas de rechazo o humillación, traición o abuso de confianza.

Mientras que una autoestima baja es más probable que la posean personas que no se atrevan a enfrentar sus dificultades o quizás lo intenten, pero no dando lo mejor de sí mismas. Esta se correlaciona con la irracionalidad y la ceguera ante la realidad; con la rigidez, el miedo a lo nuevo y desconocido; con la conformidad inadecuada o una rebeldía poco apropiada; con estar a la defensiva, con la sumisión o el comportamiento reprimido de forma excesiva y el miedo a la hostilidad de los demás, buscando la seguridad de lo conocido y la falta de exigencia.

Cuando más baja sea la autoestima, menor será lo que espera la persona y menor será lo que probablemente inspire a conseguir y más urgente será la necesidad de aprobación olvidándose de sí misma, viviendo mecánicamente o inconscientemente.

Entre menor sea la autoestima, lo más probable es que la comunicación sea más opaca, evasiva e inapropiada, debido a la incertidumbre de los pensamientos y sentimientos personales y la ansiedad hacia la actitud de quien lo escucha. Mientras que, en sus relaciones, quienes presentan una baja autoestima buscarán una persona con una condición similar, no inconscientemente, sino con el consentimiento de que se ha encontrado el alma gemela.

Meyers (referido por Branden; 2011) menciona que la baja autoestima se relaciona con la infelicidad.

Al respecto Branden (2011) describe que la autoestima puede ser alta o baja, describe que una autoestima saludable se relaciona con la racionalidad y el realismo: la intuición y la creatividad; la independencia, la flexibilidad y la habilidad para tratar a los cambios, el deseo de admitir y corregir los errores, la benevolencia y la cooperación.

Explica que la autoestima alta esta intrínsecamente orientada a la racionalidad, ya que esta es el ejercicio de la función integradora de la conciencia, que actúa en su moralidad explícitamente integradora. Por otra parte, menciona que el realismo es

importante, ya que nadie puede sentirse competente para enfrentarse a los desafíos de la vida si no distingue lo real y lo irreal, por lo cual, una autoestima alta esta intrínsecamente orientada a la realidad. Del mismo modo, describe que la intuición se relaciona significativamente con la autoestima, ya que expresa una alta sensibilidad a las señales internas, mientras que la creatividad es confiar en las señales internas.

La independencia es el hecho de pensar en uno mismo, haciéndose responsable de la propia existencia, para realización de sus propias metas a través de la flexibilidad, la cual se refiere a tener la capacidad de reaccionar a los cambios sin tener ataduras pasadas, ya que esta es la consecuencia natural de la autoestima, debido a que una mente que confía en sí misma se mueve con agilidad; así se obtiene la capacidad para afrontar los cambios. La autoestima fluye con la realidad, la duda de uno mismo y el deseo de admitir y corregir los errores, ya que una persona con la autoestima alta tiende a valorar sus habilidades de forma realista.

Asimismo, explica que una persona con una autoestima baja tiende a infravalorar y a sobreestimar sus capacidades, dejando de lado los resultados de sus intelectos, no por que no tenga la capacidad si no porque no las valora, ya que no las considera importantes y a menudo ni las recuerda.

Por otra parte, Clark y cols. (2000) describen que un adolescente puede sufrir grandes altibajos, por lo cual presenta las siguientes características de autoestima: tratará de actuar independientemente, eligiendo y tomando decisiones, asumirá sus responsabilidades actuando con certeza y con seguridad de sí mismo, afrontando

nuevos retos con entusiasmo. Por otro lado, estará orgulloso de sus logros, demostrará amplitud de emociones y sentimientos para saber reír, llorar, gritar y experimentar su afecto; de igual manera, tolerará bien la frustración a través de hablar de lo que le entristece.

Del mismo modo, el autor explica que los adolescentes sin autoestima sentirán que los demás no los valoran, sintiéndose inseguros y negativos sobre el apoyo que les presten sus padres y amigos. Se sentirán impotentes y se dejarán influir mucho, cambiando sus ideas y comportamientos con mucha frecuencia, al ser manipulados por otras personalidades más fuertes. Del mismo modo, tendrán pobreza de emociones y sentimientos, se pondrán a la defensiva y se frustrarán con facilidad, haciendo responsables a los otros de sus debilidades.

Branden (2011) menciona que existen niveles de autoestima planteados en tres niveles; alto, medio y bajo, cada uno de ellos presenta criterios que lo identifican.

Por otra parte, Campos y Muñoz (citados por Branden; 2011) describen la autoestima en las personas de tres formas:

- Alta (Normal): La persona se ama y se valora tal cual es.
- Baja: La persona no se ama, no se acepta ni se valora en sus cualidades.
- Inflada: La persona se ama más que a los demás y valora exageradamente sus cualidades.

Respecto a Branden (2011), discutir acerca de los niveles de autoestima implica generar consecuencias dentro de la vida del ser humano. Es por esto que las personas tienden a persistir más en alguna tarea cuando poseen autoestima alta que cuando la tienen baja.

Se menciona que un nivel alto de autoestima es aquel que le da al individuo herramientas para sentirse apto, valioso y capaz de enfrentar cualquier obstáculo o desafío que se le presente en la vida cotidiana, lo cual se ve reflejado en la calidad de las relaciones que mantiene con el entorno.

Por otra parte, Campos y Muñoz (referidos por Branden; 2011) mencionan algunas características de los sujetos con alta autoestima:

- Saben qué tareas pueden hacer bien y en cuáles pueden mejorar.
- Se sienten bien consigo mismos.
- Expresan su opinión.
- No temen hablar con otras personas.
- Saben identificar y expresar sus emociones a otras personas.
- Participan en las actividades que se desarrollan en su centro de estudios o trabajo.
- Se valen por sí mismas en las situaciones de la vida, lo implica dar o pedir apoyo.
- Les gustan los retos y no les temen.

Con base en lo antes escrito, se menciona que un nivel alto de autoestima es aquel que le da al individuo herramientas para sentirse autosuficiente ante las circunstancias que se le presenten en la vida cotidiana, lo cual se ve reflejado en la calidad de sus relaciones.

Branden (2011) presenta el nivel medio de autoestima como mediar los ciertos aspectos importantes, como sentirse apto e inútil, acertado y equivocado; de este modo, el individuo tiende a manifestar incoherencias en la conducta, como actuar algunas veces con sensatez, otras con precipitación, lo cual refuerza poco a poco la inseguridad.

Finalmente, Branden (2011) menciona que tener una baja autoestima, repercute en distintos aspectos relevantes del individuo, ya que influye en situaciones que incluyen desde elegir a una pareja, hasta presentar algún conflicto relacionado con enfermedades tanto físicas como psicológicas, añadiendo la falta de fortaleza para asumir adversidades y dificultades que pueden presentarse a lo largo de la vida.

Otro punto importante que menciona Branden (2011), es que la baja autoestima es difícil de identificar, ya que las personas pueden presentar distintas caretas. Esto se relaciona con los tipos de personalidades que puede manifestar el individuo, como lo son: el impostor, el rebelde y el perdedor. Puesto que la mayoría de las personas buscan autoconfianza y el autorrespeto en distintas partes, dejando atrás la búsqueda dentro de sí mismos.

Por otro lado, Campos y Muñoz (referidos por Branden; 2011) mencionan algunas características de los individuos con autoestima baja:

- Son indecisos.
- Se les dificulta tomar decisiones y tienen un miedo exagerado a equivocarse.
- Piensan que no pueden que no saben nada.
- No valoran sus talentos.
- Le tienen miedo a lo nuevo y evitan los riesgos.
- Son muy ansiosos y nerviosos, lo que los lleva a evadir situaciones que le dan angustia y temor.

En relación con los tres niveles de autoestima que se identificaron anteriormente, se concluye que en cualquier nivel que presente la persona, se ve reflejado en lo que siente y piensa acerca de sí misma, de manera que esto afecta o favorece la relación que tiene con el ambiente y con quienes están a su alrededor.

1.8 Medición de la autoestima

De acuerdo con Ortega y cols. (2001), resulta sorprendente que la abundante investigación producida, a pesar de la preocupación por explicar, haya relegado a un segundo plano una variable que condiciona no solamente el rendimiento académico, sino que influye de un modo notable en el comportamiento humano: la autoestima. En el ámbito de la pedagogía, la presencia de la autoestima como objetivo educativo, y si

se quiere como variable a contemplar en el rendimiento académico, es más bien escasa.

“Nuestro interés aquí no se centra en explicar o justificar variables (tampoco la autoestima) que puedan incidir en el rendimiento académico. Intentamos, más bien, rescatar la autoestima de la consideración «instrumental» que hasta ahora ha disfrutado y proponerla como un valor que debe estar presente en un proyecto educativo se limita, preferentemente, a los derechos humanos (Gil, Jover y Reyero, 2001; Ortega y Mínguez, 2001). Es difícil encontrar una sola referencia a la autoestima bajo la consideración de valor. Y para nosotros, es éste el punto de partida para una educación de la autoestima. Pretendemos, por fin, ofrecer un instrumento de medida de la autoestima que responda a un nuevo concepto de la misma como elemento indispensable para la investigación pedagógica” (Ortega y cols.; 2001: 46-47).

Tanto la conducta de los otros y las reacciones de ellos ante la propia conducta, sirve a menudo de criterio que orienta los propios sentimientos y la valoración sobre sí mismo. Precisamente por su dependencia del medio social, la autoestima no es algo estable, su consistencia varía de acuerdo con las variaciones del medio. De este modo, la autoestima se ha operativizado como una variable mediadora de múltiples situaciones psicológicas, educativas y sociales. También se ha tomado como una variable independiente, en el sentido de que la autoestima influye sobre la conducta orientándola hacia una dirección o, por el contrario, como variable dependiente porque responde a la influencia de factores externos. El modo tan variado en que se manifiesta la autoestima en la conducta, que puede influir o puede ser influenciado por esta, es

una prueba más de que no existe una solución definitiva, al menos de momento, al problema de la autoestima, sino que, además, hay muchas formas de abordar este constructo (Ortega y cols.; 2001).

Los autores antes referidos mencionan que la investigación de variables netamente pedagógicas, orientadas a identificar los procesos que contribuyen al descubrimiento y consolidación de la autoestima, así como de las técnicas y estrategias de enseñanza-aprendizaje para su fortalecimiento, constituye una línea investigadora muy reciente y de escasa presencia en nuestro ámbito pedagógico. Sin embargo, el interés pedagógico por su estudio ocupa un lugar ciertamente preferente en la construcción de la personalidad, no solamente porque constituye en sí misma una variable mediadora-reguladora de la conducta, sino que, además, existe el convencimiento ampliamente compartido de que la autoestima es un núcleo de indispensable atención educativa, si se pretende tratar adecuadamente la formación moral de los individuos. El yo capaz de conocerse, evaluarse y proyectarse acaba convirtiéndose en sede de la responsabilidad moral y de la coherencia personal.

Otro problema actual que presenta la investigación de la autoestima es la elección apropiada del instrumento de medida. Con bastante frecuencia los cuestionarios de autoestima han sido diseñados desde una estructura conceptual y normalizados en una población. Sin embargo, se han aplicado a poblaciones diferentes sin la suficiente valoración sobre la validez de contenido y de constructo del instrumento de medida escogido. Con cierta ligereza se adaptan o traducen cuestionarios que, en multitud de ocasiones, no tienen una clara correspondencia con

su significado original. Ello trae consigo una interpretación distorsionada del contenido del ítem y, por consiguiente, una evaluación de los resultados ciertamente errónea (Ortega y cols.; 2001).

Se ha señalado la diferente interpretación de la autoestima según el contexto cultural en el que está ubicado el individuo. Para los japoneses, por ejemplo, la autonomía personal es percibida como una depresión de la autoestima, mientras que los americanos la perciben como un elemento importante de alta autoestima. Por ello, el contexto cultural determina en gran medida los significados de la autoestima, por lo que su conceptualización e interpretación puede ser completamente diferente entre individuos de diferentes culturas, tradiciones o valores que orientan la sociedad.

Por lo anterior, se afirma que la autoestima no es algo estable, por el contrario, se considera la autoestima como la evaluación y la actitud de aprobación de acuerdo con las situaciones psicológicas, sociales y educativas.

CAPÍTULO 2

TRASTORNOS ALIMENTICIOS

Actualmente, los trastornos alimenticios se han convertido en un problema de salud cada vez más preocupante en la sociedad. Esto ha ocasionado que, en algunas situaciones, quien padece esta perturbación llegue incluso a la muerte. Es frecuente pensar que las personas que llegan a vivir estos trastornos padecen de gran insatisfacción corporal, de manera que tienen pensamientos distorsionados por la comida y su cuerpo.

2.1 Antecedentes históricos de la alimentación

De acuerdo con Jarne y Talarn (2000), desde la antigüedad, en la historia de la cultura se encuentran conductas alimentarias desordenadas. Los banquetes donde se comía de forma desmesurada y exageradamente tenían, antes que nada, un carácter social de demostración de poder y, en ocasiones, un marcado simbolismo sagrado; durante esos banquetes, el vómito era un procedimiento usual para volver a comer.

Los autores mencionados refieren que, por otra parte, el caso de una joven presentó un cuadro de inanición que despertó la curiosidad de la gente. Era visitada no solamente por los médicos, sino también por nobles y clérigos, estos últimos con la noble intención de convencerla para que abandonara el ayuno. Más adelante, la joven

presentó amenorrea, restringiendo todavía más la alimentación y vomitando lo poco que comía.

Las primeras teorías sobre la anorexia sugerían una afección con origen panhipopituitario. Más adelante, se impusieron las hipótesis psicológicas, especialmente de tipo psicoanalítico. Desde los años setenta se tiene una visión más pragmática y heterodoxa del problema, ya que se considera que en la génesis del trastorno deben confluír un conjunto de factores encadenados, psicológicos, biológicos y sociales, y se preconizan modelos de tratamiento pluridisciplinares, que aborden los tres núcleos conflictivos de la anorexia: el peso, la figura y los pensamientos alterados.

2.2 definición y características clínicas de los trastornos alimenticios

En el presente apartado se abordan los aspectos característicos de la conducta alimentaria, ya que se caracterizan por ciertas alteraciones importantes, dos de estos trastornos son la anorexia y la bulimia nerviosa. Como característica en común de estas dos perturbaciones, se encuentra la alteración de la propia percepción del peso y forma corporal.

2.2.1 Anorexia nerviosa

Para Belloch y cols. (1995), anorexia quiere decir literalmente falta de apetito, y es un término habitual para designar un síntoma que aparece en muchos otros trastornos y enfermedades, como la depresión o la gripe. Cuando se habla de anorexia

nerviosa, en realidad es un caso en el que la persona, lejos de carecer de apetito, se comporta como un organismo hambriento: no come, pero deja de pensar en cuáles son los alimentos idóneos que debe ingerir para no estar gorda, y es ahí donde radica precisamente su psicopatología: el deseo irrefrenable de seguir adelgazando, incluso aunque ya haya perdido un gran porcentaje de peso.

Las características de la anorexia nerviosa incluyen el rechazo a mantener el peso por encima del valor mínimo normal para su edad y talla; un deseo de perder peso y terror ante la gordura, que se convierte en el centro de todas sus preocupaciones y que perturba gravemente el resto de las facetas de la vida de estas personas. Se meten de lleno en el mundo de la dietética, convirtiéndose en grandes expertas y llevando a cabo las rígidas consignas. Establecen el peso que deben tener, pero adelgazan un poco más para prevenir cualquier aumento que no estuviera en sus cálculos.

Otras características clínicas incluyen la distorsión de la imagen corporal, que se concreta al percibirse verse gorda, aun estando demacrada.

En suma, la anorexia se caracteriza por pensamientos distorsionados relacionados con la figura, el peso y la comida; estas personas rechazan la remota posibilidad de ser o de llegar a ser obesas, por lo cual establecen el éxito personal y la aceptación social en el hecho de estar delgadas, ya que centran toda su atención en la figura y peso, el cual modifican mediante la realización de dietas; también consideran que su cuerpo puede ser modificado a voluntad propia, por lo que exceden

los parámetros normales y presentan una delgada receptividad y sumisión a los mensajes que son evocados por medios de comunicación de un estereotipo femenino bastante concreto, pero con poca posibilidad de obtenerlo para la mayoría de ellas, de esta manera, su único objetivo es el estar delgadas (Jarne y Talarn; 2000).

Existen dos subgrupos de comportamientos anoréxicos:

- 1) Tipo restrictivo: es en el cual se reduce de forma excesiva su alimentación, en un principio se restringen los alimentos de mayor valor energético, para ir progresivamente evitando todo tipo de nutrientes. No se recurre a atracones o a conductas purgativas (laxantes, diuréticos). Se realiza ejercicio extremo, para contrarrestar el contenido calórico de la escasa ingesta que se lleva a cabo. Estas personas suelen caracterizarse por un mayor perfeccionismo, rigidez, hiperresponsabilidad y sentimientos de ineficacia.

- 2) Compulsivo/purgativo: Este subtipo se utiliza cuando el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (o ambos). La mayoría de los individuos que pasan por estos episodios de atracones, también recurren a purgas, provocándose el vómito, utilizando diuréticos o laxantes, por lo que de una manera excesiva tienen más probabilidades de presentar problemas de control de los impulsos, además, generalmente presentan historia de obesidad y sobrepeso premórbido. Existen algunos casos incluidos que no presentan atracones, pero que suelen recurrir a purgas, incluso después de ingerir pequeñas cantidades de comida.

La anorexia se caracteriza por un deseo intenso de pesar cada vez menos, gran miedo al hecho de estar obeso y un peculiar trastorno del esquema corporal que hace que los pacientes se vean más gordos de lo que están en realidad. Son adolescentes que centran su interés en la figura y el peso, modificando este último a través de la dieta.

2.2.2 Bulimia nerviosa

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

Entre los episodios bulímicos, la alimentación puede ser normal.

Las alteraciones conductuales que presenta el paciente bulímico, en general, es una conducta desordenada; al principio, en relación solo con la alimentación, más adelante también en otros aspectos de la vida.

Se define atracón como el consumo, a lo largo de un periodo corto de tiempo, de una cantidad de comida muy superior a lo que la mayoría de los individuos comerían (criterio A).

Los atracones varían con frecuencia en función del estado de ánimo y de la disponibilidad, y los alimentos ingeridos durante la crisis bulímica no obedecen a preferencias específicas, sino más bien a condiciones circunstanciales.

Las enfermas bulímicas presentan conducta de purga después de grandes ingestas, se hacen conscientes de que aquella comida les hará ganar peso; esta posibilidad es inaceptable, les provoca ansiedad y temor que resuelven rápidamente eliminando lo que han comido a través del vómito, el abuso de laxantes, los diuréticos o el ejercicio excesivo.

Para la Asociación Norteamericana de Psiquiatría (APA; 2002), la bulimia nerviosa consiste en atracones y en métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso.

Para poder realizar el diagnóstico, los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas deben producirse, al menos, un promedio de dos veces a la semana durante un periodo de 3 meses (criterio C).

A pesar de que el tipo de comida que se consume en los atracones puede ser variado, generalmente se trata de dulces y alimentos de alto contenido calórico (como helados o pasteles). Los pacientes con bulimia nerviosa se sienten generalmente muy avergonzados de su conducta e intentan ocultar los síntomas.

Los individuos con este trastorno pueden estar sin comer uno o más días o realizar ejercicio físico excesivo, en un intento para recompensar el alimento ingerido durante los atracones. Se puede considerar excesivo el ejercicio que interfiere de manera significativa las actividades importantes, cuando se produce a horas poco habituales, en lugares poco apropiados o cuando el individuo continúa realizándolo a pesar de estar lesionado o presentar alguna enfermedad.

Las personas con bulimia nerviosa ponen demasiado énfasis en el peso y la silueta corporales al autovalorarse, y estos factores son los más importantes a la hora de determinar su autoestima (criterio D).

Las alteraciones conductuales que se presentan en este trastorno se circunscriben en una conducta desordenada en la alimentación, sin embargo, con el tiempo, esta situación también se desplaza en otros aspectos de la vida del individuo; su patrón de conducta en la alimentación es imprevisible y desordenado, los atracones de comida varían de frecuencia de acuerdo con el estado de ánimo del enfermo, así como de la disponibilidad y de los tipos de alimentos que se ingirieron durante la crisis bulímica, debido a las condiciones circunstanciales; asimismo, las conductas de purga no son regulares y el miedo a ganar peso depende del estado de ánimo del sujeto (Jarne y Talarn; 2000).

Existen dos subgrupos que se emplean para determinar la presencia o ausencia del uso regular de métodos de purga, con el fin de compensar la ingestión de alimento durante los atracones:

- 1) Tipo purgativo: este subtipo describe cuadros clínicos en los que el enfermo se ha provocado el vómito y ha hecho un mal uso de laxantes, diuréticos y enemas durante el episodio.
- 2) Tipo no purgativo: este subtipo el enfermo ha empleado otras técnicas compensatorias inapropiadas, como ayunar o practicar ejercicio intenso, pero no se ha provocado el vómito ni ha hecho un mal uso de laxantes, diuréticos o enemas durante el episodio.

De igual forma, las alteraciones cognitivas de este trastorno son los pensamientos erróneos de las personas en la relación con la comida, la figura y el peso, así como un rechazo total a ser obesas; también tienen conocimientos equivocados en relación con las dietas y reelaboran estos conocimientos de acuerdo con sus miedos y deseos.

2.2.3 Obesidad

Belloch y cols. (1995) definen la obesidad es un trastorno crónico que requiere mayor atención a largo plazo. Aunque se confunde la mayor parte de las veces con exceso de peso, hay que indicar que la obesidad es una excesiva acumulación de tejido adiposo en el conjunto corporal, un contenido graso mayor del 35% en las mujeres y 30% en los hombres.

La obesidad crónica comporta varios riesgos serios, como la hipertensión, la hiperlipemia, intolerancia a los carbohidratos, diabetes, trastornos cardiovasculares y renales, entre otros.

Finalmente, cabe destacar la presencia de problemas del sueño que afectan a los pacientes obesos, en especial la apnea del sueño.

En general, se acepta que los obesos comen de forma excesiva y la psicología ha integrado elaborar modelos explicativos de esa conducta de sobreingesta. Las personas obesas presentan problemas de personalidad que compensan o alivian comiendo en exceso. Se considera que la ansiedad es otro factor muy importante en la obesidad, se piensa que la sobrealimentación puede aparecer como respuesta a tensiones emocionales no específicas, como sustituto gratificante en situaciones vitales intolerables, como síntoma de enfermedad mental subyacente y como adicción a la comida.

2.2.4 Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas

Para Castillo y León (2005: 112) la hiperfagia se trata de un término recogido por el CIE-10 que se refiere a la "...ingesta excesiva como una reacción a acontecimientos estresantes y que da lugar a la obesidad. Duelos, intervenciones quirúrgicas y acontecimientos emocionalmente estresantes pueden dar lugar a una 'obesidad reactiva', en especial en pacientes predispuestos a la ganancia de peso."

Hay que diferenciar este trastorno de las situaciones en las que, a priori, el paciente sufre una obesidad y esta desencadenada falta de confianza, en la cual se manifiesta baja autoestima, falta de confianza en las relaciones interpersonales, ante acontecimientos y situaciones en las que la obesidad es el resultado de efectos secundarios y tratamientos farmacológicos (Castillo y León; 2005). Este trastorno recibe también el nombre de hiperfagia psicógena.

2.2.5 Vómitos en otras alteraciones psicológicas

Para Castillo y León (2005) se les conoce también con el termino de vómitos psicógenos e hiperémesis gravídica psicógena.

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

2.2.6 Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia

Castillo y León (2005) mencionan este trastorno que hace referencia el CIE-10, 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.

Para diagnosticar este trastorno, habrá que destacar que se deba a una enfermedad orgánica. No hay que confundirlo con los pequeños caprichos, tan frecuentes en la infancia y niñez, o las variaciones del aumento o la baja de la alimentación. Todas estas dificultades en la alimentación del niño son normales, pero si su grado supera alarmantemente ese rango de normalidad, si las características de dicha dificultad son cualitativamente anormales, o si el niño las tiene una tendencia clara a ganar o perder peso en un periodo de al menos un mes, es probable que el niño sufra de este trastorno.

Jiménez (1997) menciona que es usual escuchar a madres/padres sobre los problemas alimentarios que tienen sus hijos: niños que comen excesivamente lentos, entreteniéndose con cualquier insignificancia, infantes que no aprenden hábitos de comportamientos apropiados para comer, que se levantan de la mesa, corren o simplemente se niegan a comer.

Ante este tipo de comportamientos, los padres muchas veces se desesperan y temen el momento de la comida, porque llega a convertirse en una pesadilla.

De esta forma, un comportamiento que es fácil de modificar en un principio, se convierte a veces en muy resistente a cualquier intervención porque se ha consolidado a lo largo del tiempo, conforme los intentos paternos han ido fallando y el niño ha ido aprendiendo a resistirse a aquellos (Christophersen y Hall; Iwata y cols.; Linscheid, referidos por Jiménez; 1997).

Entre las perturbaciones de la alimentación durante la infancia, se pueden mencionar:

- Pica o alotriofagia: el sujeto ingiere de forma persistente sustancias no nutritivas, por ejemplo, la tierra; se considera una conducta anormal cuando aparece después de los 18 meses.
- Rumiación o mericismo: es la expulsión repetida de la comida ingerida, acompañada de pérdida de peso, ya que el niño juega con el alimento, o incapacidad para ganar el peso esperado para la edad del niño, debido a la expulsión del alimento.
- Potomanía: es la ingesta excesiva de líquidos, habitualmente agua. Pero para poderla diagnosticar se deben hacer pruebas que no la confundan con enfermedades como la diabetes insípida.

Por otro lado, Jiménez (1997) describe algunos comportamientos disruptivos durante la comida y hábitos alimentarios inadecuados, en los cuales se describen algunos comportamientos inapropiados, como comer de pie o levantándose continuamente de la silla, entre otros, de los cuales se hablará a continuación.

- Rechazo de alguna clase de comida: es un comportamiento frecuente en la infancia e incluso puede considerarse como normal, existe problema cuando el niño no quiere probar ninguna clase de alimento, lo cual atenta con su salud.

- Negación a tomar alimentos sólidos: surge cuando los menores comienzan a cambiar los biberones por papillas o comidas un poco más sólidas, ya que rechazan el alimento por 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, su apetito es menor, pero esto es normal, por lo cual solo subirá dos kilos de peso por año durante los tres y cuatro años siguientes, de manera que su apetito será errático y variable (Schwartz, citado por Jiménez; 1997).
- Tiempo de comida excesivo: es el más frecuente, si bien depende del caso de cada niño, debido a que no todos tardan el mismo tiempo en terminar sus alimentos, pero pueden existir problemas como la lentitud, negación de pasar de la comida triturada a la sólida, rechazo a comer toda la comida que los padres le imponen y demasiados distractores a su alrededor.
- Los vómitos: es un problema que se da con menor frecuencia, pero para los padres es alarmante, ya que es un problema físico, pero se debe descartar que no sea de índole médica, por lo cual, el causante de dicho problema podría estar dentro del ambiente en donde se desenvuelve el niño, ya que el vómito puede producirse por el rechazo a la comida o como una reacción a rechazar una situación determinada. Se acostumbra a la nueva forma de alimentarse.

2.3 Esfera orolimenticia en el infante

Ajuriaguerra (1973) señala que las zonas que rodean el orificio bucal, especialmente labios, mucosas intrabucales y lengua, tienen una representación

cortical sumamente extensa. Asimismo, la excitación tanto eléctrica como química que se encuentra en la región de las amígdalas, es una de las causas por las cuales se llega a provocar los complejos del automatismo oroemocional y oroalimenticio, mismos que son el movimiento de lamido, la masticación y también la deglución o regurgitación de husmeamiento; dichos complejos son acompañados de actos de vocalización, de reacciones orientadoras y de una conducta de ataque y defensa (Ajuriaguerra;1973).

2.3.1 Organización orolimenticia

Ajuriaguerra (1973) menciona que, en la serie de reflejos humanos, el automatismo oroalimenticio de succión y deglución aparece muy tempranamente. Los movimientos de sección labial, provocados al tocar con los dedos, existen ya desde el nacimiento; la misma lengua se mueve hacia el excitante. Colocando azúcar en este se provocarán movimientos prolongados, el orificio bucal se estrechará y la succión será más intensa.

Por consiguiente, desde muy temprano se observa ya un reflejo oroalimenticio y una orientación hacia la fuente de excitación.

Como reacción oral, aparece una de las primeras formas de relación con el mundo externo, aunque todavía no sea una autentica relación objetal. La madre aun no es objeto amado, sino una dependencia infantil; es “la madre alimento”.

La actividad oral es una fuente de satisfacción y biológica necesidad de nutrición. Es también una fuente de contacto mediante la apropiación de un objeto externo consistente en coger y dejar, un juego de labios o mordiscos, de ingurgitación y regurgitación.

Muchos autores conceden gran interés al tipo de alimentación infantil en su posterior organización de la psique, pues se acepta que la succión tiene un papel en las primeras emociones y es el ángulo de sus primeras fantasmagorías.

2.3.2 Alteraciones en la esfera oroalimenticia

Ajuriaguerra (1973) describe que la anorexia en la etapa infantil es relativamente rara. Podrá aparecer en las primeras semanas de vida o el primer día. La anorexia del recién nacido muestra una especial constitución neuropatía. Se da en un terreno especial: en niños con poco peso, nerviosos y muy despiertos. Al principio muestran una pasividad ante la comida, y pasados algunos meses se muestran reacios a comer.

Según el comportamiento infantil ante la comida, el autor mencionado señala dos tipos de anorexia:

- Inerte, 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 vomita la poca que haya podido tomar.

- De oposición consiste en un auténtico enfrentamiento. El infante reacciona de manera enérgica ante la comida, con chillidos, agitación, intensa rotación tónica, no queriendo comer, manifiesta rechazo, entre otros métodos de que se vale para rechazar la comida que le ofrecen los padres. Entabla una auténtica lucha de la que saldrá parcialmente victorioso y el adulto, siempre agotado.

La anorexia infantil no es un síntoma, ni hay que tratarla como tal sin antes considerar al detalle todo lo referente a su manera de comer: las condiciones en las que se efectúa, horarios y números de comidas, cantidad de comida o el ambiente que ha de comer.

2.4 Perfil de la persona con trastornos de alimentación

Costin (2003) describe el perfil de una persona en riesgo de desarrollar un trastorno de la alimentación, o de su familia, porque en general se comienza a observar a partir de que el trastorno del comer ya se ha instalado. Los trastornos del comer afectan tanto la personalidad que se vuelve difícil separar los rasgos característicos de la persona, de los que aparecen como resultado una vez que se instala el trastorno del comer.

Los rasgos individuales o las características familiares en sí mismos no son causa de un trastorno alimenticio, sino que simplemente representan una predisposición a eso, pero es la combinación de algo personal o familiar, con otros

factores contextuales vitales de la persona, lo que precipita la situación; por otra parte, lo que perpetúa el trastorno alimenticio está más relacionado con lo que está haciendo el individuo tanto respecto a la alimentación como en cuanto a las relaciones que pueden haber dado origen al trastorno (Costin; 2003) .

Los problemas con la autonomía constituyen una predisposición a los trastornos alimenticios, dada la dificultad que presentan ciertas personas para funcionar de forma indiscriminada dentro de la familia o de otros patrones externos; la obligación de ser siempre adecuados les deja un poco de margen de seguridad para desarrollar un pensamiento personal o para hacer los planteos propios de una etapa de crecimiento (Costin; 2003).

El miedo a madurar se desarrolla por lo general en el periodo que va desde la pubertad, pasando por la adolescencia, hasta llegar a la juventud, esto conlleva modificaciones en los ámbitos: físico, sexual, emocional y social; algunos jóvenes sienten que son poco hábiles para convivir con dichos aspectos de su desarrollo; particularmente, los cambios físicos vienen siempre acompañados de un aumento natural del peso, el cual puede ser un factor precipitante; en ocasiones se genera una intolerancia a esa realidad o una dificultad para aceptar un cuerpo que, inevitablemente, transmite un mensaje de que ya se ha dejado atrás el periodo de la infancia (Costin; 2003).

2.5 Causas del trastorno alimenticio

Para Ogden (2005), las teorías psicológicas de la elección de la dieta examinan los factores individuales que influyen en la conducta de comer, haciendo hincapié en el aprendizaje, en las creencias en las actitudes y la constitución psicológica de la persona.

2.5.1 Factores predisponentes individuales

Ogden (2005) describe la elección de la comida es también más compleja que si debiera solo a la constitución psicofisiológica del individuo. La elección de los alimentos se produce dentro de una red de significados sociales algunos de estos significados están relacionados con el mismo alimento y también deben constituir el centro de atención del análisis.

Douglas (mencionado por Ogden; 2005) examina cómo los alimentos representan aspectos de la identidad del sujeto en términos de género, sexualidad, conflictos y autocontrol, así como las formas en que son fundamentales para la interacción social, como la comunicación del amor y del poder. Por último, estudia la comida como símbolo de la identidad cultural, en relación con la religión, el poder social y la delimitación entre cultura y naturaleza.

De acuerdo con Leví-Strauss y Douglas (citados por Ogden; 2005) la comida también se puede entender como una estructura profunda y común a diferentes culturas.

Helman (referido por Odgen; 2005), por su parte, distingue cinco criterios de clasificación de la comida:

- La comida frente a no comida: la cual distingue los alimentos que son comestibles respecto a los que no lo son.
- Las comidas sagradas frente a las profanas: de esta forma se delimitan las comidas validadas por las creencias religiosas.
- La clasificación de comidas paralelas: en donde las comidas pueden ser calientes o frías; esto es en el contexto de la salud y al equilibrio entre los alimentos. Asimismo, el hecho de que un alimento se considere frío o caliente no depende de su temperatura, sino el valor simbólico que se le adjudica y puede variar de una cultura a otra.
- La comida como medicina, medicina como comida: enuncia la separación y el solapamiento entre comida y medicina; algunos alimentos se utilizan o evitan en ciertos estados, o se utilizan como remedio de problemas de salud general.
- Las comidas sociales: describen la función colectiva de la alimentación, puede entenderse como forma de afirmar y desarrollar relaciones o simbolizar status.

De este modo, las comidas pueden comprenderse mediante un marco de cada cultura (Odgen; 2005)

2.5.2 Factores predisponentes familiares

Rausch (1996) menciona que cuando algún miembro de la familia desarrolla un trastorno de alimentación, inevitablemente todos los demás están involucrados, aunque no porque sean sus causantes.

El nivel de conflicto es más acentuado y explícito en las familias de anoréxicas de tipo bulímico y de bulímicas nerviosas, precisamente por los síntomas y la reacción que sustituya su encubrimiento en los padres.

Cuando la comunicación abierta esta obstaculizada, los miembros de la familia tienen que adivinar lo que le pasa al otro. En este juego de acertijos pueden ocurrir varias situaciones: una de ellas es que los hijos crezcan sin poder discernir ni transmitir lo que sienten y arrastren este déficit hasta la vida adulta, con la consiguiente dificultad para que las personas se entiendan y puedan satisfacer las necesidades mutuas.

Hay familias que suelen ser controladoras y mantienen lazos excesivos estrechos entre sus miembros, inhibiendo el desarrollo de su autonomía; hay otras que evidencian importantes fallas en el control, lo que resulta en un funcionamiento, algunas veces caótico. Generalmente, esto se vincula al desacuerdo entre los padres respecto al control en las pautas de la crianza.

En estas alianzas, el otro progenitor queda excluido y esta situación siempre genera problemas. Es típico que uno de los padres tenga una actitud más complaciente con la sintomatología y los inconvenientes que genera la paciente.

Costin (2003) considera que resulta complejo diferenciar cuáles son los factores característicos de las familias antes de que se desarrolle un trastorno de la alimentación y los que desprenden una vez que el mismo se ha instalado.

Se sabe que un trastorno de ese tipo termina generando una relación muy distorsionada en el seno de la familia, originando sentimientos de enojo, ansiedad y culpa, luchas por el poder y crecientes dificultades de la comunicación.

2.5.3 Factores socioculturales

Para Costin (2003), no es difícil entender por qué en todos los números indefectiblemente aparecen notas acerca de cómo modificar el cuerpo.

El contexto sociocultural premia la delgadez y tiene prejuicios contra la gordura. Si bien esto no es reciente, va en aumento en los últimos treinta años. En el mismo sentido, los trastornos de la alimentación son típicos de las sociedades industrializadas del mundo occidental.

Tampoco afectan por igual a diferentes clases sociales. Es propio de la clase media y alta. Prácticamente no se registra hasta ahora en las clases bajas. Las

personas de clase baja afectadas por este problema, son aquellas jóvenes que por su trabajo se encuentran inmersas en un ambiente de clase media o alta donde se juegan esos valores como fundamentales y se vuelve inevitable cierta mimetización.

La persona que sufre de un trastorno de la alimentación llega a estar tan obsesionada con la comida y el comer, que dispone de poco o nada de tiempo para pensar en estar bien; mucho menos tiene las condiciones de estabilidad emocional mínimas para tener un adecuado desempeño en su actividad laboral, escolar o social.

La sociedad comunica claramente que el papel más importante de la mujer es ser atractiva físicamente, y los medios perpetúan y refuerzan esta idea sugiriendo que la totalidad de la mujer se expresa, casi únicamente, a través de la imagen corporal.

Para terminar con los factores socioculturales, es conveniente revisar algunos prejuicios que, sin duda, son parte de lo que induce a la confusión en relación con el control de peso.

2.6 Percepción del cuerpo en el trastorno alimenticio

Ogden (2005) menciona que el comer o no alimentos puede causar cambios del tamaño y la forma corporal. La preocupación de esos cambios constituye la preocupación por el peso, que ha generado numerosos trabajos y suscitado interés durante las últimas décadas.

La insatisfacción corporal se ha definido como el cuadro del propio cuerpo que el sujeto forma en su mente, pero también se ha utilizado la expresión para describir las percepciones de los límites del cuerpo, un sentido de atractivo y la percepción de las sensaciones corporales.

Algunas investigaciones han conceptualizado la insatisfacción corporal como una estimación deformada del tamaño corporal y una percepción de que el cuerpo es más voluminoso de lo que es en realidad. También se ha descubierto que la mayoría de las mujeres, con independencia de que tengan o no trastornos alimentarios, creen que son más voluminosas de lo que son en realidad.

Otro enfoque de la insatisfacción corporal es la discrepancia ideal entre las percepciones de la realidad y las de un ideal. En contraste, con el punto de vista que se acaba de mencionar anteriormente, esta perspectiva no conlleva la comparación con el volumen real de la persona, objetivamente medido por el investigador.

Otro punto muy importante y frecuente de entender, es que la insatisfacción corporal se manifiesta en los sentimientos y cogniciones negativos acerca del cuerpo.

La insatisfacción y respuestas negativas al cuerpo pueden conceptualizarse como una discrepancia entre la percepción que tiene el individuo del volumen de su propio cuerpo y el real; como la discrepancia entre la percepción de su volumen real y el volumen ideal o, simplemente, como unos sentimientos de disconformidad con el volumen y la forma corporal.

2.7 Factores que mantienen los trastornos alimenticios.

Costin (2003) describe que existen ciertos factores que contribuyen al desarrollo de los trastornos de la conducta alimenticia, que son los factores predisponentes y precipitantes, como complicaciones de orden fisiológico y psicológico que derivan de dichos trastornos y que vienen a convertirse en los factores perpetuantes.

Se ha demostrado, en la experiencia clínica, que poseer una información cabal acerca de los problemas físicos y emocionales que se asocian con la deficiente alimentación, constituye un primer paso fundamental para la modificación de estas conductas. El conocimiento de los efectos que provoca la mala alimentación, ya sea en el campo orgánico como el anímico, ayuda a “normalizar” muchas de las situaciones que están pasando.

De entre las complicaciones de orden fisiológico y psicológico que derivan de la inadecuada alimentación, la dieta es un factor perpetuante por excelencia.

Muchos jóvenes con trastorno de la alimentación, a la hora de elegir, se inclinan por profesiones u oficios relacionados con los alimentos. También se preocupan en cocinar para otros y preparar la mesa; observan lo que los demás comen y ocupan mucho de su tiempo en una meticulosa planificación de sus propias comidas.

También se observa en jóvenes con trastorno alimenticio que generan un largo ritual alrededor de las comidas: deben comer solo algunos alimentos, a temperatura

determinada, en ámbitos especialmente elegidos; por lo general, tranquilos y preferentemente a solas. Es habitual un aumento marcado en el consumo de infusiones, como té o café, y en la necesidad de tener siempre algo en la boca, por lo general, goma de mascar o cigarrillos.

La de privación alimenticia es formadora de hábitos, ya que la comida se vuelve una obsesión que enferma. Hacer dieta es lo que lleva a toda la sintomatología de obsesiones, depresión, aislamiento, malestares físicos e inseguridades, entre otros, de la cual se pretende salir, paradójicamente, con nuevos esfuerzos de control de la comida para esta vez sí lograrlo y recuperar el bienestar (Costin; 2003).

Es muy importante entender que cuando la ingesta es menor a la necesaria para el funcionamiento general del organismo, automáticamente y como una forma de adaptarse, el cuerpo va a consumir menos calorías por medio de la disminución del metabolismo basal, que es el que se ocupa de estas funciones mientras el organismo descansa.

Si se retoma el punto de vista de las personas que se someten a severas dietas para adelgazar, se encuentran en la paradójica situación de que cuanto menos comen, menos adelgazan, porque las calorías son quemadas más lentamente como un modo de preservar la energía y de utilizar todo lo que entra para el mantenimiento de los procesos físicos básicos necesarios para sobrevivir.

2.8 Trastornos mentales asociados a los trastornos alimenticios

Butcher y cols. (2007) señalan que los trastornos de la conducta alimentaria suelen estar asociados con otros problemas psiquiátricos. Los pacientes con anorexia nerviosa suelen cumplir también con criterios de depresión clínica.

Por otra parte, también suelen aparecer trastornos de abuso de sustancias tanto junto a la bulimia o el subtipo compulsivo-purgativo de la anorexia nerviosa. Sin embargo, el tipo restrictivo de anorexia no suele estar asociado con el abuso de sustancias. También suelen presentarse trastornos de personalidad entre los pacientes con trastorno por atracones, si bien no se ha observado la existencia de una pauta definida.

La presencia de las alteraciones alimentarias en las psicosis esquizofrénicas es muy frecuente, tanto en los episodios agudos como en las evoluciones cronicadas. Los trastornos que se encuentran no son de tipo primario, sino que habitualmente se relacionan con la clínica que presenta el enfermo y/o con los tratamientos farmacológicos que recibe.

Por parte del paciente, se observa que rechaza ingerir algunos o todos los alimentos que se le ofrecen, debido a la presencia de la ideación delirante de envenenamiento o perjuicio. Estas alteraciones alimentarias sean más propias de las fases agudas de la esquizofrenia o de las fases prodrómicas, la persistencia de la idea

delirante puede prolongar durante largos periodos de tiempo estos trastornos alimentarios.

Jarne y Talarn (2000) mencionan que los trastornos de la alimentación por exceso o por defecto resultan un fenómeno habitual en la totalidad de los trastornos afectivos, sean cuales sean sus formas clínicas.

En la mayoría de los casos, se observa una disminución de la ingesta, con o sin repercusión ponderal, pero a veces se evidencia una ingesta excesiva. Desde una perspectiva clínica, estos trastornos por exceso son muy infrecuentes en algunas formas atípicas de melancolía y en algunas depresiones menores que cursan con una importante ansiedad.

En las depresiones menores y reactivas el trastorno alimentario no es, como en las melancolías, tan intenso, no aparece al inicio de la enfermedad. Su presencia se relaciona temporalmente con el nivel de tristeza más alto del enfermo y se corresponde con la fase aguda del trastorno.

En cuanto a los trastornos de la alimentación en la manía, Jarne y Talarn (2000) refieren que, en la fase aguda de la manía, los pacientes pueden pasar mucho tiempo sin tener la necesidad de alimentarse o, por el contrario, solicitar una gran cantidad de comida, aunque la ingesta sea normal y no hagan uso de ella. Comen un poquito de aquí y otro de allá sin acabar ningún plato, como sucede con la mayoría de sus actividades, lo cual comporta una ingesta caótica y desordenada.

En las fases hipomaniacas puede haber una alimentación excesiva tanto en cantidad como en preferencias alimentaria.

Sobre los trastornos de la alimentación en las fobias, Jarne y Talarn (2000) afirman que la amplia variedad de trastornos fóbicos no se relaciona en general, con ningún trastorno de alimentación, excepto las fobias referidas específicamente a los alimentos o al acto de la deglución.

En el caso de los alimentos, el sujeto, a partir de una experiencia traumática, desarrolla un cuadro fóbico en el que aparecen las conductas de evitación y de ansiedad anticipatoria. Mucho más grave resulta por las consecuencias sobre el enfermo, las fobias a tragar por miedo a asfixiarse y morir. Sus formas clínicas van desde la incapacidad de deglutir líquidos a sólidos compactos o las dos cosas a la vez.

Más comunes son las situaciones de fobia a un alimento concreto que, en muchas ocasiones, no mantienen ninguna lógica con el tamaño o la textura del alimento, ya que a menudo hay casos de la incapacidad para deglutir líquidos y no para sólidos de una cierta consistencia.

En lo que concierne a los trastornos de la alimentación en la ansiedad, Jarne y Talarn (2000) indican que el trastorno ansioso de representación aguda suele cursar con pérdida del apetito de intensidad, mientras que en los de curso cronificado, la pérdida, aunque moderada, es sostenida y puede llegar a tener persecuciones ponderables estimables.

Cuando el enfermo ha vinculado ingestas fuera de las horas habituales a un efecto beneficioso sobre su ansiedad, con el tiempo se establecen hábitos alimentarios incorrectos. Esta manera de actuar adquiere un funcionamiento autónomo y pierde, sin alguna vez lo tuvo, su capacidad para calmar la ansiedad y da paso a un simple mecanismo para satisfacer un apetito anómalo.

Acerca de la perturbación de la alimentación en el trastorno obsesivo-compulsivo, Jarne y Talarn (2000) mencionan que esta crisis no tiene por qué comportar trastornos de la alimentación, al margen de que la patología esté focalizada en esta área. Se puede observar en ocasiones una forma de alimentación particularmente lenta, en la que se escogen los alimentos con especial meticulosidad y se añaden, a veces, la duda y la compulsividad. Por otro lado, las ideas de contaminación y suciedad pueden modificar de forma importante los hábitos alimentarios.

2.9 Tratamiento de los trastornos alimenticios

Rausch (1997) describe que hasta el momento no hay una teoría etiológica o de la patogénesis de la anorexia nerviosa que haya logrado una aceptación generalizada. Es precisamente por ello que se propone a la epistemología sistémica para comprender y abordar terapéuticamente este trastorno.

Esta autora, desde el pensamiento neuropsicodinámico, describe la anorexia nerviosa primaria aclarando que no es que las pacientes carezcan de apetito, sino que

deliberadamente restringen su ingesta y se embarcan en desgastes físicos, con el objeto de que la delgadez extrema las proteja del terror a engordar.

Para Rausch (1997), el trastorno psicológico se vincula al déficit básico en el sentido del sí-mismo, de la identidad y del funcionamiento autónomo. Así, esta terapia se orienta hacia lo que llama los antecedentes de la enfermedad, que tendría como corolario un trastorno del desarrollo.

La mayoría de los clínicos incluye alguna forma de terapia conductual en el tratamiento de un paciente anoréxico ansiado. Se basa en el control de un comportamiento observable a través de los estímulos que le proceden o le siguen. Stunkard, en el año 1972, describió un nuevo tratamiento para los trastornos de alimentación: el condicionamiento operante. Suele ser útil que el paciente haga un registro de su peso, que se mida una o dos veces por semana. Se establece un refuerzo positivo contingente al aumento de peso que se refiere a mayor actividad física o social. Los refuerzos negativos que generalmente se utilizan, son el reposo y/o aislamiento en el dormitorio. Siempre se recomienda un diseño personalizado de estos refuerzos, teniendo en cuenta las variaciones individuales.

Otro tipo de tratamiento en la anorexia nerviosa es la terapia familiar, Gurma, Kniskern y Pinsof (referidos por Rausch; 1997) establecen su lugar destacado en el tratamiento de la anorexia nerviosa en adolescentes.

Jarne y Talarn (2000) describen varios tipos de tratamiento de la anorexia nerviosa:

- 1) Recuperación ponderal: la rehabilitación nutricional y la normalización dietética son el origen de las secuelas físicas y psicológicas que la mal nutrición perpetúa, aunque estas secuelas psicológicas tardan bastante tiempo en normalizarse después de haber conseguido recuperación ponderal.
- 2) Tratamiento dietético: no hay unanimidad respecto a si la alimentación de la enferma anoréxica tiene que partir de unos contenidos calóricos normales o, más bien, si tiene que reaprender a partir de dietas bajas en calorías, no existiendo acuerdo sobre si la terapia debe iniciarse en una dieta normal o bien, se debe aumentar progresivamente la cantidad de calorías.
- 3) Tratamiento psicológico: es la piedra angular de un buen programa terapéutico de la anorexia nerviosa. Las intervenciones psicoterapéuticas son poco efectivas en las fases más graves de la enfermedad. Las pacientes mal nutridas y en bajo peso se muestran extremadamente refractarias a la psicoterapia y difícilmente se observan cambios comunicativos hasta que no se ha recuperado un determinado peso.
- 4) Tratamiento farmacológico: está indicado como coadyuvante de las técnicas psicológicas y como tratamiento de la psicopatología asociada a la depresión.
- 5) Terapia familiar: implica a la familia en el tratamiento tanto en el ámbito ambulatorio como en régimen de hospitalización.

Del mismo modo, algunos clínicos incluyen la terapia conductual como tratamiento de anorexia nerviosa, ya que se basa en el control del comportamiento observable a través de estímulos.

Finalmente, Jarne y Talarn (2000) describen de igual manera el tratamiento para la bulimia nerviosa, la cual consiste en:

- Restablecer unas pautas nutricionales normales.
- Recuperación física:
 - Estabilización del peso.
 - Rehidratación y normalización electrolítica.
 - Corrección de anomalías físicas.
- Normalización del estado mental:
 - Mejorar el estado de ánimo.
 - Tratar posibles trastornos de la personalidad.
 - Evitar abuso de sustancias.
 - Corregir el estilo cognitivo erróneo.
- Restablecer unas relaciones personales adecuadas.
 - Aumento en la participación.
 - Aumento en 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

La terapia familiar sistemática menciona que ningún miembro de la familia parece desafectado, que la conducta actual de cada uno de los integrantes puede llegar a contribuir de forma satisfactoria a minimizar la sintomatología, así como la promoción de salidas más saludables para el paciente y los otros miembros o, de igual forma, también pueden contribuir de forma negativa a reforzar el padecimiento del sujeto (Rausch; 1996).

El punto inicial de la terapia familiar es el integrarla en un sistema psicosocial y que su funcionamiento se pueda evaluar de acuerdo con los objetivos en común y el cumplimiento de ellos será de acuerdo con las interacciones entre los mismos miembros, ya que los comportamientos resultan mutuamente afectados.

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

A continuación, se analizará el proceso metodológico que siguió esta investigación, especificando el enfoque, estudio, diseño, alcance, las técnicas e instrumentos que se utilizaron, así como la muestra que fue requerida. Además, se presentarán los resultados obtenidos en la investigación y la interpretación de resultados con respecto al fenómeno.

3.1 Descripción metodológica

En el presente apartado se explicará el enfoque adaptado, que es el cuantitativo, se explicara el tipo de diseño, que es no experimental, posteriormente, se expondrá el estudio de tipo transversal para, finalmente, indicar el alcance correlacional no causal.

3.1.1 Enfoque cuantitativo

El enfoque cuantitativo se caracteriza por un conjunto de procesos que representa de manera secuencial y probatoria. Cada etapa precede a la siguiente y no se debe brincar o eludir pasos; el orden es riguroso, aunque, desde luego, se puede redefinir alguna fase. Parte de una idea, que va acotándose y una vez delimitada, se derivan objetivos y preguntas de investigación; se revisa la literatura y se construye un

marco o una perspectiva teórica. De las preguntas, se establecen hipótesis y determinan variables; se desarrolla un plan para probarlas; se miden las variables en un determinado contexto; se analizan las mediciones obtenidas, y se establece una serie de conclusiones respecto de las hipótesis (Hernández y cols.; 2010).

El enfoque cuantitativo tiene las siguientes características, según Hernández y cols. (2010):

- El investigador o investigadora plantea un problema de estudio delimitado y concreto. Sus preguntas de investigación versan sobre cuestiones específicas.
- Una vez planteado el problema de estudio, el investigador o investigadora considera lo que se ha investigado anteriormente y construye un marco teórico, de la cual deriva una o varias hipótesis y las somete a prueba mediante el empleo de los diseños de investigación apropiados.
- Así, las hipótesis se generan antes de recolectar y analizar los datos.
- La recolección de datos se fundamenta en la medición (se miden las variables o conceptos contenidos en las hipótesis). Esta recolección se lleva a cabo al utilizar procedimientos estandarizados y aceptados por una comunidad científica. Para que una investigación sea creíble y aceptada por otros investigadores, debe mostrarse que se siguieron tales procedimientos.
- Debido a que los datos son producto de mediciones, se representan mediante números (cantidades) que se deben analizar a través de métodos estadísticos.

- En el proceso se busca el máximo control para lograr que otras explicaciones posibles distintas o “rivales” a la propuesta del estudio (hipótesis), sean desechadas y se excluya la incertidumbre y minimice el error. Es por esto que se confía en la experimentación y/o las pruebas de causa-efecto.
- La investigación cuantitativa debe ser lo más “objetiva” posible. Los fenómenos que se observan y/o miden no deben ser afectados por el investigador. Este debe evitar en lo posible que sus temores, creencias, deseos y tendencias influyan en los resultados del estudio o interfieran en los procesos y que tampoco sean alterados por las tendencias de otros (Unrau, Grinnel y Williams, citados por Hernández y cols.; 2010).
- La búsqueda cuantitativa ocurre en la realidad externa al individuo. Esto conduce a una explicación sobre cómo se concibe la realidad con esta aproximación a la investigación.

3.1.2 Investigación no experimental

El presente estudio es no experimental, y puede definirse como la investigación que se realiza sin manipular deliberadamente las variables. Es decir, se trata de estudios donde no se hace variar en forma intencional las variables independientes para examinar su efecto sobre otras variables. Lo que se hace en la investigación no experimental es observar fenómenos tal como se dan en su contexto natural, para posteriormente analizarlos.

En un experimento, en cambio, el investigador construye deliberadamente una situación a la que son expuestos varios individuos. Esta situación consiste en recibir un tratamiento, una condición o un estímulo bajo determinadas circunstancias, para después evaluar los efectos de la exposición o aplicación.

Según Hernández y cols. (2010: 149), “la investigación no experimental son estudios que se realizan sin la manipulación deliberada de variables y en los que solamente se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos.”

3.1.3 Diseño transversal

Según Hernández y cols. (2010: 151), “los diseños de investigación transeccional o transversal recolectan datos en un momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelacionan en momento dado”.

Por ejemplo: investigar el número de empleados, desempleados y subempleados en una ciudad en cierto momento; medir las percepciones y actitudes de mujeres jóvenes que fueron abusadas sexualmente en el último mes en una urbe latinoamericana.

Estas indagaciones pueden abarcar varios grupos o subgrupos de personas, objetos o indicadores, así como diferentes comunidades, situaciones o eventos. Por

ejemplo, analizar el efecto que sobre la estabilidad emocional provoco un acto terrorista en niños, adolescentes y adultos. Pero siempre, la recolección de los datos ocurre en un momento único.

Los diseños transaccionales se dividen en tres: exploratorios, descriptivos y correlacionales-causales.

Los exploratorios consisten en comenzar a conocer una variable o u conjunto de variables, una comunidad, un contexto, un evento, una situación. Se trata de una exploración inicial en un momento específico.

Por su parte, los descriptivos tienen como objetivo indagar la incidencia de las modalidades o niveles de una o más variables en una población. (Hernández y cols.; 2010)

3.1.4 Alcance correlacional

La investigación correlacional asocia variables mediante un patrón predecible para un grupo o población.

El propósito de estos estudios tiene como finalidad conocer la relación o grado de asociación que exista entre dos o más conceptos, categorías o variables, pero con frecuencia se ubican en el estudio relaciones entre tres, cuatro o más variables.

Los estudios correlacionales, al evaluar el grado de asociación entre dos o más variables, miden cada una de ellas (presuntamente relacionadas) y, después, cuantifican y analizan la vinculación. Tales correlaciones se sustentan en hipótesis sometidas a prueba. (Hernández y cols.; 2010).

La correlación puede ser positiva o negativa: en el primer caso significa que sujetos con altos en una variable tenderán a mostrar altos valores en la otra. Si es negativa, significa que sujetos con altos valores en una variable tenderán a mostrar bajos valores en la otra (Hernández y cols.; 2010).

Si no hay correlación entre las variables, esto indica que estas variables varían sin seguir un patrón sistemático entre sí: habrá sujetos que tengan altos valores en una de las dos variables y bajos en la otra, sujetos que tengan altos valores en una variable y altos en la otra, sujetos con valores bajos en una variable y bajo en la otra y sujetos con valores medios en las dos variables (Hernández y cols.; 2010).

3.1.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

A continuación, se describen los dos instrumentos empleados en el acopio de la investigación de campo: el primero fue el Test de Autoestima de Coopersmith y el segundo es el Inventario de Trastornos Alimentarios (EDI-2), de Garner.

El Test de autoestima de Coopersmith se enfoca a evaluar a adolescentes de 14 años en adelante. El Tiempo de Aplicación es de 20 a 30 minutos,

aproximadamente. El área que evalúa de manera específica es la autoestima. Los materiales de aplicación constan de un cuadernillo de aplicación, las normas de aplicación y los protocolos de registro.

El Inventario de Autoestima de Coopersmith es un instrumento de auto-reporte de 58 ítems, dentro del mismo el sujeto lee una sentencia declarativa y luego decide si esa afirmación es “igual que yo” o “distinto a mí”. El inventario está referido a la percepción del paciente y/o estudiantes en cuatro áreas: autoestima general, social, familiar, escolar académica y una escala de mentira de ocho ítems (citado por Brinkmann y cols.; 1989).

Por otra parte, la prueba denominada Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria fue elaborada por David M. Garner, en 1998.

El EDI-2 esta estandarizado para personas con una edad de 11 años en adelante. Para el proceso de estandarización de dicha prueba se realizaron varios procesos en distintos grupos, tanto en individuos con bulimia y anorexia nerviosa como en personas que no padecen estos trastornos alimentarios (Garner; 1998).

En esta investigación se utilizó el baremo obtenido en la aplicación a hombres y mejores adolescentes sin trastornos de la conducta alimentaria.

El EDI-2 cuenta con una confiabilidad de 0.83 en el alfa de Cronbach y validez de contenido de concurrente, de criterio, así como de constructo. Finalmente, esta

prueba cuenta con once escalas las cuales son: obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia interoceptiva, miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad e inseguridad social.

3.2 Población y muestra

En este apartado se presenta la descripción de los sujetos que formaron parte del estudio, mencionando primero a la población y, posteriormente, a la muestra extraída de ella.

3.2.1 Delimitación y descripción de la población

La población, según Selltiz, “es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones” (citado por Hernández y cols.; 2010: 303), este conglomerado debe plantear, de una manera clara, las características de contenido de lugar y de tiempo.

Esta institución tiene una comunidad estudiantil de 756 alumnos, el sistema escolarizado funciona en horario matutino de 7:00 a.m. a 3:00 p.m. Cuenta con 33 maestros que imparten las distintas asignaturas tanto académicas como de componente profesional.

La edad de los alumnos va de los 15 a los 18 años en su mayoría, aunque hay algunos que exceden estas edades; el nivel socioeconómico en su mayoría es medio y medio bajo; aunque gran parte de los alumnos reside en Taretan, también asisten un buen número de alumnos provenientes de comunidades cercanas a esta población.

3.2.2 Proceso de selección de la muestra

Por su parte, la muestra, según Hernández y cols. (2010) es el subgrupo de la población del cual se recolectan los datos y debe ser representativo de esta.

Según Hernández y cols. (2010: 189) “en las muestras no probabilísticas, la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o de quien hace la muestra.”

De acuerdo con la definición anterior, la investigación consideró este tipo de muestra no probabilística para la elección de los elementos, ya que fueron seleccionados con base en características específicas.

Se efectuó un muestreo no probabilístico, a juicio de la investigadora. Se tomaron 125 estudiantes hombres y mujeres, todos con la característica de que se encontraban cursando el 4° semestre.

3.3 Descripción del proceso de investigación

Para dar inicio a esta investigación, se dio comienzo desde el surgimiento de una idea, eligiendo un tema de interés y tomando como referencia dos variables: autoestima y trastornos alimentarios.

Enseguida, se realizó un planteamiento del problema, donde también fue necesario buscar antecedentes de la investigación para corroborar y sustentar la importancia del estudio, fundamentando el interés y la importancia para que este se llevara a cabo, después se formuló la pregunta de investigación y las hipótesis, como respuestas tentativas a esta pregunta.

Posteriormente, se determinaron los objetivos a los que se quería llegar, y enseguida, se delimitó el enfoque, el tipo de diseño, el tipo de estudio y el alcance que dicha investigación tendría, de igual modo, se delimitó la población y, consecutivamente una muestra de alumnos del CBTa 89 de 4° semestre.

Enseguida se procedió a realizar el marco teórico, para dar sustento a la investigación, lo cual permitió conceptualizar las variables de autoestima y trastornos alimentarios, formando dos capítulos donde se explican los puntos de vista de distintos autores.

Asimismo, para seguir con el rumbo de la investigación, se determinó de qué manera sería medida la autoestima y se definió las técnicas e instrumentos que se

utilizarían: la Escala de Autoestima de Coopersmith y la Escala de Trastornos alimentarios EDI-2.

Una vez que se tenía en mano dicha escala, fue aplicada a la muestra seleccionada en la preparatoria CBTa 89. Después se calificó la prueba para obtener los resultados, posteriormente se hizo el vaciado de los puntajes, para comenzar a realizar el proceso estadístico en el programa Excel, donde se calcularon la media, mediana, moda y desviación estándar; con estas medidas estadísticas, se pudo determinar los rangos de autoestima y trastornos alimentarios.

Para finalizar, se realizó el análisis de resultados, tomando como referencia las hipótesis y el objetivo general que se planteó al principio de la investigación.

3.4 Análisis e interpretación de resultados

En este apartado se presentan los resultados obtenidos en la investigación de campo en función de los instrumentos aplicados y las medidas estadísticas obtenidas a partir de ellos, principalmente desglosando el nivel de autoestima en los alumnos; posteriormente los trastornos alimentarios. Finalmente, con el análisis de la correlación entre ambas variables.

3.4.1 Nivel de autoestima en los alumnos de CBTa 89

Se afirma que la autoestima es definida, según Alcántara (1990) como una actitud hacia uno mismo, es decir, la forma habitual de pensar, amar, sentir y comportarse consigo mismo. Es la disposición permanente según la cual el individuo se enfrenta consigo mismo; siendo un sistema fundamental por el cual ordena experiencias, adecuándolas a su “yo” personal.

Coopersmith (referido por Crozier; 2001) define la autoestima como la evaluación que hace y mantiene 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.

La autoestima es un juicio personal sobre la valía que se expresa en las actitudes que el individuo manifiesta hacia sí.

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 de autoestima general fue de 43. La media es la suma de un conjunto de datos, dividida entre un número de medidas (Elorza; 2007).

De igual modo, se obtuvo la mediana, que es el valor medio de un conjunto de valores ordenados: el punto del cual caen abajo y arriba igual el número de medidas (Elorza; 2007). Este valor fue de 41.

De acuerdo con este mismo autor, la moda es la medida que ocurre con mayor frecuencia en un conjunto de datos. En cuanto a esta escala la moda fue de 41.

También se obtuvo el valor de la medida de dispersión, específicamente de la desviación estándar, la cual se conforma como la raíz cuadrada de la suma de las desviaciones al cuadrado de una población, dividida entre el total de observaciones (Elorza; 2007). El valor obtenido en la escala de autoestima general es de 12.

Por otra parte, se obtuvo el puntaje de la subescala de autoestima social, encontrando una media de 45, una mediana de 44 y una moda representativa de 62. La desviación estándar fue de 12.

Asimismo, en la escala de autoestima escolar se encontró una media de 50, una mediana de 50 y una moda de 57. La desviación estándar fue de 16.

Adicionalmente en la escala de autoestima en el hogar se obtuvo una media de 48, una mediana de 47 y una moda de 37. La desviación estándar fue de 11.

Finalmente, se obtuvo el puntaje de autoestima total, encontrándose una media 42, una mediana de 42, una moda de 40 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 en la muestra se ubica dentro de los rangos normales, de acuerdo con los puntajes de medidas de tendencia central obtenidas. Asimismo, los puntajes que muestra la desviación estándar en las distintas subescalas indican que hay algo de dispersión en los puntajes en relación a la media.

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

En la escala de autoestima general, el 40% de los sujetos se ubican por debajo de T 40; en la subescala de autoestima social el porcentaje de sujetos es de 40%; mientras que en la subescala de autoestima escolar es de 34%; el porcentaje en la subescala de autoestima en el hogar es de 27%. Finalmente, el porcentaje de sujetos con nivel bajo de autoestima total es de 36%. Estos resultados se aprecian de manera gráfica en el Anexo 2.

Los resultados mencionados anteriormente indican que hay un número considerable de casos con dificultades en su autoestima, sobre todo en las áreas de autoestima general y autoestima social, por lo que sería importante trabajar institucionalmente en ello.

3.4.2 Trastornos alimentarios en la población de estudio

De acuerdo con lo señalado por la APA (2002) los trastornos alimentarios se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria.

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

Para Belloch y cols. (1995), anorexia quiere decir literalmente falta de apetito, y es un término habitual para designar un síntoma que aparece en muchos otros trastornos y enfermedades, como la depresión o la gripe. Cuando se habla de anorexia nerviosa, en realidad es un caso en el que la persona, lejos de carecer de apetito, se comporta como un organismo hambriento: no come, pero deja de pensar en cuáles son los alimentos idóneos que debe ingerir para no estar gorda, y es ahí donde radica precisamente su psicopatología: el deseo irrefrenable de seguir adelgazando, incluso aunque ya haya perdido un gran porcentaje de peso.

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

En la escala de obsesión por la delgadez, se obtuvo una media de 56, una mediana de 58, una moda de 32 y una desviación estándar de 24.

La escala de obsesión por la delgadez arroja información sobre la manifestación clínica de un intenso impulso por estar más delgado o un fuerte temor a la gordura; es un síntoma esencial para el diagnóstico de la anorexia y la bulimia nerviosa. (Garner; 1998).

Asimismo, en la escala de bulimia se obtuvo una media de 57, una mediana de 54, una moda de 41 y una desviación estándar de 15.

La escala de bulimia evalúa la tendencia a tener pensamientos o darse comilonas o atracones incontrolables de comida. La presencia de este tipo de conductas es una característica distintiva de la bulimia nerviosa y permite diferenciar entre los dos tipos de anorexia y restrictiva. (Garner; 1998).

Por otra parte, en la escala de insatisfacción corporal se obtuvo una media de 61, una mediana de 61, una moda de 44 y una desviación estándar de 24.

La insatisfacción corporal se considera uno de los aspectos de la perturbación de la imagen corporal característica de los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria (Garner; 1998).

Por otra parte, en la escala de ineficacia se obtuvo una media de 62, una mediana de 62, una moda de 44 y una desviación estándar de 25.

La escala de ineficacia evalúa sentimientos de incapacidad general, inseguridad, vacío, autoexpresión y falta de control sobre la propia vida. (Garner; 1998).

En la escala de perfeccionismo se obtuvo una media de 61, una mediana de 62.5, una moda de 16 y una desviación estándar de 28.

La escala de perfeccionismo mide el grado en que el sujeto cree que sus resultados personales deberían ser mejores (Garner; 1998).

La escala de desconfianza interpersonal obtuvo una media de 67, una mediana de 73, una moda de 44 y una desviación estándar de 25.

La escala de desconfianza interpersonal evalúa el sentimiento general de alienación del sujeto y su desinterés por establecer relaciones íntimas, así como la dificultad para expresar los propios sentimientos y pensamientos. (Garner; 1998).

En la escala de conciencia introceptiva se obtuvo una media 51, una mediana de 51, una moda de 27 y una desviación estándar de 27.

Esta escala mide el grado de confusión o dificultad para conocer y responder adecuadamente a los estados emocionales, se relaciona también con la inseguridad para identificar ciertas sensaciones viscerales relacionadas con el hambre y la saciedad. (Garner; 1998).

Particularmente, en la escala de miedo a la madurez, se dio una media de 54 una mediana de 56, una moda de 77 y una desviación estándar de 27.

La escala de miedo a la madurez avalúa el deseo de regresar a la inseguridad de la infancia. En especial, se identifica el temor a las experiencias psicológicas o biológicas relacionadas con el peso de la adultez.

En la escala de ascetismo se obtuvo una media de 41, una mediana de 40, una moda de 9 y una desviación estándar de 28.

La escala de ascetismo evalúa la tendencia a buscar la virtud por medio de ciertos ideales espirituales como la autodisciplina, el autosacrificio, la autosuperación y el control de las necesidades corporales. (Garner; 1998).

En la escala de impulsividad se obtuvo una media 61, una mediana de 66, una moda de 93 y una desviación estándar de 29.

Esta escala valora la dificultad para regular los impulsos y la tendencia al abuso de drogas, la hostilidad, la agitación, la autodestrucción y la destrucción de las relaciones interpersonales. (Garner; 1998).

Finalmente, en la escala de inseguridad social se obtuvo una media de 78, una mediana de 83, una moda de 67 y una desviación estándar de 19.

Esta escala mide la creencia de que las relaciones sociales son tensas, inseguras, incómodas, insatisfactorias y, generalmente, de escasa calidad. (Garner; 1998).

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

Además de presentar los datos de las medidas de tendencia central y desviación estándar, a continuación, se presentan los porcentajes de los sujetos que obtuvieron puntajes altos en cada escala, o sea, 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 35 de sujetos se encuentra por arriba del percentil 70; en la escala de bulimia, el porcentaje fue de 18; en la de insatisfacción corporal, el 34%; en la de ineficacia, el 40%; en la de perfeccionismo, el 42%; en la que respecta a la desconfianza interpersonal, 51%; en la de conciencia introceptiva, 35%; respecto a la de miedo a la madurez, 35%; en la de ascetismo, 17%; en la de impulsividad, 48%; finalmente, en la escala de inseguridad social, el 66%.

Estos datos se pueden observar gráficamente en el Anexo 4.

En función de los datos anteriores, se puede afirmar es preocupante en algunos indicadores la cantidad de sujetos que presentan puntajes altos, por lo que implica, para el CBTa 89, establecer medidas a nivel institucional para atender esta problemática.

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.

Moreno y Ortiz (2009) afirman, con base en su investigación, que las mujeres tienen una mayor propensión a los trastornos alimentarios que los hombres, ya que se encuentran en una etapa del desarrollo en la que se evalúan constantemente, por lo que existe una insatisfacción con su imagen corporal, ligada a baja autoestima. Sin embargo, en ambos géneros estos factores están relacionados.

En la investigación realizada en el CBTa 89 de Taretan, 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 -0.06 cuantificado con la prueba “r” de Pearson.

Esto significa que entre la autoestima y la escala de obsesión por la delgadez existe una correlación nula, de acuerdo con la clasificación de correlación que plantean Hernández y cols. (2010).

Para conocer la influencia que existe entre el nivel de autoestima y 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 correlaciones. 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 0.00, lo que significa que entre la autoestima y la escala de obsesión por la delgadez no hay correlación.

Por otra parte, entre el nivel de autoestima y la escala de bulimia existe un coeficiente de correlación de 0.01 según la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre la autoestima y la bulimia prácticamente no existe correlación. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.00, lo que significa que entre la autoestima y la escala de bulimia no hay relación.

Asimismo, entre el nivel de autoestima y la escala de insatisfacción corporal existe un coeficiente de correlación de 0.01 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre la autoestima y la escala mencionada existe una correlación ausente. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.00, lo que significa que entre la autoestima y la escala de insatisfacción corporal hay una relación de 0%.

Adicionalmente, se encontró que entre el nivel de autoestima y la escala de ineficacia existe un coeficiente de correlación de 0.00 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre la autoestima y la escala referida no existe correlación. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.00, lo que significa que entre la autoestima y la escala de ineficacia no hay relación.

Por otra parte, entre el nivel de autoestima y la escala de perfeccionismo existe un coeficiente de correlación de -0.08 a partir de la prueba de “r de Pearson. Esto significa que entre la autoestima y tal escala existe una correlación negativa nula. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.01, lo que significa que entre la autoestima y la escala de perfeccionismo hay una relación del 1%.

Asimismo, se obtuvo que entre el nivel de autoestima y la escala de desconfianza interpersonal existe un coeficiente de correlación de 0.10, cuantificado con la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre la autoestima y la desconfianza interpersonal existe una correlación ausente. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.01, lo que significa que entre la autoestima y la escala de desconfianza interpersonal hay una relación del 1%.

De igual manera, se pudo saber que entre el nivel de autoestima y la escala de conciencia introceptiva existe un coeficiente de correlación de -0.06 según la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre la autoestima y dicha escala existe una correlación ausente. El resultado de la varianza fue de 0.00, lo que significa que entre la autoestima y la escala de conciencia introceptiva no hay relación.

Adicionalmente, se calculó que entre el nivel de autoestima y la escala de miedo a la madurez existe un coeficiente de correlación de -0.01 según la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre la autoestima y la escala mencionada no hay correlación. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.00, lo que significa que entre la autoestima y la escala de miedo a la madurez no hay relación alguna.

Entre el nivel de autoestima y la escala de ascetismo existe un coeficiente de correlación de -0.06 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre la autoestima y esta escala existe correlación ausente. El resultado de la varianza de

factores comunes fue de 0.00, lo que significa que entre la autoestima y la escala de ascetismo la relación es menor al 1%.

Por otro lado, se encontró que entre el nivel de autoestima y la escala de impulsividad existe un coeficiente de correlación de -0.10 obtenido con la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre la autoestima y la escala en cuestión existe una correlación negativa débil. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.01, lo que significa que entre la autoestima y la escala de impulsividad hay una relación del 1%.

Finalmente, se obtuvo que entre el nivel de autoestima y la escala de inseguridad social existe un coeficiente de correlación de -0.12 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre la autoestima y esta escala existe una correlación negativa débil. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.01, esto denota que entre la autoestima y la escala de inseguridad social hay una relación del 1%.

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 no tiene relación significativa con los trastornos alimentarios en los alumnos de 4° semestre del CBTa 89 de Taretan, Michoacán.

De acuerdo con estos resultados, se corrobora la hipótesis nula, la cual señala que la autoestima no es un factor que influye significativamente en los trastornos alimentarios, en el caso de los alumnos de CBTa 89 de Taretan, Michoacán.

CONCLUSIONES

Una vez presentados los resultados de la investigación y su correspondiente análisis, se concluye verificando la hipótesis nula a nivel bachillerato, que indica que no existe una correlación significativa entre la autoestima y los trastornos alimentarios en la muestra de estudio.

Asimismo, se puede afirmar que se dio cabal cumplimiento a los objetivos planteados. En el capítulo uno se cumplieron los objetivos particulares referidos a la variable autoestima; de igual manera, se dio cumplimiento a los objetivos particulares que hablan de la variable de trastornos alimentarios; adicionalmente, los objetivos empíricos se cumplieron al presentar los resultados de la medición de ambas variables en la muestra de estudio.

Con el cumplimiento de los objetivos particulares, fue posible lograr el objetivo general de la investigación, el cual plantea examinar el nivel de relación que existe entre la autoestima y los indicadores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios en los alumnos de CBTa 89 de Taretan, Michoacán. Esto se muestra, sobre todo, en el apartado análisis e interpretación de resultados.

Dentro de los hallazgos más sobresalientes del estudio, destaca la nula relación encontrada entre la autoestima y los trastornos alimentarios a nivel de bachillerato.

BIBLIOGRAFÍA

- Ajuriaguera, J. (1973)
Manual de psiquiatría infantil.
Editorial Masson. Barcelona.
- Alcántara, José Antonio. (1990)
Cómo educar la autoestima.
Ediciones CEAC, S.A. Barcelona, España.
- American Psychiatric Association. (APA). (2002)
DSM IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.
Editorial Masson. Barcelona.
- Belloch, Amparo; Sandín, Bonifacio; Ramos, Francisco. (1995)
Manual de psicopatología.
Editorial McGraw-Hill. España.
- Branden, Nathaniel. (2008)
La psicología de la autoestima.
Editorial Paidós Mexicana. Distrito Federal, México.
- Branden, Nathaniel. (2010)
La autoestima de la mujer.
Editorial Paidós Mexicana. México, D.F.
- Branden, Nathaniel. (2011)
Los seis pilares de autoestima.
Editorial Paidós Mexicana. Distrito Federal, México.
- Butcher, James; Mineka, Susan; Hooley, Jill. (2007)
Psicología clínica.
Editorial PEARSON. España.
- 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.

Elorza Pérez-Tejada, Aroldo. (2007)
Estadística para las ciencias sociales, del comportamiento y la salud.
Editorial Cengage Learning. México.

García Carapia Cluaida 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.

Hernández Sampieri, Roberto; Fernández-Collado, Carlos; Baptista Lucio, Pilar. (2010).
Metodología de la investigación.
Editorial McGraw-Hill. México.

Jarne, Adolfo; Talarn, Antoni. (2000)
Manual de psicopatología clínica.
Editorial Paidós Ibérica. Buenos Aires.

Jiménez H., Manuel. (1997)
Psicopatología infantil.
Editorial Aljibe. Granada.

Kaufman, Gershen; Raphael, Lev; Espeland, Pamela. (2005)
Cómo enseñar autoestima.
Editorial Pax. México, D.F.

Lamb, Charles W.; Hair, Joseph F. Jr.; McDaniel, Karl. (2011)
Marketing.
Editorial Edamsa. México.

Ogden, Jane. (2005)
Psicología de la alimentación.
Ediciones Morata. España.

Rausch Herscovici, Cecile. (1996)
La esclavitud de las dietas.
Editorial Paidós. Argentina.

Rausch Herscovici, Cecile. (1997)
Anorexia y bulimia: amenazas a la autonomía.
Editorial Paidós. Argentina.

MESOGRAFÍA

Brinkmann, H.; Segure, T.; Solar, M.I. (1989)

“Inventario de autoestima de Coopersmith, concepto de confiabilidad y validez”.

Revista Chilena de Psicología.

Recuperado de http://www2.udec.cl/~hbrinkma/articulo_coopersmith.pdf

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

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

Revista Terapia Psicológica. 2009, Vol. 27, N°2, 181-190.

Universidad Veracruzana, México.

Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082009000200004&script=sci_arttext

Ortega Ruiz, Pedro; Mínguez Vallejo, Ramón; Rodes Bravo, María Luisa. (2001)

“AUTOESTIMA: UN NUEVO CONCEPTO Y SU MEDIDA”.

Universidad de Murcia. Departamento de Teoría e Historia de la Educación.

Recuperado de <http://revistas.usal.es/index.php/1130-3743/article/view/2868/2906>

Steiner Benaim, Daniela. (2005)

“La teoría de la autoestima en el proceso terapéutico para el desarrollo del ser humano”.

Trabajo especial de grado para obtener el título de Bachelor of Arts in Psychology, Tecana American University. Maracaibo, Venezuela. Recuperado de

https://tauniversity.org/sites/default/files/tesis/tesis_daniela_steiner.pdf

Zagalaz Sánchez, Ma. Luisa; Romero Granados, Santiago; Contreras Jordán, Onofre R. (2002).

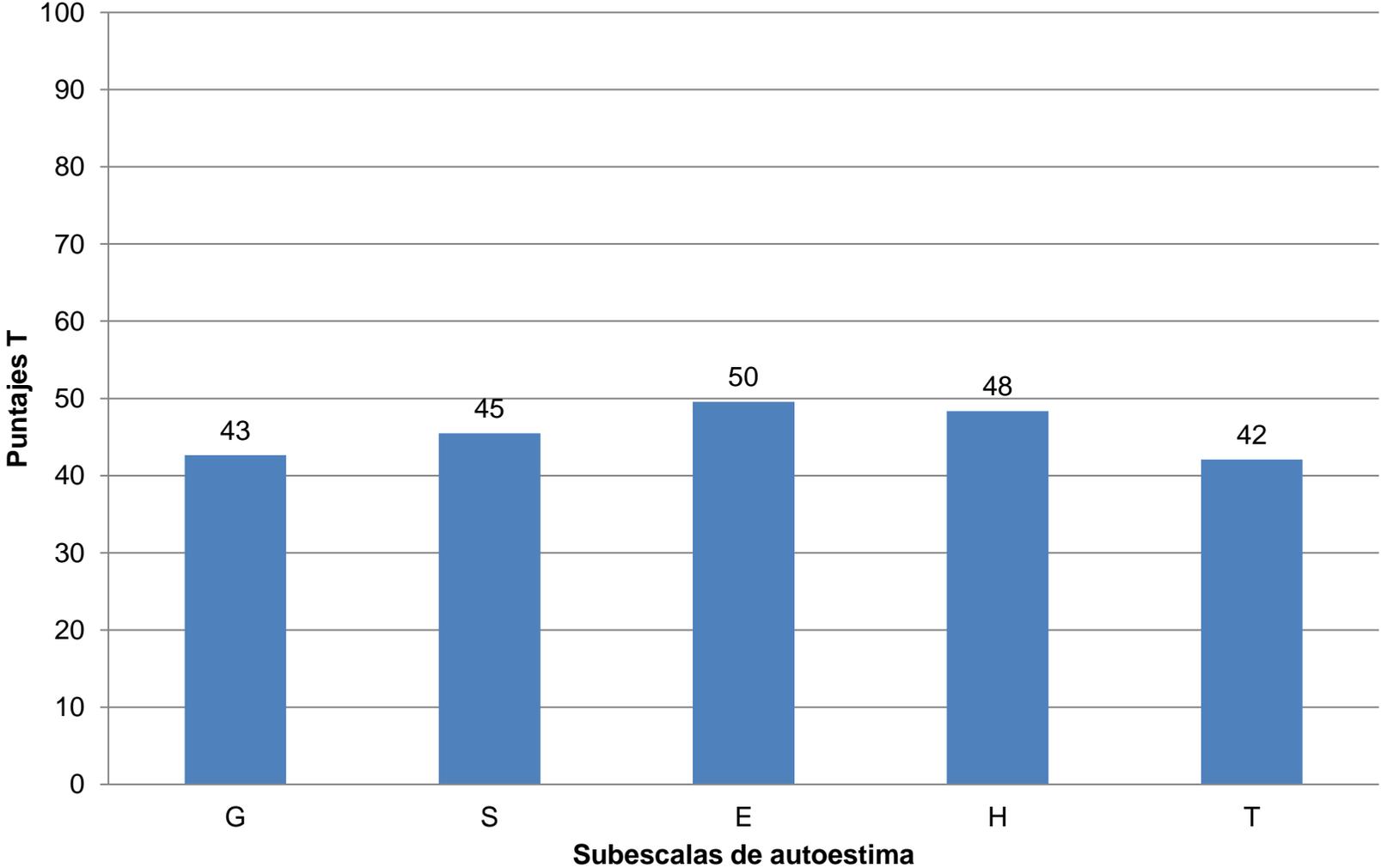
“La anorexia nerviosa como distorsión de la imagen corporal. Programa de prevención desde la educación física escolar en la provincia de Jaén”

OEI-Revista Iberoamericana de Educación (ISSN: 1681-5653).

Universidad de Castilla-La Mancha, España.

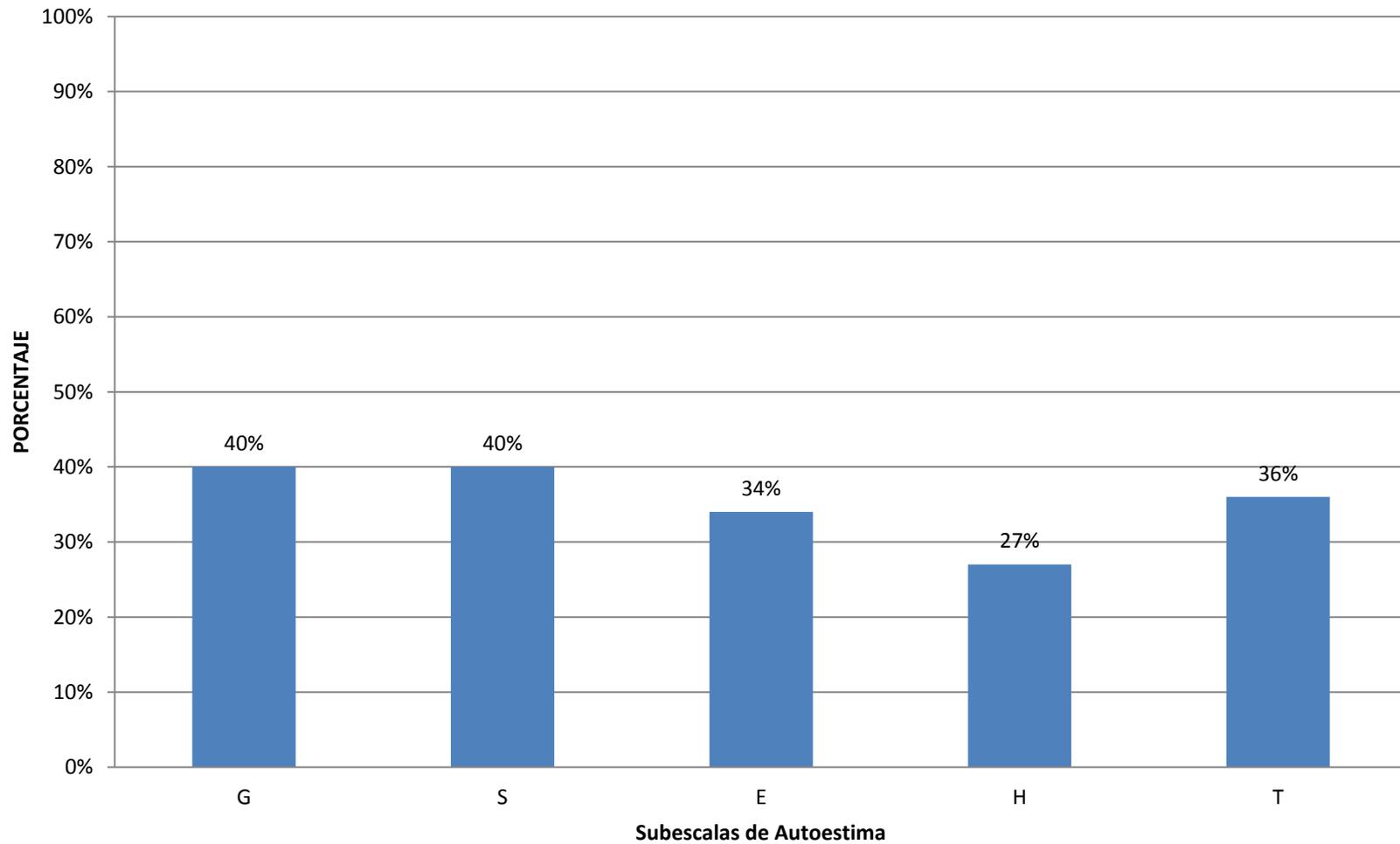
Recuperado de <http://www.rieoei.org/deloslectores/343Zagalaz.pdf>

ANEXO 1
Media Aritmética de las Escalas de Autoestima



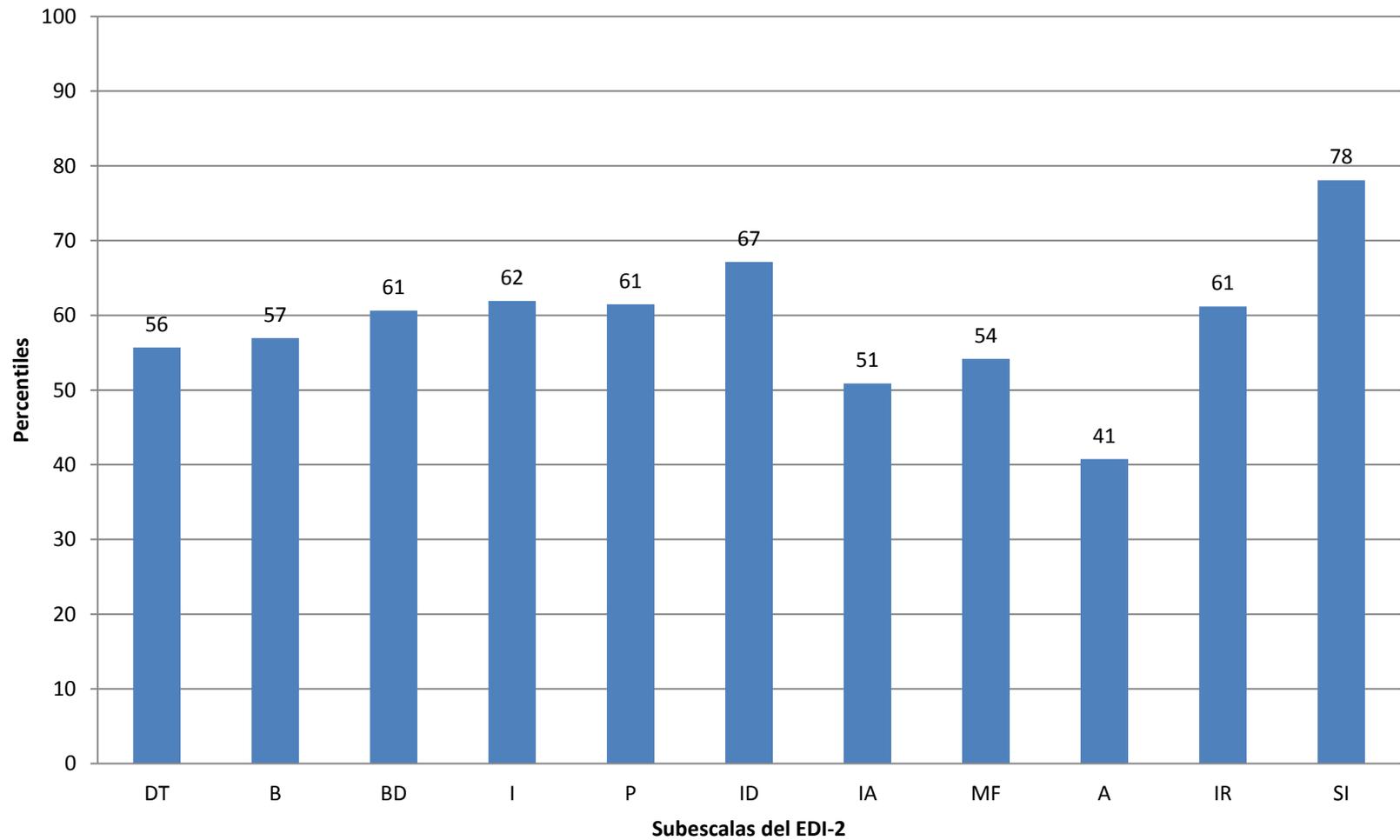
ANEXO 2

Porcentajes de Sujetos con Puntajes Preocupantes en la Autoestima



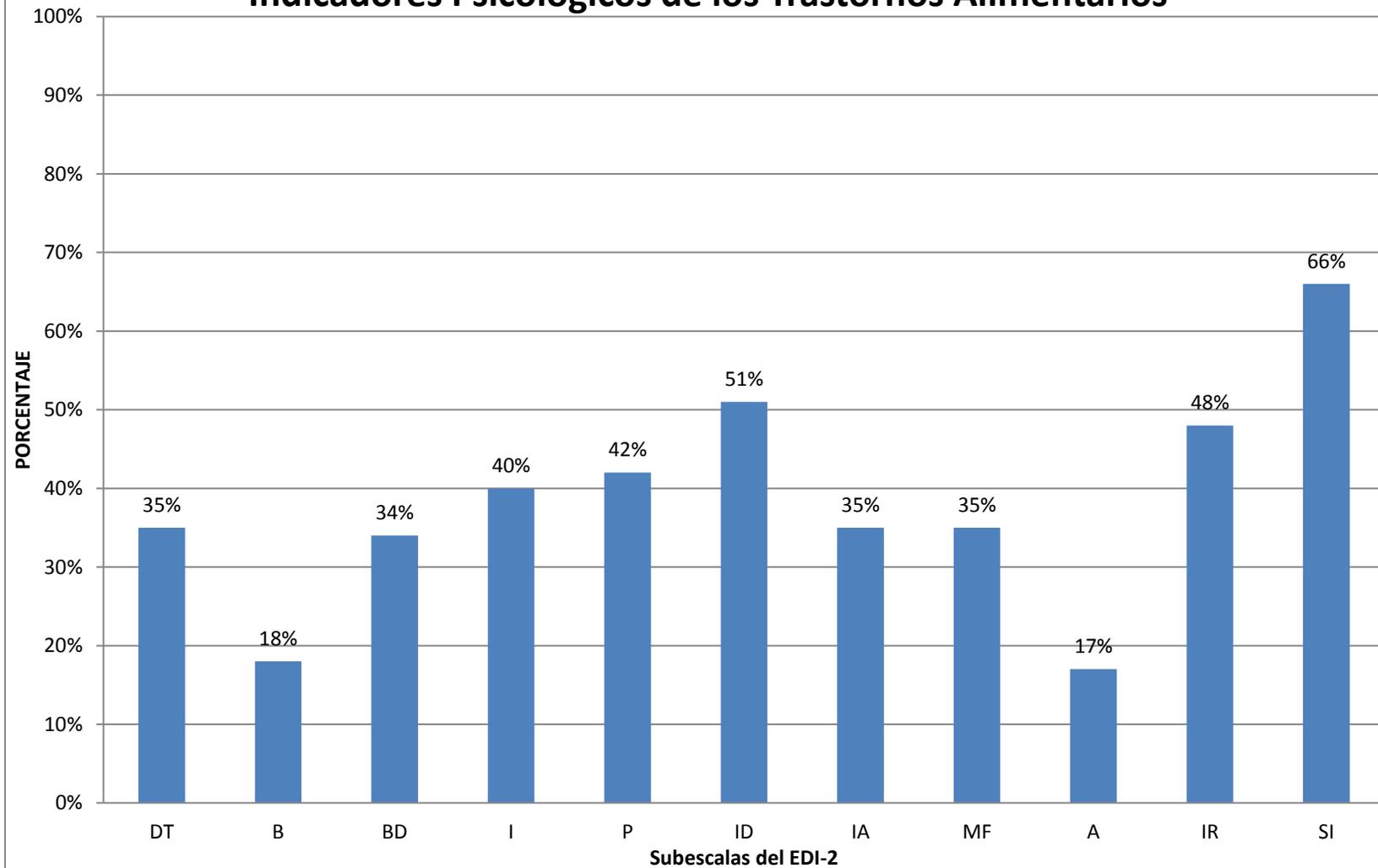
ANEXO 3

Media Aritmética de los Indicadores Psicológicos Asociados a los Trastornos Alimenticios



ANEXO 4

Porcentajes de Sujetos con Puntajes Preocupantes en los Indicadores Psicológicos de los Trastornos Alimentarios



ANEXO 5

Correlación entre la Autoestima y los Indicadores Psicológicos de los Trastornos Alimenticios

