



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

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

**INFLUENCIA DE LA AUTOESTIMA SOBRE LOS INDICADORES  
PSICOLÓGICOS DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN  
ADOLESCENTES**

Tesis

para obtener el título de:

Licenciada en Psicología

Brenda Monserrat Tinoco Martínez

Asesor: Lic. José de Jesús González Pérez

Uruapan, Michoacán. 25 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 . . . . .	8
Justificación . . . . .	9
Marco de referencia . . . . .	10

## **Capítulo 1. Autoestima.**

1.1 Conceptualización de la autoestima . . . . .	13
1.2 Importancia de la autoestima . . . . .	15
1.3 Origen y desarrollo de la autoestima . . . . .	17
1.4 Componentes de la autoestima . . . . .	21
1.5 Características de la autoestima . . . . .	23
1.6 Pilares de la autoestima . . . . .	27
1.7 Medición de la autoestima . . . . .	30

## **Capítulo 2. Trastornos alimentarios.**

2.1 Antecedentes históricos de la alimentación . . . . .	39
2.2 Definición y características clínicas de los trastornos alimentarios . . . . .	40

2.2.1 Anorexia nerviosa . . . . .	41
2.2.2 Bulimia nerviosa . . . . .	45
2.2.3 Obesidad . . . . .	47
2.2.4 Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas . . . . .	47
2.2.5 Vómitos en otras alteraciones psicológicas . . . . .	48
2.2.6 Trastornos por atracón . . . . .	48
2.2.7 Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia . . . . .	48
2.3 Esfera oroalimenticia en el infante . . . . .	49
2.3.1 Organización oroalimenticia . . . . .	50
2.3.2 Alteraciones en la esfera oroalimenticia . . . . .	51
2.4 Perfil de la persona con trastornos de alimentación . . . . .	52
2.5 Causas del trastorno alimenticio . . . . .	55
2.5.1 Factores predisponentes individuales . . . . .	55
2.5.2 Factores predisponentes familiares . . . . .	58
2.5.3 Factores socioculturales . . . . .	59
2.6 Percepción del cuerpo en el trastorno alimenticio . . . . .	60
2.7 Factores que mantienen los trastornos alimenticios . . . . .	61
2.8 Trastornos mentales asociados a los trastornos alimenticios . . . . .	62
2.9 Tratamiento de los trastornos alimenticios . . . . .	64

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

3.1 Descripción metodológica . . . . .	68
3.1.1 Enfoque cuantitativo . . . . .	69
3.1.2 Investigación no experimental . . . . .	70

3.1.3	Diseño transeccional o trasversal . . . . .	71
3.1.4	Alcance correlacional . . . . .	72
3.1.5	Técnicas e instrumentos de recolección de datos . . . . .	73
3.2	Población y muestra . . . . .	76
3.2.1	Descripción de la población . . . . .	76
3.2.2	Descripción del proceso de muestreo . . . . .	77
3.3	Descripción del proceso de investigación . . . . .	79
3.4	Análisis e interpretación de resultados . . . . .	80
3.4.1	Resultados de la autoestima en los adolescentes de la preparatoria Colegio de Ciencias y Humanidades (CCH) de Uruapan, Michoacán.	80
3.4.2	Indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en los adolescentes del Colegio de Ciencias y Humanidades (CCH) de Uruapan, Michoacán . . . . .	83
3.4.3	Descripción de la correlación entre el nivel de autoestima y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios . . . . .	89
	Conclusiones . . . . .	95
	Bibliografía . . . . .	97
	Mesografía . . . . .	100
	Anexos.	

## INTRODUCCIÓN

La cultura de la imagen y el culto al cuerpo son factores que han ido cobrando importancia a lo largo de los últimos años. Estos valores, centrados en el cuerpo y unidos a las creencias de los últimos beneficios del físico perfecto, conllevan nuevas necesidades dirigidas a la consecución de ideales estéticos socialmente establecidos. En el caso de las mujeres, se ha canalizado a través del desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) como la anorexia y la bulimia, mientras que en los hombres en trastornos dismórficos corporales (TDC) como la vigorexia. (Contreras y cols.; 2010: 98).

A partir de lo anterior, se asume la necesidad de investigar más sobre estos temas particularmente relacionados y así, aproximarse más hacia una solución a esta problemática que causa comportamientos autodestructivos que afectan la salud y que, en algunos casos, se ha llegado hasta la muerte.

### **Antecedentes**

Para comenzar, es de suma importancia dar a conocer el concepto de la autoestima, definiéndola como “el concepto que tenemos de nuestra valía y se basa en todos los pensamientos, sentimientos, sensaciones y experiencias que sobre nosotros mismos hemos ido recogiendo durante nuestra vida” (Clark y cols.; 2000: 11).

Por otro lado, también es importante plantear el concepto de trastornos alimentarios que “es una alteración persistente del comer o de conductas relacionadas con el comer, que se traducen en una alteración en el consumo, o absorción, de los alimentos y que alteran en forma significativa la salud física o el funcionamiento psicosocial” (Albala y cols.; 2000: 257).

La anorexia es una negación a comer alimentos con el único objeto de no subir de peso y adelgazar. García la define como la fobia a la obesidad, con un deseo irracional de estar delgada y unas alteraciones del control de la ingesta, acompañada de una grave perturbación secundaria de la mente con importantes alteraciones de la esfera familia y social. Para Way, es una adicción como cualquier otra, en la cual ser delgada es la obsesión y perder peso el modo de satisfacerla; de modo que la base de la anorexia nerviosa radica en un nivel insuficiente de autoestima, polémica que gravita en el fondo de muchos problemas psicológicos femeninos, según el estudio de Tschirhart y Donovan (autores citados por Contreras y cols.; 2010).

Por otra parte, “la bulimia se caracteriza por episodios recurrentes de voracidad seguidos por conductas compensatorias inapropiadas como el vómito provocado, el abuso de fármacos, laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo. La característica esencial de la bulimia es la alteración de la percepción de la forma y el peso corporales” (López y cols.; 2006: 48).

Debido a que actualmente ha incrementado la incidencia de estos casos en adolescentes, se han realizado investigaciones que abordan la temática de los trastornos alimenticios y su relación con la autoestima.

Tal es el caso de la investigación realizada por Hernández (2006), en la cual se propuso identificar la incidencia de sintomatología de trastornos alimenticios, así como el nivel de funcionalidad de las familias y la influencia social que los medios de comunicación tienen en el fomento y aparición de la anorexia y bulimia en habitantes de la ciudad de Saltillo, Coahuila. Para realizar esta indagación, se tomó una muestra de 100 estudiantes de una preparatoria pública y 100 de una privada, evaluados con un instrumento que contemplaba los siguientes campos: sintomatología, imagen corporal, funcionamiento familiar, influencia social y medios de comunicación. En los resultados obtenidos se encontró que están presentes los síntomas relacionados con anorexia y bulimia nerviosas, como sometimientos a dietas en los dos grupos, vómitos inducidos con mayor frecuencia en la clase media-baja, uso de laxantes en ambos grupos, uso de diuréticos en mayor porcentaje en la clase media-baja y frecuentes episodios de atracones de comida en ambos grupos.

Con lo anterior, se concluyó que uno de cada cuatro sujetos presentó por lo menos un síntoma relacionado con los trastornos alimenticios y que los factores que influyen, posiblemente, son la presión entre sus pares y del sexo opuesto, autoimagen distorsionada y dificultad en la comunicación interna de la familia.

En México se han realizado varias investigaciones acerca de la valoración corporal y la dieta estricta en adolescentes femeninas, hay muy pocos estudios en donde se incluyen a los hombres, sin embargo, un estudio que realizaron Unikel y cols. (referidos por Hernández; 2006) señala que tanto hombres como mujeres presentan conductas de riesgo alimentario, donde los varones tienden a desear un cuerpo más corpulento y, para lograrlo, hacen ejercicio excesivo y comen compulsivamente.

Por su parte Vázquez y cols. (mencionados por Hernández; 2006) reportaron que los hombres realizan ejercicio físico excesivo, mientras que las mujeres realizan dietas estrictas y muy rígidas o ayunan.

Juárez y cols. (citados por Hernández; 2006) reportan que, en estudiantes de una preparatoria privada, un sexto de la población estudiada presenta riesgo de trastornos alimentarios. Encontraron correlaciones positivas con los factores de restricción y desinhibición, pues, aunque evitan comer alimentos altos en calorías, cuando los ingerían se sentían culpables.

Toro, al igual que Rosen y Ramírez (referidos por Moreno y Ortiz; 2009) destacan que la baja autoestima es uno de los principales síntomas presentes en las personas diagnosticadas con trastornos alimentarios, expresándose con inseguridad, falta de aprobación y de respeto hacia sí mismos.

A partir de lo anterior, Moreno y Ortiz (2009) realizaron un estudio donde la muestra fue de 298 adolescentes de una escuela secundaria pública de la ciudad de Xalapa, Veracruz, México, donde el 53% (153) eran mujeres y el 49% (145) hombres, con una edad de 13 a 14 años.

Se llevó a cabo una medición del índice de masa corporal (IMC) y el instrumento que se utilizó fue el Test de Actitudes Alimentarias (EAT) de Garner y Garfinkel (1979), que evalúa las características anoréxicas: miedo a engordar, motivación para adelgazar y patrones alimentarios restrictivos.

La medición del índice de masa corporal permitió detectar 33 casos de desnutrición (13 en hombres y 20 en mujeres), así como 41 casos de obesidad tipo I y II en hombres y 37 en mujeres. La imagen corporal y la autoestima muestran una relación significativa negativa, lo que indica que, a mayor preocupación con la imagen corporal, menor autoestima, y a mayor índice de masa corporal, mayor preocupación con su imagen corporal.

### **Planteamiento del problema**

Actualmente, los medios de comunicación son la principal fuente de influencia en los adolescentes, en dicha fuente se proyecta la imagen perfecta que deben tener para tener éxito en su vida.

Esto puede afectar la autoestima del adolescente, ya que al intentar tener esa imagen perfecta y no obtenerla, comienza a cambiar su alimentación, lo que pudiera derivar en un trastorno alimenticio.

En la preparatoria Colegio de Ciencias y Humanidades (CCH) se ha observado que los alumnos han llegado a tener conductas que podrían ser indicadores de la presencia de trastornos alimenticios, buscando cambiar su imagen y así obtener mayor aprobación entre sus compañeros.

Sin embargo, no se han hecho estudios suficientes que permitan tener la certeza de la presencia de estos fenómenos entre los alumnos.

Por este motivo, es necesario estudiar cómo se relacionan estas dos variables, de qué manera influye una con la otra y así, llegar a obtener una solución a esta problemática.

Por lo tanto, será importante conocer: ¿Qué influencia tiene la autoestima sobre los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en adolescentes?

## **Objetivos**

Para la adecuada consecución del presente estudio, fue necesario plantear directrices teóricas y metodológicas que garantizan su carácter sistemático y que se enuncian a continuación.

## **Objetivo general**

Determinar la influencia de la autoestima en los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en los adolescentes de la preparatoria Colegio de Ciencias y Humanidades (CCH) de Uruapan, Michoacán.

## **Objetivos particulares**

1. Definir el concepto de autoestima.
2. Identificar los factores que influyen en la autoestima.
3. Definir el concepto de trastornos alimentarios.
4. Analizar la relación teórica que existe entre la autoestima y los trastornos alimentarios.
5. Medir los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en los alumnos del CCH.
6. Evaluar el nivel de autoestima de los sujetos de estudio.

## **Hipótesis**

La hipótesis son afirmaciones positivas o negativas acerca de un fenómeno a investigar que puede ser verdadero o falso. En el presente trabajo, las hipótesis con las que se trabajó son las siguientes:

### **Hipótesis de trabajo**

La autoestima está significativamente relacionada con los trastornos alimentarios en los alumnos de la preparatoria Colegio de Ciencias y Humanidades (CCH), del ciclo 2013-2014, de Uruapan, Michoacán.

### **Hipótesis nula**

La autoestima no está significativamente relacionada con los trastornos alimentarios en los alumnos de la preparatoria Colegio de Ciencias y Humanidades (CCH), del ciclo 2013-2014, de Uruapan, Michoacán.

### **Operacionalización de las variables**

Se tomó como indicador de la presencia de la variable autoestima el puntaje normalizado que arrojó la administración del test psicométrico denominado Inventario de Autoestima, del autor Stanley Coopersmith (referido por Paz; 2010). Esta prueba psicométrica posee los estándares de validez y confiabilidad exigidos por la comunidad científica de la disciplina.

A la vez, se tomó como indicador de la presencia de la variable trastornos alimentarios el puntaje normalizado que arrojó la administración del test psicométrico denominado Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI2) desarrollado por el autor David M. Garner (1998), que mide los indicadores psicológicos asociados

a los trastornos de la conducta alimentaria; este instrumento permite una medición en 11 escalas y los resultados se presentan en percentiles.

## **Justificación**

Esta investigación beneficiará directamente a la institución, ya que, con base en los resultados, se podrá implementar posteriormente un taller para alumnos, padres y maestros acerca de los trastornos alimenticios.

El presente estudio será útil para los psicólogos que llevan a cabo programas específicos a esta situación, dándoles apoyo y proporcionarles información sobre las variables.

En cuanto a la Universidad Don Vasco, este estudio brindará la oportunidad para que las generaciones posteriores cuenten con información acerca de este tema y puedan hacer futuras investigaciones, para así poder ampliar la información.

A los estudiantes en general, les servirá para obtener información y puedan profundizar más acerca de la influencia de la autoestima sobre los indicadores psicológicos de los trastornos alimenticios e incluso puedan crear un instrumento que determine las causas de este fenómeno.

## **Marco de referencia**

La población con la que se trabajó para esta investigación tiene por nombre Colegio de Ciencias y Humanidades, que también es llamada “CCH”; esta corresponde al nivel de bachillerato, goza del reconocimiento oficial de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y se implementa con éxito en la Universidad Don Vasco desde los años setenta.

Desde 1976, su modelo educativo se rige por las normas y estándares de calidad de UNAM, la cual mantiene un sistema de evaluación permanente de la infraestructura, los programas académicos, la pedagogía, la organización administrativa y la planta docente de la UDV.

Su misión consiste en “ser una institución de educación, forjadora de personas con una inquebrantable robustez de espíritu, formadora de jóvenes responsables, generosos, críticos y creativos; conscientes de su trascendencia en cuanto a su origen y destino y reconstructores de la sociedad desde una amplia y mejor perspectiva.”

No tiene en su presentación un título religioso, pero sí nació de inspiración cristiana, que impulsa a sus alumnos hacia una integración (amor) de todas las personas entre sí y hacia la superación (crecimiento) de cada una de ellas.

Esta institución atiende a todo tipo de jóvenes y manejan becas para proporcionar apoyo a los estudiantes.

La Universidad Don Vasco cuenta con más de setenta aulas con modalidad de curso, diez espacios para el trabajo tipo taller y doce áreas para aprender en sesiones tipo laboratorio, brindan las condiciones para un efectivo e integral proceso de enseñanza aprendizaje. Para complementar óptimamente lo anterior, se cuenta con nueve aulas equipadas con recursos de audio y video.

Un moderno edificio alberga la biblioteca que, por la calidad y magnitud de su acervo bibliohemerográfico, bien puede ser considerada la biblioteca particular universitaria más completa del Estado de Michoacán.

El Departamento de Informática ofrece a los estudiantes, sin costo adicional al pago de la colegiatura, equipos de cómputo con servicio de internet para satisfacer las necesidades de información actualizada.

El plantel cuenta además con instalaciones especiales como: laboratorio de fotografía, material audiovisual, laboratorio de televisión y radio, cámara de Gesell, ludoteca, laboratorio de química y física, laboratorio de hidráulica y resistencia de materiales, además de área de enfermería.

Dispone también de un auditorio con una capacidad de 280 personas y posee la infraestructura física adecuada, funcional y equipado con tecnología audiovisual de

punta. Tiene, además, dos salas provistas de equipo de sonido y video con cupo para noventa personas.

Forman parte de la infraestructura de esta institución, dos cafeterías, una capilla, tres estacionamientos, áreas verdes, canchas deportivas para la práctica de básquetbol, volibol y de usos múltiples.

# **CAPÍTULO 1**

## **AUTOESTIMA**

En el presente capítulo se desarrollará la autoestima como variable de estudio, para lo cual se describen conceptos, origen y desarrollo, su importancia, sus componentes, así como también las principales características y niveles de la autoestima.

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

Para Branden, la autoestima es básicamente la confianza que se tiene de sí mismo, las capacidades intelectuales, la manera de reaccionar ante situaciones adversas y sentir el respeto de los demás, en pocas palabras, “la esencia de la autoestima es confiar en la propia mente y en saber que somos merecedores de la felicidad” (2011: 22).

Alcántara (1990), por su parte, muestra a la autoestima como una actitud que se tiene hacia uno mismo, que es la manera de sentir, pensar, actuar y comportarse consigo mismo. También indica que no se nace con ella, sino que se va formando con el paso del tiempo de acuerdo con las vivencias de cada persona; está en constante cambio: así como puede crecer y desarrollarse, también puede debilitarse y perderse.

Por otro lado, también se puede definir a la autoestima como “el conjunto de creencias (limitantes o desarrolladoras) y valores (virtuosos o viciosos) que el sujeto tiene acerca de quién es, de sus capacidades, habilidades, recursos y potencialidades, pasadas, presentes y futuras, que le han conducido hasta donde está y que le llevarán hasta donde crea que puede llegar” (Carrión; 2007: 15).

Montoya y Sol (2001) describen a la autoestima como una capacidad que tiene el individuo para relacionarse íntimamente consigo mismo y, de acuerdo con el estado de ánimo que tenga, se percibirá a sí mismo de manera positiva o negativa dentro del entorno.

Esta investigación está apegada a la definición de la autoestima de Coopersmith, quien fue el creador de uno de los estudios más representativos para evaluar la autoestima, la cual define 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. En resumen, la autoestima es un juicio personal sobre la valía que se expresa en las actitudes que el individuo manifiesta hacia sí” (Crozier; 2001: 205).

## 1.2 Importancia de la autoestima

El ser humano cree que es el centro del universo, es decir, tiene la creencia de que las demás personas ponen demasiada atención a su apariencia y la forma de comportarse cuando en realidad eso no sucede, así como también cree que las emociones que se está sintiendo en ese momento están a la vista de los demás, ya que la preocupación que se tiene por la autoimagen influye en la forma de comportarse (Myers; 2005).

De igual manera, “nuestras ideas y sentimientos acerca de nuestra persona afectan la manera en que interpretamos los acontecimientos, como los recordamos y la forma en que respondemos a los otros. Nuestro sentido del yo organiza los pensamientos, sentimientos y acciones. Permite que recordemos nuestro pasado, evaluemos nuestro presente y proyectemos nuestro futuro” (Myers; 2005: 41).

La búsqueda de la autoestima significa que el individuo pueda adentrarse a su interior y conocer la persona que en realidad es y no la versión que se da a los demás de quien desearía ser, es quitarse la máscara y mostrarse a los demás como realmente es y poder expresar con orgullo que ese es él y se acepta así.

Lo anterior viene desde lo más profundo de su ser porque son las creencias, pensamientos y sentimientos que tiene sobre sí mismo, haciéndose el protagonista de su vida, responsable de las decisiones tomadas y que, a su vez, estas se verán reflejadas en las acciones que realice.

La autoestima, entonces, es la motivación que da un impulso a seguir creciendo como persona, que da energía para ponerse más metas, proporciona herramientas para ir construyendo el camino hacia el éxito y permite disfrutar de los logros personales.

“El valor de la autoestima radica no solamente en el hecho de que nos permite sentir mejor sino en que nos permite vivir mejor, responder a los desafíos y a las oportunidades con mayor ingenio y de forma más apropiada” (Branden; 2011: 23).

La autoestima es un factor primordial para el ser humano, ya que da herramientas para enfrentarse a la realidad y aceptar los errores cometidos, por lo tanto, entre más fortalecida esté su autoestima, será más fácil enfrentar sus problemas.

Reforzando lo anterior, Clark y cols. (2000) expresan que “las personas que se sienten bien consigo mismas suelen sentirse bien en la vida; son capaces de afrontar y resolver con seguridad los retos y las responsabilidades que esta les plantea” (Clark y cols.; 2000: 11).

Por otra parte, a través del autoconcepto las personas crean su propia identidad, provocando que su comportamiento sea firme y congruente, este hace una combinación de la imagen que el individuo quisiera tener y la que tiene en realidad.

La autoestima ayuda a “la formación de alumnos autónomos, autosuficientes, seguros de sí mismos, capaces de tomar decisiones, que se acepten, que se sientan a gusto consigo mismos, que encuentren su propia identidad en las crisis de independencia de la adolescencia, que sepan autoorientarse en medio de una sociedad en permanente mutación” (Alcántara; 1990: 13).

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

Oaklander (1992), antes de definir la autoestima, señala que la estima es un valor que se da a algo, un concepto es una idea de lo que se piensa que es y la imagen no es algo real, sino la representación de algo.

Según Kaufman y cols. (2005), la autoestima no es algo con lo que se nace, sino que con el paso de los años se va formando a través del aprendizaje que le dan la familia, la sociedad y la escuela; por lo tanto, es algo que se puede enseñar y entre más alta sea la autoestima, el sujeto tendrá mayores posibilidades de éxito en su vida.

“Un bebé no nace con sentimientos negativos acerca de sí mismo. Todos los bebés piensan que son maravillosos. Sin embargo, lo que un niño siente acerca de sí mismo después de un tiempo, ciertamente está determinado en gran medida por los tempranos mensajes que capta sobre sí mismo de sus padres” (Oaklander; 1992: 278).

La autoestima es aprendida principalmente en la infancia por los padres y personas importantes en la vida del individuo, comenzando a crear el ideal de lo que creen que son y, a su vez, el valor que tienen hacia ellos mismos (Euroméxico; 2005).

Para ayudar a formar la autoestima, Alcántara (1990) propone estas directrices:

1. Que el adolescente se sienta un miembro importante dentro de su familia.
2. Que perciba una comunicación fluida y profunda con sus padres.
3. Necesita estar orgulloso de su familia para sentirse seguro.
4. Que se le respete, se le trate con delicadeza y se atiendan sus pequeños problemas.
5. Los padres deben valorar positivamente las características singulares, diferentes, raras o inconformistas de sus hijos.
6. Que los padres elogien las conductas buenas que observen, aunque sean pequeñas e insignificantes.
7. Deben celebrar los éxitos de sus hijos por pequeños que parezcan y en cualquier terreno en que se produzcan.
8. Deben dejar de ser sobreprotectores, aceptar que vale la pena pagar el precio de pequeños errores, a cambio de su maduración en la responsabilidad, libertad y conciencia de sus capacidades.
9. Confiar en sus hijos las tareas domésticas.
10. Recompensarlos con algún regalo por esfuerzo.

11. Que los padres sean modelos positivos.
12. Deben animarse a expresar sus ideas, aunque difieran con los padres.
13. Es necesario observar cualquier cambio y progreso favorables en la conducta y felicitar al hijo por ello.
14. Si realiza algún trabajo, no dirigirlo minuciosamente, sino permitir que lo haga a su manera.
15. No deben ridiculizarlo, ni avergonzarlo.
16. El orden, la limpieza y la disciplina familiares deben ser flexibles.
17. Los papás deben demostrar afecto con palabras y gestos oportunamente.
18. Es necesario que conozcan a sus amigos y permitan que le visiten y se reúnan en casa.
19. Deben conversar tranquilamente con sus hijos, como si fueran iguales, sobre todos los temas que surjan o le interesen.
20. Es necesario que promuevan periódicamente una velada familiar para conversar.
21. Desarrolla la confianza en sí mismo el vivir experiencias de comunicación y amistad.
22. Se requiere investigar a fin de conocer bien cuáles son las aptitudes y capacidades de sus hijos en todos los aspectos de su personalidad.
23. Es necesario dejar que los hijos organicen y decoren su habitación y sus pertenencias a su gusto.
24. Se requiere aprovechar todas oportunidades para fortalecer su sentido de responsabilidad, revisando con él sus compromisos.

25. Es útil conversar con sus hijos para que se propongan metas a corto, mediano y largo plazo con mayor flexibilidad, en su vida escolar y personal.

26. Conviene procurar que el hijo conozca y trate a personas valiosas.

Ayudar de esta manera al adolescente, propicia que su autoestima aumente, ya que para él lo más importante es encontrar su identidad y sentirse bien consigo mismo con las decisiones que tome; si logra satisfacer todas estas necesidades, llegará satisfactoriamente a su vida adulta, asumiendo todas sus responsabilidades. De no ser así, seguirá buscando algo que lo haga sentir mejor en todos sus proyectos (Clark y cols.; 2000).

Myers (2005) indica que el autoconcepto ayuda a organizar el pensamiento y a guiar el comportamiento social. Dentro del desarrollo, la experiencia social juega un papel muy importante en el sujeto, en circunstancias como:

- Los papeles que adopta.
- Las identificaciones sociales que forma.
- Las comparaciones que hace con los demás.
- Los éxitos y fracasos.
- La manera en que otras personas lo juzgan.
- La cultura que lo rodea.

## 1.4 Componentes de la autoestima

La autoestima tiene varios componentes. Alcántara (1990) menciona tres, uno de ellos es el cognitivo, que es un esquema mental que organiza y codifica toda esa información que llega al sujeto de creencias y opiniones acerca de sí mismo.

El siguiente es el componente afectivo, que viene del propio sentir, el respeto hacia la propia valía, el juicio de valor que hace el individuo a sus cualidades y defectos. La ley principal que gobierna su dinámica menciona que “a mayor carga afectiva, mayor potencia de la autoestima” (Alcántara; 1990: 20).

Por último, menciona el componente conductual, que es llevar a la práctica lo que se piensa y siente de una manera congruente, buscando la aceptación, reconocimiento y respeto principalmente de sí mismo y de los demás.

Por otra parte, Branden (2008) menciona dos componentes de la autoestima:

1. Considerarse eficaces, confiar en la capacidad de uno mismo para pensar, aprender, elegir y tomar decisiones correctas, como también superar los retos y producir cambios.
2. El respeto por uno mismo, la confianza en su derecho a ser feliz y que las personas son dignas de los logros, el éxito, la amistad, el respeto, el amor y la realización que aparezcan en sus vidas.

Asimismo, Carrión (2007) propone dos componentes que resultan necesarios para el desarrollo de la autoestima:

- Eficacia personal: Que es el funcionamiento correcto de los propios procesos mentales y la capacidad de observación objetiva de los hechos. Creer en uno mismo y confiar en uno mismo. Para ello se necesita un equilibrio de las tres cualidades humanas fundamentales: sinceridad, valor y prudencia.
- Respeto a sí mismo: Reafirmación de la valía personal, del derecho a vivir y ser feliz. Satisfacción de la adecuada forma de eficacia personal. Darse el permiso para actuar en la correcta autoestima y valoración.

De acuerdo con Lamb y cols. (2011), existen dos componentes que conforman a la autoestima: la autoimagen ideal, que es la que el individuo quisiera tener, y la autoimagen real, que es la forma en que se percibe realmente el individuo.

Por otro lado, “la psicología social hace un análisis del autoconcepto (cómo nos conocemos a nosotros mismos) y el yo en acción (cómo nuestro sentido del yo dirige nuestras actitudes y acciones)” (Myers; 2005: 41).

Myers (2005) menciona un elemento del autoconcepto llamado “esquemas de sí mismo” que es donde se procesa toda la información que llega de las creencias que tiene el sujeto acerca de sí mismo y lo organiza de acuerdo con la evaluación de

prioridades que hace de las circunstancias, dependiendo de lo que perciba y recuerde de su entorno, de las demás personas y de sí mismo.

También menciona que el autoconcepto no incluye únicamente los esquemas acerca de quién es el sujeto en el momento presente, sino incluye quién será en un futuro y en qué se puede convertir, es decir, los posibles yos que son imágenes de todo aquello que quisiera ser o aquello a lo que teme ser.

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

La adolescencia es una etapa de la vida donde se generan muchos cambios físicos y emocionales, estos serán influyentes en su alta o baja autoestima, algunas características que manejan Clark y cols. (2000) son las siguientes:

Un adolescente con autoestima:

- Actuará independientemente.
- Asumirá sus responsabilidades.
- Afrontará nuevos retos con entusiasmo.
- Estará orgulloso de sus logros.
- Demostrará amplitud de emociones y sentimientos.
- Tolerará bien la frustración.
- Se sentirá capaz de influir en otros.

Mientras que un adolescente sin autoestima:

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

Por otra parte, Branden (2011) menciona características de la autoestima alta y baja a través de conceptos clave, para un mejor entendimiento de lo que es la autoestima. Dichas nociones se mostrarán a continuación:

- **Racionalidad:** Es la integración de la consciencia, o sea, generar principios desde hechos concretos (inducción), la aplicación de los principios a hechos concretos (deducción), y la relación de nuevos conocimientos e información al contexto existente del conocimiento. Una autoestima alta está intrínsecamente orientada a la racionalidad.
- **Realismo:** Es el respeto por los hechos, tener bien clara la distinción entre lo real y lo irreal, la alta autoestima esta intrínsecamente orientada a la realidad y los sujetos que la presentan tienden a valorar sus habilidades de forma

realista, mientras que las personas con una baja autoestima tienden a infravalorar o a sobrestimar sus capacidades.

- **Intuición:** Son integraciones rápidas y complejas que pueden darse por debajo del conocimiento consciente. Se relaciona con la autoestima en la medida que expresa una alta sensibilidad a las señales internas y el respeto apropiado a estas. Una persona que ha aprendido a confiar en sí misma es más probable que confíe en este proceso (con un análisis apropiado de la realidad) que alguien que no confíe en ella.
- **Creatividad:** La persona creativa oye y confía en las señales internas, también puede aprender de los demás y estar inspirada por ellos. Una persona con alta autoestima valora sus propios pensamientos e intuiciones, mientras que alguien con baja autoestima tiende a dejar de lado los resultados de su intelecto, por lo que no valora sus ideas ni las considera importantes.
- **Independencia:** Pensar por sí mismo y ser responsable de la propia existencia. Una mente que confía en sí misma se mueve con agilidad.
- **Flexibilidad:** Es la capacidad del sujeto para reaccionar a los cambios sin que ataduras inapropiadas lo ligen al pasado. La rigidez es la respuesta de una mente que no confía en sí misma para hacer frente a lo nuevo o para dominar lo desconocido; mientras que una mente que confía en si misma se mueve

con agilidad, sin el estorbo de ataduras irrelevantes, es capaz de responder rápidamente a las novedades porque está abierta a considerarlas.

- Capacidad para afrontar los cambios: La autoestima fluye con la realidad; la duda de uno mismo la combate. La autoestima se da prisa para reaccionar a tiempo; la duda de uno mismo retrasa su capacidad de reaccionar. Entonces la capacidad para enfrentarse a los cambios se correlaciona de esta forma con una buena orientación de la realidad y con la fuerza del yo.
- Deseo de admitir (y corregir) los errores: Si la confianza en uno mismo se une al respeto a la realidad, el corregir un error se considerará mejor que fingir no haberlo cometido. Con una autoestima saludable, no es vergonzoso aceptar una equivocación, mientras que la baja autoestima experimenta una simple admisión del error como una humillación e incluso una autocondena.
- Benevolencia y cooperación: Estar seguro de sus límites y decisiones traerá consigo la benevolencia, por otra parte, si el sujeto está seguro de que tiene derecho a existir, si tiene confianza en que se pertenece a sí mismo sin sentir amenaza por la seguridad y confianza de los demás, cooperar con ellos para conseguir objetivos compartidos surgirá de manera espontánea. La relación con los demás tiende a mostrar y a reflejar la relación que se tiene consigo mismo.

## 1.6 Pilares de la autoestima.

Branden (2011) indica que, para aumentar la competencia, el crecimiento de eficacia personal y el respeto de uno mismo, hay que empezar por pequeños pasos. De manera específica, menciona 6 pilares de la autoestima, que son los siguientes:

1. La práctica de vivir conscientemente: Ser consciente de un aspecto de la realidad, ser consciente de todo lo que tiene que ver con las propias acciones, propósitos, valores y metas, asimismo, comportarse de acuerdo con lo que se ve y conoce para actuar sobre eso de una manera adecuada. Es importante vaciar la mente de todo pensamiento para estar abierto a nuevas posibilidades, ya que solamente el contexto puede determinar qué estado mental es adecuado.
  
2. La práctica de aceptación de sí mismo: se divide en tres niveles.
  - El primero consiste en la orientación de la valoración de sí mismo y del compromiso consigo mismo resultante del hecho de estar vivo y ser consciente. “Elijo valorarme a mí mismo, tratarme con respeto, defender mi derecho a existir”.
  - El segundo nivel consiste en la disposición a experimentar y estar en presencia de, contemplar la realidad de algo, integrarlo en la consciencia en vez de desautorizar cualquier hecho en un momento particular, a pensar los pensamientos propios, igualmente con los

sentimientos y estar presente a la realidad de la conducta. La aceptación de sí mismo es la condición previa del cambio y el crecimiento.

- El tercer nivel consiste en la idea de compasión, de ser amigo de sí mismo y conocer las consideraciones internas que motivaron la conducta para asumir la responsabilidad de lo que se ha hecho y avanzar. El interés en actitud de aceptación y compasión no fomenta la conducta no deseada, sino que reduce la probabilidad de que acontezca.

3. La práctica de la responsabilidad de sí mismo: Para sentirse competente para vivir y ser digno de la felicidad, el sujeto necesita experimentar una sensación de control sobre su vida, estar dispuesto a asumir la responsabilidad de sus actos y del logro de sus metas. Si el sujeto no hace las tareas, nadie vendrá a hacerlas por él.

4. La práctica de la autoafirmación: Consiste en respetar sus deseos, necesidades y valores y buscar su forma de expresión adecuada a la realidad. Significa la disposición a valerse por sí mismo, a ser quien es abiertamente y tratarse con respeto en todas las relaciones humanas. La autoafirmación adecuada presta atención al contexto y es necesario conocer lo que uno piensa y seguir siendo auténtico.

5. La práctica de vivir con propósito: Consiste en vivir con un alto nivel de consciencia, utilizar las propias facultades para la consecución de metas que se hayan elegido, vivir productivamente plasmando las ideas en la realidad, fijando metas y actuando para conseguirlas. La eficacia fundamental debe crearse y expresarse mediante algunas tareas específicas que se denominan con éxito, comparando las intenciones con los resultados, modificar la estrategia en respuesta a la información nueva y ser responsable de los resultados que se consiguen cultivando siempre la capacidad e autodisciplina.

Para ello se proponen las siguientes cuestiones básicas:

- Asumir la responsabilidad de la formulación de metas y propósitos de manera consciente.
- Interesarse por identificar las acciones necesarias para conseguir metas.
- Controlar la conducta para verificar que concuerda con las propias metas.
- Prestar atención al resultado de los actos, para averiguar si conducen a donde se quiere llegar.

6. La práctica de la integridad personal: consiste en la integración de ideales, convicciones, normas, creencias y conducta. Esto se plantea para quienes tienen normas y valores, de manera que hacen juicios acerca de las acciones correctas e incorrectas, exige que sea auténtico el esfuerzo por tomar la mejor elección, que permanezca consciente, conectado a sus conocimientos, que sea racional y asuma la responsabilidad de sus elecciones y sus

consecuencias, pero, sobre todo, es muy importante ser siempre congruente con sus creencias y sus acciones.

### **1.7 Medición de la autoestima.**

Para lograr una eficaz medición de la autoestima, se necesita primeramente tener el conocimiento de los indicadores psicológicos y físicos que se presentan ante un alta, media o baja autoestima, para así poder identificarla.

González Arratia (2001) menciona que la autoestima alta en el sujeto depende de cuán bueno se considere, a su vez, este sujeto se siente merecedor de la estima de otros, se respeta, vive íntegro con los demás, es honesto, responsable, muestra comprensión, amor y confianza en su toma de decisiones. Es capaz de reconocer sus capacidades y limitaciones.

La autoestima alta está asociada con la salud mental y manifiesta las siguientes características:

- Cooperativo.
- Justo.
- Puede jugar solo o con otros niños.
- Es creativo.
- Demuestra energía y alegría.

- Es libre.
- Está dispuesto a aprender y actualizarse.
- Acepta su género y su rol sexual.
- Hace bien su trabajo y se siente satisfecho de ello.
- Es capaz de expresar sus sentimientos permitiendo que los demás también lo hagan.
- Asume sus responsabilidades.
- Afronta nuevos retos.
- Tolera bien la frustración.
- Influye de manera positiva en los otros.
- Posee mayor independencia social.
- Es más asertivo.
- Expresa sus opiniones claramente.
- Tiene un papel activo en las relaciones sociales.
- Tiene capacidad para tener éxito.
- Experimenta una sensación de seguridad.
- Forma amistades con facilidad.
- Muestra un elevado entusiasmo hacia nuevas actividades.
- Auxilia en caso de ser necesario y sigue las reglas si es lo correcto.
- No necesita de los demás para divertirse, aunque no le desagrada la presencia de otros.
- Su vida está llena de alegría y gozo.

- Debido a su buen comportamiento, se siente libre de hacer las tareas sin temor a amenazas.
- Desarrolla habilidades que le permiten dirigirse a sus objetivos que crea más convenientes.
- Está en constante renovación o actualización y esto le permite enfrentar los cambios con facilidad.
- Presenta relaciones de calidad y duraderas con el sexo opuesto.
- Su trabajo lo lleva a cabo de una manera ejemplar, busca innovar y lo hace con entera satisfacción.
- Se ve con agrado y de la misma forma es percibido por sus semejantes.
- Tiene un total aprecio hacia su persona y respeto tanto a él como a las demás personas.
- Se muestra confiado en sus capacidades y muestra confianza hacia los demás.
- Se percibe como una persona totalmente única, como un ser individual.
- Deja que sus sentimientos se muestren como tal, se conoce y se respeta, permite que los demás también lo hagan. (González Arratia; 2001).

Asimismo, Coopersmith (mencionado por González Arratia; 2001) señala que las personas con una alta autoestima no dudan de hacer lo correcto y esto los lleva a una correcta toma de decisiones en la realización de proyectos ante distintas situaciones, saben escuchar opiniones y las respetan, pero a la vez expresan sus opiniones claramente.

Por otra parte, los sujetos con una autoestima media presentan las siguientes características:

- Tienen a ser optimistas y expresivos.
- Presentan una elevada capacidad para soportar las críticas.
- Se encuentran al pendiente de la aceptación social para así borrar cualquier incertidumbre referida a su valor como persona.
- Son personas más activas que los de autoestima elevada.
- Están en constante búsqueda de experiencias sociales que les ayuden a enriquecer su autoevaluación.

Desde la misma línea, las personas con autoestima baja presentan las siguientes características:

- Son incapaces de expresarse o defenderse.
- No se sienten merecedoras de amor.
- Son demasiado débiles para afrontar sus deficiencias.
- Son personas pasivas y no participativas socialmente.
- Se encuentran constantemente preocupadas.
- Son susceptibles a la crítica.
- Sienten que no pueden resolver sus problemas y los agobian.
- Muestran gran cantidad de enfermedades psicosomáticas.
- Son desconfiadas de sí mismas.

- Suelen ser pesimistas.
- Se sienten desvalorizadas.
- Muestran falta de respeto por sí mismas.
- Se sienten solas.
- Deforman su propia imagen.
- Son apáticas y pesimistas.
- Son indiferentes hacia sí mismas y hacia los demás.
- Difícilmente ven, oyen y piensan con claridad.
- Su valor como persona está por los suelos, por lo que esperan ser pisoteadas y menospreciadas por los demás.
- El temor los limita, ciega y evita la consecución de metas y objetivos.
- Tienden a las drogas, el suicidio o al asesinato.
- Tienen sentimiento de inferioridad que los llevan a la envidia y celos.
- Manifiestan actitudes de tristeza, depresión, renuncia, abnegación, ansiedad, agresividad, rencor y sufrimiento.

La baja autoestima, desde la perspectiva de González Arratia (2001) se presenta por conflictos económicos, como la falta de dinero o el endeudamiento, pero también puede presentarse ante problemas en las relaciones amorosas. A veces, la autoestima se deteriora como consecuencia de una enfermedad física e incluso puede verse deteriorada debido al atractivo físico.

Coincidiendo con Adler (retomado por González Arratia; 2001), puntualiza que los sentimientos de inferioridad pueden producir baja autoestima, como puede ser el tener una deficiencia física, tener padres con baja autoestima e incluso padres sobreprotectores, que generan en los hijos dependencia e inmadurez.

Dentro del aspecto físico se puede reconocer la baja autoestima de la siguiente manera:

- Apretón de manos suave.
- Voz débil.
- Apariencia desaliñada.
- Postura encorvada.
- Ojos sin brillo.
- Semblante habitualmente tenso.
- Inhabilidad para mirar de frente.

Los rasgos más comunes de este tipo de sujetos es que son demasiado sensibles, tímidos, se enmascaran en emociones como el orgullo o el enojo, son engreídos, con gran necesidad de recibir atención y de dominar las conversaciones, suelen ser perfeccionistas e incluso convulsivos.

Entre las características psicológicas se encuentran: ansiosos, vacilantes, inseguros, con sentido de insuficiencia, piensan que son perdedores, que no sirven

para nada, son celosos, envidiosos, desconfiados, se desprecian a sí mismos y a los demás, muestran una necesidad compulsiva por satisfacer a los demás, demasiado interés por el dinero, el poder y el prestigio, una necesidad de caer bien, ser aceptados de amar y ser amados.

Se han creado tests de la autoestima dirigidas a niños, adolescentes y adultos; la prueba psicométrica que se aplicó para esta investigación es el inventario de Coopersmith (citado por Paz; 2010). Este investigador realizó un cuestionario llamado Self – Steem Inventory para evaluar la autoestima de los niños. Los ítems se referían a diferentes zonas de la vida, incluyendo la escuela, las relaciones con compañeros y dentro de la familia. Administró el cuestionario a una muestra de niños entre 10 y 12 años y con base en sus respuestas seleccionó a niños con autoestima alta, media o baja.

Así, identificó cuatro dimensiones de la autoestima: competencia, virtud, poder y aceptación social (Crozier; 2001).

En su trabajo, seccionó cuatro dimensiones significativas para la autoestima:

- La aceptación, preocupación y respeto por las personas, y la significación que ellos tuvieron.
- La historia de éxitos y la posición que la persona tiene en la comunidad.
- La interpretación que la persona hace de sus experiencias.

- La que tienen las personas de responder a la evaluación.

Se elaboró una adaptación del inventario, traducida al español, se estandarizó en la Universidad de Concepción, en Chile por H. Brinkmann y T. Segure sobre la traducción de J. Prewitt Díaz en 1988 (referidos por Brinkmann y cols.; 1989).

Se realizó una investigación aplicada a 1398 alumnos de ambos sexos, de primero y segundo de enseñanza media, lo que permitió introducir mínimos cambios en la terminología que se había usado en la traducción anterior del test.

El inventario quedó compuesto por 58 ítems y permite la percepción del participante en cuatro escalas además de una escala de mentira: autoestima general, social, hogar y padres y escolar-académica.

- Autoestima general: es el nivel de aceptación con que la persona valora sus conductas autodescriptivas.
- Autoestima social: es nivel de aceptación con que la persona valora sus conductas autodescriptivas en relación con sus pares.
- Autoestima hogar y padres: se refiere al nivel de aceptación con que la persona valora sus conductas autodescriptivas en relación con sus familiares directos.
- Autoestima escolar-académica: se refiere al nivel de aceptación con que la persona valora sus conductas autodescriptivas en la relación con sus profesores (Brinkmann y cols.; 1989).

En este capítulo se desarrolló el concepto de autoestima, entendiéndolo como la autovalía o actitud que poseen las personas hacia sí mismos.

Se abordaron las características de la autoestima, así como también su importancia y se recapitularon los 6 pilares de la autoestima establecidos por Branden, para concluir con la medición y la interpretación de los valores de la variable, como una referencia para la recolección de datos planteada en la metodología.

## **CAPÍTULO 2**

### **TRASTORNOS ALIMENTARIOS**

En el presente capítulo se dará a conocer un poco la historia de los trastornos alimentarios, así como los conceptos básicos que estos incluyen y sus características.

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

Jarne y Talarn (2000) indican que los trastornos alimentarios han venido trascendiendo a través del tiempo, esto comenzó en las reuniones donde se hacían grandes banquetes y las personas comían de una manera exagerada hasta hartarse, como muestra de poder ante los demás; a continuación, como era lo habitual, vomitaban para volver a comer.

Dentro de la religión, el ayuno se utilizaba como un simbolismo de penitencia para llegar a un nivel elevado de espiritualidad. Conforme transcurrían los años fueron apareciendo varios casos de personas con este trastorno alimenticio y comenzaron a surgir teorías acerca de este fenómeno, entre ellas surgieron algunas de origen biológico y, más adelante, teorías psicológicas de tipo psicoanalítico.

Durante los años setenta se planteó que este trastorno alimenticio lo conforman tres factores influyentes, como son: el psicológico, biológico y social,

donde el tratamiento es abordado a través de tres núcleos principalmente conflictivos en la anorexia: el peso, la figura y los pensamientos alterados (Jarne y Talarn; 2000).

## **2.2 Definición y características clínicas de los trastornos alimenticios.**

A continuación, se mencionarán los conceptos básicos de este capítulo, como también su tipología y algunas de sus características.

Para comenzar es importante conocer el concepto de trastornos alimenticios. Un padecimiento de esta índole se “caracteriza por alteraciones graves de la conducta alimentaria” (APA; 2002: 553).

Existen dos tipos de trastornos alimentarios: la anorexia y la bulimia, la primera perturbación se define como el “deseo intenso de pesar cada vez menos, gran miedo al hecho de estar obesa y un peculiar trastorno del esquema corporal que hace que las pacientes se vean más gordas de lo que están en realidad”; para lograr esto, los sujetos “hacen ejercicio físico excesivo, reducen mucho su alimentación y buscan la manera de desechar el alimento por medio del vómito o utilizando laxantes” (Jarne y Talarn; 2000: 150).

Por otro lado, la bulimia es “un trastorno que se caracteriza por un modelo de alimentación anormal, con episodios de ingesta voraz seguidos por maniobras para eliminar las calorías ingeridas.” Casos como este en ocasiones su alimentación es moderada o normal, mientras que en otras se conforma por “periodos de alimento

excesivo para posteriormente terminar en vómito, a continuación, el sujeto tiene sentimientos de enojo, tristeza y autocompasión o menosprecio” (Jarne y Talarn; 2000: 164).

Cabe mencionar que la obesidad será abordada de manera superficial, ya que no es considerada como un trastorno alimentario, sino médico.

### **2.2.1 Anorexia nerviosa.**

Las características principales de la anorexia nerviosa constan de un gran temor a obtener peso, repulsión a tener un peso corporal dentro de los estándares normales y una percepción errónea con la forma y proporción del cuerpo. Cabe mencionar que el término de anorexia está equivocado, ya que es inusual la pérdida de apetito. (APA; 2002).

En las personas con este trastorno, se mide la autoestima de acuerdo con la forma y el peso del cuerpo, ya que ven como un éxito la disminución de peso y lo consideran una medida de autodisciplina; por otra parte, ven como un fracaso el aumento de peso y una falta de autocontrol. En ocasiones, se dan cuenta de lo delgadas que se encuentran, sin embargo, se oponen a creer que esto tiene repercusiones médicas graves. (APA; 2002).

Cabe mencionar que la anorexia nerviosa, al derivar en la pérdida de peso, puede provocar amenorrea y en las niñas prepuberales, puede retardar la aparición de la menstruación. (APA; 2002).

Los criterios para el diagnóstico de anorexia nerviosa según el DSM-IV (APA; 2002) son los siguientes:

- Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal, considerando la talla y la edad.
- Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso por debajo del peso normal.
- Alteración en la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.

Por otro lado, los criterios para el diagnóstico de anorexia nerviosa según la CIE-10 (Castillo y León; 2005), son los siguientes:

- Pérdida significativa de peso (índice de masa corporal menor a 17.5). Los enfermos prepuberales no pueden experimentar la ganancia de peso propia del período de crecimiento.
- La pérdida de peso está originada por el mismo enfermo, ya que evita el consumo de alimentos que cree que engordan, y por uno o más de los

síntomas siguientes: vómitos autoprovocados, purgas intestinales, excesivo ejercicio, consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos.

- Distorsión de la imagen corporal que se caracteriza por la persistencia de una idea sobrevalorada de miedo ante la obesidad o flacidez del cuerpo.
- Trastorno endocrino generalizado que afecta en la mujer como amenorrea y en el hombre como una pérdida de interés y de la potencia sexual.
- Si el inicio es anterior a la pubertad, se retarda la secuencia de sus manifestaciones de la pubertad o se detiene, en las mujeres no se desarrollan las mamas y hay amenorrea primaria, en los hombres persisten los genitales infantiles.

“Las alteraciones cognitivas más frecuentes en la anorexia nerviosa son distorsiones cognitivas, trastornos de la imagen corporal y alteraciones interoceptivas” (Jarne y Talarn; 2000: 153).

Las personas con anorexia nerviosa descartan la idea de llegar a ser obesas, su creencia es que al ser delgadas tendrán un mejor estatus social y serán aceptadas, por lo tanto, se fijan dietas estrictas para mantener la figura y el peso más allá de los parámetros normales, sin establecer un límite.

Los pensamientos acerca de la dieta y la figura son que, al ser delgadas, obtendrán protección, autocontrol y virtud, mientras que el aumento de peso lo ven

como una enfermedad que les traerá imperfección y pérdida de autocontrol, ya que tienen la creencia de que todo alimento que ingieran se convertirá en grasa.

“En la anorexia nerviosa se dan alteraciones en la valoración de la propia figura, evalúan erróneamente las dimensiones de su cuerpo y cuando existe una gran emanación, no son capaces de objetar su delgadez extrema. No valoran la gravedad de su estado y durante el tratamiento sobredimensionan las medidas o el peso de su cuerpo, lo que provoca resistencias a la recuperación” (Jarne y Talarn; 2000: 154).

Por otro lado, las alteraciones conductuales que se presentan en la anorexia nerviosa comienzan con dietas restrictivas y la negación hacia la comida, cuando esto no le es suficiente al sujeto para llegar al peso deseado, utiliza laxantes o vomita.

En la mayoría de las pacientes, se presenta como uno de los síntomas la hiperactividad: van a todos los lugares caminando, acuden al gimnasio o escuelas de danza con una ardua motivación, todo esto con la finalidad de reducir su peso.

Existen dos subtipos dentro de la anorexia nerviosa: el restrictivo y el compulsivo/purgativo, el primero de ellos se caracteriza por la pérdida de peso a través de dietas, ayunos y ejercicio intenso. Cabe mencionar que en este tipo no son utilizados los atracones ni las purgas. Estas personas se caracterizan por su perfeccionismo, rigidez, hiperresponsabilidad y sentimientos de ineficacia.

El segundo subtipo se caracteriza por el consumo excesivo de comida, seguido de vómitos autoinducidos o abusos de laxantes. En estas personas se encuentran historias familiares de obesidad, labilidad emocional, estado de ánimo crónicamente depresivo y conductas adictivas (APA; 2002).

Castillo y León (2005) mencionan como variante la anorexia nerviosa atípica, que se denomina así cuando no cumple con todas las características clínicas necesarias y puede no presentar pérdida de peso significativo.

### **2.2.2 Bulimia nerviosa.**

Perpiñá menciona que la bulimia viene del griego bus-buey y limos-hambre, que significa hambre desmesurada. En el ámbito clínico se caracteriza por la necesidad excesiva de ingerir gran cantidad de alimento con un alto nivel de calorías, a consecuencia de esto, la persona tiene fuertes sentimientos de culpa, por lo que termina autoinduciéndose el vómito (Belloch y cols.; 1995).

Los criterios para el diagnóstico de la bulimia nerviosa, según el DSM-IV (APA; 2002), son los siguientes:

- Presencia de atracones. Un atracón se caracteriza por:
  1. Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo de tiempo similar y en las mismas circunstancias.

## 2. Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento.

- Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como la provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos, ayuno y ejercicio excesivo.
- Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.
- La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.
- La alteración está exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Por otro lado, los criterios para el diagnóstico de la bulimia nerviosa según la CIE-10 (citada por Castillo y León; 2005), son los siguientes:

- Preocupación continua por la comida, deseos irresistibles de comer, se presentan episodios de polifagia en los cuales consume en poco tiempo grandes cantidades de comida.
- El enfermo intenta contrarrestar el aumento de peso utilizando métodos como: vómitos autoprovocados, abuso de laxantes, períodos de ayuno, consumo de fármacos, tales como supresores del apetito, extractos tiroideos o diuréticos. Cuando la bulimia se presenta en un enfermo diabético, este puede abandonar su tratamiento con insulina.

- La psicopatología consiste en un miedo morboso a engordar, y el enfermo se fija una meta de peso muy estricta al que tenía antes de la enfermedad o al de su peso óptimo.

### **2.2.3 Obesidad**

Van Itallie y Margie indican que “la obesidad es un trastorno crónico que requiere una atención a largo plazo. Aunque se confunde la mayor parte de las veces con exceso de peso, hay que indicar que la obesidad se define como una excesiva acumulación de tejido adiposo en el conjunto corporal, un contenido graso mayor del 35 por 100 en las mujeres y 30 por 100 en los hombres” (Belloch y cols.; 1995:544).

Jarne y Talarn (2000) mencionan que la obesidad puede llegar a causar problemas médicos serios y de alto riesgo, como también de la personalidad, que son compensados con alimento excesivo. Comentan que se ha observado que los factores socioeconómicos tienen una gran influencia en la prevalencia de la obesidad.

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

Castillo y León (2005) toman el término del CIE-10, donde se menciona que a consecuencia de acontecimientos estresantes comen excesivamente y con ello viene la obesidad, esta puede desencadenar una “obesidad reactiva”, falta de confianza en las relaciones interpersonales y baja autoestima.

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

Castillo y León (2005) comentan que “Se le conoce también con el término de vómito psicógeno e hiperémesis gravídica psicógena”, ya que aparecen vómitos repetidos sin ser provocados en cuadros disociativos, en la hipocondría y durante el embarazo ya sea el vómito o náuseas frecuentes.

### **2.2.6 Trastorno por atracón.**

Castillo y León (2005) describen este trastorno con algunas características tales como la pérdida de control en los atracones sin recurrir a vómitos, laxantes o ejercicio excesivo, come muy rápido y sin apetito con una desagradable sensación de plenitud, para finalmente al terminar, sienten molestia, culpabilidad y tristeza.

### **2.2.7 Trastorno de la conducta alimentaria en la infancia.**

Castillo y León (2005) consideran como punto importante el hecho de que el niño rechace los alimentos y muestre conductas caprichosas muy alejadas de lo normal. Cabe mencionar que es de suma importancia descartar que no sea una enfermedad física.

Por otro lado, Jiménez (1997) menciona algunos comportamientos de interrupción durante la comida y malos hábitos alimentarios que depende y va relacionado con la edad que tenga el niño, como son:

- El rechazo de alguna clase de comida: la gama de alimentos que se niega a ingerir es tal que puede afectar negativamente a la salud del infante.
- Negación a tomar alimentos sólidos: Los padres hacen muy pocos intentos de darle herramientas solidas al menor y convierte en problema algo que solamente requiere tiempo, sistematicidad y paciencia. De los 7 a los 10 meses es crítico para la introducción de alimentos sólidos.
- Ingesta de comida mezclada: Cuando el niño es muy lento para comer o se niega a tomar alimentos sólidos, los padres trituran los alimentos y mezclan todos aquellos que considera son adecuados y nutritivos.
- Falta de apetito: El problema aparece cuando el niño come poco en general o cuando la cantidad de comida es considerada pequeña solo cuando ingiere algunos alimentos determinados.
- Tiempo de comida excesivo: Lentitud excesiva para comer.
- Los vómitos: Pueden producirse como rechazo a la comida y puede ser utilizado como medio de escape ante una situación desagradable.

### **2.3 Esfera oroalimenticia en el infante.**

“La actividad oral es 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” (Ajuriaguerra; 1973: 179).

En los siguientes puntos se encontrará el desarrollo del infante donde se mencionará la esfera oroalimenticia, siendo esta una zona de placer que tiene distintas funciones de relación y alimentación; para que le sirve al niño esta esfera oroalimenticia y cómo influyen los medios y personas a su alrededor durante su crecimiento, al igual que estos pueden provocar ciertas problemáticas con la alimentación.

### **2.3.1 Organización oroalimenticia.**

Dentro de los reflejos humanos, se observan reflejos oroalimenticios desde el nacimiento y estos se direccionan hacia la fuente de excitación, esta es una de las primeras formas de relación con el mundo exterior, donde existe una dependencia con la madre, siendo ella el objeto que le satisface no solo su hambre sino todas sus necesidades.

Siendo la boca su único medio de apropiación de los objetos, mismo que ayuda en el conocimiento de su cuerpo, se completara cuando logre localizar un cuerpo fuera de su propio cuerpo de manera táctil o visual.

El niño descubre que la estimulación en la boca le produce placer y no necesariamente va acompañado de comida, por otro lado, percibe a las personas como un objeto que le proporciona alimento y lo hace parte de sí mismo.

Cuando la madre alimenta al bebé, no lo hace únicamente para nutrirlo, sino que hay una entrega de sí misma, donde no solo satisface el hambre del bebé, sino todas sus necesidades. En estos actos de comer es donde nace la relación madre – hijo.

Ajuriaguerra (1973) señala que “la comida es una institución social con un ritual y una participación de la familia” dentro del cual, comer tiene diferentes significados como alimentarse, sentir placer y crecer.

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

Dentro de las alteraciones se encuentran dos tipos de anorexia que se presentan dentro del primer y segundo semestre de su nacimiento, las cuales se explicarán a continuación:

- La anorexia esencial precoz: es muy poco frecuente y se llega a presentar en su primer día o dentro de las primeras semanas de nacido, el bebé no quiere comer, no quiere pegarse al pecho, tienen poco peso y son ansiosos.
- La anorexia del segundo semestre: es más frecuente, el niño no quiere comer, al principio come y después ya no. Dentro de esta se desglosan 4 tipos:
  1. 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.

2. Anorexia de oposición. - Es un auténtico enfrentamiento con la madre, donde la relación vía oral se toma como rechazo o aceptación, esto dependerá de la forma de comportarse de la madre, si es rígida, complaciente, excesiva o ansiosa.
  3. Anorexia simple: Es una conducta de rechazo como reacción al destete por el cambio de alimentación y no se considera pérdida del hambre o apetito.
  4. Anorexia compleja: Se caracteriza por la intensidad de los síntomas, resistencia a los tratamientos, la comida no le interesa y se ha visto que en los casos más graves está respondiendo a un conflicto con la madre.
- La anorexia de la segunda infancia: Se da en niños que se han alimentado normal durante su primer año y comienzan a rechazar la comida por las costumbres de alimentación en la familia, ya sea por la rigidez paterna o por la elección caprichosa del infante.

#### **2.4 Perfil de la persona con trastornos de alimentación.**

Para describir el perfil de una persona en riesgo de desarrollar un trastorno de la alimentación, se recabaron algunos puntos importantes de Ajuriaguerra (1973) que se mencionarán a continuación:

- Adelgazar para parecerse a un tipo ideal femenino.

- Rechazo de la feminidad “plano”.
- Teme la fuerza de los impulsos y también a la realidad.
- Rechazar la satisfacción oral, el hambre, significa adquirir seguridad y poder.
- Debido a su sentimiento de impotencia se siente incapaz de poder tener relaciones interpersonales.
- La autonomía equivale a una negación de la capacidad receptiva de su propio cuerpo.
- Temor a la maduración del cuerpo femenino, horror al cuerpo adulto.
- El impulso sexual se siente y se teme con mayor fuerza.
- Retraso en el desarrollo físico y genital.
- En su personalidad predomina la apatía y la pasividad.
- La relación con la madre es de enfrentamiento o excesiva dependencia.
- Temor a la responsabilidad y a la independencia.

Se ha observado que dentro de los trastornos alimentarios llega a afectar la personalidad de la persona y existen algunos factores predisponentes que lo llevan a este tipo de situación:

- Problemas con la autonomía: Viven muy pendientes de lo que otros esperan de ellos, de cumplir con los ideales de sus padres y darle satisfacción a los demás adecuándose a la imagen que otros puedan tener de ellos, dudando siempre de sí mismo; tienen dificultad para encarar situaciones y resolverlas.

- Déficit en la autoestima: La autoestima está más conectada con factores como la imagen externa o apariencia, donde ser delgada significa tener, éxito, triunfo y aceptación.
- “Las personas desarrollan imágenes sobre sí mismas y fabrican su propio concepto acerca de quiénes son. El grado en que el individuo se acepta a sí mismo es conocido como “autoestima”. Cuanto menos parecido a lo que la persona considere como “ideal” es el concepto que tiene de sí misma, más baja estará su autoestima” (Costin; 2003: 74).
- Camino a la perfección y el autocontrol: Son muy exigentes, no soportan que las circunstancias no estén bajo su control, sienten que todo lo que hacen nunca es suficientemente bueno, tienen la creencia de que para alcanzar esta perfección es esencial tener el cuerpo ideal y que esto les traerá confianza y seguridad ante cualquier desafío.
- Miedo a madurar: Los trastornos de la alimentación se desarrollan por lo general en el período que va desde la pubertad, pasa por la adolescencia y hasta la juventud donde se generan muchos cambios a nivel físico, sexual, emocional y social. Tienen conflicto con aceptar ese cambio de niña a mujer en su cuerpo, perciben el temor de los padres por entrar en el mundo adulto y tienen pensamientos muy extremistas.

## **2.5 Causas del trastorno alimenticio.**

Costin (2003) retoma el concepto multideterminación, que se refiere al conjunto de factores individuales, familiares y socioculturales, que predisponen a los trastornos alimenticios, ya que como tal uno solo no es la causa, sino la combinación de todos, adquiriendo características particulares en cada caso, provocando que la persona sea más vulnerable.

Complementando lo anterior, Jarne y Talarn mencionan tres factores “Los predisponentes estarían presentes antes del inicio de la enfermedad y relacionados de alguna manera con ella, los precipitantes tendrán algún tipo de relación temporal y de causalidad no única en su inicio, y los de mantenimiento con efecto sobre el curso de esta” (2000: 181).

### **2.5.1 Factores predisponentes individuales.**

Ogden señala que, dentro de las teorías psicológicas de la elección de dieta, hay factores individuales que influyen en la conducta del comer, como son el aprendizaje, las creencias, las actitudes y la constitución psicofisiológica de la persona, donde se “examina cómo los alimentos representan aspectos de la identidad del sujeto en términos de género, sexualidad, conflictos y autocontrol” (2005: 64).

Resalta que la selección de la comida es determinada por una serie de significados sociales como una expresión de individualidad y sofisticación, prestigio, estatus y riqueza.

Helman (referido por Ogden; 2005) destaca cinco tipos de sistemas de clasificación de las comidas, que se muestran a continuación:

- Comida frente a no comida: Delimita las sustancias que son comestibles y las que no lo son.
- Comidas sagradas frente a comidas profanas: Distingue entre las comidas validadas por las creencias religiosas y las que no lo son.
- Clasificaciones de comidas paralelas: Indican que los alimentos pueden calificarse como “calientes o “fríos”. No depende de su temperatura, sino del valor simbólico que se adjudica y puede variar de una cultura a otra.
- Comida como medicina, medicina como comida: Describe la separación y el solapamiento entre comida y medicina.
- Comidas sociales: La comida puede entenderse como forma de afirmar y desarrollar relaciones, simbolizar estatus, crear la identidad del grupo o tipos tradicionales de alimentos.

Ogden (2005) puntualiza que la comida transmite el sentido del yo y facilita información sobre la identidad personal, actuando como medio de comunicación

entre individuos, así mismo sus conflictos y necesidades internas, y es fundamental para el establecimiento de una identidad cultural.

La comida como sentido de la identidad, desarrolla algunas relaciones, como son la comida y la sexualidad donde algunos alimentos se asocian y destacan la semejanza biológica entre las dos actividades, como también es considerado que comer carne despierta los impulsos sexuales. Por otro lado, existe el conflicto entre el comer y negarse a los alimentos, sentir placer al comerlos y sentir culpa a continuación, mostrando autocontrol al lograrlo y una pérdida de control si no se logra tal objetivo.

La comida se toma también como herramienta de comunicación dentro de la familia, cocinando ciertos tipos de alimentos típicos que los identifican como grupo, donde los alimentos sanos y ricos son signos de amor y agradecimiento, en ocasiones se tiene un conflicto entre la salud y el placer ya que algunos alimentos poco saludables son los deseables por los familiares. Por último, la comida refleja la relación de poder dentro de la familia, donde en la mayoría de los casos el hombre como ser dominante es al que le sirven primero que por lo general es carne, mientras que, a las mujeres y niños, ocupando una posición secundaria, se les sirve después y proporciones más pequeñas en comparación con la del hombre.

“La comida es una forma de comunicación sobre la identidad de una persona y sobre esta identidad en el contexto de otras”, esta puede establecer una identidad religiosa cuando la preparación de la comida se hace a través de ritos y tienen

simbolismos que comunica santidad en la familia, así mismo dentro de la sociedad la comida es un símbolo de estatus y poder social (Ogden; 2005: 76).

### **2.5.2 Factores predisponentes familiares.**

No se puede asentar que un solo factor es el causante del origen de los trastornos alimenticios, al contrario, es una “combinatoria de fuerzas de orígenes diversos: social, individual y familiar, de cuya interacción resulta el desarrollo de un trastorno de la alimentación que tendrá, por lo tanto, características específicas en cada caso” (Costin; 2003: 80).

Algunas características de familias con rasgos predisponentes a tener un miembro con trastornos alimenticios que menciona Costin (2003), son:

- Poca comunicación.
- Incapacidad para resolver conflictos.
- Sobreprotección de los padres.
- Rigidez en las reglas y falta de flexibilidad frente a situaciones nuevas.
- Ausencia de límites generacionales.
- Expectativas muy altas de los padres hacia los hijos.
- Historial familiar de alcoholismo y depresión.
- Presencia de abuso sexual familiar.
- El cuidado de la imagen externa es lo fundamental.

Por otro lado, Rausch (1996) menciona también ciertas características:

- Las familias suelen inhibir la agresión y la hostilidad.
- Ven al padre menos empático y abierto que la madre.
- Ambos padres son más exigentes.
- Madres con altas expectativas de éxito social y académico.
- Niveles de tensión altos en la familia.
- Rivalidad entre hermanos.

### **2.5.3 Factores socioculturales.**

Costin (2003) indica que “los medios ‘prometen’ a las mujeres de figura esbelta y bajo peso una vida sofisticada, de gran aceptación social y éxito”. Siendo que el ideal de belleza cambia según la época, la sociedad que comunica que lo más importante es ser atractiva físicamente donde los medios refuerzan esa ideal presionando para ser una “supermujer” que tenga el control de sí misma y alcance el estereotipo de mujer, y por último el estatus social como sinónimo de delgadez.

Costin (2003) puntualiza que el contexto sociocultural premia la delgadez y tiene prejuicios contra la gordura, mencionando algunos como que los obesos comen más, tienen más problemas psicológicos, la obesidad está asociada con un incremento de la mortalidad y que los tratamientos con dietas prolongadas son satisfactorios.

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

Jarne y Talarn (2000) mencionan que la imagen corporal tiene dos aspectos, uno cognitivo que es la percepción del propio cuerpo y otro emocional, que está unido al sentimiento que esto le provoca.

Ogden (2005) define 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” (98)

Dentro de la insatisfacción corporal se encuentra la discrepancia entre las percepciones de la realidad y las del ideal del cuerpo, como también sentimientos negativos e inconformidad con el volumen y la forma corporal.

Las mujeres presentan mayor insatisfacción corporal con respecto al estómago, las caderas, los muslos y las nalgas. Mientras que los hombres se preocupan en su aspecto físico deseando un volumen mayor al que perciben, sobre todo en los brazos, la espalda, el pecho y el estómago.

La insatisfacción corporal se presenta en hombres y mujeres, en todas las edades y aparece en grupos diversos en cuanto a sexualidad, carácter étnico y clase social. Algunos factores que influyen son los medios de comunicación, la cultura y la familia donde la madre juega un papel importante. Además, estos factores sociales

están mediados por factores psicológicos, como las creencias y la naturaleza de las relaciones.

## **2.7 Factores que mantienen los trastornos alimenticios.**

Costin (2003) define perpetuar como “hacer perpetua una cosa; perdurar; dar a las cosas duración extensa, incesante, eterna, sin fin” y está muy relacionada con los efectos fisiológicos y emocionales con los trastornos alimenticios (52).

Comenta también que las prácticas de control de peso y la obsesión con las dietas en lugar de ser una solución, contribuye a mantener perpetuo el problema de la alimentación que se tenga, por lo tanto, establece que la dieta es el factor perpetúate por excelencia.

Describe que aun a las personas sin problemas familiares y psicológicos, al someterse a una dieta estricta produce efectos muy similares a la de una persona con bulimia o anorexia; ya que produce depresión anímica profunda, intolerancia, irritabilidad, ansiedad, cambios de humor, comportamientos autodestructivos, pierde interés por el aseo personal, tiene pensamientos obsesivos, pérdida de motivación para hacer actividades que antes disfrutaba mucho, tiene dificultad en la concentración, comprensión y estado de alerta.

Por la parte social, cae en un estado de aislamiento, no participa en actividades grupales y se siente incómodo al interactuar con otros. Algunas

transformaciones físicas que se pueden mencionar son: cefaleas, hipersensibilidad a la luz y a los ruidos, molestias gastrointestinales, problemas en la visión y auditivos, adormecimiento de miembros, calambres, pérdida de cabello, enlentecimiento metabólico, pérdida de temperatura corporal, cambios cardiacos, entre otros.

Cabe mencionar que cuando la ingesta es menor a la necesaria para el funcionamiento general del organismo, el cuerpo va a quemar menos calorías, esto quiere decir que mientras menos come, menos adelgaza, ya que las calorías son quemadas de manera más lenta.

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

La comorbilidad es un término utilizado para describir dos o más trastornos o enfermedades que ocurren en la misma persona. Pueden ocurrir al mismo tiempo o uno después de otro, también implica que hay una interacción entre las dos enfermedades que pueden empeorar la evolución de ambas. Así pues, los trastornos alimentarios suelen estar asociados con otros problemas psiquiátricos. La anorexia nerviosa y la bulimia suelen cumplir con los criterios de depresión clínica y trastorno obsesivo-compulsivo, en algunas ocasiones también en trastornos de abusos de sustancias y algunos pacientes muestran conductas auto-lesivas como cortarse o quemarse (Butcher y cols.; 2007).

“Uno de los problemas que se presentan cuando se examina la personalidad de los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, es que algunas de sus

perturbaciones podrían deberse en realidad a la desnutrición. Se sabe que la inanición aumenta las obsesiones y la irritabilidad” estos problemas de personalidad lo que hacen es estimular características que ya estaban presentes (Butcher y cols.; 2007: 306).

Jarne y Talarn (2000) presenta algunos trastornos de la alimentación, de los cuales se mencionarán los más representativos para el estudio:

- Trastorno de la alimentación en las depresiones: por exceso o defecto resultan un fenómeno habitual en la totalidad de los trastornos afectivos, los pacientes con este trastorno no comen por ideas como que su mala situación económica se los impide o porque piensan que no vale la pena ya que igualmente morirán o que sus órganos internos se enferman con la alimentación.
- Trastorno de la alimentación en la ansiedad: el trastorno ansioso de presentación aguda, suele cursar con pérdida de apetito de moderada intensidad, mientras que en los de curso cronificado, la pérdida es sostenida y puede llegar a tener repercusiones ponderales estimables donde se establecen hábitos alimentarios incorrectos.
- Trastornos de la alimentación en el trastorno obsesivo-compulsivo: se puede observar una forma de alimentación particularmente lenta, en la que se escogen los alimentos con una especial meticulosidad y añade la duda y la compulsividad. Por otro lado, las ideas de contaminación y suciedad pueden modificar de forma importante los hábitos alimenticios.

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

En el presente apartado se darán a conocer los tratamientos a seguir de la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, mediante un equipo multidisciplinario para una mejora continua del paciente que padece estas enfermedades.

Jarne y Talarn (2000) mencionan que “la normalización de la dieta y los hábitos alimenticios son un paso fundamental en el proceso terapéutico. En segundo lugar, se tienen que resolver los problemas psicológicos, familiares y sociales que concurren en la anorexia nerviosa” (159). Enseguida se enumerará el programa de tratamiento para la anorexia nerviosa:

1. Recuperación ponderal: La rehabilitación nutricional y la normalización dietética corrigen las secuelas físicas y psicológicas que la malnutrición perpetua.
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, se tiene que reaprender a partir de dietas bajas en calorías.
3. Tratamiento psicológico: La terapia cognitivo-conductual se ha revelado, en la última década, como la más efectiva en el tratamiento de la anorexia nerviosa y estudios controlados avalan la eficiencia.
4. Tratamiento farmacológico: En la anorexia nerviosa está indicado como coadyuvante de las técnicas psicológicas y como tratamiento de la psicopatología asociada, especialmente la depresión.

5. Terapia familiar: Aunque al principio se mantenía la familia alejada del tratamiento de las jóvenes anoréxicas, progresivamente se ha ido implicando en los programas de tratamiento, tanto en el ámbito ambulatorio como en el régimen de hospitalización.
6. Planificación del tratamiento: El tratamiento de la anorexia siempre es multimodal, se necesita un programa de intervención complejo y bien estructurado que incluya tres áreas de intervención: el peso, la figura y las cogniciones. La familia debe tener una información exhaustiva de la patología, sus complicaciones físicas y los riesgos de ciertas conductas de las pacientes. Posiblemente la paciente deberá sacrificar temporalmente los estudios o el trabajo, y la familia deberá organizarse de un modo diferente para monitorear y controlar las conductas relacionadas con la alimentación.
7. Tratamiento en hospitalización: En pacientes con poca motivación, inestabilidad psicológica, trastornos psiquiátricos asociados y un ambiente familiar poco cooperador es recomendable el ingreso, y es obligatorio en el caso de pérdidas del 25 al 30% de peso correspondiente en aquel momento según su edad y la altura.  
  
En régimen hospitalario requiere un programa de tratamiento minucioso y exigente, compartido y aceptado por todas las personas que tratan a esas enfermas. Es necesario que el equipo sea multidisciplinar, formado por médicos, psicólogos, enfermeras y auxiliares.
8. Indicaciones de hospitalización:
  - a) Complicaciones físicas.
  - b) Complicaciones psíquicas.

- c) Crisis de las relaciones familiares.
- d) Inadecuada respuesta al tratamiento ambulatorio.
- e) Tratamiento en hospitales de día.

Dentro del tratamiento para la bulimia nerviosa, Jarne y Talarn (2000) presentan los objetivos terapéuticos que se enlistan a continuación:

1. Restablecer unas pautas nutricionales normales.
2. Recuperación física:
  - a) Estabilización del peso.
  - b) Rehidratación y normalización electrolítica.
  - c) Corrección de anomalías físicas:
    - Reflujo gastroesofágico.
    - Erosión de la mucosa digestiva.
    - Dilatación gástrica.
    - Erosión del esmalte dental.
    - Inflamación parótica.
3. Normalización del estado mental:
  - a) Mejorar el estado de ánimo.
  - b) Tratar posibles trastornos de la personalidad.
  - c) Evitar abusos de sustancias.
  - d) Corregir el estilo cognitivo erróneo.
4. Restablecer unas relaciones familiares adecuadas:
  - a) Aumentar la participación.

- b) Aumentar la comunicación.
  - c) Restablecer las pautas y roles.
  - d) Escapar de los sentimientos de fracaso.
5. Corregir las pautas de interacción social alterados:
- a) Aceptar el trastorno.
  - b) Afrontar los fracasos
  - c) Aceptar la responsabilidad.
  - d) Vencer la impotencia
  - e) No buscar marcos sociales denigrantes.

Se aprecia, a partir de lo expuesto en este capítulo, que los trastornos alimenticios resultan complejos en cuanto a sus causas, manifestaciones y tratamiento. Conviene, desde luego, que su detección se lleve a cabo por especialistas en dichas perturbaciones.

## **CAPÍTULO 3**

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

El presente capítulo se dividirá en dos partes: en la primera será la descripción de las estrategias metodológicas que permitieron el logro del objetivo general del estudio, tal encuadre incluye el enfoque o paradigma de la investigación, enseguida se caracteriza la naturaleza no experimental. Posteriormente se hablará acerca del diseño y del alcance de la investigación. Más adelante, se describirán tanto las técnicas como los instrumentos empleados en la recolección de datos de campo. La metodología también incluye la población y muestra que ha determinado seleccionar el investigador, por ello, esta parte también se hablara de ambos temas. Concluye este subtítulo con la descripción del proceso de investigación que siguió la investigadora.

La segunda parte, a su vez, se centra en la descripción de los resultados obtenidos producto de la medición de las dos variables estudiadas. Esta parte cierra con la interpretación estadística de los hallazgos.

#### **3.1 Descripción metodológica**

En este apartado se mostrará el enfoque con que se trabajó esta investigación, los tipos de estudios que existen, los diseños que se utilizan en las diferentes indagaciones, el alcance correlacional de la investigación, las técnicas que

se utilizaron para la recolección de datos y los resultados que se obtuvieron de este trabajo.

### **3.1.1 Enfoque cuantitativo**

Dentro de la investigación existen dos enfoques: cuantitativo y cualitativo, que se relacionan entre sí, a continuación, se mencionarán algunas de estas características similares:

- Observan y evalúan fenómenos.
- A través de la observación y evaluación, establecen suposiciones.
- Demuestran el grado en que las suposiciones tienen fundamento.
- Revisan las suposiciones con base en las pruebas y análisis que realizan.
- Proponen nuevas observaciones y evaluaciones para aclarar, modificar y fundamentar las suposiciones o incluso para generar otras.

La presente indagación es de corte hipotético – deductivo, ya que desde la perspectiva de Hernández y cols. (2014), un estudio de esta naturaleza posee las siguientes características, las cuales son compartidas con la presente investigación:

- El investigador plantea un problema de estudio delimitado y concreto.

- Se realiza una serie de pasos: plantear el problema, revisar la literatura y construir un marco teórico; se plantean las hipótesis para luego someterlas a prueba a través de los diseños de investigación apropiados.
- Las hipótesis se plantean antes de la recolección y análisis de datos.
- La recolección de los datos se fundamenta en la medición, utilizando procedimientos estandarizados y aceptados por una comunidad científica.
- Los datos que se obtienen son mediciones representadas con números y se debe analizar a través de métodos estadísticos.
- Los resultados del análisis se interpretan haciendo un conjunto de la hipótesis y la teoría.
- La investigación cuantitativa debe ser objetiva y los fenómenos a medir no deben ser afectados por el investigador.
- Los estudios cuantitativos siguen un patrón predecible y estructurado.
- Se utiliza la lógica para estructurar la teoría derivando de esta hipótesis que serán sometidas a prueba.
- La búsqueda cuantitativa ocurre en la realidad externa al individuo.

### **3.1.2 Investigación no experimental.**

Las investigaciones no experimentales se caracterizan por ser realizadas sin la manipulación de las variables, es decir, se observa el fenómeno de investigación en su entorno natural.

Se investigó a los adolescentes de la preparatoria CCH en su entorno natural sin la manipulación de ninguna de las variables que son la autoestima y los trastornos alimenticios.

Dentro de este tipo de investigación existen dos tipos de validez: interna y externa. La primera ya mencionada consiste en el grado de control que se tiene sobre las variables extrañas, buscando principalmente que factores influyen en las variables; mientras que la segunda se entiende por la posibilidad de generalizar los resultados (Hernández y cols.; 2014).

Una investigación no experimental tiene una validez muy baja, puesto que no puede controlar las variables extrañas, así que se tiene que analizar qué factor es el que está influyendo en la variable.

### **3.1.3 Diseño transeccional o transversal**

Este tipo de diseño se caracteriza por la recolección de datos en un solo tiempo y momento, teniendo como propósito la descripción de las variables y la interrelación que tienen entre ellas, este puede incluir varios grupos de personas, objetivos o situaciones en un momento único.

Dentro de este diseño transeccional o transversal se encuentran los de tipo exploratorio, que comprende una variable o conjunto de variables en una exploración inicial de un momento específico donde logran formar una idea del problema y los

resultados son exclusivamente válidos para el tiempo y lugar donde se hizo el estudio. Por otro lado, se encuentra el diseño transeccional o transversal descriptivo que se enfoca únicamente en la descripción de una o más variables y su hipótesis. Por último, está el diseño transeccional correlacional – causal, que se enfoca particularmente a establecer la relación entre las variables sin analizar relaciones causales.

En esta investigación se utilizó el diseño transeccional exploratorio, ya que se tomaron dos variables, la autoestima y los indicadores de los trastornos alimenticios, donde se buscó encontrar la relación e influencia que tiene uno sobre otro, tomando como muestra a los adolescentes de la preparatoria CCH de Uruapan, Michoacán.

#### **3.1.4 Alcance correlacional**

Hernández y cols. (2014) describen que la finalidad principal en este tipo de estudios es medir la correlación que existe entre dos o más variables, exclusivamente en un mismo grupo de personas. Se miden cada una de las variables, a continuación, se cuantifican y, por último, se establece la relación entre una y otra.

Por otra parte, mencionan que la utilidad principal de este estudio correlacional es conocer cómo se comporta una variable al predecir el comportamiento de la otra. Existen dos tipos de correlación: la positiva es caracterizada por tener niveles elevados o bajos en las dos variables, mientras que la correlación negativa tendrá

valores altos en una variable y valores bajos en la otra variable, y la ausencia de correlación entre las variables es donde el comportamiento de una no tiene relación con el comportamiento de la otra, es decir, varían sin un orden específico.

En el presente trabajo de investigación se utilizó el alcance correlacional, ya que se midió la relación que existe entre la variable autoestima y la variable trastornos alimenticios en una muestra específica con los sujetos que participaron en la investigación.

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

Para la presente investigación, se utilizaron pruebas para medir las variables utilizadas en dicho estudio, las cuales se presentan a continuación:

La primera variable se midió con el “Inventario de Autoestima de Coopersmith”. El autor de esta prueba es Stanley Coopersmith y la adaptación fue elaborada por el Dr. Prewitt-Díaz en 1984 (Brinkmann y cols.; 1989).

El Test de Autoestima de Coopersmith presenta una confiabilidad de 0.88 y fue estandarizada con adolescentes y jóvenes universitarios en Chile en el año de 1984, con baremos en puntaje T.

Esta escala está conformada por 58 reactivos, los cuales sirven para estimar el nivel de autoestima en adolescentes y jóvenes.

Está dividido en escalas de autoestima general, autoestima social, autoestima escolar-académica, autoestima familiar (en relación al hogar) y una escala de mentira.

Su aplicación puede ser de manera grupal o individual, de acuerdo con la decisión del investigador.

El Test de Autoestima de Coopersmith fue diseñado para identificar el nivel de autoestima, pero cuenta con algunas limitaciones como la dificultad de los niños para entender el propósito de esta.

La subescala de autoestima general está formada de 26 reactivos y se asocia con el concepto que presenta el adolescente de sí mismo.

La subescala de autoestima social, está compuesta por ocho reactivos y se asocia con una preocupación acerca de ideas que las demás personas manifiestan para sí mismo.

La subescala de autoestima escolar-académica, consta de ocho reactivos, la cual se concentra en pensamientos que el adolescente percibe en función al rendimiento que tiene en el área educativa.

La subescala de autoestima familiar (en relación al hogar), consta de ocho reactivos que refieren a la percepción que se tiene en las relaciones y funciones del hogar.

La subescala de mentira está formada por ocho reactivos y fue diseñada para detectar conformidad o la falsificación deliberada de respuestas.

Mientras que la segunda variable se midió con la “Escala EDI-2”. La prueba Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2) fue elaborada por David M. Garner en 1998.

El EDI-2 está 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. En esta investigación se utilizó el baremo obtenido en la aplicación a hombres y mujeres 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 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 capítulo se dará a conocer de una manera más específica la población y muestra que se tomaron para dicha investigación. Donde la muestra, según Hernández (2014), se define como un subgrupo de la población de interés sobre el cual se recolectarán los datos, mientras que la población lo define como el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones.

#### **3.2.1 Descripción de la población**

La población con la que se trabajó para esta investigación tiene por nombre Colegio de Ciencias y Humanidades, que también es llamada CCH, esta tiene una modalidad de bachillerato, goza del reconocimiento oficial de la Universidad Autónoma de México y se implemente con éxito en la Universidad Don Vasco en los años setenta.

Esta institución atiende a todo tipo de población y manejan becas para proporcionar apoyo a los estudiantes.

### 3.2.2 Descripción del proceso de muestreo

En el presente estudio se tomó una muestra de la población anteriormente descrita. Por muestra se entiende un subgrupo de la población del cual se recolectan los datos.

Se busca que la muestra sea representativa de la población. Del tipo de muestra del proceso de selección se desprende la posibilidad de generalización de los datos obtenidos.

La muestra que se tomó en cuenta para la presente indagación estuvo conformada por los alumnos que cursan en 6° semestre de la preparatoria CCH de Uruapan, Michoacán.

Existen tres tipos de muestra que se describirán a continuación:

- Probabilística: son aquellas en la que todos los elementos de la población tienen la misma posibilidad de ser escogidos. Esto se hace a través de una definición muy detallada de la población y una selección aleatoria de las unidades de análisis. El tamaño de la muestra también se determina con procedimientos estadísticos que aseguran su representatividad.

- No probabilística: Son aquellas en las que la elección de los sujetos o unidades de análisis no dependen del azar, sino de las características de la investigación o de circunstancias externas al proceso.

Estas muestras de acuerdo con Hernández y con Kerlinger (citados por Hernández y cols.; 2014) representan una importante desventaja para la generalización y extrapolación de los resultados obtenidos, sin embargo, por lo general, son las que están más al alcance de una investigación de tesis.

- Muestra intencional: Es aquella en la que los sujetos son seleccionados en función de las intenciones del investigador y con finalidades distintas del investigador a las de la generalización de resultados (Kerlinger, citado por Hernández y cols.; 2014). Estas se pueden dar cuando dentro de una población escolar se elige como muestra a los integrantes de un grupo, un grado escolar o cualquier otra unidad que facilite la colección de datos.

Para la presente investigación, se tomó una muestra no probabilística e intencional, ya que se tomaron únicamente los grupos de sexto semestre de la población CCH preparatoria.

Se tomaron como muestra los alumnos de sexto semestre de la preparatoria, de edad entre 17 y 18 años, sexo indistinto, teniendo un total de 109 adolescentes de nivel socioeconómico medio-alto.

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

Actualmente, los medios de comunicación son la principal fuente de influencia en los adolescentes en donde les hablan de la imagen perfecta que deben tener para tener éxito en su vida.

Por ello, se procedió a realizar dicha investigación, para averiguar qué tanto influye la autoestima en los indicadores de los trastornos alimenticios en los adolescentes de la preparatoria CCH.

Se estructuró la descripción metodológica, hablando del enfoque, el tipo de investigación y el alcance. Asimismo, se describió a la población de estudio y el proceso de muestreo.

Para aplicar las pruebas, se requirió de la aprobación del director, después hablar con cada uno de los maestros para que se otorgara una hora en la aplicación de las mismas, ya teniendo el permiso; la aplicación duro dos días, se aplicó a dos salones un día y al siguiente a los otros dos en diferentes horarios. La forma de aplicar fue la siguiente: se entregó a cada uno de ellos una copia de las hojas de respuesta, posteriormente se pidió anotaran sus datos personales y a continuación, la investigadora fue leyendo uno por uno los reactivos, dejándoles un momento para que contestaran, asimismo, se resolvían dudas en el momento. Los sujetos de investigación contestaron en silencio las preguntas.

Los instrumentos se calificaron con la plantilla indicada en el test, posteriormente se obtuvieron los percentiles de acuerdo con el baremo. Los datos se vaciaron en una hoja de datos en Excel donde contiene la numeración, el nombre del alumno y los puntajes obtenidos en los tests aplicados. A partir de estos datos se procedió al análisis estadístico de información y a la interpretación de los resultados.

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

Una vez planteada la descripción metodológica y la descripción de la población investigada se procederá a dar a conocer en este apartado el análisis de los resultados obtenidos en la investigación de campo, en función de los instrumentos aplicados y las medidas estadísticas obtenidas a partir de ellos. Estos resultados se organizan en tres categorías para su análisis e interpretación: en la primera de ellas, se muestran los resultados de la variable autoestima; en la segunda se detallan los puntajes y medidas obtenidas de los indicadores de los trastornos alimenticios. Finalmente, en la categoría tres se presentan los resultados de la correlación entre ambas variables.

#### **3.4.1 Resultados de la autoestima en los adolescentes de la preparatoria Colegio de Ciencias y Humanidades (CCH) de Uruapan, Michoacán.**

Esta investigación está apegada a la definición de la autoestima de Coopersmith, que fue el creador de uno de los estudios más representativos para

evaluar la autoestima, la cual define 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. En resumen, la autoestima es un juicio personal sobre la valía que se expresa en las actitudes que el individuo manifiesta hacia sí” (citado por Crozier; 2001: 205).

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

La media en el nivel de autoestima general fue de 52. La media es la suma de un conjunto de datos, dividida entre el número de medidas (Elorza; 2007).

De igual modo se obtuvo la mediana, que es el valor medio de un conjunto de valores ordenados donde nos permite ubicar el centro de los datos y hacia donde se inclinan (Elorza; 2007). Este valor fue de 54.

De acuerdo con este mismo autor, la moda es la media que ocurre con más frecuencia en un conjunto de datos, en cuanto a esta escala la moda fue de 54.

También se obtuvo el valor de una 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 en la escala de autoestima general es de 51.

Por otra parte, se obtuvo el puntaje de la subescala de autoestima social, encontrando una media de 52, una mediana de 56 y una moda representativa de 56. La desviación estándar fue de 8.

Asimismo, en la escala de autoestima escolar se encontró una media de 56, una mediana de 57 y una moda de 65. La desviación estándar fue de 14.

Adicionalmente, en la escala de autoestima en el hogar se obtuvo una media de 51, una mediana de 52 y una moda de 57. La desviación estándar fue de 11.

Finalmente, se obtuvo el puntaje de autoestima total, encontrándose una media de 52, una mediana de 54, una moda de 54 y una desviación estándar de 13.

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 de estudio se ubica dentro de los rangos normales, de acuerdo con los puntajes de las medidas de tendencia central obtenidas. Asimismo, los puntajes que muestra la desviación estándar en las distintas subescalas indican que hay poca dispersión en los datos.

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 17% de los sujetos se ubican por debajo de T 40; en la subescala de autoestima social el porcentaje de sujetos es de 13%; mientras que en la subescala de autoestima escolar es de 16%; el porcentaje de sujetos con puntajes por debajo de T 40 en la subescala autoestima en el hogar es de 24%. Finalmente, el porcentaje con nivel bajo de autoestima total es de 17%. Estos resultados se aprecian de manera gráfica en el Anexo 2.

Los resultados mencionados anteriormente indican que hay pocos casos preocupantes en la muestra de estudio, es decir son pocos los alumnos que presentan deficiencias en su autoestima, siendo la escala de autoestima en el hogar, donde se encontraron mayor cantidad de casos con puntajes bajos, esto quiere decir que no hay problemática generalizada en cuestión de autoestima.

### **3.4.2 Indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en los adolescentes del Colegio de Ciencias y Humanidades (CCH) de Uruapan, Michoacán.**

De acuerdo con lo señalado en el segundo capítulo, los trastornos alimentarios se “caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria” (APA; 2002: 553).

Existen dos tipos de trastornos alimentarios: la anorexia y la bulimia, la primera antes mencionada se define como el “deseo intenso de pesar cada vez menos, gran miedo al hecho de estar obesa y un peculiar trastorno del esquema corporal que hace que las pacientes se vean más gordas de lo que están en realidad”, para lograr esto hacen ejercicio físico excesivo, reducen mucho su alimentación y buscan la manera de desechar el alimento por medio del vómito o utilizando laxantes (Jarne y Talarn; 2000: 150).

Por otro lado, la bulimia es “un trastorno que se caracteriza por un modelo de alimentación anormal, con episodios de ingesta voraz seguidos por maniobras para eliminar las calorías ingeridas.” Casos como este en ocasiones su alimentación es moderada o normal, mientras que en otras se conforma por periodos de alimento excesivo para posteriormente terminar en vómito, a continuación, el sujeto tiene sentimientos de enojo, tristeza y autocompasión o menosprecio (Jarne y Talarn; 2000: 164).

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

En la escala de obsesión por la delgadez se obtuvo una media de 59, una mediana de 62, una moda de 32 y una desviación estándar de 26.

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 68, una mediana de 69, una moda de 47 y una desviación estándar de 20.

La escala de bulimia evalúa la tendencia a tener pensamientos o a 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: bulímica y restrictiva (Garner; 1998).

Por otra parte, en la escala de insatisfacción corporal se obtuvo una media de 50, una mediana de 49, una moda de 37 y una desviación estándar de 22.

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 45, una mediana de 44, una moda de 18 y una desviación estándar de 24.

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 76, una mediana de 82, una moda de 99 y una desviación estándar de 24.

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

En la escala de desconfianza interpersonal se obtuvo una media de 59, una mediana de 64, una moda de 19 y una desviación estándar de 27.

La escala de desconfianza interpersonal evalúa el sentimiento general de alineación 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 de 59, una mediana de 57, una moda de 12 y una desviación estándar de 29.

Esta escala mide el grado de confusión o dificultad para reconocer y responder adecuadamente a los estados emocionales y 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 69, una mediana de 79, una moda de 47 y una desviación estándar de 26.

La escala de miedo a la madurez evalúa el deseo de regresar a la seguridad de la infancia. En especial se identifica el temor a las experiencias psicológicas o biológicas relacionadas con el peso de la adultez (Garner; 1998).

En la escala de ascetismo se obtuvo una media de 59, una mediana de 61, una moda de 40 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 sacrificio, la auto superación y el control de las necesidades corporales (Garner; 1998).

En la escala de impulsividad se obtuvo una media de 61, una mediana de 65, una moda de 14 y una desviación estándar de 27.

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 58, una mediana de 57, una moda de 19 y una desviación estándar de 24.

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, esto es, por arriba del percentil 70. Así, se ubicarán las escalas en las que hay mayor incidencia de casos preocupantes sobre el problema de trastornos alimentarios.

En la escala de obsesión por la delgadez, el 44% de sujetos se encuentra por arriba del percentil 70; en la escala de bulimia, el porcentaje fue de 44%; en la de insatisfacción corporal, el 21%; en la de ineficiencia, el 18%; en la de perfeccionismo, el 64%; en la que respecta a la desconfianza interpersonal, 41%; en la de confianza introceptiva, 40%; respecto a la de miedo a la madurez, 59% ; en la de ascetismo, 42%; en la de impulsividad, 44% y finalmente, en la escala de inseguridad social, el 33%. Estos datos se pueden observar gráficamente en el Anexo 4.

En función de los datos anteriores, se puede afirmar que los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en esta muestra, se encuentran

porcentajes altos en sujetos con puntajes preocupantes, por lo que sería conveniente establecer medidas de contención e intervención para dichos estudiantes.

### **3.4.3 Descripción de la correlación 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.

Baile, Raich & Garrido asumen que una alteración de la imagen corporal (insatisfacción corporal) se ha considerado clave dentro de los posibles factores predisponentes, y otra alteración (distorsiones perceptivas del tamaño corporal) como un criterio diagnóstico. Así, tenemos que esta aproximación teórica considera que las alteraciones de la imagen corporal incluyen una distorsión perceptiva de la talla que conlleva una sobreestimación de partes del cuerpo y una alteración cognitivo-afectiva asociada a la insatisfacción y preocupación por la figura, contemplando de igual forma que ambas alteraciones se encuentran estrechamente relacionadas. (Sánchez y cols.; 2010: 25).

En la investigación realizada en la preparatoria Colegio de Ciencias y Humanidades (CCH) de Uruapan, Michoacán, se encontraron los siguientes resultados:

Entre el nivel de autoestima y la escala de obsesión por la delgadez existe un coeficiente de correlación de -0.30 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson.

Esto significa que entre la autoestima y la escala de obsesión por la delgadez existe una correlación negativa débil, no significativa, de acuerdo con la clasificación de correlación que plantean Hernández y cols. (2014).

Para conocer la influencia que existe entre el nivel de autoestima y la obsesión por la delgadez, se obtuvo la varianza de factores comunes ( $r^2$ ), donde mediante un porcentaje se indica el grado en que las variables se encuentran correlacionadas. Para obtener esta varianza solo se eleva al cuadrado el coeficiente de correlación obtenido mediante la “r” de Pearson (Hernández y cols.; 2014).

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.09, lo que significa que entre la autoestima y la escala de obsesión por la delgadez hay una relación del 9%.

Por otra parte, entre el nivel de autoestima y la escala de bulimia existe un coeficiente de correlación de -0.39 de acuerdo con la prueba de “r” de Pearson. Esto significa que existe una correlación negativa media, significativa. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.15, lo que significa que entre la autoestima y la escala de bulimia hay una relación del 15%.

Asimismo, entre el nivel de autoestima y la escala de insatisfacción corporal existe un coeficiente de correlación de -0.34 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto significa que existe una correlación negativa media, significativa. El

resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.11, lo que significa que entre la autoestima y la escala de insatisfacción corporal hay una relación del 11%.

Adicionalmente, se encontró que entre el nivel de autoestima y la escala de ineficacia existe un coeficiente de correlación de -0.70, de acuerdo con la prueba de "r" de Pearson. Esto significa que entre estas variables existe una correlación negativa fuerte, significativa. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.49, lo que significa que entre la autoestima y la escala de ineficacia hay una relación del 49%.

Por otra parte, entre el nivel de autoestima y la escala de perfeccionismo existe un coeficiente de correlación de -0.11 de acuerdo con la prueba de "r" de Pearson. Esto significa que existe una correlación negativa débil, no significativa. 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 -0.51 de acuerdo con la prueba "r" de Pearson. Esto significa que entre las variables existe una correlación negativa fuerte, significativa. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.26, lo que significa que entre la autoestima y la escala de desconfianza interpersonal hay una relación del 26%.

De igual manera, se pudo saber que entre el nivel de autoestima y la escala de conciencia introceptiva existe un coeficiente de correlación de -0.56 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto significa que existe una correlación negativa fuerte, significativa. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.32, lo que significa que entre la autoestima y la escala de conciencia introceptiva hay una relación del 32%.

Adicionalmente se calculó que entre el nivel de autoestima y la escala de miedo a la madurez existe un coeficiente de correlación de -0.27 de acuerdo con la prueba de “r” de Pearson. Esto significa que entre dichas variables existe una correlación negativa débil, no significativa. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.07, lo que significa que entre la autoestima y la escala de miedo a la madurez hay una relación del 7%.

Entre el nivel de autoestima y la escala de ascetismo existe un coeficiente de correlación de -0.38 de acuerdo con la prueba de “r” de Pearson. Esto significa que existe una correlación negativa media, significativa. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.15, lo que significa que entre la autoestima y la escala de ascetismo hay una relación del 15%.

Por otro lado, se encontró que entre el nivel de autoestima y la escala de impulsividad existe un coeficiente de correlación de -0.48 de acuerdo con la prueba de “r” de Pearson. Esto significa que existe una correlación negativa media, significativa. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.23, lo que

significa que entre la autoestima y la escala de impulsividad hay una relación del 23%.

Finalmente, se obtuvo que entre el nivel de autoestima y la escala de inseguridad social existe un coeficiente de correlación de -0.67, de acuerdo con la prueba de “r” de Pearson. Esto significa que entre la autoestima y la escala referida existe una correlación negativa fuerte, significativa. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.45, lo que significa que entre la autoestima y la escala de Impulsividad hay una relación del 45%.

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

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

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

En función de los resultados presentados, se confirma la hipótesis de trabajo, que afirma que la autoestima está significativamente relacionada con los trastornos

alimentarios en los alumnos del Colegio de Ciencias y Humanidades (CCH) del ciclo 2013-2014 de Uruapan, Michoacán, para las escalas de bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, desconfianza interpersonal, introceptiva, ascetismo e impulsividad e inseguridad social. Asimismo, se confirma la hipótesis nula para las escalas de obsesión por la delgadez, perfeccionismo y miedo a la madurez.

## CONCLUSIONES

Una vez presentados los resultados de la investigación y su correspondiente interpretación, se concluye verificando la hipótesis de trabajo a nivel preparatoria, la cual indica que existe una correlación significativa entre la autoestima y los indicadores de los trastornos alimenticios en la muestra de estudio, para la mayoría de las escalas, exceptuando obsesión por la delgadez, perfeccionismo y miedo a la madurez.

En el capítulo uno se cumplieron los objetivos particulares referidos a las variables autoestima, es decir los objetivos uno y dos. En el capítulo dos se dio cumplimiento a los objetivos teóricos tres y cuatro, que hablan sobre la variable trastornos alimentarios. Asimismo, se dio cumplimiento a los objetivos empíricos cinco y seis, con la medición y análisis de los resultados de las variables presentados en el capítulo tres.

Con el cumplimiento de los objetivos particulares, fue posible lograr el objetivo general de la investigación, el cual plantea determinar la influencia de la autoestima en los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en los adolescentes de la preparatoria Colegio de Ciencias y Humanidades (CCH) de Uruapan, Michoacán. Esto se muestra sobre todo en el apartado de interpretación de resultados.

Dentro de los hallazgos más sobresalientes del estudio, se encontró que la autoestima está significativamente relacionada con los trastornos alimentarios en los estudiantes de dicha preparatoria.

Como sugerencia para la continuación de la investigación, se podrían plantear estrategias para la contención e intervención de esta problemática en los alumnos de preparatoria, así como medidas preventivas a este respecto.

## BIBLIOGRAFÍA

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

Albala, Cecilia; Kain, Juliana; Burrows, Raquel; Díaz, Erik. (2000)  
Obesidad: Un desafío pendiente.  
Editorial Universitaria, A.C. Santiago de Chile.

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.

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; Cledes, 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. Madrid, España.
- Elorza Pérez-Tejada, Aroldo. (2007)  
Estadística para las ciencias sociales, del comportamiento y la salud.  
Editorial Cengage Learning. México.
- Euroméxico. (2005)  
¡Auxilio! ¿Qué hago con mis hijos...o con mis alumnos?  
Editorial Euroméxico. México.
- Garner, David M. (1998)  
Inventario de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2).  
TEA Ediciones. Madrid.
- González Arratia-López Fuentes, Norma Ivonne. (2001)  
Autoestima, medición y estrategias de intervención a través de una experiencia en la reconstrucción del ser.  
Universidad Autónoma del Estado de México. Toluca, México.
- Hernández Sampieri, Roberto; Fernández Collado, Carlos; Baptista Lucio, Pilar. (2014)  
Metodología de la investigación.  
Editorial McGraw-Hill. México, D.F.
- 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. Distrito Federal, México.
- Lamb, Charles W.; Hair, Joseph F. Jr.; McDaniel, Karl. (2011)  
Marketing.  
Editorial Edamsa. México.
- Montoya, Miguel Ángel; Sol, Carmen Elena. (2001)  
Estrategias para vivir mejor con técnicas de PNL y desarrollo humano.  
Editorial Pax. Distrito Federal, México.

Myers, David G. (2005)  
Psicología social.  
Editorial McGraw-Hill Interamericana. México, D.F.

Oaklander, Violet. (1992)  
Ventanas a nuestros niños.  
Editorial Cuatro Vientos. Santiago de Chile.

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

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

Sánchez Sosa, Juan Carlos; Villarreal González, María Elena; Musitu Ochoa, Gonzalo. (2010)  
Psicología y desórdenes alimenticios. Un modelo de campo psicosocial.  
Edición Francisco Javier Galván Castillo. Monterrey.

## MESOGRAFÍA

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

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

Revista Chilena de Psicología.

[http://www2.udec.cl/~hbrinkma/articulo\\_coopersmith.pdf](http://www2.udec.cl/~hbrinkma/articulo_coopersmith.pdf)

Contreras Espinosa, Ruth Sofhía; González Romo, Zahaira Fabiola. (2010)

“Estudio y análisis de los trastornos del comportamiento a través de las revistas científicas. Revisión bibliográfica de 2004 a 2008”.

Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de estudios superiores Iztacala.

Revista electrónica de Psicología de Iztacala. Vol. 13, No.1, Marzo 2010.

Recuperado de

<http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol13num1/Art6Vol13No1.pdf>

Hernández García, Mariamparo A. (2006)

“Las influencias familiar y social en la anorexia y la bulimia, el caso de Saltillo, México”

Epistemé. No. 8-9. Año 2, Octubre-Diciembre 2006.

Recuperado de [http://www.uvmnet.edu/investigacion/episteme/numero8y9-06/reportes/a\\_anorexia.asp](http://www.uvmnet.edu/investigacion/episteme/numero8y9-06/reportes/a_anorexia.asp)

López Coutiño, Berenice; Arias Ibáñez, Alba; Nuño Gutiérrez, Bertha. (2006)

“Una aproximación a la estructura familiar de mujeres con anorexia y bulimia”.

Instituto Mexicano del Seguro Social.

Recuperado de <http://www.tallersur.com/adolesc/libros/libroanorexia.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](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082009000200004&script=sci_arttext)

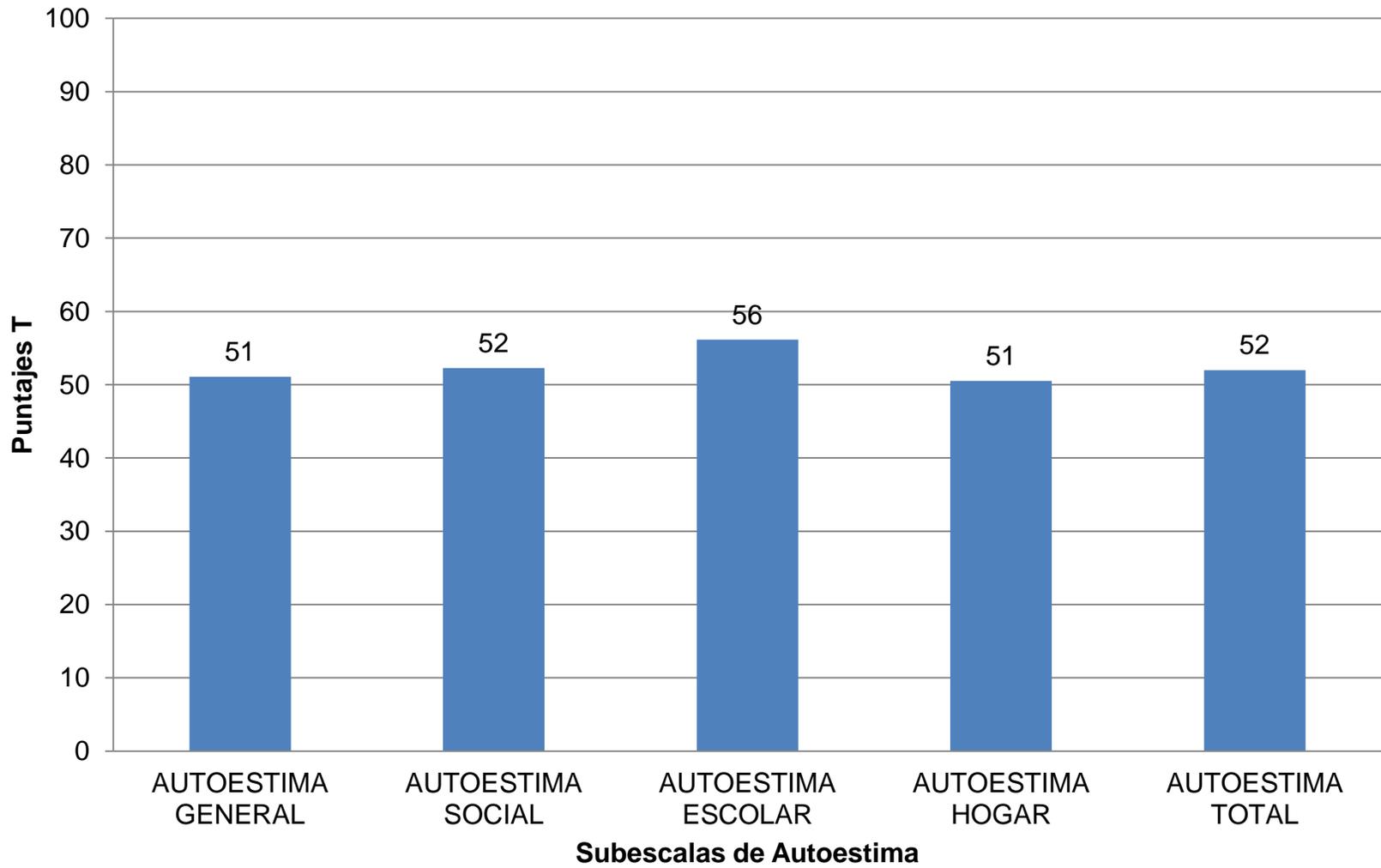
Paz Gatica, M. (2010)

“Inventario de Autoestima de Coopersmith Adultos.”

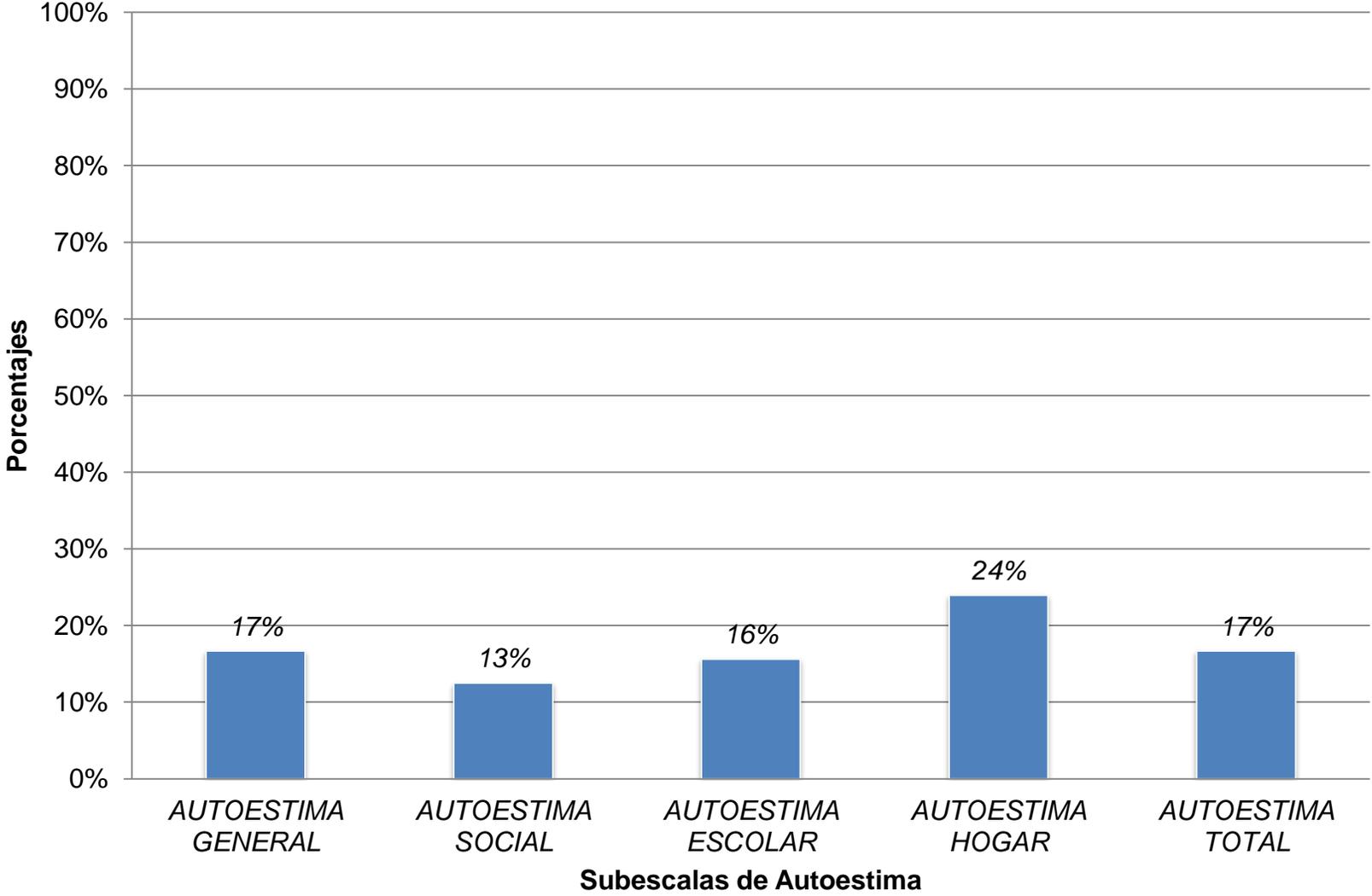
Recuperado de

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

**ANEXO 1**  
**Media Aritmética de la Escala de Autoestima**

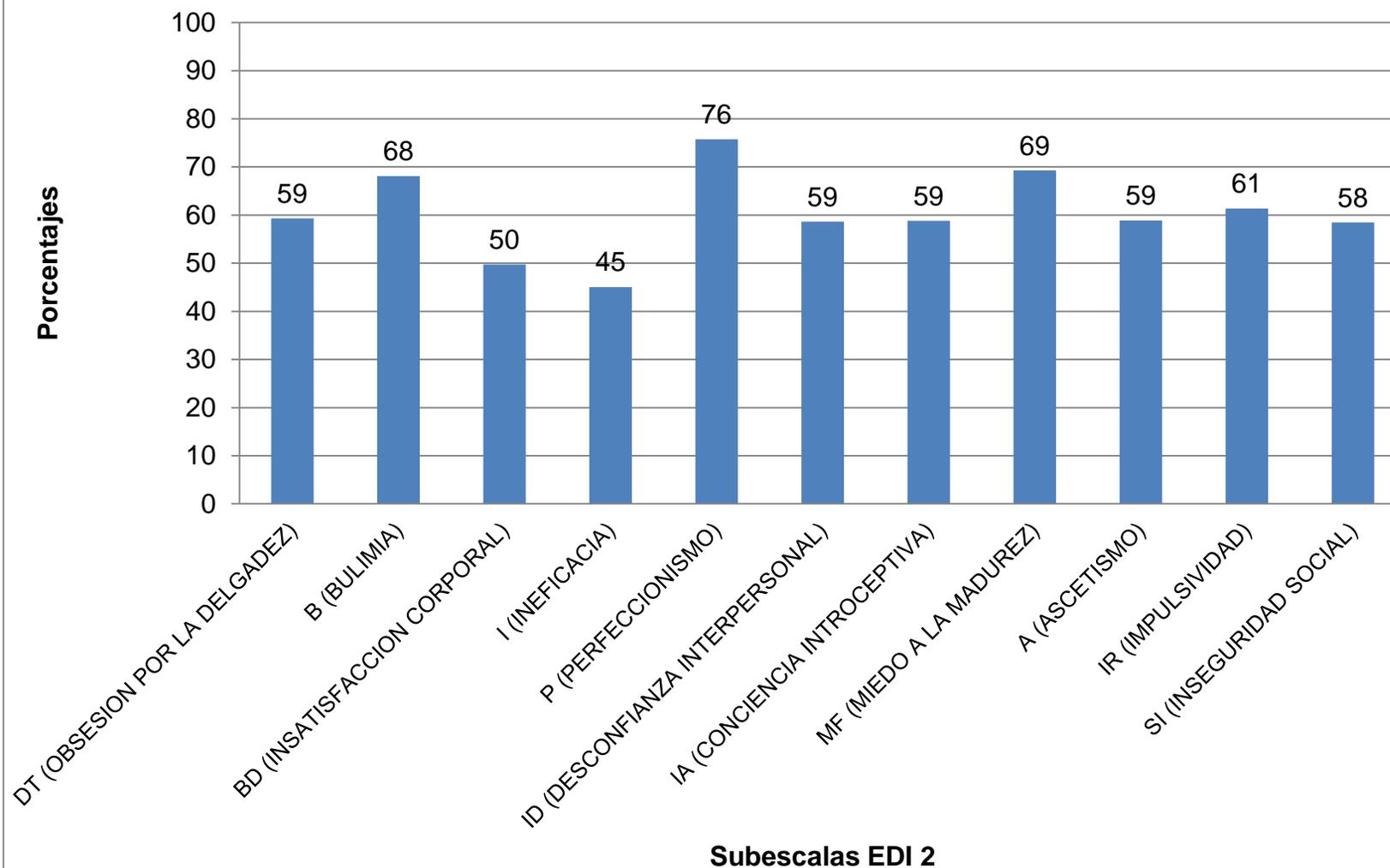


**ANEXO 2**  
**Porcentaje de Sujetos con Puntajes Preocupantes en la Autoestima**



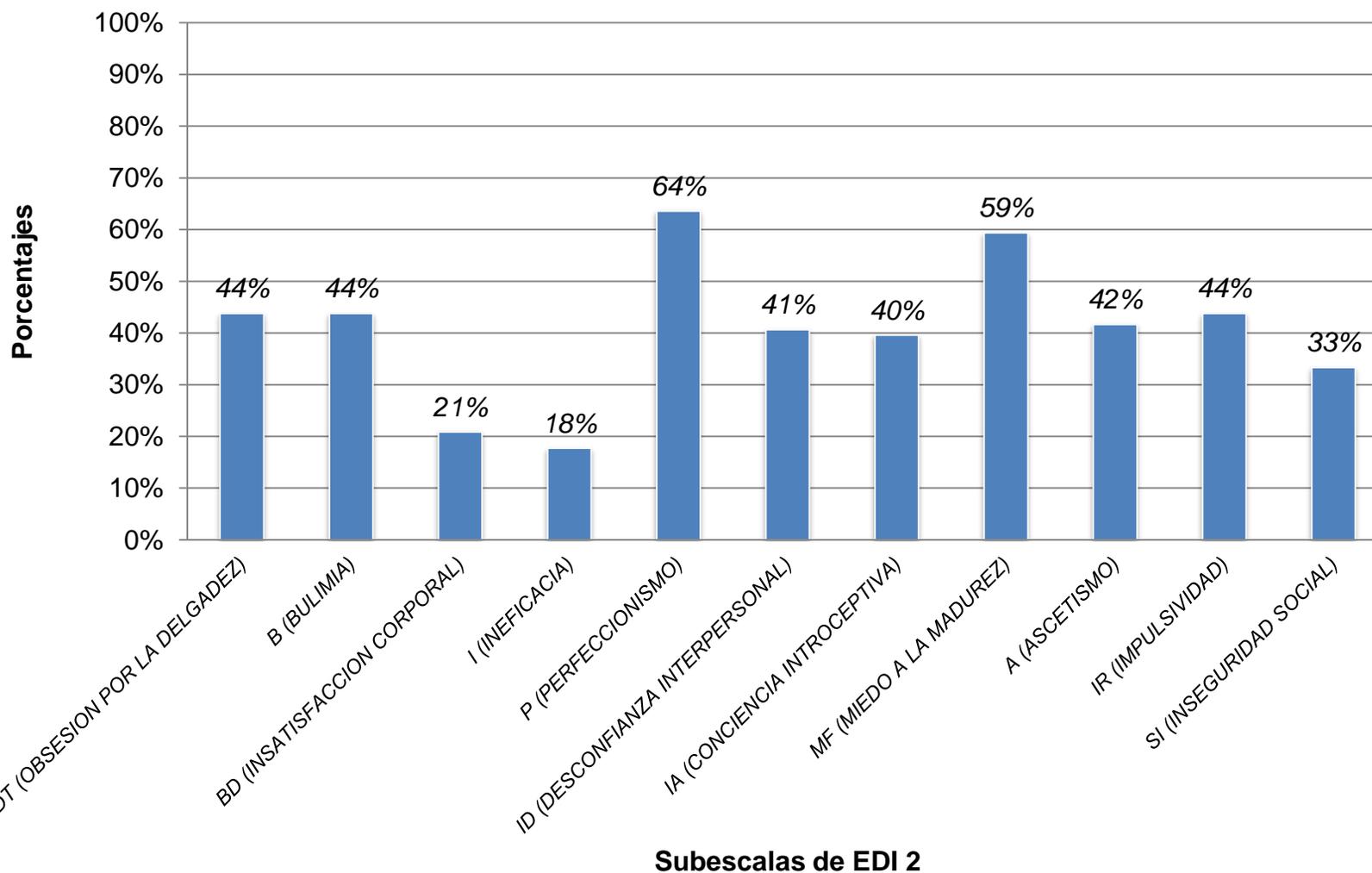
### ANEXO 3

#### Media Aritmética de los Indicadores Psicológicos Asociados a los Trastornos Alimenticios



### ANEXO 4

## Porcentaje de Sujetos con Puntajes Preocupantes en los Indicadores Psicológicos de los Trastornos Alimentarios



## ANEXO 5

### Correlación entre el Nivel de Autoestima y los Indicadores Psicológicos de los Trastornos Alimenticios

