



UNIVERSIDAD DON VASCO, A.C.

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

Escuela de Psicología

INFLUENCIA DE LA AUTOESTIMA EN LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS DE LOS ALUMNOS DEL COLEGIO CASA DEL NIÑO DE URUAPAN MICHOACÁN

Tesis

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

Presenta:

Jessica Alejandrina Romero Villagómez

Asesor: Lic. Leticia Espinosa García

Uruapan, Michoacán, a 7 de febrero de 2014.



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.	4
Objetivos.	5
Hipótesis.	6
Operacionalización de las variables.	7
Justificación.	7
Marco de referencia.	9

Capítulo 1. La autoestima.

1.1 Conceptualización de la autoestima.	12
1.2 Importancia de la autoestima.	14
1.3 Origen y desarrollo de la autoestima.	17
1.4 Componentes de la autoestima.	20
1.5 Características de la autoestima.	23
1.6 Pilares de la autoestima.	28
1.7 Niveles de la autoestima.	32

Capítulo 2. Trastornos de alimentación.

2.1 Antecedentes.	40
2.2 Definición y características clínicas de los trastornos alimentarios.	41

2.2.1 Anorexia nerviosa.	41
2.2.2 Bulimia nerviosa.	44
2.2.3 Obesidad.	49
2.2.4 Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas.	49
2.2.5 Vómitos en otras alteraciones psicológicas.	50
2.2.6 Trastorno por atracón.	50
2.2.7 Trastorno de la conducta alimentaria en la infancia.	51
2.3 Esfera oroalimenticia en el infante.	56
2.3.1 Organización oroalimenticia.	57
2.3.2 Alteraciones en la esfera oroalimentaria.	58
2.4 Perfil de las personas con trastornos de alimentación.	60
2.5 Causas del trastorno alimenticio.	62
2.5.1 Factores predisponentes individuales.	62
2.5.2 Factores predisponentes familiares.	65
2.5.3 Factores socioculturales.	67
2.6 Percepción del cuerpo en el trastorno alimenticio.. . . .	69
2.7 Factores que mantienen los trastornos alimenticios.	72
2.8 Trastornos mentales asociados a los trastornos alimenticios.	73
2.9 Tratamiento de los trastornos alimenticios.	76

Capítulo 3. Metodología, análisis e interpretación de resultados.

3.1 Descripción metodológica.	81
3.1.1 Enfoque cuantitativo.	82
3.1.2 Investigación no experimental.	84

3.1.3 Diseño transversal o transeccional.	84
3.1.4 Alcance correlacional.	85
3.1.5 Técnicas de recolección de datos..	86
3.2 Población y muestra.	87
3.3 Descripción del proceso de investigación.	89
3.4 Análisis e interpretación de resultados.	92
3.4.1 Nivel de autoestima de los alumnos de primero de secundaria del colegio Casa del Niño.	92
3.4.2 Indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios de los alumnos de primero de secundaria del Colegio Casa del Niño.	94
3.4.3 Relación entre el nivel de autoestima y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios.	97
Conclusiones	103
Bibliografía	105
Mesografía	108
Anexos.	

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, los trastornos alimentarios se han convertido en un problema de salud que influye cada vez más en la sociedad, esto ha ocasionado que en algunas situaciones, quien padece esta perturbación llegue incluso a la muerte. Mayormente, las personas que llegan a padecer estos trastornos, suelen padecer un bajo nivel de autoestima, por lo que se considera que estos dos factores se encuentran fuertemente ligados

Antecedentes.

Se entiende a la autoestima como “un proceso de autoevaluación en la que el sujeto se define a sí mismo, concluyendo con la satisfacción o inaceptación personal” (Delgado; 2010: 36). La variabilidad de esta autoevaluación en los extremos, puede ocasionar que se llegue a una egomanía o, por el lado contrario, crear un trastorno que dañe la salud del afectado.

Esta variable es una valoración propia que se adquiere conforme se va desarrollando el infante, es influida inicialmente por el entorno inmediato y posterior a esto, la sociedad también la afectará. Debido a esto, la autoestima se considera dinámica, ya que se encuentra en constante variación.

Algunas de las problemáticas que podría presentar el aquejado, sería desarrollar un trastorno alimentario. Según Zagalaz y cols. (2002: 2), este padecimiento se puede definir como un trastorno de la conducta que está relacionado con la alimentación, “se conocen también como desordenes o trastornos del comer, de la ingesta, alimenticios, de la conducta alimentaria, etc.”

Algunos de los trastornos alimentarios que se presentan con mayor frecuencia son: anorexia nerviosa y bulimia.

Según Lahortiga y Cano, la anorexia nerviosa es un trastorno que se presenta en la conducta alimentaria de la persona, está caracterizado por “una pérdida progresiva de peso, que puede llegar a ser causa de una severa desnutrición provocada por la misma paciente por medio de una disminución de la ingesta de alimentos, por evitación de aquellos que engordan y por conductas encaminadas a la pérdida de peso como pueden ser: vómitos, abuso de laxantes o ejercicio físico intenso” (citado por Juárez; 2012: 54-55).

Mientras que la bulimia se define como “la ingesta rápida de alimentos ante una ausencia de los mismos por un periodo de tiempo; poco después se presenta el vómito” (Paz; 2012: 42).

A continuación se mencionarán algunas publicaciones en las que se estudiaron las variables de autoestima y trastornos alimentarios.

La investigadora García, en 2012, realizó una investigación llamada “Nivel de autoestima en los estudiantes obesos de educación media, caso Escuela Secundaria Federal No. 2, de Uruapan, Michoacán”. El estudio tuvo un enfoque cuantitativo, con un diseño no experimental y extensión transversal. Las técnicas utilizadas para dicho estudio incluyeron el uso de la técnica del método del Índice de Masa corporal de Korbam, mientras que para medir la autoestima se utilizó la Prueba de Autoestima Juvenil (PAJ) de Benítez y García. Esta indagación fue realizada “con la población que asiste la Escuela Secundaria Federal N° 2 de la ciudad de Uruapan, Michoacán, quienes son adolescentes, hombres y mujeres, entre los 12 y 15 años de edad” (García; 2012: 82). A los resultados que llegó la investigadora fueron: que los alumnos de la institución referida, presentan obesidad y un nivel de autoestima bajo, por lo que “se identificó que el área de autoestima más afectada negativamente en dichos alumnos, fue la autoimagen” (García; 2012: 95).

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

Para la presente investigación se tomó en cuenta una población estudiantil que cuenta con edades de entre 11 y 13 años. Dicho sujetos se encuentran inscritos en el Colegio Casa del Niño, localizado en la ciudad de Uruapan, Michoacán.

Planteamiento del problema.

En la actualidad, los estereotipos de un hombre y una mujer se modifican paulatinamente, hasta llegar a una imagen corporal que la mayoría de la sociedad no puede lograr. Esto ha repercutido en los adolescentes, ya que se encuentran en una etapa del desarrollo humano en la que se pretende tener aceptación social, y para esto consideran que los estereotipos presentados por los medios de comunicación masiva, representan la imagen correcta que se debe adquirir.

Se ha visto que las personas con un autoestima baja, tienden mayormente a sufrir algún trastorno alimenticio en alguna etapa del desarrollo; se tiene un mayor índice durante la adolescencia, debido a los altibajos que se presentan en ese momento de la vida, y a su vez, con mayor incidencia en el sexo femenino.

Aunque se han realizado estudios sobre estas dos variables, no se han llegado a resultados concluyentes sobre la relación existente entre ellas.

Particularmente, en el Colegio Casa del Niño no se han estudiado con suficiencia estos fenómenos, por lo cual se pretende dar respuesta a la siguiente interrogante:

¿En qué medida se relaciona la autoestima con los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en los alumnos de primero de secundaria del Colegio Casa del Niño, de la ciudad de Uruapan, Michoacán?

Objetivo general.

Establecer la relación existente entre los niveles de autoestima y los trastornos alimentarios en los alumnos de primero de secundaria del Colegio Casa del Niño, de la ciudad de Uruapan, Michoacán.

Objetivos particulares.

1. Definir el concepto de autoestima.
2. Analizar las principales aportaciones teóricas referidas a la autoestima.
3. Definir los trastornos alimenticios.
4. Identificar los factores que influyen en el desarrollo de los trastornos alimentarios.
5. Analizar las principales aportaciones teóricas referidas a los trastornos alimenticios.
6. Medir los niveles de autoestima de los alumnos de primer grado de la secundaria Casa del Niño.
7. Evaluar la presencia de los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios de los alumnos de primer grado de la secundaria Casa del Niño.

Hipótesis.

Para que una investigación sea considerada como científica, debe ser fundamentada en estudios y para esto, se necesita plantear hipótesis, las cuales “indican lo que tratamos de probar y se definen como explicaciones tentativas del fenómeno investigado” (Hernández y cols.; 2010: 92).

Específicamente, en las investigaciones correlacionales se requiere mostrar la relación que tienen las variables a investigar. Por lo que en la presente indagación se pretende corroborar alguna de las siguientes.

Hipótesis de trabajo.

El nivel de autoestima se relaciona significativamente con la presencia de indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en los alumnos de primero de secundaria del Colegio Casa del Niño, de la ciudad de Uruapan, Michoacán.

Hipótesis nula.

No existe relación significativa entre el nivel de autoestima y la presencia de indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en los alumnos de primero de secundaria del Colegio Casa del Niño, de la ciudad de Uruapan, Michoacán.

Operacionalización de las variables.

Las variables que se tomaron en cuenta a desarrollar en el presente trabajo son: autoestima y trastornos alimentarios. Para poder realizar una medición de dichos tópicos, se utilizaron pruebas psicométricas estandarizadas, de las cuales se hará mención enseguida.

Se tomó como indicador de la presencia de la variable de autoestima, el puntaje normalizado que proporcionó la administración del test psicométrico denominado TAE-ALUMNO. Esta prueba psicométrica posee los estándares de validez la disciplina psicológica. Permite conocer la autoestima general de niños de 8 a 13 años de edad, y ayuda a determinar si el rendimiento escolar que tienen es normal o menor al que se espera.

Por otra parte, se utilizó como indicador de la otra variable el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI 2) de David M. Garner, el cual mide los indicadores psicológicos asociados a los trastornos de la conducta alimentaria. En él se encuentra la medición de 11 escalas y los resultados se presentan en percentiles. Esta prueba se puede aplicar desde los 11 años de edad.

Justificación.

Se ha demostrado que la juventud es influenciada por todo lo que le rodea, ya que estos sujetos se encuentran en la búsqueda de su identidad. Sin embargo, en

algunas ocasiones esta influencia no es positiva, un ejemplo de esto, son los trastornos alimentarios, y la motivación que los adolescentes tienen ante esta condición, por lo que es necesaria una investigación referente a la influencia de los niveles de autoestima en el desarrollo de los trastornos alimentarios.

Por medio de la presente investigación, se pretende beneficiar al Colegio Casa del Niño, ya se demuestra la problemática que afecta a la población estudiantil, con la ayuda de pruebas psicométricas que facilitan la identificación de los niveles de autoestima y los trastornos alimentarios. Lo anterior puede derivar en el apoyo de los estudiantes o en un taller para padres, que esté dirigido a la identificación de los síntomas que pueden presentar sus hijos, y con esto prevenir el desarrollo de los trastornos.

En el área de la psicología clínica se quiere ayudar al estudio de los trastornos alimentarios, con referencia específica a la etapa de la adolescencia, ya que en dicho momento del desarrollo humano, es constante el desequilibrio emocional, aunado a la constante influencia social mediante estereotipos; de igual manera, se contribuye a la psicología educativa, ya que la investigación se realizó en una institución académica, con una población estudiantil cuyas edades fluctúan entre los 11 y 13 años de edad.

Marco de referencia

El Colegio Casa del Niño es una institución de índole religiosa, en sus orígenes fue fundada por el siervo de Dios, padre José Ochoa Gutiérrez, el 8 de diciembre de 1954, como una obra social en la que se proporcionaba formación religiosa, empleo en algunos talleres, casa a un bajo costo y con facilidades de pago, dispensario para la atención de enfermos pobres, educación para los niños de corta edad y preparación para enfermería, cocina y bordado.

Con el tiempo y al notarse la demanda educativa, se formó la primaria, posteriormente la secundaria y debido al crecimiento de la ciudad de Uruapan, se integró la preparatoria, por lo que el rango de edades que tienen los estudiantes que se encuentran en esta institución es de 4 a 18 años de edad.

El objetivo de dicha institución es “promover en los alumnos su desarrollo integral, mediante el estudio responsable de las ciencias humanas, el cultivo sano del cuerpo para tener una mente sana, la formación de hábitos que lo conduzcan a la vivencia de valores humano-evangélicos, y el desarrollo de un criterio libre y responsable que los capaciten a colaborar en la transformación de la sociedad, teniendo como modelo a la Sagrada Familia”. Mientras que los valores que intenta fomentar son los de: responsabilidad, oración, trabajo, sencillez, silencio, solidaridad, respeto, tolerancia, honradez y fraternidad.

La institución se encuentra situada en la Calle del Niño #11, en la Colonia Casa de Niño, C.P. 60090, en la ciudad de Uruapan, Michoacán. Cuenta con dos canchas

de fútbol, dos de básquetbol techadas y dos de vólibol; un auditorio el cual se renta para que se realicen eventos de otras instituciones y se emplea para las propias, una capilla en la que se tienen misas programadas, un monumento a la Virgen situado en el patio principal y rodeado por jardín, un estacionamiento, cooperativas compartidas para los diferentes niveles, biblioteca, baños para niños, niñas, jóvenes y docentes (separados por géneros).

La sección secundaria tiene 472 alumnos inscritos en los tres grados de secundaria. Se tiene 12 salones: cuatro de cada grado. Gran parte de la matrícula pertenece a la clase media y media baja; pocos son de clase alta. El 48% pertenece a familias disfuncionales: madres solteras, divorciadas, viviendo con tíos o abuelos. 52% pertenece a familias integradas, sobre de todo de clase media a baja. Un 4% experimenta problemas que pueden derivar en divorcio. La mayoría de las familias integradas tiene problemas de presencia, por trabajar ambos progenitores.

La población estudiantil con la que figura esta comunidad, es de las diferentes colonias de la ciudad, de algunas localidades cercanas a la región e inclusive de diferentes religiones o jóvenes que se declaran no creyentes, siempre y cuando respeten las reglas que se establecen y los valores.

Dicha sección del Colegio cuenta con 28 docentes para impartir las diferentes asignaturas a nivel secundaria (Español, Matemáticas, Ciencias, Inglés, Formación Cívica y Ética, Sociales, Educación Física, Tecnología y Artes), a la vez, se encargan de las comisiones que se les asignen (Disciplina, Higiene, Deportes, Técnico-

Pedagógica, Valores y Religión, Sociales y Cultura). Existe un departamento psicopedagógico y de secretaría en el cual se encuentran dos señoritas atendiendo; las personas que se encuentran en el área de intendencia desarrollan funciones de mantenimiento, aseo, cooperativa y vigilancia. La persona que se encuentra actualmente a cargo de la dirección es el Hno. Enrique Maciel Sánchez.

CAPÍTULO 1

LA AUTOESTIMA

Para realizar este capítulo fue necesario definir la autoestima, por lo que se hizo mención de algunos autores que se enfocaron en su estudio, adicionalmente, se indicaron los seis pilares de la autoestima con su respectiva importancia para el ser humano.

La autoestima tiene diferentes características, dependiendo del autor que realice el estudio, al igual que sus componentes. Para concluir, se señalaron algunos aspectos de la medición de esta variable, tomando en consideración algunas de las pruebas psicométricas creadas para ello.

1.1 Conceptualización de la autoestima.

Según Alcántara (1990), la autoestima es la actitud que tiene cada individuo hacia uno mismo, teniendo en cuenta que en esto se relacionan las emociones, pensamientos y sentimientos. El autor considera que la autoestima es “una estructura funcional de mayor eficacia y solidez que engloba y orienta todo el dinamismo humano” (Alcántara; 1990: 18); por lo que dicho atributo es una estructura consciente que se va modificando con el paso del tiempo, debido a las diferentes circunstancias que van aconteciendo en la vida del ser humano.

Mientras tanto, Branden (2011) indica que la autoestima es la experiencia por la cual se puede tener una vida en la que se puedan cumplir los retos que se presenten en la cotidianidad de una forma significativa, ya sea favorable o desfavorable para el individuo, esto dependerá del nivel de autoestima que muestre.

Para Clark y cols. “la autoestima es el concepto que tenemos de nuestra valía, se basa en todos los pensamientos, sentimientos, sensaciones y experiencias que sobre nosotros mismos hemos ido recogiendo durante nuestra vida” (2000: 11). Con lo que se determina que la autoestima es una característica que varía de una persona a otra, ya que cada individuo tiene experiencias únicas que afectan el desarrollo de dicha característica.

Por otra parte, Coopersmith, en el año 1967, describió la autoestima como “la evaluación que hace y mantiene habitualmente la persona con respecto a sí misma: expresa una actitud de aprobación o desaprobación e indica el grado en el que el individuo se cree capaz, destacado, con éxito y valioso. 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). Por lo que, al ser el individuo su propio juez respecto a las actitudes, ideas y acciones que realiza, se concluye que nadie puede tener la misma percepción que otro.

Por consiguiente, la autoestima es una característica humana necesaria para la supervivencia y para el desarrollo personal, originalmente es fomentada por los padres

y es modificada con el paso del tiempo por las experiencias que se adquieren, debido a esto, se considera que la autoestima es dinámica.

1.2 Importancia de la autoestima.

Para el ser humano es importante conocer la autoestima que tiene, ya que dependiendo de esto se tendrán logros o fracasos en la vida.

Alcántara (1990) considera que la autoestima es un rasgo humano que puede ayudar o perjudicar diferentes ámbitos de la vida en un individuo. Algunos de estos son:

- Aprendizaje: la autoestima rige el aprendizaje de los individuos de tal forma que puede tener fracaso o éxito dependiendo de la confianza que tenga en sí mismo; inclusive en algunas situaciones, depende de la percepción que las demás personas tengan sobre un individuo: cuando cambian esta idea sobre él, el sujeto hace un cambio en sí mismo.
- Supera las dificultades personales: “Cuando un alumno o cualquier persona goza de autoestima, es capaz de enfrentar los fracasos y los problemas que le sobrevengan” (Alcántara; 1990: 11). Esto indica que el sujeto tiene la facultad de aceptar los cambios que surjan; por el lado contrario, quien no tiene autoestima, no podrá enfrentar ninguna situación que se presente.

- Fundamenta la responsabilidad: es necesario tener responsabilidad, ya que sin esta, los individuos carecen de compromiso y confianza propia, de modo que no son capaces de encontrar los recursos necesarios para superar las dificultades en sí mismos.
- Apoya la creatividad: una persona creativa solamente puede formarse desde la confianza en su persona, habilidades y capacidades únicas.
- Determina la autonomía personal: esto se refiere a que las personas sean autosuficientes, que tengan aceptación propia y a la vez, que encuentren su identidad y que esta les ayude a orientarse en la sociedad.
- Posibilita una relación social saludable: “El respeto y el aprecio hacia uno mismo es la plataforma adecuada para relacionarse con el resto de las personas” (Alcántara; 1990: 13). Cuando alguien siente aprecio por sí mismo, tiene más facilidad para que las personas que se encuentran a su alrededor tengan aceptación por él.
- Garantiza la proyección futura de la persona: debido a esto, las personas con autoestima se fijan metas, o se autoimponen aspiraciones con la total confianza de poder lograrlas.
- Constituye el núcleo de la personalidad: en la adolescencia es cuando este punto se encuentra más perceptible, ya que es la etapa en la que las personas se encuentran en la búsqueda de encontrarse a sí mismas y definir quiénes son.

Para Branden, “decir que la autoestima es una necesidad básica del ser humano es lo mismo que decir que es esencial para el desarrollo normal y sano” (2010: 18). Considerando eso, el tener autoestima es necesario y fundamental para la vida cotidiana, y por consecuencia, para la supervivencia de las personas.

Es relevante el identificar la importancia que se merece la autoestima, ya que debido al nivel que se tenga de ella, ya sea positivo o negativo, será la repercusión que se tenga en la persona. Por ejemplo: puede proporcionar resistencia, fortaleza y capacidad de regeneración, para sanar emocionalmente con mayor facilidad o rapidez, mientras que si se tiene más énfasis en el lado negativo, estos atributos que se mencionaron anteriormente, perderán ímpetu en el individuo, lo que provocará que se enfoque en la evitación al dolor en lugar de experimentar la alegría.

Para Branden (2008), cada individuo debe adquirir y explotar ciertas características para desarrollar una sana autoestima, estas son: vivir conscientemente, autoaceptación, autorresponsabilidad, autoafirmación, vivir con determinación e integridad personal.

En el momento en el que se pretende entender a alguien, se debe conocer su autoestima, ya que en esta se tiene como determinante fundamental la autoevaluación, y “la naturaleza de esta evaluación tiene profundos efectos sobre el proceso de pensamiento de las personas, sus emociones, sus deseos, valores y objetivos. Es la clave más significativa para su conducta” (Branden; 2008:191-192).

Según Clark y cols. (2000), la autoestima es un factor que influye en todos los ámbitos de la vida cotidiana, por lo que si alguien tiene una correcta aceptación propia, es más factible que pueda realizar actividades, afrontar retos y resolver problemáticas con mayor facilidad.

En algunas ocasiones, las personas tienden a lograr la satisfacción personal con factores externos, es decir, consideran que adquiriendo objetos lograrán satisfacer un vacío interno, sin embargo, esto es una idea errónea, ya que en realidad, la satisfacción debe ser propia, de manera que si un individuo tiene la autoaceptación, aunque no tenga los bienes materiales, se esforzara por ser mejor.

1.3 Origen y desarrollo de la autoestima.

Con la autoestima no se nace, es algo que se va adquiriendo con el paso del tiempo y se modifica con las relaciones interpersonales del individuo; su entorno social es determinante para el desarrollo de su personalidad, así como de su autoestima.

Inicialmente, la autoestima se va creando en el entorno familiar, ya que es el primer contacto del infante; posteriormente, al irse introduciendo este en el ámbito escolar, los profesores y compañeros le ayudarán a que su autoestima siga la pauta de la familia.

Según Satir (2000), la autoestima puede ser moldeada desde que se es bebé, debido a que el ser humano, en su primer año de vida, considera que los sucesos que

ocurren a su alrededor son ocasionados por causa suya, ya sean conflictos o satisfacciones paternas. Para evitar que esta situación afecte al infante en cuestión, se recomienda a los progenitores que cada uno en un momento diferente, se acerque al bebé y demostrando cariño, se le diga que lo ocurrido no es por causa de él, con esto se pretende lograr que los conflictos que ocurran el infante no se los adjudique ni afecte de forma negativa su autoestima.

Para Alcántara (1990) existen ciertas directrices que podrían ayudar a que el infante comience a desarrollar una sana autoestima y un autoconcepto favorable, para esto, la familia se debe asegurar de proporcionar un ambiente en el que el menor pueda sentirse protegido y dentro del cual tenga la libertad para expresar sus ideas, sentimientos y cualquier otra característica que tenga, sin el temor de ser sancionado por sus comportamientos, sabiendo que cada acción negativa puede tener una consecuencia.

Branden (2008) considera que para que un infante pueda desarrollar apropiadamente su estima, es necesario que en su hogar tenga padres que le proporcionen amor, respeto y aceptación.

Si bien la autoestima es algo que se crea inicialmente con el apoyo paterno, e inicia su desarrollo generalmente en la infancia, es una virtud humana y se debe trabajar por mantenerla. A este respecto, “en términos generales, existen cinco áreas (interconectadas) que permiten al hombre disfrutar de la vida: el trabajo productivo, las relaciones humanas, el esparcimiento, el arte y el sexo” (Branden; 2008: 221-222).

En la adolescencia, la autoestima influye en el comportamiento, el valor propio, los pensamientos, el modo en que el sujeto se relaciona con los demás, aprende y siente. Mayormente se denotará en el comportamiento y esto afectará sus relaciones interpersonales. Incluso el desarrollo académico es favorable cuando se posee una sana estima, ya que los jóvenes que la poseen tienden a sobresalir académicamente, participan en clases, ayudan y logran afrontar los retos de forma creativa.

Tener una autoestima positiva, favorece en diferentes ámbitos al adolescente, pero uno de los más importantes es que “el adolescente con una autoestima convenientemente desarrollada tiene más oportunidades de fraguar su identidad durante esta etapa, mientras se prepara para la madurez y antes de enfrentarse a la total responsabilidad sobre su vida” (Clark y cols.; 2000: 41).

Como se ha mencionado previamente, los padres tienen gran influencia sobre la autoestima de sus hijos. Crozier (2001), indica que en el año de 1965, Rosenberg descubrió que los jóvenes que tenían sana autoestima, poseían padres que demostraban interés por ellos, por sus amigos y actividades.

Para tener favorables relaciones interpersonales, es necesario aceptar que todos los individuos son diferentes entre sí, que no existe nadie igual; por consiguiente, se debe realizar un esfuerzo por aceptarse a sí mismo, con todo lo que conlleva, ya sea respeto, aceptación, valor propio para poder aceptar a alguien más. Dicho en otras palabras, una autoestima fuerte es el medio que permite a los individuos ser más

humanos, saludables y felices, crear y conservar relaciones satisfactorias y ser adecuados, eficaces y responsables.

1.4 Componentes de la autoestima.

Para Alcántara (1990,) existen tres tipos de componentes de la autoestima: cognitivo, afectivo y conductual.

El componente cognitivo se refiere a lo que el individuo opina, piensa, cree y las ideas que tiene de sí mismo. Con esto se entiende que es el autoconcepto del cual se está hablando, este “a su vez se hace servir y acompañar por la autoimagen o representación mental que un sujeto tiene de sí mismo en el presente y en las aspiraciones y expectativas futuras” (Alcántara; 1990: 19).

El segundo componente que es el afectivo, ya que hace mención a la valoración propia que tiene cada sujeto, ya sea positiva, negativa o que haya ausencia de esta.

El tercer componente es el conductual, con el que se denota la acción o comportamiento coherente para llegar a un propósito. Dentro de este elemento se encuentra lo que es la autoafirmación, que está “dirigida hacia el propio yo y en busca de consideración y reconocimiento por parte de los demás” (Alcántara; 1990: 20).

Por otro lado, Branden (2008), hace mención de que la autoestima tiene dos componentes que se relacionan y dependiendo de ellos, será la estima que se tenga: sentimiento de eficacia personal y el valor propio.

Se entiende por eficacia personal como la confianza que tiene un individuo en sí mismo, en otras palabras, es “la confianza en su mente, en la fiabilidad que esta tiene como instrumento de cognición” (Branden; 2008: 195). Esta confianza se basa en el conocimiento propio, es la confianza que tiene la persona para emitir juicios y de saber.

Mientras que valor propio es el respeto y confianza que tiene a sí mismo, características que lo llevarán a la elaboración de acciones o metas que tenga.

Para Carrión (2007) la autoestima está conformada por la eficacia personal y el respeto a sí mismo. Para aclarar, la primera particularidad es la confianza que tiene el individuo en sí mismo, el valor para enfrentar la realidad, así como el cuidado y tiempo necesario para realizar actividades; mientras que como su nombre lo dice, el respeto a sí mismo es la “reafirmación de valía personal, del derecho a vivir y ser feliz” (Carrión; 2007: 26). Es la gratificación serena en el momento de actuar para satisfacer la autoestima propia.

Según Lamb y cols. (2011), las personas cuentan con otros elementos para el desarrollo de su autoestima, estos son: personalidad, percepción de uno mismo o

autoconcepto, autoimagen ideal, autoimagen real, comportamiento y el estilo de vida. Enseguida se explica cada uno.

La personalidad es el conjunto de características individuales psicológicas y la influencia que tienen en ellas el entorno que le rodea.

La percepción de uno mismo o autoconcepto, es la forma en que las personas consideran que son, teniendo en cuenta sus habilidades, valores, pensamientos, percepciones, creencias y autoevaluaciones.

Este elemento se encuentra relacionado con la autoimagen ideal, que se refiere a la idea que tiene el individuo de querer ser y con la imagen real, que representa, como su nombre lo indica, lo que el individuo es en realidad.

El comportamiento del ser humano está impulsado por el autoconcepto que tenga, ya que al querer proteger su identidad, únicamente realizará acciones que estén acordes al autoconcepto que tenga de sí mismo. Por otro lado, el estilo de vida está relacionado con sus actividades, intereses e ideas.

1.5 Características de la autoestima.

Según Branden (2011) la autoestima se manifiesta de diferentes formas en el ser humano, por lo que se mencionarán algunas.

- Bienestar propio demostrado en las expresiones faciales, forma de hablar y movimientos.
- Expresa de forma tranquila y amable sus logros.
- Es capaz de dar y recibir cumplidos.
- Tiene disponibilidad para recibir críticas y puede reconocer sus errores.
- Sus palabras concuerdan con sus acciones y a su vez, estas son expresadas con tranquilidad y espontaneidad.
- Su actitud demuestra curiosidad y apertura para nuevas ideas.
- Disfruta de las situaciones gratas propias y ajenas.
- Tiene la capacidad de enfrentar sucesos o desafíos, porque no ve la vida como un fracaso.
- Su tono de voz está acorde a la situación y con clara pronunciación.
- Fisiológicamente se perciben “unos ojos que están alerta, brillantes y llenos de vida; un rostro que esta relajado y (exceptuando los casos de enfermedad) tienden a exhibir un color natural y una buena tersura en la piel; mentón alineado con el cuerpo y que se sostiene con naturalidad y una mandíbula relajada, hombros relajados y rectos; las manos tienden a estar relajadas y sueltas; los brazos cuelgan de forma fácil y natural; una postura carente de tensión, recta y equilibrada; el paso tiende a ser decidido (sin ser agresivo y recargado)” (Branden; 2011: 64).

Se considera que la autoestima está fuertemente relacionada con las siguientes características:

- Racionalidad: significa generar ideas desde hechos, posteriormente hacer que estas ideas se vuelvan hechos tangibles y relacionar nuevos conocimientos con lo que ya existe. No necesariamente significa obedecer en su totalidad lo que ya está escrito, sino que se debe tener la apertura para las nuevas experiencias, para así crear nuevos fundamentos.
- Realismo: es reconocer lo que existe como verdadero. Una persona que tiene alta autoestima se encuentra sumamente relacionada con la realidad, ya que valora sus habilidades de forma realista. Mientras que una persona con baja autoestima tiende a sobrestimar sus habilidades.
- Intuición: las “integraciones muy rápidas y complejas que se presentan como intuiciones pueden darse por debajo del conocimiento consciente” (Branden; 2011: 66). Esto indica que una persona que percibe y respeta estas señales internas, corresponde a una aceptación propia.
- Creatividad: las personas creativas suelen confiar en sí mismas, pueden aprender de las acciones ajenas, valoran sus pensamientos y son autosuficientes. Una persona con alta estima pone atención a alguna idea que se le ocurra, mientras que una persona con baja autoestima deja de lado las ideas que le surjan, ya que no las considera importantes.
- Independencia: esto se refiere a pensar y actuar por uno mismo. Una persona que es responsable de su propia existencia, conduciéndola a sus metas particulares, logra la felicidad.

- Flexibilidad: “Ser flexible significa tener la capacidad de reaccionar a los cambios sin que ataduras inapropiadas te ligen al pasado” (Branden; 2011: 67). Las personas que tienen apertura para enfrentar las situaciones imprevistas, tienen la capacidad de confiar en sí mismas, lo que les ayuda a resolver las situaciones. Por el lado contrario, una persona con baja autoestima, presenta rigidez ante los cambios, ya que no considera ser capaz de dominar lo que desconoce.
- Capacidad para afrontar los cambios: esta característica se encuentra estrechamente relacionada con la que se mencionó previamente. La autoestima hace que los individuos tengan rapidez para reaccionar ante los cambios. La falta o baja autoestima hace que las personas al tener duda de sí mismas, reaccionen de forma tardía o no lo hagan.
- Deseo de admitir (y corregir) errores: debido a que una autoestima saludable está orientada a la realidad, “la conciencia se considera más deseable que una inconciencia autoprotectora” (Branden; 2011: 68). Por lo que un individuo con sana autoestima suele tener confianza en sí mismo y presenta la capacidad para corregir un error cometido, ya que considera que esto es más apropiado a no haber cometido error alguno. Una persona con baja autoestima no aceptará que ha cometido una falta, ya que esto ocasionaría sentimientos de inseguridad, culpa y vergüenza.
- Benevolencia y cooperación: en el momento en que a un niño se le trata con respeto, este interioriza dicho valor y comienza a tratar a los demás de

la misma forma. Por el lado contrario, si a un infante se maltrata, interiorizará desprecio propio y reaccionará con enojo y miedo ante los demás.

Para Clark y cols. (2000) la autoestima en un adolescente se demostrará con las siguientes características:

- Actuará independientemente: elegirá totalmente sus ocupaciones, amigos y forma de pasar el tiempo.
- Asumirá sus responsabilidades: actuará con seguridad en sí mismo y tomará las responsabilidades o necesidades.
- Afrontará nuevos retos con entusiasmo: mostrará interés por actividades nuevas y las realizará con confianza en sí mismo.
- Estará orgulloso de sus logros.
- Demostrará amplitud de emoción y sentimientos: de forma espontánea, demostrará acciones referentes a la emoción que experimente en ese momento.
- Tolerará apropiadamente la frustración: sabrá cómo actuar ante situaciones que le provoquen frustración, una de estas formas podría ser reír, y podrá hablar de lo que le cause tristeza.
- Se sentirá capaz de influir en otros: poseerá confianza en sí mismo para causar una impresión grata en los demás.
- Demostrará sentimientos positivos: por medio de expresiones físicas sutiles, denotará su bienestar propio.

- Tendrá favorable rendimiento académico: los jóvenes con sana autoestima tienen mayor facilidad para aprender nuevos conceptos.

Por el lado opuesto, un adolescente que no goce de tener autoestima sana, transmitirá las características que se mencionan a continuación:

- Desmerecerá su talento: considerará que no tiene la capacidad suficiente para realizar acciones.
- Sentirá que los demás no le valoran: sentirá inseguridad del apoyo que recibe de las personas que le rodean.
- Sentirá impotencia: las actividades que realice estarán llenas de inseguridad y las realizará con el convencimiento de no poder superar los retos.
- Se dejará influir: cambiará constantemente de ideas y comportamientos dependiendo de la persona con la que se encuentre.
- Tendrá pobreza de emociones y sentimientos: las reacciones ante lo que ocurra serán las mismas (descuido, inflexibilidad, histeria).
- Eludirá las situaciones que le provoquen ansiedad: tendrá poca o nula tolerancia a las situaciones que le puedan provocar ansiedad o frustración, por lo que las evitará.
- Se pondrá a la defensiva y se frustrará con facilidad: será incapaz de aceptar las críticas, por lo que presentará agresividad y posteriormente, dará excusas para justificar su comportamiento.

- Echará la culpa a otros de sus debilidades: escasamente admitirá que ha cometido algún error, y en el momento de haber incurrido en alguno, se lo atribuirá a alguien más.
- Transmitirá inseguridad: con sus expresiones físicas, proyectará sentimientos de inadaptación, lo que ocasionará que las personas se alejen.
- Desempeño escolar desfavorable: el joven se cree incapaz de aprender, por lo que al momento de tener una nueva tarea, la realizará con sentimiento de desesperanza y temor. Esto ha sido denominado síndrome de fracaso.

1.6 Pilares de la autoestima.

Para Branden (2010), existen seis prácticas esenciales para desarrollar una sana autoestima, las cuales se mencionarán a continuación.

- 1) Vivir conscientemente: Esto indicaría que la persona debe estar al tanto de su realidad, sin intentar evadirla o negarla. Es vivir identificando el entorno, pero más importante, las características internas estarán constituidas por los valores, objetivos e intereses. “Cuanto más conscientemente se vive, más confianza se tiene en la propia mente y más respeto se profesa por el propio valor” (Branden; 2010: 25).
- 2) Tener autoaceptación: Es aceptar las características propias. Estas particularidades de los individuos, no son siempre positivas, o de las cuales se sientan totalmente orgullosos. Cuando existen sentimientos negativos en las

personas, se deben hacer conscientes y aceptar que son propios, ya que será más fácil cambiarlos y crecer como persona. De esta forma se permite tener una relación estrecha con la realidad. “La autoaceptación es negarse a tener una relación de enfrentamiento con uno mismo” (Branden; 2010: 32).

- 3) Ser autorresponsable: Es decir, reconocer que cada individuo es garante de sus acciones, y por consiguiente, de las consecuencias que estas puedan ocasionar. En la actualidad, es un valor que los padres tratan de inculcar a sus hijos, teniendo en cuenta que el mundo está cambiando a cada instante y que para triunfar, se debe adaptarse a lo que surja en el entorno. “La práctica de la autoresponsabilidad implica hacerse cargo adecuadamente de uno mismo en todas las situaciones que comporten una decisión propia” (Branden; 2010: 42).

- 4) Tener autoafirmación: Es respetar los deseos propios y necesidades, con esto también se incluye el buscar la forma de poder expresarlos adecuadamente. Tener autoafirmación significa “estar dispuesto a defenderse uno mismo, no tener miedo a quien soy, tratarme con respeto a mí mismo en mis encuentros con los demás. Significa no fingir que soy otra persona, no desvirtuar mis valores, mis creencias o mis opiniones para ganar la aprobación de los demás” (Branden; 2010: 45). Para lograr esto no es necesario que se pisoteen los derechos ajenos, simplemente es poner más énfasis en los propios, ya que la autoafirmación sana no lleva hostilidad; de ocurrir esto, significaría que la persona tiene autoestima baja.

- 5) Vivir con determinación: Una persona que está consciente de sus metas y lo que tiene que hacer para lograrlas, y lo hace, es un individuo que vive con determinación. En este tópico se incluye el hecho de que una persona que tiene una sana autoestima se sentirá en control de su existencia, mientras que una que tenga baja autoestima, se sentirá controlada por las personas que se encuentran a su alrededor y se asumirá víctima de las circunstancias.

Para tener determinación, se debe iniciar con una meta que se quiera lograr, luego se necesita tener conciencia de lo que se debe realizar para lograrla y los sacrificios que podría ocasionar, diseñar un plan de acción y comenzar a realizarlo; lo más importante es seguir el camino que se tiene planeado, es decir, tener constancia en las acciones que están programadas para lograr el propósito establecido. Esto se puede llevar a cabo en todos los ámbitos de la vida, ya sea laboral, social, escolar y de las relaciones humanas.

- 6) Vivir con integridad: Una de las características más importantes de la autoestima es la integridad, esto se refiere a tener congruencia entre las acciones y lo que se piensa, y que estas tengan fundamento en algún valor. Se considera que la integridad es uno de los guardianes de la salud mental, ya que si una persona comienza a realizar acciones que sean contradictorias a los valores que tenga, comenzará a crear inconvenientes en su salud, tales como insomnio, debido a que está actuando en contradicción con su moral. “La autoestima es un reflejo de cómo vivimos, cómo nos enfrentamos a los

desafíos de la vida, no de lo que tenemos, de cuál es nuestro aspecto exterior o de lo populares que somos” (Branden; 2010: 58).

En el momento en el que un individuo cumple las promesas que dice, cuando trata con respeto a los demás, tiene sinceridad, honestidad y es directo, se puede decir que se aprueba a sí mismo. Por el lado contrario, cuando una persona realiza promesas por conveniencia y sin intención de mantenerlas, si trata a las demás personas con falsedad o si realiza acciones que son desaprobadas por los demás, se puede decir que se desaprueba a sí misma.

1.7 Niveles de la autoestima.

La autoestima ha sido un rasgo psicológico que se ha investigado más exhaustivamente para poder explicarlo y llegar a cuantificarlo. Posteriormente, algunos autores indicaron que a la autoestima se le debía hacer una medición en niveles: alta, media y baja. Por consiguiente, a cada una se le asignaron características o rasgos con los que se puede identificar en qué clase se encuentra cada individuo.

La persona que tiene autoestima alta se puede identificar porque en sus actividades demuestra confianza en sí misma, se respeta y respeta a los demás, vive

y deja a vivir a las personas con integridad, comprensión, cariño, está consciente de lo que puede o no puede hacer.

La autoestima alta está relacionada con la salud mental, algunas características principales del sujeto que la posee, son:

- Tiene creatividad.
- Es justo.
- Está dispuesto a aprender ideas nuevas y modificar las que ya tiene.
- Demuestra alegría.
- Cooperar en las actividades.
- Expresa sus opiniones libremente y de forma clara.
- Se identifica en los grupos sociales por ser líder.
- Tiene la capacidad de tener éxito.
- Se le facilita socializar con las demás personas.
- No necesita de los demás para divertirse, y tampoco le desagradar la presencia de los demás.
- Denota entusiasmo al realizar actividades.
- Acepta su sexualidad.
- Se relaciona adecuadamente con el sexo opuesto.
- Realiza bien su trabajo y se siente bien por ello.
- Puede expresar sus sentimientos.
- Asume la responsabilidad de sus acciones.

- Tiene la capacidad de enfrentarse a nuevos retos.
- Tiene tolerancia a la frustración.
- Influye positivamente en las personas que se encuentran a su alrededor.
- Es un ser independiente.
- Siente libertad de realizar sus actividades sin miedos.
- Se percibe como una persona totalmente única, como un ser individual.
- Se dirige con asertividad.
- Puede enfrentar los cambios.
- Está consciente de las metas que quiere lograr y los métodos que debe utilizar.

La infancia de estas personas fue llena de aceptación, respeto, normas y libertad de expresión.

Los individuos que tienen autoestima media se caracterizan por tener las siguientes particularidades:

- Pueden soportar las críticas.
- Suelen ser personas que tienen mucha actividad.
- Son optimistas.
- Tienen capacidad de expresarse.
- Están en constante observación respecto a si son aceptados en su entorno social.

- Buscan nuevas experiencias sociales que les sean favorables.

Mientras que los sujetos que tienen autoestima baja, se caracterizan por presentar las siguientes particularidades:

- Consideran que no son aptos para ser amados.
- No se pueden expresar.
- Cuando les ocurre algo que los agravie, no tienen la capacidad para defenderse.
- No se sienten valorados y a su vez, se desvalorizan.
- Son personas pasivas que no participan en actividades sociales.
- Se preocupan constantemente, en lugar de ocuparse.
- No aceptan las críticas.
- Les agobian los problemas.
- No tienen la habilidad para tener la flexibilidad necesaria y enfrentarse a los cambios.
- Tienen enfermedades psicosomáticas.
- No se respetan, ni a los demás.
- Son personas pesimistas.
- Su vida está controlada por el miedo y por consiguiente, no logran las metas que les gustaría.
- Su sentimiento de inferioridad hace que tengan celos y envidia de los demás.

- Su actitud es de tristeza, depresión, renuncia, conformismo, ansiedad, agresión, rencor y sufrimiento.
- Tienen una percepción errónea de su imagen.
- Son tímidos, sensibles, desconfiados, celosos y orgullosos.
- Tienen la necesidad de amar y ser amados.
- Son indiferentes con los demás y con ellos también.

Se considera que existen cuatro factores principales para que una persona tenga baja autoestima: económicas, amorosas, por salud o porque no se consideran atractivas.

Una persona que tiene baja autoestima se puede identificar físicamente, ya que denota las siguientes características:

- Tiene un apretón de manos suave.
- Apariencia desarreglada.
- Incapacidad para mirar de frente a los demás.
- Postura encorvada.
- Voz débil.

Milicic (2001) clasifica la autoestima en buena y mala y utiliza cinco categorías: física, afectiva, social, académica y ética.

- Autoestima física: una persona con autoestima buena se valorará físicamente, aceptará sus limitaciones físicas y se percibirá atractiva. Mientras que la persona con autoestima negativa carecerá de cuidado personal, no se percibe atractiva y se sentirá incómoda con su cuerpo.
- Autoestima afectiva: esta categoría hace referencia a la confianza que tiene en sí mismo el individuo y su seguridad para enfrentar retos.
- Autoestima social: indica la facilidad o dificultad con la que puede entablar relaciones interpersonales con sus semejantes, y a su vez, mantenerlas, valorarlas y darse valor dentro de este círculo social.
- Autoestima académica: por medio de esta categoría, se identifica la capacidad que tienen las personas dentro del ámbito escolar, denotando sus habilidades para esforzarse y lograr los objetivos que se tengan que lograr y la forma en cómo se deben realizar. Asimismo, hace referencia a las metas que la persona se impone.
- Autoestima ética: en esta característica se identifican los valores que tiene el individuo y la responsabilidad.

Con el paso de los años se fueron creando diferentes pruebas para lograr una medición de esta variable. A continuación se hará mención de algunas, de acuerdo con Brinkmann y Segure (1988).

En el año de 1965, Rosenberg presentó un test que contaba con diez reactivos y cuatro opciones de respuesta, de manera que catalogaba a la autoestima en alta, media o baja. En el año 1989 fue revisada esta prueba.

Para la medición de la autoestima de los niños de 8 a 13 años, se estructuró una batería de pruebas de autoestima escolar de Piers y Harris (TAE). Esta se realizó para medir los niveles de autoestima en normal, baja y muy baja.

Por otra parte, el autor Stanley Coopersmith construyó un inventario de autoestima llamado Self-SteemInventory en el año de 1959, de igual forma para evaluar la autoestima de niños. Para esto, tomó una población de infantes con edades que oscilaban entre los diez y los doce años de edad. Las preguntas de esta prueba hacían referencia a diferentes áreas de la vida, que incluían la escuela, las relaciones con los compañeros y la situación familiar. Con esto identificó cuatro dimensiones de la autoestima: competencia, virtud, poder y aceptación social.

Posteriormente en el año de 1988 en la Universidad de Concepción en Chile, se realizó una estandarización de esta prueba (Brinkmann y Segure; 1988). Para ello se efectuó la investigación en 1398 alumnos de ambos sexos de diez años de edad. Con esta prueba se permitió conocer la percepción que tienen los estudiantes en cuatro escalas: autoestima general, social, hogar y padres, así como escolar-académica.

- Autoestima general es el nivel de aceptación que tienen las personas a sus conductas.
- Autoestima social es el nivel de aceptación que tiene la persona hacia sus conductas en relación con sus semejantes.
- Autoestima hogar y padres se refiere al nivel de aceptación que tiene la persona hacia sus conductas en relación con sus familiares directos.
- Autoestima escolar-académica hace referencia al nivel de aceptación que tiene la persona hacia sus conductas, en relación con sus profesores.

De igual forma, existe un test de autoestima escolar llamado TAE, se elaboró por Teresa Marchant, Isabel Margarita Haeussler y Alejandra Torreti. Este test se estandarizó en Chile, al aplicarse en una población de estudiantes con edades desde los 8 hasta los 13 años. Este test permitió clasificar la autoestima de los estudiantes en puntajes T catalogando como: normalidad, baja autoestima y muy baja autoestima (Thomas; 2011).

Debido a lo mencionado durante este capítulo, se entiende por autoestima como la evaluación que hace la persona sobre sí misma, y que afecta de forma positiva o negativa su desempeño, valía y actitudes que a su vez influirán en su entorno social, laboral y académico.

Dependiendo de la valoración propia que tenga el individuo (positiva o negativa), se identificarán ciertas características que generalmente se presentan en los seres humanos y que pueden ser físicas, conductuales y de valía.

CAPÍTULO 2

TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN

En el presente capítulo se explican los trastornos alimentarios que existen, las razones por las que surgen y la sintomatología que presentan. De igual manera, se examinan los factores que inciden en su permanencia y los tratamientos que se emplean ante dicha problemática.

2.1. Antecedentes.

Desde la antigüedad se han encontrado vestigios de comportamientos alimenticios inapropiados. Inicialmente se hacían banquetes donde se comía de forma desmesurada, lo cual indicaba poder; posteriormente, dentro del cristianismo, se relacionaba la restricción alimentaria con un simbolismo religioso.

Durante el siglo XVII se realizaron documentos en los que se relatan casos de inanición provocada por el rechazo a los alimentos.

En el año de 1979, Russell describió una sintomatología vinculada con episodios de ingesta voraz, seguida de conductas purgativas, las cuales relacionó con la anorexia nerviosa, “ya que algunas pacientes anoréxicas evolucionaban tórpidamente en su trastorno e iniciaban entonces conductas de ingesta voraz y de

purga, le denominó bulimia nerviosa y sería una forma ominosa de evolución de la anorexia” (Jarne y Talarn; 2000: 142).

2.2 Definición y características clínicas de los trastornos alimentarios.

Según la APA (2002), los trastornos alimentarios se refieren a las variaciones o alteraciones que ocurren en la conducta alimentaria de las personas. Algunos de los más comunes que se pueden encontrar en la sociedad son anorexia y bulimia nerviosa.

Los trastornos mencionados anteriormente, son algunos que se presentan usualmente en la adolescencia, sin embargo, existen otros como la pica o la negación de la ingesta de alimentos sólidos, que se identifican mayormente en la infancia.

2.2.1 Anorexia nerviosa.

La anorexia es un trastorno que se “caracteriza por un deseo intenso de pesar cada vez menos, gran miedo al hecho de estar obesa y un peculiar trastorno del esquema corporal que hace que las pacientes se vean más gordas de lo que están en realidad” (Jarne y Talarn; 2000: 150). Para conseguir no elevar el peso corporal o reducirlo, recurren a ciertos actos, tales como ejercicio físico, conductas de purga y restricción alimentaria.

Según el DSM-IV (citado por Jarne y Talarn; 2000) existen cuatro criterios para diagnosticar que una persona padezca este trastorno, estos son:

- Rechazo a mantener el peso igual o mayor al valor mínimo normal, teniendo en cuenta la talla y edad de la persona.
- Miedo excesivo a ganar peso y convertirse en obeso, inclusive cuando el propio se encuentra en un estándar inferior al normal.
- Alteración perceptual de la silueta corporal.
- En las mujeres pospuberales, existe la presencia de amenorrea, la cual se puede considerar cuando hay ausencia de por lo menos tres ciclos menstruales.

Según el DSM-IV, existen dos tipos de anorexia nerviosa:

- Restrictivo: en este tipo el sujeto no recurre a purgas o a grandes ingestas, y suelen ser personas perfeccionistas, con rigidez, hiperresponsabilidad y sentimientos de ineficacia.
- Purgativo compulsivo: en el que el individuo tiene grandes ingestas de comida y utiliza mecanismos de purga, tales como vómito, laxantes, diuréticos o enemas. Incluso en algunos casos de este tipo, se recurre al vómito después de haber ingerido cantidades pequeñas de alimentos. Generalmente tienen antecedentes en su familia de “obesidad, sobrepeso pre mórbido, mayor impulsividad, reacciones distímicas frecuentes, mayor labilidad emocional y mayor frecuencia en conductas adictivas” (Belloch y cols.; 1995: 535).

Para la CIE-10 (citada por Castillo y León; 2005) se necesitan cumplir ciertas características para que el padecimiento sea diagnosticado como anorexia nerviosa:

- Pérdida significativa de peso; igualmente, los sujetos prepúberes no tienen el peso normal acorde al momento de desarrollo en el que se encuentran.
- La pérdida de peso la origina el mismo enfermo, debido a que evita el consumo alimenticio o se produce vómitos, purgas intestinales, ejercicio excesivo o consume fármacos anorexígenos o diuréticos.
- Distorsión de la imagen corporal, con miedo a la obesidad o flacidez del cuerpo.
- Trastorno endocrino generalizado que afecta el eje hipotálamo-hipofisario-gonadal y que se manifiesta en la mujer como amenorrea y en el hombre como una pérdida de interés y de la potencia sexual.
- Si el inicio de este trastorno es previo a la pubertad, ocasiona que los cambios fisiológicos se atrasen.

Para Brunch (citado por Belloch y cols.; 1995) existen tres características principales de la anorexia nerviosa: distorsión en la percepción de la imagen corporal, la percepción distorsionada de los estímulos propioceptivos y sentimiento general de ineficacia personal.

Uno de los factores básicos que surgen dentro de la anorexia nerviosa es que “se caracteriza por la presencia de pensamientos distorsionados relacionados con la comida, el peso y la figura” (Jarne y Talarn; 2000: 153). Entendiendo por esto como

una percepción errónea de la figura física propia; asimismo, consideran que los alimentos se convierten en grasa dependiendo de su aspecto.

Para los individuos que padecen esta problemática, el restringir la comida no les parece un factor suficiente para reducir su peso, por lo tanto, incrementan el consumo de laxantes o diuréticos, en otros casos vomitan. Una característica más, es que la mayoría de los pacientes con anorexia nerviosa, son hiperactivos, esto con la finalidad de ayudar a reducir su peso.

Existe otro tipo de anorexia nerviosa: la atípica. Tiene este nombre debido a que no cumple con todas las características de una anorexia nerviosa. Según Castillo y León (2005) las características que pueden fallar son la pérdida importante de peso o la amenorrea.

2.2.2. Bulimia nerviosa.

También conocida como síndrome bulímico, se caracteriza por una alimentación anormal, entendida esta como episodios de ingesta voraz, seguidos por acciones para eliminar las calorías ingeridas, esto puede ser producido por vómitos. Posterior a este episodio, generalmente el individuo se encuentra malhumorado, triste y con sentimientos de menosprecio.

En los episodios de bulimia que el individuo padece, su alimentación puede no ser constante, por lo que “puede estar restringida o en perpetuo ciclo de grandes ingestas y vómitos” (Jarne y Talarn; 2000: 164).

Para Belloch y cols. (1995) los alimentos que ingieren generalmente suelen ser de un alto contenido calórico, y se termina de comer usualmente por que la persona tiene un dolor abdominal o por sentimientos de culpa y repulsión.

Según la APA (2002), los atracones que tienen estas personas, no son episodios constantes, sino que varía la frecuencia de esta acción, dependiendo del estado anímico del individuo, las situaciones interpersonales estresantes, el hambre intensa provocada por alguna dieta o los sentimientos relacionados con el peso, silueta o los alimentos.

Las personas bulímicas usualmente tienen una conducta desorganizada, inicialmente con el alimento y posteriormente, esta conducta se incluye en otros aspectos de la vida del sujeto. “Los individuos con este trastorno pueden estar sin comer uno o más días, o realizar ejercicio físico intenso, en un intento por compensar el alimento ingerido durante los atracones” (APA; 2002: 560).

Según el DSM-IV (citado por Jarne y Talarn; 2000) una persona debe cumplir con los siguientes criterios para que se pueda diagnosticar con bulimia nerviosa:

- Debe haber presencia de atracones, entendidos como la ingesta de alimentos superior a la normal en un determinado periodo de tiempo y una sensación de pérdida de control sobre dicha ingesta.

- Conductas compensatorias inapropiadas constantes, que tienen como propósito no ganar peso, algunas de las cuales son vómitos, uso de laxantes, diuréticos, enemas, ejercicio excesivo o ayuno.
- Los atracones y las conductas compensatorias que se mencionaron anteriormente, suelen presentarse por lo menos dos veces a la semana durante tres meses.
- La evaluación que tiene el sujeto sobre sí mismo, está estrechamente relacionada con su peso y silueta corporal.
- Esta alteración no aparece exclusivamente dentro del trastorno de anorexia nerviosa.

Existen dos tipos de bulimia nerviosa:

- Purgativo: en este tipo de bulimia nerviosa, el individuo se provoca el vómito, usa laxantes, diuréticos o enemas. Se ha comprobado que estas personas tienen “mayores grados en la distorsión de la imagen corporal, mayor deseo de estar delgada, más patrones alimentarios anómalos y psicopatología (sobre todo depresión y obsesiones)” (Belloch y cols.; 1995: 541).
- No purgativo: este otro tipo de bulimia nerviosa, se requiere otro tipo de conductas compensatorias como el ayuno y el ejercicio excesivo. Un estudio realizado en el año de 1985 por Gross y Willmuth (referidos por Belloch y

cols.; 1995) demostró por medio de un test de comida, que las personas con conductas no purgativas, comen en menor cantidad que las purgativas.

Mientras que para el CIE-10, existen tres características esenciales para que el trastorno sea diagnosticado como tal:

- La persona manifiesta preocupación constante por la comida, con deseos por comer, lo que ocasiona que en un momento sucumba ante estos deseos y se provoque el episodio de consumo excesivo de alimentos en un periodo corto de tiempo.
- La persona que padece este trastorno trata de contrarrestar los efectos de la ingesta que provoca su aumento de peso, con alguna de las siguientes acciones: vómitos, uso de laxantes, periodos de ayuno, consumo de fármacos que ayudan a suprimir el apetito o diuréticos. Si una persona diabética padece bulimia, puede ocasionarle que deje su tratamiento de insulina.
- La psicopatología de estos individuos, señala que tienen un miedo excesivo a engordar, por lo que se fijan metas de peso inferior al que tenían antes de la enfermedad. Es usual que estos casos, previamente padecieran de anorexia nerviosa, con un intervalo de tiempo de meses hasta años entre los dos trastornos.

Según Jarne y Talarn (2000) las personas bulímicas tienen sentimientos de fracaso e impotencia, los cuales se arraigan al carácter y personalidad del individuo.

Generalmente estos individuos se sienten avergonzados por las conductas que tienen, por lo que normalmente se ocultan al momento de tener los atracones, o intentan hacerlo de forma disimulada.

Existe otro tipo de bulimia nerviosa, que se conoce como atípica. Castillo y León (2005) señalan que en esta variante, faltan algunos de los signos principales del trastorno. Alguno de ellos puede ser un individuo con el peso que debe tener, a este se le llama bulimia con peso normal, o incluso peso superior al normal. Asociado a todo esto, también se pueden encontrar síntomas depresivos en el individuo.

Belloch y Cols. (1995) indican que existen tres características principales en este trastorno: pérdida del control en la ingesta y los episodios bulímicos, conductas destinadas al control del peso y una preocupación extrema por la figura y peso corporal.

2.2.3. Obesidad.

Para Belloch y cols. (1995), la obesidad se confunde en ocasiones con peso excesivo, sin embargo, se debe indicar que es una acumulación excesiva de tejido adiposo.

La psicología ha intentado explicar la conducta que tienen las personas obesas, que es comer de forma excesiva. Algunos de los modelos que hablan sobre la obesidad indican que “las personas obesas presentan problemas de personalidad que compensan o alivian comiendo en exceso” (Jarne y Talarn; 2000: 174). Sin embargo, algunos otros modelos consideran que la ansiedad es el factor determinante para la ingesta inadecuada de estas personas.

Algunos estudios que se realizaron en España, señalan que la obesidad está relacionada con el nivel socioeconómico de los individuos, ya que se demostró la teoría de que a mayor nivel socioeconómico y/o educativo, existe menor obesidad, por los hábitos alimentarios adecuados y el estilo de vida que tengan.

2.2.4. Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas.

La Hiperfagia es un término creado por el CIE-10, que significa “ingesta excesiva como una reacción de acontecimientos estresantes y que da lugar a la obesidad” (Castillo y León; 2005: 225).

Existen algunos factores que pueden ocasionar un tipo de obesidad que se denomina como reactiva, algunos de ellos son duelos, accidentes, acontecimientos emocionalmente estresantes o intervenciones quirúrgicas. Sin embargo, se necesita

diferenciarla de la obesidad que es producto de la falta de confianza propia, y las situaciones en que la obesidad es producida por algún efecto secundario de un fármaco, a esta última se le conoce como Hiperfagia psicógena.

2.2.5. Vómitos en otras alteraciones psicológicas.

Para Castillo y León (2005) el vómito también puede ser conocido como vómito psicógeno o hiperémesis gravídica psicógena.

Los vómitos pueden surgir en los individuos por otras situaciones. Un ejemplo de esto es durante el embarazo, ya que los factores emocionales acordes a este periodo pueden facilitar el surgimiento del vómito o náuseas constantes, o bien, vómitos no autoprovocados o en cuadros disociativos.

2.2.6. Trastorno por atracón.

Para Castillo y León (2005), es un trastorno que se caracteriza por la aparición de atracones recurrentes, la persona no tiene control sobre estos, ni hay la necesidad de las conductas bulímicas compensatorias. Después de tener el atracón, la persona tiene la sensación de disgusto, culpabilidad o en algunos casos, depresión. Su forma de ingerir la comida es rápida y sin hambre.

Este trastorno generalmente tiene un periodo extenso de vida, el cual puede iniciar al final de la adolescencia o a principios de la tercera década de vida; puede

surgir porque la persona ha tenido una pérdida significativa de peso ocasionada por una dieta.

Para el paciente que padece este trastorno, es complicado establecer relaciones interpersonales, esto provoca una baja autoestima y conflictos para lograr una autoaceptación, ansiedad y preocupaciones excesivas por su imagen corporal. Este trastorno va ligado a encontrar en los pacientes “una mayor prevalencia de trastorno depresivo mayor, trastorno por abuso de sustancias y trastorno de personalidad” (Castillo y León; 2005: 230).

2.2.7. Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia.

Existen diferentes tipos de trastornos de la conducta alimentaria, que se desarrollan o surgen inicialmente durante la infancia, sin embargo, depende de sus padres o cuidadores ayudar a que el trastorno desaparezca o disminuya. “La característica fundamental es que el niño rechaza los alimentos o presenta conductas muy caprichosas que se alejan bastante de lo que es una conducta alimentaria normal y lo hace frente a su cuidador habitual” (Castillo y León; 2005: 225).

Dichos comportamientos son normales en ciertas edades, sin embargo, con el paso del tiempo, si una persona sigue con dicho tipo de comportamiento, se vuelve inadecuado. Por esta razón, se recomienda que los padres tengan conocimiento de técnicas para abordar la alimentación de sus hijos, especialmente del primer a los cinco años de edad, ya que “es un momento en el que se conjugan tres aspectos importantes

que los padres han de conocer y hacer frente: el apetito del niño en este periodo de tiempo es menor que en el primer año de vida, sus preferencias alimenticias se hacen más variables, y además, es en estos momentos cuando empiezan a desarrollarse comportamientos de autonomía personal que suponen, en muchas ocasiones, la oposición a las reglas familiares” (Jiménez; 1997: 212).

Algunos de los trastornos más comunes son: comportamientos o hábitos inadecuados durante la comida, rechazo de alguna clase de comestible, negación a tomar alimentos sólidos, ingesta de comida mezclada, falta de apetito, tiempo de comida excesivo, los vómitos, pica o alotriofagia, rumiación o mericismo y potomanía. Todos ellos se explican enseguida.

- Comportamientos o hábitos inadecuados durante la comida: para Jiménez (1997) existen ciertos comportamientos que son inadecuados para el momento en el que se encuentra una persona ingiriendo alimentos, algunos de estos pueden ser que al momento de comer, el menor se levante constantemente de la silla, comer solamente si está jugando, negarse a comer solo, entre otros.
- Rechazo a alguna clase de comida: es normal que las personas en algún momento de su vida se nieguen a ingerir algún tipo de alimento, sin embargo, cuando esto sucede en una gama de alimentos y ello puede afectar su salud, es necesario acudir a un especialista. Asimismo, se requiere acudir al pediatra para descartar que exista un problema físico que pueda estar ocasionando el rechazo. Otra razón para que ocurra esto puede ser el olor, sabor o la dificultad para ingerir el alimento.

- Negación a tomar alimentos sólidos: esta problemática generalmente ocurre a los ocho meses de edad, en el momento en el que se cambia de alimento de bebés a comidas para adultos o cuando empiezan a surgir los primeros dientes. El niño se niega a hacer esfuerzo por masticar, y en algunos casos los padres aceptan esta negativa del infante por falta de tiempo o porque lo consideran aún pequeño para consumir estos alimentos. “Aunque es posible que el peso del niño evolucione de una forma normal, aun manteniendo las comidas trituradas, prolongar durante mucho tiempo este tipo de alimentación puede causar anomalías en las encías y en los dientes, entre otras” (Jiménez; 1997: 213). Es considerado que si a los infantes no se les comienza a introducir en su dieta alimentos sólidos a esta edad, podrían experimentar problemas para masticar y tragar alimentos de esta clase, posteriormente.
- Ingesta de comida mezclada: esto se refiere a que únicamente se ingieren alimentos que están triturados o que tienen mezcla de sabores. Este trastorno es normalmente ocasionado por los adultos encargados de alimentar al infante. Si este se habitúa a tal situación, cuando se le intenta a dar los alimentos por separado, no acepta los sabores de la comida y se convierte en un hábito inapropiado para la edad.
- Falta de apetito: esta situación ocurre generalmente entre los dos y seis años de edad, esto se debe a que el apetito decrece de forma natural. Este cambio de alimentación produce ansiedad en los padres, lo cual suele ocasionar que adopten comportamientos que a largo plazo generen hábitos alimenticios inadecuados. En la mayoría de las ocasiones no existe problemática, solamente

se necesita intervenir para tranquilizar a los padres, proporcionándoles información adecuada.

- Tiempo de comida excesivo: es normal que un niño requiera de más tiempo para comer que un adulto. Los motivos para ello pueden ser varios, pero se pueden resumir en: “rechazo a ingerir el alimento que se ha preparado; negación a pasar de la comida triturada a la comida sólida; rechazo a tomar toda la comida que los padres quieren que coma; excesivos estímulos distractores a su alrededor que favorecen su falta de atención al acto de comer” (Jiménez; 1997: 215). Cuando esta problemática se vuelve grave, se puede convertir en otra situación que no es tan frecuente: el “bolo” de comida. Esto ocurre cuando el infante tiene comida en la boca sin el interés de comerla, y se vuelve más grande debido a que los padres van introduciendo más.
- Los vómitos: esta problemática es menos frecuente, pero es uno de los que más alarma a los padres porque lo relacionan con un problema físico. Así como cualquier otro trastorno, es necesario que al infante le revise un pediatra para descartar cualquier causa física, si el médico no encuentra alguna situación que afecte al menor, se debe comenzar a indagar en su entorno.

El infante puede vomitar antes de asistir a la escuela o mientras se encuentre en ella, en ambos casos, la acción se asociará con alguna enfermedad y por consiguiente, será llevado a casa. A este acto repetitivo en infante lo asociará con huir de la escuela. “El vómito está relacionado con la comida en sí misma, o el vómito es un medio de escape de alguna situación desagradable para el infante y que no está relacionado con la comida” (Jiménez; 1997: 216).

- Pica o alotriofagia: en este trastorno el sujeto ingiere sustancias que no son consideradas comida, tales como tierra, jabón, papel, entre otras. Esta perturbación se considera normal durante los primeros 18 meses de vida, debido a que el infante está conociendo su entorno y utiliza la boca para ello. Según Castillo y León (2005), en algunos casos, en los niños puede tomarse como un síntoma de algún otro trastorno psiquiátrico como autismo o retraso mental. En el caso de los adultos, se puede asociar con la presencia de psicosis, retraso mental o demencia. Por el hecho de que se ingieren sustancias que no están hechas para ser ingeridas, se puede provocar infección por parásitos, obstrucción intestinal o intoxicación por plomo, entre otras.
- Rumiación o mericismo: esta acción ocurre generalmente entre los tres y los doce meses de edad. “Consiste en la regurgitación repetida de la comida ingerida, se acompaña de pérdida de peso o incapacidad para ganar el peso esperado para la edad del niño, debido a que la comida es expulsada o, en otras ocasiones, de nuevo deglutida” (Castillo y León; 2005: 227). Este trastorno suele ser presentado infantes con retraso mental o trastorno generalizado del desarrollo. A pesar de lo mencionado con anterioridad, algunos autores consideran que esta problemática se debe a una alteración en la relación de madre e hijo. No es usual que se presente, sin embargo, es riesgoso, ya que tiene una tasa de mortalidad del 25%.
- Potomanía: se refiere a consumir excesivamente líquidos, generalmente agua. Se recomienda que cuando alguna persona presente esta patología se le debe realizar un diagnóstico diferencial con la diabetes insípida. “En la potomanía

podemos encontrar en los pacientes estructuras caracteriales históricas, se puede ver también como síntoma, en sujetos aquejados de anorexia nerviosa en los que el objetivo de la ingesta excesiva de agua es el de introducir saciedad o engañar sobre la ganancia ponderal real” (Castillo y León; 2005: 227).

2.3. Esfera oroalimenticia en el infante.

Uno de los primeros reflejos que se desarrollan en los infantes, es el reflejo de succión y deglución y “como reacción oral aparece una de las primeras formas de relación con el mundo externo” (Costin; 2003: 178). Este fenómeno también ha sido denominado por Preyer como “reflejo de búsqueda” y por Andre-Thomas como “reflejo focalizador”.

2.3.1. Organización oroalimenticia.

Según R. Spitz (citado por Ajuriaguerra; 1973), la conducta del infante tiene ciertas etapas ante la alimentación que se le proporciona. Inicialmente, la madre aun no es considerada como un objeto amado, en lugar de eso ella es el alimento. Posteriormente, el menor irá asociando el hambre con el alimento, y a su vez, identificará la cercanía de un adulto con la alimentación, “poco después el niño fijará ya su mirada en los ojos maternos mientras mama. El objeto que le satisface y la

persona que le consigue su satisfacción están íntimamente unidos” (Ajuriaguerra; 1973: 179).

La actividad oral es fuente de satisfacción para el infante y a la vez, una necesidad biológica para nutrirse, también un método de contacto con el que se apropia del objeto externo, que consiste en coger y dejar, el menor lo toma como un juego de labios o mordiscos, de ingurgitación y regurgitación.

Según K. Abraham (Citado por Ajuriaguerra; 1973) existen dos fases del periodo oral. Una fase es en la cual únicamente se busca el placer de la succión y aún no existe el objeto; la otra fase es posterior al surgimiento dental del infante y su objetivo es morder los objetos, esta se denomina sadismo oral.

La alimentación del infante, además de ser un acto de nutrición, se considera como una entrega de madre a hijo, ya que simultáneamente se proporciona el alimento y el cariño al momento del tetar. Por esta razón es que se produce un trauma para la madre y el hijo al momento del destete, ya que el infante aún no se encuentra maduro para este proceso.

La comida o el momento de comer es una institución social o un ritual donde toda o la mayoría de los integrantes de una familia participan. Para esto “el comer significa varias cosas: alimentarse, sentir un placer, un acto cuya finalidad última es crecer” (Ajuriaguerra; 1973: 183).

2.3.2 Alteraciones en la esfera oroalimentaria.

Algunas problemáticas que pueden surgir en este periodo se mencionaran a continuación:

- Anorexia esencial precoz: este padecimiento poco frecuente y surge en el primer día de nacido o durante las primeras semanas de vida. Generalmente los infantes que padecen esta alteración suelen ser niños de poco peso, nerviosos o muy despiertos. Se puede presentar como una pasividad ante el alimento y en meses posteriores, son reacios a comer.
- Anorexia del segundo semestre: esta alteración aparece entre el quinto y el octavo mes de vida del niño, se ocasiona por modificar la alimentación de únicamente leche, a incrementar algún otro tipo de alimento. La anorexia del segundo trimestre se puede clasificar en dos tipos:
 - a) Inerte: es cuando el infante no tiene interés alguno por ingerir la comida, y de hacerlo, vomita o se le escapa la leche por la comisura de los labios.
 - b) De oposición: en esta el infante tiene un enfrentamiento constante para no ingerir alimentos, puede hacerlo empleando pataleos, chillidos, rotación tónica, rechazo, vómitos, entre otros comportamientos para rechazar la alimentación que proporcionen los padres.

Según L. Kreisler (citado por Ajuriaguerra; 1973) en el segundo trimestre del infante, puede surgir alguno de estos tipos de anorexia:

- Simple: inicia como la reacción del destete, en la que la madre tiende a imponerse y el niño denota una oposición hacia eso.
- Compleja: el niño demuestra un fuerte desinterés por el alimento. En los casos más graves de anorexia, existe un conflicto en la relación con la madre. Sin embargo, se debe descartar que la razón del adelgazamiento del niño no sea ocasionado por el síndrome de emaciación diencefálica de Russel, por tumor en el hipotálamo.

Otro tipo más de anorexia se da en la segunda infancia. Esta puede surgir en infantes que se han alimentado adecuadamente durante el primer año de vida, pero el rechazo a la comida se provoca por los rituales que tiene la familia al momento de la ingesta. Es decir, puede ser provocado por oposición a la rigidez paterna o por elegir detalladamente los alimentos. “La evolución de la anorexia es más grave fisiológicamente, pero da la pauta de la conducta a seguir en cuanto a la comida en el futuro” (Ajuriaguerra; 1973: 186).

2.4 Perfil de las personas con trastornos de alimentación.

Se ha demostrado que no existe una personalidad determinada para identificar que un individuo desarrolle un trastorno de la alimentación. “Los trastornos del comer afectan tanto la personalidad que se vuelve difícil separar los rasgos característicos de la persona, de los que aparecen como resultado una vez que se instala el trastorno del comer” (Costin; 2003: 69).

Algunos de los rasgos que se denotan frecuentemente en las personas con trastornos alimentarios son las siguientes.

- Problemas con la autonomía: son personas que viven al tanto de lo que los demás esperan de ellos y buscan darles satisfacción. Consideran tener la obligación de ser adecuados, por lo que tienen poca seguridad e insuficiente capacidad para desarrollar pensamiento personal o planteamientos propios del crecimiento. Usualmente los jóvenes que padecen este trastorno, se encuentran en una etapa en la cual existen constantes cambios, y es esto mismo o “es la dificultad para encarar estas situaciones y resolverlas lo que hace que una persona vulnerable a desarrollar un trastorno de la alimentación convierta su cuerpo en un símbolo y la fuente de autonomía, control, eficacia personal e identidad” (Costin; 2003: 73).
- Déficit en la autoestima: debido a que estas personas basan su autoestima o aceptación propia en los estándares que la sociedad utiliza para definir un físico aceptable, es común que mayormente las jóvenes se sientan con la necesidad de cumplir estas expectativas y a sí mismo, para tener la aceptación de sus semejantes.
- Camino a la perfección y el autocontrol: la tendencia hacia el perfeccionismo es común entre los jóvenes que padecen un trastorno alimentario. Al querer alcanzar la perfección que se desplaza al peso corporal, llegan a considerar que si pueden transformar su silueta, lograrán transformarse ellos mismos. Sin embargo, esta búsqueda constante hace que las personas tengan una reacción

opuesta, ya que se refuerza la sensación de inseguridad, al momento de exigirse que no existan errores o fallas. Ligado a esta necesidad de perfeccionismo, va relacionada la necesidad de poder controlar todo en su vida, ya que esto les da la sensación de poder.

- Miedo a madurar: los trastornos alimenticios surgen en los periodos de la pubertad, adolescencia o la juventud, debido a los cambios naturales del ser humano. Algunos jóvenes sienten que no tienen capacidad para convivir con los cambios, ya que no tienen los recursos necesarios o consideran que nadie puede ayudarlos. En otros casos, los jóvenes se estancan en la niñez por temor a crecer y tener que manejar la independencia con todas las situaciones que implican.
- Poca estabilidad emocional: debido a que los púberes, adolescentes y jóvenes se encuentran en un periodo de cambios no solo físicos, sino también mentales, es frecuente que no tengan un equilibrio antes de establecerse en la madurez.

2.5. Causas del trastorno alimenticio.

Se considera que los trastornos alimenticios surgen por la combinación de factores individuales, familiares y socioculturales, lo cual está estrechamente relacionado con los efectos fisiológicos y emocionales de un trastorno de comer en sí mismo.

Los factores predisponentes antes mencionados, originan tres componentes precipitantes que son los estresores, actitudes anormales con peso y figura, y dietas

extremas y pérdida de peso; todos ellos ocasionan acciones, que se consideran como factores perpetuanes, y estos son las actitudes que tienden a durar un periodo prolongado de tiempo, tales como los atracones, purgas, secuelas fisiológicas y psicológicas.

2.5.1. Factores predisponentes individuales.

Para Ogden (2005), los factores individuales influyen en la conducta del comer, haciendo referencia en el aprendizaje, creencias, actitudes y constitución psicofisiológica del individuo. La selección de los alimentos se hace dentro de una red de significados sociales, ya que los alimentos representan aspectos de la identidad del individuo que se relacionan con su género, sexualidad, conflictos y autocontrol.

Debido a lo mencionado con anterioridad, Helman (citado por Ogden; 2005) clasifico las comidas en cinco sistemas:

- Comida frente a no comida: señala las sustancias que son comestibles y las que no lo son.
- Comidas sagradas frente a profanas: hace referencia a las comidas que por creencias religiosas tienen un valor alto o están prohibidas.
- Clasificación de comidas paralelas: esto alude a los alimentos que se consideran como calientes y fríos, no específicamente catalogados así por su temperatura, sino por el valor simbólico que se le adjudica y que puede variar de una cultura a otra.

- Comida como medicina, medicina como comida: escribe la separación entre comida y medicina.
- Comidas sociales: por medio de la alimentación se afirman y desarrollan relaciones, el estatus del individuo e incluso se puede crear la identidad del grupo.

Se determinó que la alimentación sirve como medio de comunicación entre las personas y es fundamental para la creación de identidad cultural. En este sentido, Ogden (2005) señala que existen otros tópicos para catalogar los alimentos dependiendo de su significado.

- La comida como afirmación del yo: la alimentación de los individuos proporciona información respecto a su identidad, ya sean los conflictos entre culpabilidad y placer, comer y negación, y una expresión de autocontrol.
- Comida y sexualidad: la asociación que se da a estas dos características es debido a la semejanza biológica, ya que ambos impulsos son básicos para la supervivencia humana.
- Comida frente a negación: “la comida comunica y encarna un conflicto entre la conducta de comer y la negación, sobre todo para la mujer” (Ogden; 2005: 70). Esto se debe a que la mujer prepara y proporciona la comida a su familia, pero ella misma se la debe restringir.

- Culpabilidad frente al placer: la alimentación al igual que el sexo, al ser actividades que provocan placer, están relacionadas con sentimientos de culpabilidad.
- La comida y el control: la alimentación también está relacionada con sentimientos de dominio o falta de este. Ogden (2005) indica que las dietas son la actividad perfecta de autocontrol.
- La comida como interacción social: la alimentación que se tenga y el lugar donde se haga, tiende a crear un sentido de identidad de un grupo.
- La comida como amor: se dice que los alimentos sanos y sabrosos son signos de amor familiar, empezando desde la preparación, debido a que están destinados a satisfacer los gustos de los miembros de la familia.
- Salud frente a placer: en algunas familias, surgen problemas porque la madre quiere proporcionar alimentos saludables a sus hijos, sin embargo, no necesariamente quiere decir que estos alimentos sean de su agrado.
- Relaciones de poder: en la antigüedad, los hombres comían raciones más grandes de comida que los niños, ancianos y mujeres. Mientras que en la actualidad, en familias que se rigen aún por el patriarcado, las mujeres deben servir primero al hombre, y ella junto con sus hijos quedan en segundo término.
- La comida como identidad cultural: ya que al ser una forma de comunicación, proporciona información sobre la cultura de un lugar.

- La comida como identidad religiosa: en algunas religiones, la forma de preparar los alimentos y el momento de ingerirlos establece la comunicación de la santidad dentro de esa familia.
- La comida como poder social. Las personas que tienen dinero comen bien y son alimentadas bien por otras. “la presencia de comida representa un poder social y su rechazo es un arma poderosa para recuperar el control del mundo político” (Ogden; 2005: 78).

2.5.2. Factores predisponentes familiares.

Según Costin (2003), las familias que tienen poca comunicación o tienen una interrelación pobre, representan un factor importante para que una persona padezca un trastorno alimentario; posteriormente se originan sentimientos de enojo, ansiedad y culpa, luchas por el poder y dificultades en la comunicación.

Este tipo de relación o falta de relación interpersonal entre los miembros de una familia está relacionada con la evolución de un trastorno alimenticio, ya que para que este se origine, debe haber influencia del ambiente social, individual y familiar.

Algunas características de las familias en las que algún integrante desarrolla un trastorno alimenticio, se mencionaran a continuación:

- “Escasa comunicación entre sus miembros;

- incapacidad para la resolución de los conflictos que se presentan;
- sobreprotección por parte de los padres;
- rigidez y falta de flexibilidad para encarar las situaciones nuevas, o regular las reglas familiares adecuándolas a los cambios de etapa;
- ausencia de límites generacionales (por ejemplo, jóvenes con papel de madres);
- expectativas demasiado altas de los padres respecto de sus hijos;
- historias familiares que incluyen depresión y alcoholismo;
- existencia en el seno de la familia de abuso sexual o físico” (Costin; 2003: 81).

Rausch (1996) señala que en algunos estudios se indicó que el comentario u opinión sobre alguna zona del cuerpo de sus hijos, influye para la evolución de su trastorno.

2.5.3. Factores socioculturales.

A inicios del siglo pasado, el estándar de belleza era diferente al actual, ya que la delgadez no era sinónimo de belleza. Con el paso del tiempo, este estándar se modificó hasta llegar a lo que es actualmente, “el contexto sociocultural premia la delgadez y tiene prejuicios contra la gordura” (Costin; 2003: 59).

Los trastornos alimentarios son propios de la clase media y alta, así como de sociedades industrializadas. Dentro de estas sociedades, “la persona que sufre de un trastorno llega a estar obsesionada con la comida y el comer, que dispone de poco o nada de tiempo para pensar en estar bien y mucho menos tiene las condiciones de estabilidad emocional mínimas para tener un buen desempeño en su actividad laboral, escolar o social” (Costin; 2003: 60).

La sociedad hace mayor énfasis en la imagen corporal de la mujer, en que tiene que ser atractiva físicamente, por lo tanto, para ser una mujer de éxito dentro de la sociedad, debe no desarrollar un cuerpo de una mujer adulta, no madurar, ni envejecer de forma natural.

Existe una presión social por ser una súper mujer, es decir, así como lo señalan los medios masivos de comunicación, la mujer debe alcanzar un estándar de ser delgada, saludable, sensual, hermosa y triunfante; suponen que estas características son las únicas expectativas que se tienen de ellas, lo que ocasiona que disminuya la sensación de seguridad, la confianza de sus recursos, directamente, de su valor propio. En un momento consideran que debido a que no pueden controlar los demás tópicos que se esperan de ellas, el único que se encuentra totalmente en su control es el peso, por lo que manipular dicho atributo se convierte en la actividad de mayor importancia para la mayoría de las mujeres.

Costin (2003) menciona que el Congreso Internacional de Obesidad se encuentra preocupado por la obsesión por adelgazar, y que es importante tener en

cuenta los factores genéticos, y cuidar la discriminación a la cual están sometidas las personas obesas.

Los prejuicios que se relacionan con la obesidad son:

- Los obesos lo son porque comen más que los no obesos.
- Los obesos tienen más problemas psicológicos que los no obesos. Se ha demostrado que la obesidad no produce problemas mentales, sino que estas inconformidades son ocasionadas por la discriminación.
- La obesidad, aun moderada, está asociada con un incremento de la mortalidad. Al contrario de lo que se piensa, se ha demostrado que la mayor mortalidad se produce en mujeres de bajo peso, mientras que existe menos mortalidad en mujeres cuyo peso corporal se encuentra entre un 10% y 20% mayor al esperado.
- Los tratamientos con dietas prolongadas son satisfactorios. La obsesión originada por el énfasis a lograr la delgadez, hace que las personas consuman los productos que prometen que las personas bajarán de peso.

2.6. Percepción del cuerpo en el trastorno alimenticio.

Según Jarne y Talam (2000), una de las principales características psicopatológicas que presentan los individuos que padecen este tipo de enfermedad, es el trastorno de la imagen corporal, dado que se encuentran en constante búsqueda

de la satisfacción personal. Este trastorno se puede observar de forma perceptual, que es la forma en que el paciente mide sus dimensiones corporales; la segunda tiene un componente afectivo o emocional, que son los pensamientos y actitudes del propio cuerpo.

Para Ogden (2005), dentro de las percepciones que tienen las personas que padecen algún trastorno alimentario, se encuentra la insatisfacción corporal, esta se refiere a una percepción corporal más voluminosa de lo que es realmente y por lo tanto, existe una estimación deformada del tamaño corporal.

La insatisfacción corporal se puede considerar desde tres perspectivas diferentes:

- 1) Estimación deformada del tamaño corporal: es la forma que tienen los individuos de percibirse más voluminosos de lo que son en realidad.
- 2) Discrepancia del ideal: se refiere a la imagen corporal que los sujetos quisieran tener y no la que tienen.
- 3) Respuestas negativas del cuerpo: esta última perspectiva hace referencia a los pensamientos y sentimientos contradictorios del propio cuerpo. Las personas que tienen trastornos alimentarios demuestran mayor insatisfacción corporal que las personas que no los padecen, entendiéndose por dicha característica a la “discrepancia entre la percepción que tiene el individuo del volumen de su propio cuerpo y su volumen real” (Ogden; 2005: 100). Particularmente, las mujeres son mayormente propensas a tener esta característica.

La insatisfacción corporal femenina está usualmente asociada a su estómago, caderas, muslos y las nalgas. Por otro lado, los varones demuestran estar más cómodos con su físico, sin embargo, se ha demostrado que “los hombres preferirían que sus brazos, pecho y espalda fuesen más voluminosos y que su estómago y el cuerpo en general lo fuese menos” (Ogden; 2005: 102).

Se considera que existen diferentes factores sociales que propician o fomentan que las personas desarrollen constantemente insatisfacción corporal, algunos de estos son:

- Medios de comunicación: es común pensar que los medios de comunicación tienen mayor influencia en el desarrollo de los trastornos alimenticios, debido a la representación de las mujeres delgadas que aparecen en estos medios. Por lo tanto, “no solamente se nos inculca que la delgadez es la norma deseada, sino también la norma más efectiva. Cuando, en raras ocasiones, aparece una mujer más gruesa, suele hacerse referencia al hecho de estar gorda” (Ogden; 2005: 106).
- Cultura: se considera que cuando las personas cambian de residencia, puede propiciar la insatisfacción corporal, debido a que cambian de cultura.
- La familia: las investigaciones realizadas han indicado que “las madres descontentas con su propio cuerpo comunican esa sensación a sus hijas, lo que lleva a estas a su propia insatisfacción corporal” (Ogden; 2005: 107).

En un estudio realizado por Ogden y Steward en el año 2000 (mencionado por Ogden; 2005), se declaró que las hijas que presentan mayor insatisfacción corporal son las que tienen madres que no creen en su propia autonomía ni en la de sus hijas, y esto se lo proyectan a estas. En algunos otros casos, cuando la madre limita la autonomía de la hija, esta tiende a desarrollar anorexia, debido a la lucha que tiene para crear su propia identidad.

- Factores psicológicos e insatisfacción corporal: este elemento depende totalmente de la persona, ya que obedece totalmente a las creencias que tiene sobre sí misma.

En ambos sexos, la insatisfacción corporal, causa ciertas consecuencias. En las mujeres, la que suele ser más frecuente es el sometimiento a un régimen alimentario, seguido por ejercicio físico para modificar esta insatisfacción; por otro lado, unas más se someten a cirugías estéticas. En los hombres, es más común que practiquen algún deporte. Se supone que los motivantes con mayor peso para la realización de ejercicio, son el contacto social y la diversión, pero en muchos casos también, es para modificar el cuerpo.

2.7. Factores que mantienen los trastornos alimenticios.

Para Costin (2003) las personas que tienen conocimiento de los efectos que produce la deficiente alimentación, pueden lograr que dentro del ámbito anímico, se normalicen ciertas de sus actitudes.

Los sujetos que suelen realizar dietas presentan malestar anímico, emocional y falta de fuerza. En este momento, el cuerpo tiene la necesidad de recuperarse, por lo tanto, necesita alimentarse correctamente, para recuperar la estabilidad orgánica y así, sentirse mejor emocionalmente.

Asimismo, cuando un individuo se priva de ciertos alimentos, posteriormente se denota un fuerte incremento en la constante preocupación por la comida. En el momento de la alimentación, los jóvenes generan un ritual que tienden a realizar preferentemente a solas, o consumen con mayor frecuencia líquidos, por la necesidad de mantener algo en la boca. Usualmente, cuando tienen que elegir una profesión u oficio, se inclinan por escoger alguna que esté relacionada a los alimentos.

Otros efectos que ocasionan las restricciones es que cuando el individuo logra reincorporar nuevos hábitos alimenticios con la idea de recuperarse, es frecuente que el cuerpo tenga recaídas, tales como comer compulsivamente, y debido a esto, se producen dolores de cabeza, apatía, somnolencia, vómitos, náuseas y molestias gastrointestinales.

Dentro del ámbito social, los individuos comienzan a entrar en un estado de aislamiento, se niegan a participar en actividades grupales y también existe una marcada disminución en el interés amoroso y sexual; en el rubro cognitivo, se denota una falta de concentración, comprensión y estado de alerta, lo cual afecta su rendimiento académico o laboral; mientras tanto, físicamente se reduce la actividad corporal, los sujetos se encuentran cansados, débiles, faltos de energía.

Paradójicamente, las personas que suelen someterse a dietas, se encuentran en la situación que mientras menos coman, menos bajan de peso, ya que el organismo quema las calorías de forma lenta para preservar la energía.

2.8. Trastornos mentales asociados a los trastornos alimenticios.

Cuando existe un trastorno y se asocia a otro problema psiquiátrico, se le llama comorbilidad. Según Butcher y cols. (2007) en algunas ocasiones, en el padecimiento de un trastorno alimentario, algunas de sus perturbaciones como la obsesión e irritabilidad, pueden ser ocasionadas por la desnutrición del individuo.

En un estudio realizado en el año de 1988 por Piran, Lerner, Garfinkel, Kennedy y Brouillete (Citado por Belloch y cols.; 1995), se encontró que los pacientes que tienen anorexia nerviosa de subtipo bulímico, o que padecen bulimia, tienen mayores riesgos de desarrollar una psicopatología como depresión, irritabilidad, ansiedad y conducta antisocial. Mientras que para los individuos que padecen únicamente bulimia nerviosa, es más frecuente que desarrollen ansiedad, depresión, irritabilidad, ideas suicidas, conductas adictivas y control de impulsos.

En seguida se describe la comorbilidad de los trastornos alimentarios ante algunas perturbaciones mentales, según el planteamiento de Jarne y Talarn (2000).

- 1) Esquizofrenia.

Es frecuente que una persona que padezca el trastorno de esquizofrenia desarrolle algún trastorno alimenticio, esto se debe a que algunas ocasiones el sujeto se niegue a alimentarse por causa de los delirios que son ocasionados por esta enfermedad, o que en algunos casos surja una problemática alimenticia por los fármacos que se deben ingerir.

2) Depresión.

Los trastornos alimenticios son en mayor o menor grado ocasionados por perturbaciones afectivas. Esto ocasiona que los individuos no quieran comer, incluso en la depresión mayor con melancolía, la anorexia es uno de los criterios de diagnóstico.

3) Manía.

En la segunda fase de la manía, los sujetos pueden pasar tiempo sin tener la necesidad de alimentarse, o comer en pocas porciones sin finalizar la ingesta. Mientras que en la fase hipomaniaca, puede que el paciente comience una ingesta excesiva.

4) Fobias.

Las clasificaciones de esta patología únicamente se pueden relacionar si la fobia está relacionada con los alimentos o el acto de deglutir. Las conductas de

evitación son ocasionadas por alguna experiencia traumática que provoque el miedo a asfixiarse y morir.

5) Ansiedad.

Para Jarne y Talarn (2000) no existe algún trastorno alimentario relacionado estrechamente con el síndrome ansioso, ya que en el trastorno ansioso de presentación aguda suele haber falta de apetito, o en otros casos la persona ingiere alimentos a diferentes horas del día, lo que hace que establezca horarios alimentarios incorrectos y llegue a perder en algunos casos la capacidad de calmar la ansiedad.

6) Trastorno obsesivo-compulsivo.

Dentro de los hábitos alimentarios que tienen las personas con un trastorno alimentario, existen los rituales por escoger los alimentos de forma meticulosa o en otros casos, surgen las ideas de suciedad y contaminación en la comida.

2.9. Tratamiento de los trastornos alimenticios.

Para Jarne y Talarn (2000), un tratamiento adecuado para la anorexia nerviosa tiene como objetivo prioritario la recuperación del peso, ya que el paciente tiene muchos pensamientos alterados respecto a los alimentos; a su vez, se deben resolver

los conflictos psicológicos, familiares y sociales que ocurren por este trastorno alimenticio.

Algunos pasos necesarios para llegar a esta recuperación, se mencionan enseguida:

- 1) Recuperación ponderal: es la normalización de los hábitos alimenticios del sujeto, esto ayuda a que se corrijan paulatinamente las secuelas físicas y psicológicas ocasionadas por la mal nutrición.
- 2) Tratamiento dietético: se refiere a inducir al paciente que comience a ingerir una dieta normal o hacer progresiva esta ingesta calórica.
- 3) Tratamiento psicológico: tiene más influencia cuando la persona ha recuperado una determinada cantidad de peso.

Se ha demostrado que la terapia cognitivo –conductual tiene más efecto en el tratamiento de la anorexia nerviosa.
- 4) Tratamiento farmacológico: va ligado al tratamiento psicológico.
- 5) Terapia familiar: se ha incluido a la familia en las terapias con el paciente que padece anorexia nerviosa.
- 6) Planificación de tratamiento: aquellos que son utilizados en pacientes que tienen anorexia nerviosa, deben ser estructurados para abarcar tres áreas en específico: el peso, la figura y las cogniciones.
- 7) Tratamiento de hospitalización: es recomendable que ciertos pacientes, en este caso, en “pacientes con poca motivación, inestabilidad psicológica, trastorno psiquiátrico asociado y un ambiente familiar poco cooperador, es recomendable

el ingreso, y es obligado en el caso de pérdidas del 25 al 30% de peso correspondiente en aquel momento según la edad y la altura” (Jarne y Talarn; 2000:162-163).

Para Jarne y Talarn (2000) los objetivos principales del tratamiento para la bulimia nerviosa son:

- 1) Restablecer la alimentación nutricional normal.
- 2) Recuperación física: dentro de este objetivo se encuentra la estabilización del peso, rehidratación y corrección de anomalías físicas.
- 3) Normalización del estado mental: este objetivo se enfoca en mejorar el estado anímico, tratar con los posibles trastornos de personalidad que existan, evitar abusos de sustancias y corregir la cognición errónea.
- 4) Restablecer las relaciones familiares adecuadas.
- 5) Corregir la interacción social alterada: dentro de este objetivo se tiene que lograr que el paciente acepte el trastorno alimenticio, afrontar sus fracasos, aceptar la responsabilidad, vencer la impotencia y no buscar marcos sociales denigrantes.

Para Rausch (1997) el tratamiento que se debe aplicar a pacientes con anorexia nerviosa y que puede también ser administrado a pacientes con bulimia nerviosa, se basa en diferentes intervenciones, las cuales se mencionan a continuación:

- Modelo cognitivo – conductual: se considera que es el más adecuado para tratar la anorexia, ya que consiste en que el paciente examine la veracidad de sus creencias en ese momento, respecto a sus alteraciones.
- Terapia familiar: básicamente consiste en modificar la estructura familiar que sea disfuncional o que altere la interacción de sus miembros. Se considera que la familia debe apoyar y promover el sentimiento de pertenencia a los miembros, mantener la estabilidad y, simultáneamente, favorecer el cambio y el crecimiento.
- Terapias de grupo: los pacientes tienen cierta incapacidad para establecer relaciones sociales, por lo que se considera que estas interacciones grupales les favorecerán para facilitar su interacción social.
- Tratamiento farmacológico: su objetivo “ha sido producir aumento de peso, corregir la acción de neurotransmisores hipotéticamente involucrados en el desorden y modificar la ansiedad o depresión de los pacientes” (Rausch; 1997: 69).
- Tratamiento ambulatorio: se considera como la segunda instancia de interacción, por motivos estratégicos.

Este tratamiento se basa en la colaboración del terapeuta con la familia del paciente. En la primera entrevista clínica se establece el diagnóstico, la dieta, la gravedad del paciente y las actividades que deberán seguirse de acuerdo con el estado en el que se encuentre; el tratamiento se seguirá mientras el sujeto tenga una recuperación esperada. Posteriormente, las entrevistas se harán semanalmente y

dependiendo de su recuperación, habrá la posibilidad de modificar a plazos cada vez más extensos, el clínico y el terapeuta familiar deben estar en contacto para planificar las intervenciones y que esto, a su vez, favorezca los esfuerzos terapéuticos.

- Aspectos clínicos del tratamiento: se basa en detectar la aparición de las posibles complicaciones, evitar que surjan o corregirlas de ser necesario, posteriormente, iniciar la recuperación nutricional.
- Tratamiento psicológico: en esta área, el terapeuta debe tomar en cuenta “la manera como él percibe las dificultades emocionales y sociales de la paciente, y dejar claramente establecido que los objetivos del tratamiento incluyen la recuperación de peso como precondition para ir resolviendo otros asuntos” (Rausch; 1997: 88). Estos son: la depresión ocasionada por la inanición, dificultad de concentración, labilidad de humor, fatiga, insomnio, irritabilidad, perdida de interés sexual, aislamiento social, inquietud, preocupación excesiva por la comida y ejercicio físico.

De esta manera quedan expuestos los aspectos concernientes a los trastornos alimentarios, los factores que los generan y perpetúan y la manera en que deben ser tratados. Con ello concluye el presente capítulo y, por ende, el marco teórico.

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Este capítulo se dividirá en dos apartados: en el primero se exponen las estrategias metodológicas que permitieron el logro de los propósitos de la indagación empírica, mientras que en el segundo apartado se efectúa el análisis e interpretación de los hallazgos del campo, lo cual permite el cumplimiento total de los objetivos.

3.1. Descripción metodológica.

En el presente apartado se hará mención de los enfoques metodológicos existentes, así como de las características que presentan ambos: el cualitativo y cuantitativo.

Existen características que se relacionan en estos dos enfoques de investigación, las cuales se mencionan a continuación:

- “Llevan a cabo la observación y evaluación de fenómenos.
- Establecen suposiciones o ideas como consecuencia de la observación y evaluación realizadas.
- Demuestran el grado en que las suposiciones o ideas tienen fundamento.
- Revisan tales suposiciones o ideas sobre la base de las pruebas o del análisis.

- Proponen nuevas observaciones y evaluaciones para esclarecer, modificar y fundamentar las suposiciones e ideas; o incluso para generar otras.” (Hernández y cols.; 2010: 4).

3.1.1. Enfoque cuantitativo.

Como ya se mencionó en el apartado anterior, existen dos enfoques al momento de realizar una investigación, el cualitativo y el cuantitativo. Para esta investigación se requirió del uso de este último, debido a que la exploración realizada siguió una serie de procedimientos establecidos, los cuales son característicos de este tipo de método. Estas características serán mencionadas a continuación:

- El investigador plantea el problema que se pretende estudiar en la investigación.
- Una vez establecido el problema de estudio, se revisa la literatura en la cual se hable de los estudios ya hechos sobre el problema, con las que se realizará el marco teórico de la investigación. Por medio de esta se establecerá una o varias hipótesis.
- Se realiza la recolección de los datos necesarios para la investigación, es decir, se miden las variables por medio de procedimientos estandarizados y previamente aceptados por la comunidad científica. “Como en este enfoque se pretende medir, los fenómenos estudiados deben poder observarse o referirse en el mundo real” (Hernández y cols.; 2010: 5).

- Ya que los datos son producto de mediciones, se deben representar con números y analizar por medio de métodos estadísticos.
- “Los análisis cuantitativos se interpretan a la luz de las predicciones iniciales (hipótesis) y de estudios previos (teoría). La interpretación constituye una explicación de cómo los resultados encajan en el conocimiento existente” (citado por Hernández y cols.; 2010: 5).
- Esta investigación debe ser lo más objetiva posible, es decir, los fenómenos que se observan no deben ser influidos por el investigador.
- La meta principal de la investigación cuantitativa es construir y demostrar teorías.
- Este tipo de enfoque debe seguir rigurosamente un proceso y tener ciertas reglas lógicas, ya que los datos que se generan poseen estándares de validez y confiabilidad, esto ocasiona que se generen nuevos conocimientos.
- “Esta aproximación utiliza la lógica o razonamiento deductivo, que comienza con la teoría y de esta se derivan expresiones lógicas denominadas hipótesis que el investigador busca someter a prueba” (Hernández y cols.; 2010: 6).
- La investigación pretende identificar leyes universales y causales.
- La búsqueda de los datos cuantitativos sucede en la realidad externa del individuo, lo que conduce a una explicación sobre cómo percibe la realidad.

3.1.2. Investigación no experimental.

Las investigaciones de tipo no experimental, son las exploraciones en las que el investigador únicamente observa el fenómeno tal y como surge en su contexto natural, para posteriormente analizar lo que se observó. En este tipo de estudios, las variables no pueden ser manipuladas debido a que ya ocurrieron, al igual que los efectos que produjeron (Hernández y cols.; 2010).

La investigación no experimental se encuentra estrechamente vinculada con las investigaciones del método cuantitativo, debido a que el investigador solamente observa las variables y con las observaciones, realiza las conjeturas para sostener las hipótesis.

Existen dos tipos de diseños no experimentales: longitudinales y transeccionales. El primero se realiza durante un periodo extenso de tiempo, mientras que el segundo es una investigación que se realiza en un solo momento.

3.1.3. Diseño transversal o transeccional.

El presente estudio se realizó con un diseño transversal, también denominado transeccional. Debido a que las pruebas se aplicaron en un solo momento a los sujetos de investigación.

Este tipo de estudios recolectan información o los datos necesarios para la investigación en un momento único, y tienen como fin describir las variables de la

exploración y su interrelación en un momento determinado. Este tipo de estudio “puede abarcar varios grupos o subgrupos de personas, objetos o indicadores; así como diferentes comunidades, situaciones o eventos” (Hernández y cols.; 2010: 152).

3.1.4. Alcance correlacional.

La investigación presentada es un estudio cuyo alcance es correlacional, debido a que se indagó sobre la relación que tienen dos variables y el efecto que producen. “Al evaluar el grado de asociación entre dos o más variables, miden cada una de ellas (presuntamente relacionadas) y, después, cuantifican y analizan la vinculación. Tales correlaciones se sustentan en hipótesis sometidas a prueba” (Hernández y cols.; 2010: 81).

Las exploraciones correlacionales pretenden responder preguntas referentes a las variables a investigar. Con esto, el investigador intenta predecir el valor aproximado que tendría un grupo de individuos o una variable, tomando como partida el valor que poseen la o las variables que se encuentran relacionadas. A su vez, se demuestra un valor explicativo.

Existen tres tipos de correlaciones: positiva, negativa y nula. La primera indica que los valores de las dos variables están equilibrados; la segunda correlación muestra que cuando una variable tiene un valor alto, la otra tendrá un valor bajo; mientras que la correlación nula es cuando las variables no tienen relación entre sí.

Este tipo de estudio se distingue de otro llamado descriptivo, porque “mientras estos últimos se centran en medir con precisión las variables individuales (algunas de las cuales se pueden medir con independencia en una sola investigación), los primeros evalúan, con mayor exactitud que sea posible, el grado de vinculación entre dos o más variables, pudiéndose incluir varios pares de evaluaciones de esta naturaleza en una sola investigación” (Hernández y cols.; 2010: 82).

Para Hernández y cols. (2010) las investigaciones de alcance correlacional, tienen de alguna forma valor explicativo, ya que al demostrar que dos variables se relacionan, aporta información en dicho sentido.

3.1.5. Técnicas de recolección de datos.

Para la recolección de los datos que se utilizaron en la presente investigación, se requirió del uso de pruebas estandarizadas. Estas serán explicadas a continuación:

La prueba Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2), fue elaborada por David M. Garner en el año de 1998. Para el proceso de estandarización de esta prueba se requirió de la aplicación a individuos mayores de 11 años, tanto en individuos con bulimia, anorexia o personas que no padecen algún trastorno alimentario. Tiene una confiabilidad del 83% y cuenta con las escalas de obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia interoceptiva, miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad e inseguridad.

Para medir la variable de autoestima se utilizó el test denominado TAE-ALUMNO, que evalúa la autoestima de los alumnos de Educación General Básica mediante la autopercepción. Este test permite conocer el nivel de autoestima general de niños de 8 a 13 años de edad y ayuda a determinar si el rendimiento escolar es normal o se encuentra por debajo de lo esperado. La prueba se estandarizó por las psicólogas Teresa Marchant, Isabel Margarita y Alejandra Toretti en el año 1997, y para ello se necesitó una población de 2088 sujetos; tiene una confiabilidad del 95%. La prueba consta de 23 afirmaciones en las cuales el niño debe contestar “sí” o “no”, dando esto como resultado la identificación de un puntaje T y las siguientes categorías: normalidad, baja autoestima, muy baja autoestima.

3.2. Población y muestra.

Según Selltiz, la población “es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones” (citado por Hernández y cols.; 2010: 174).

Dentro de las investigaciones científicas y las poblaciones que se pretenden investigar, en algunos casos se requiere que el investigador tome una muestra poblacional para recopilar los datos de la investigación.

Por muestra se entiende como un subgrupo de la población que se pretende investigar, del cual se recolectan los datos. Esta muestra se pretende que sea representativa de este grupo.

Existen dos tipos de muestras para una investigación:

- Probabilístico: en él, todos los elementos de la población tienen la misma posibilidad de ser escogidos para la investigación, ya que la selección se toma de forma aleatoria.
- No probabilístico: se escoge por medio de las características que tenga la investigación o por quien hace la muestra.

“Elegir entre una muestra probabilística o una no probabilística depende de los objetivos del estudio, del esquema de investigación y de la contribución que se piensa hacer con ella” (Hernández y cols.; 2010: 176).

En el presente estudio se tomó una muestra de la población no probabilística e intencional, entendiéndose como esta, aquella en la que los sujetos son seleccionados en función de las intenciones del investigador y con finalidades distintas a las de la generalización de resultados (Kerlinger; 2001).

La población de estudiantes que se encuentran cursando actualmente sus estudios a nivel secundario en el Instituto Casa del Niño, son jóvenes cuyo nivel socioeconómico es medio. Estos jóvenes en su mayoría se encuentran viviendo en la ciudad de Uruapan, Michoacán, sin embargo, parte de esta población es de lugares aledaños a la ciudad.

La muestra que se seleccionó estuvo conformada por los alumnos que cursan el primer grado de secundaria del Colegio Casa del Niño; de los cuatro grupos que se encuentran este grado escolar, se tomaron para la indagación los salones A, B y C. La muestra se eligió debido a que los jóvenes están más receptivos a la investigación, ya que se encuentran en un cambio de edad importante. La muestra está formada por 58 mujeres y 52 hombres, los cuales cuentan con una edad de 11 a 13 años.

3.3. Descripción del proceso de investigación.

Las variables elegidas para el presente proyecto fueron autoestima y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios, debido a que son dos situaciones que se ha demostrado que afectan significativamente a la juventud de la actualidad.

Inicialmente se buscaron los antecedentes que pudiesen tener algunos otros investigadores respecto al tema de proyecto. Posteriormente se estableció el objetivo general de la investigación y los objetivos particulares teóricos y prácticos, que a lo largo de la presente se aclararon. Así como el método científico lo dicta, se relataron hipótesis para corroborarse o refutarse en las conclusiones.

Para poder llevar a cabo la investigación, en la muestra poblacional de los alumnos que cursan actualmente el primer grado de secundaria del Colegio Casa del Niño, de la ciudad de Uruapan, Michoacán, se requirió aplicar las pruebas psicométricas: Inventario de conductas alimentarias (EDI-2), para medir los

indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios, y el test TAE-ALUMNO para evaluar la autoestima de los alumnos.

En el transcurso del primer capítulo de la presente investigación, se indagó y presentó lo que es la autoestima, con los factores que afectan a su alteración e incluso, de qué forma afecta la vida de las personas que la tienen baja.

Posteriormente, en el segundo capítulo se presentó lo referente a los trastornos alimenticios, así como el tiempo aproximado de la vida de las personas en las que se presenta, por ejemplo, existen algunas alteraciones de la ingesta que aparecen regularmente durante la infancia del ser humano, mientras que otras como la anorexia y bulimia nerviosa, son más frecuentes en el desarrollo de los adolescentes.

Para poder efectuar una investigación de enfoque cuantitativo, se requirió el apoyo del Hno. Enrique Maciel Sánchez, actual director del Colegio Casa del Niño.

Una vez tenido el consentimiento y apoyo del director de la institución mencionada anteriormente, se prosiguió a realizar la aplicación de las pruebas psicométricas EDI-2 y TAE-ALUMNO. Ambos instrumentos fueron aplicados de forma masiva a los estudiantes de tres salones de primer grado de secundaria. En su mayoría, los jóvenes fueron atentos a las instrucciones brindadas por el aplicador de las pruebas y se resolvieron sus dudas respecto a algunos términos confusos para ellos, sin mayor inconveniente.

Posteriormente, ambas pruebas fueron calificadas con una plantilla especial para el conteo de los puntajes, para después convertirlos a percentiles con el apoyo de graficas de baremos.

Siguiendo con este proceso, se hizo un vaciado de los resultados obtenidos en ambas pruebas a una hoja de cálculo del programa Excel, en la que se realizaron distintos métodos estadísticos que ayudaron a la obtención de los resultados de las medidas de tendencia central y de dispersión, coeficiente de correlación de acuerdo con la prueba “r” de Pearson, varianza de factores comunes y el porcentaje de influencia.

Teniendo en cuenta los resultados del análisis estadístico, se estructuraron los resultados obtenidos, los cuales se presentan en el siguiente apartado.

3.4 Análisis e interpretación de resultados.

Una vez planteada la descripción metodológica y de la población investigada, se procederá en este apartado a presentar el análisis de los resultados obtenidos, así como la interpretación que se hace a partir de ellos.

3.4.1 Nivel de autoestima de los alumnos de primero de secundaria del Colegio Casa del Niño.

Tal como se presentó en el capítulo 1, para Coopersmith (citado por Crozier; 2001) la autoestima se entiende por la valía que se da la persona a sí misma, tomando en cuenta sus ideas, actitudes, acciones, entre otros elementos.

Según Alcántara (1990), algunas de las áreas que se ven afectadas cuando un sujeto tiene alterada su autoestima son: el área social, ya que sus relaciones interpersonales se comienzan a ver conflictuadas por el exceso de timidez que se empieza a dar en el sujeto, esto a su vez afecta el área del aprendizaje, la familiar y la física.

Haciendo referencia a los resultados que se obtuvieron con el test denominado TAE-ALUMNO, se muestran en puntajes T los resultados de autoestima total.

La media en el nivel de autoestima es de 57. Para Elorza (2007) se entiende como media al promedio de los datos obtenidos, es decir, a la sumatoria de los resultados, dividida entre la cantidad de sujetos de investigación.

El resultado obtenido de la mediana es de 55. La mediana se obtiene, según este autor, al ordenar los datos obtenidos, y tomando en consideración el que se encuentra en la mitad.

Del mismo modo, se obtuvo la moda, que es el dato que se presenta más frecuentemente dentro del conjunto de valores. Este valor fue de 81.

Otro dato conseguido en esta investigación es la desviación estándar, la cual es la raíz cuadrada de la suma de las desviaciones al cuadrado de una población, dividida entre el total de datos. Este resultado fue de 16.

En el anexo 1 se demuestran los resultados de las medidas de tendencia central mencionada anteriormente.

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos estadísticamente mediante la aplicación del instrumento, se puede señalar que la autoestima que presentan los sujetos de estudio se encuentra en un nivel dentro del rango normal. Además, se observa que existe cierta dispersión de datos, aunque no es significativa.

Dentro de la variable de autoestima, se encontró que algunos sujetos tuvieron un puntaje por debajo del T 40, es decir, el 19% de los sujetos se encuentran con nivel bajo. Este resultado se encuentra graficado en el anexo 2.

Este resultado mencionado con anterioridad, indica que una población reducida del conjunto de estudiantes que se encuentran cursando el primer grado de secundaria del Colegio Casa del Niño, se encuentran con niveles preocupantemente bajos en lo que se refiere a la autoestima.

3.4.2 Indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios de los alumnos de primero de secundaria del Colegio Casa del Niño.

Según la APA (2002), los trastornos alimentarios son las alteraciones de la conducta alimentarias. Las más comunes son anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, que suelen presentarse frecuentemente durante la adolescencia. Sin embargo, existen otras como la pica, ingesta de comida mezclada, trastorno por atracón, entre otros, que se pueden presentar en la infancia.

Para retomar un poco el significado de los dos trastornos alimenticios que tienen más frecuencia en la sociedad, según Jarne y Talarn (2000), la anorexia nerviosa se entiende como un trastorno en el que la persona tiene un deseo intenso de pesar menos, junto con esto, se demuestra un miedo constante por estar obeso y un trastorno de la percepción corporal. Mientras que la bulimia nerviosa es la ingesta irregular del individuo, esta “puede estar restringida o en perpetuo ciclo de grandes ingestas y vómitos” (Jarne y Talarn; 2000: 164).

Como ya se mencionó previamente, el instrumento para recolectar los datos estadísticos de la población requerida para la presente investigación, fue el EDI-2. Las

subescalas de la prueba arrojaron los datos que se indicarán a continuación, previamente traducidos a percentiles.

- 1) En la escala de obsesión por la delgadez se obtuvo una media de 64, una mediana de 69, una moda de 81 y una desviación estándar de 26.
- 2) Dentro de la escala de bulimia se determinó una media de 60, una mediana de 51, una moda de 47 y una desviación estándar de 19.
- 3) En la escala siguiente, que es insatisfacción corporal, se cuantificó una media de 56, una mediana de 56, una moda de 37 y una desviación estándar de 25.
- 4) Posteriormente, en la escala de ineficacia se definió una media de 64, una mediana de 67, una moda de 44 y una desviación estándar de 27.
- 5) A la vez, en la escala de perfeccionismo se obtuvo una media de 68, una mediana de 76, una moda de 76 y una desviación estándar de 24.
- 6) Dentro de la escala de desconfianza interpersonal, se estableció una media de 64, una mediana de 66, una moda de 19 y una desviación estándar de 28.
- 7) En la escala de conciencia interoceptiva se estableció una media de 55, una mediana de 57, una moda de 16 y una desviación estándar de 30.
- 8) Mientras que en la escala de miedo a la madurez, se cuantificó una media de 69, una mediana de 77, una moda de 77 y una desviación estándar de 24.
- 9) Asimismo, en la escala de ascetismo se determinó una media de 57, una mediana de 61, una moda de 40 y una desviación estándar de 30.
- 10) En otra escala, que es la de impulsividad, se obtuvo una media de 65, una mediana de 68, una moda de 14 y una desviación estándar de 25.

11) Por último, en la escala de inseguridad social se definió una media de 67, una mediana de 77, una moda de 19 y una desviación estándar de 29.

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

Con el afán de transmitir un resultado más completo, a continuación se presentan los porcentajes de los sujetos que obtuvieron puntajes altos en cada escala, considerando que sean superiores al percentil 70. Esto facilitará la ubicación de las escalas que tienen mayor incidencia de casos preocupantes sobre los trastornos alimenticios.

En la escala de obsesión por la delgadez, el 48% de sujetos se encuentran por arriba del percentil 70; en la escala de bulimia, el porcentaje fue de 30%; en la de insatisfacción corporal, el 33%; en la de ineficacia, el 46%; en la de perfeccionismo, el 54%; en la que respecta a la desconfianza interpersonal, 49%; en la de conciencia interoceptiva, 42%; respecto a la de miedo a la madurez, 60%; en la de ascetismo, 41%; en la de impulsividad, 48% y finalmente, en la escala de inseguridad social, 52%.

Estos datos se encuentran demostrados gráficamente en el anexo 4.

Conforme a los datos anteriores, se puede afirmar que los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios de esta muestra, se encuentran en los límites de la media, de una forma preocupante. A la vez, existe una mayor tendencia

al perfeccionismo, miedo a la madurez e inseguridad social de los jóvenes que se encuentran cursando el primer grado de secundaria del Colegio Casa del Niño, de la ciudad de Uruapan, Michoacán.

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

Distintos autores han mencionado la relación que surge entre los trastornos alimentarios y la autoestima.

Como ya se mencionó en el capítulo 2, es común que las personas que padezcan algún trastorno alimentario, tengan conflictos con su autoestima. Una de las razones más comunes para que en la juventud se presenten estos trastornos es la falta de autoaceptación. Inclusive es común que estos pacientes tengan “una mayor prevalencia de trastorno depresivo mayor, trastorno por abuso de sustancias y trastorno de personalidad” (Castillo y León; 2005: 230).

En la investigación realizada en los estudiantes que se encuentran cursando el primer grado de secundaria del Colegio Casa del Niño, se encontraron los siguientes resultados.

Entre la autoestima y la escala de obsesión por la delgadez existe un coeficiente de correlación de -0.10 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson.

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

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

El resultado que se obtuvo en la varianza de factores comunes fue de 0.01, lo que indica que entre la autoestima y la obsesión por la delgadez hay una relación del 1%.

Por otro lado, entre el nivel de autoestima y la escala de bulimia existe un coeficiente de correlación de -0.31, de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto indica que entre estas variables se presenta una correlación negativa débil.

Como resultado de la varianza de factores comunes se obtuvo 0.09, lo que indica que existe un 9% de relación.

En el nivel de autoestima y la siguiente escala, que es insatisfacción corporal, se obtuvo un coeficiente de correlación de -0.36, por lo que entre el nivel de estas dos variables existe una relación de 13%, ya que la varianza de factores comunes arrojó un resultado de 0.13.

Esto indica que entre la autoestima y la insatisfacción corporal, existe una correlación negativa media.

Entre el nivel de autoestima y la escala de ineficacia, se obtuvieron los resultados de -0.55 respecto al coeficiente de correlación, una varianza de factores comunes de 0.30 y por consiguiente, una relación entre las dos variables de 30%. Por ello se afirma que entre el nivel de autoestima y la ineficacia, existe una correlación negativa fuerte.

Respecto al nivel de autoestima y la escala de perfeccionismo, se obtuvo el coeficiente de correlación de -0.10, con una varianza de 0.01 y una relación entre ellas de 1%, teniendo como resultado una ausencia de correlación entre dichos atributos.

En el nivel de autoestima y la escala de desconfianza interpersonal existe un coeficiente de correlación de -0.36, 0.13 en la varianza de factores comunes y una relación de 13%. Por lo tanto, entre el nivel de autoestima y la desconfianza interpersonal, existe correlación negativa media.

Entre el nivel de autoestima y la escala de conciencia introceptiva, se encontró en coeficiente de correlación de -0.31, la varianza de factores comunes es de 0.10 y la relación entre estas dos variables de 10%, lo cual significa que entre estas particularidades existe una correlación negativa débil.

Por otra parte, entre el nivel de autoestima y la escala de miedo a la madurez, existe un coeficiente de correlación de -0.11, con una varianza de factores comunes de 0.01, por lo que la relación entre ellas es del 1%. De ahí se deduce que entre el nivel de autoestima y la escala de miedo a la madurez tiene una correlación negativa débil.

En lo que respecta al nivel de autoestima y la escala de ascetismo, se obtuvo un coeficiente de correlación de -0.20, una varianza de factores comunes de 0.04, lo que denota una relación del 4%. Esto indica que entre tales características existe una correlación negativa débil.

Entre el nivel de autoestima y la escala de impulsividad, se tiene un coeficiente de correlación del -0.13, una varianza de factores comunes del 0.02, lo que significa que tiene una relación del 2%. Esto indica que entre el nivel de autoestima y la escala de impulsividad existe una correlación negativa débil.

Por último, entre el nivel de autoestima y la escala de inseguridad social, se obtuvo un coeficiente de correlación de -0.58, una varianza de factores comunes de 0.28 y una influencia de 28%. Esto denota que entre estas variables existe una correlación negativa fuerte.

Es importante señalar que para ser considerada significativa una correlación entre las variables, el porcentaje de relación entre ellas debe ser de al menos 10%.

Debido a lo mencionado anteriormente, se puede afirmar que el nivel de autoestima se relaciona de forma significativa con las escalas de: insatisfacción corporal, ineficacia, desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva e inseguridad social.

Al contrario, no se encontró una relación significativa entre el nivel de autoestima y las escalas de: obsesión por la delgadez, bulimia, perfeccionismo, conciencia introceptiva, miedo a la madurez y ascetismo.

Conforme a los resultados, se confirma la hipótesis de trabajo, que afirma que existe una relación significativa entre el nivel de autoestima y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios, en los alumnos que se encuentran cursando el primer grado de secundaria del Colegio Casa del Niño; esto en las escalas de insatisfacción corporal, ineficacia, desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva e inseguridad social.

Sin embargo, para las escalas de obsesión por la delgadez, bulimia, perfeccionismo, conciencia introceptiva, miedo a la madurez y ascetismo, se confirma la hipótesis nula, que señala que no existe relación significativa ente la autoestima y los trastornos alimentarios.

CONCLUSIONES

En conclusión, los objetivos particulares teóricos número 1, 2, 3, 4, y 5, planteados en la introducción, se lograron resolver en el transcurso del primer y segundo capítulo, es decir, la conceptualización de las variables autoestima e indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios.

Mientras que los objetivos particulares empíricos 6 y 7, que son referidos a la evaluación de las variables mencionadas con anterioridad, en la muestra de la población de los alumnos de primer grado de secundaria que se encuentran cursando sus estudios en el Colegio Casa del Niño, se cumplieron mediante la aplicación de las pruebas psicométricas denominadas TAE-ALUMNO y EDI-2, cuyos detalles se presentaron en el desarrollo del capítulo 3.

Asimismo, la medición de las variables con sus escalas, se muestran detalladas en el capítulo 3, donde se presentan los datos estadísticos de las medidas de tendencia central y la desviación estándar.

La consecución de los objetivos anteriores permitió alcanzar con suficiencia el objetivo general que guio la presente investigación, en la cual se planteó establecer la relación existente entre los niveles de autoestima y los trastornos alimentarios en los alumnos de primero de secundaria del Colegio Casa del Niño, de la ciudad de Uruapan, Michoacán.

Con los resultados alcanzados, se corrobora la hipótesis de trabajo en los casos de la correlación entre el nivel de autoestima y las escalas de insatisfacción corporal, ineficacia, desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva e inseguridad social.

En contraparte, se corrobora la hipótesis nula en los casos de la correlación entre el nivel de autoestima y las subescalas denominadas: obsesión por la delgadez, bulimia, perfeccionismo, conciencia introceptiva, miedo a la madurez y ascetismo.

Si bien la estrategia metodológica empleada en el presente estudio logró su propósito, es recomendable ahondar en esta línea de investigación tomando muestras de sujetos no incluidos en la presente indagación.

Como aspecto relevante en cuanto a los hallazgos logrados, se puede mencionar que los sujetos de investigación presentaron un nivel mayormente preocupante en las subescalas de ineficacia e inseguridad social, lo cual implicaría que dicho escenario deba ser evaluado más detalladamente y atendido de manera oportuna por la institución, a través del departamento psicopedagógico.

BIBLIOGRAFÍA

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

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

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

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. México, D.F.

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

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

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

Delgado Gómez, Liliana. (2010)
La influencia de la autoestima en el rendimiento académico de los alumnos de tercer grado de la secundaria Don Vasco.
Tesis inédita de la Escuela de Pedagogía de la Universidad Don Vasco, A.C. Uruapan, Michoacán, México.

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

Castillo S., María Dolores; León E., María Teresa. (2005)

Trastornos del comportamiento alimentario: anorexia y bulimia nerviosa.
Editorial Formación Alcalá, S.L. España.

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

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

Crozier, Ray W. (2001)
Diferencias individuales en el aprendizaje.
Editorial Narcea S.A. de Ediciones. Madrid, España.

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

García Carapia, Claudia Araceli. (2012)
Nivel de autoestima en los estudiantes obesos de educación media, caso Escuela
Secundaria Federal No. 2, de Uruapan, Michoacán.
Tesis inédita de la Escuela de Psicología de la Universidad Don Vasco, A.C. Uruapan,
Michoacán, México.

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

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

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

Juárez Rodríguez, Graciela. (2012)
Correlación entre el estrés y los trastornos alimentarios en el CECYTEM de Ixtlán de
los Hervores.
Tesis inédita de la Escuela de Psicología de la Universidad Don Vasco, A.C. Uruapan,
Michoacán, México.

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

Editorial EDAMSA. México, D.F.

Milicic, Neva. (2001)

Creo en ti. La construcción de la autoestima en el contexto escolar.
Editorial LOM Ediciones. Santiago.

Ogden, Jane. (2005)

Psicología de la alimentación.
Editores Morata. España.

Paz Márquez, Edna Lilián. (2012)

Relación entre trastornos alimenticios y nivel de estrés en alumnos de la ESFU 4 de la ciudad de Uruapan, Michoacán.

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

RauschHerscovici, Cecile. (1996)

La esclavitud de las dietas.
Editorial Paidós. Argentina.

RauschHerscovici, Cecile. (1997)

Anorexia y bulimia: amenazas a la autonomía.
Editorial Paidós. Argentina.

Satir, Virginia. (2000)

Nuevas relaciones humanas en el núcleo familiar.
Editorial Pax. México.

MESOGRAFÍA

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

“INVENTARIO DE AUTOESTIMA DE COOPERSMITH”

Universidad de Concepción, Chile.

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

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

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

Universidad Veracruzana, México.

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

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

Thomas, Ulises. (2011)

“TAE- Batería de Test de Autoestima Escolar”.

El Psicoasesor.

<http://www.elpsicoasesor.com/2011/11/tae-bateria-de-test-de-autoestima.html>

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

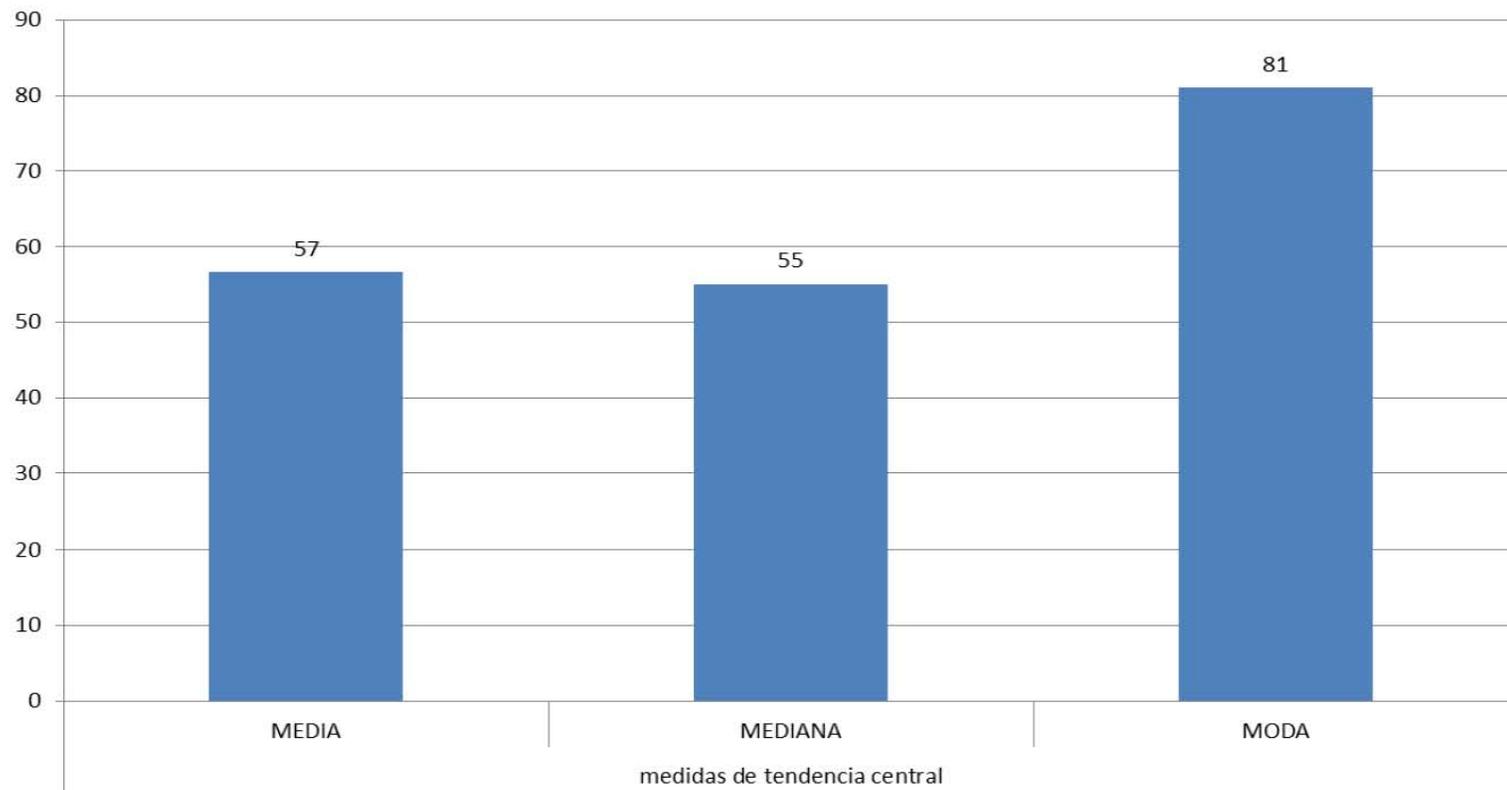
“La anorexia nerviosa como distorsión de la imagen corporal. Programa de prevención desde la educación física escolar en la provincia de Jaén”

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

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

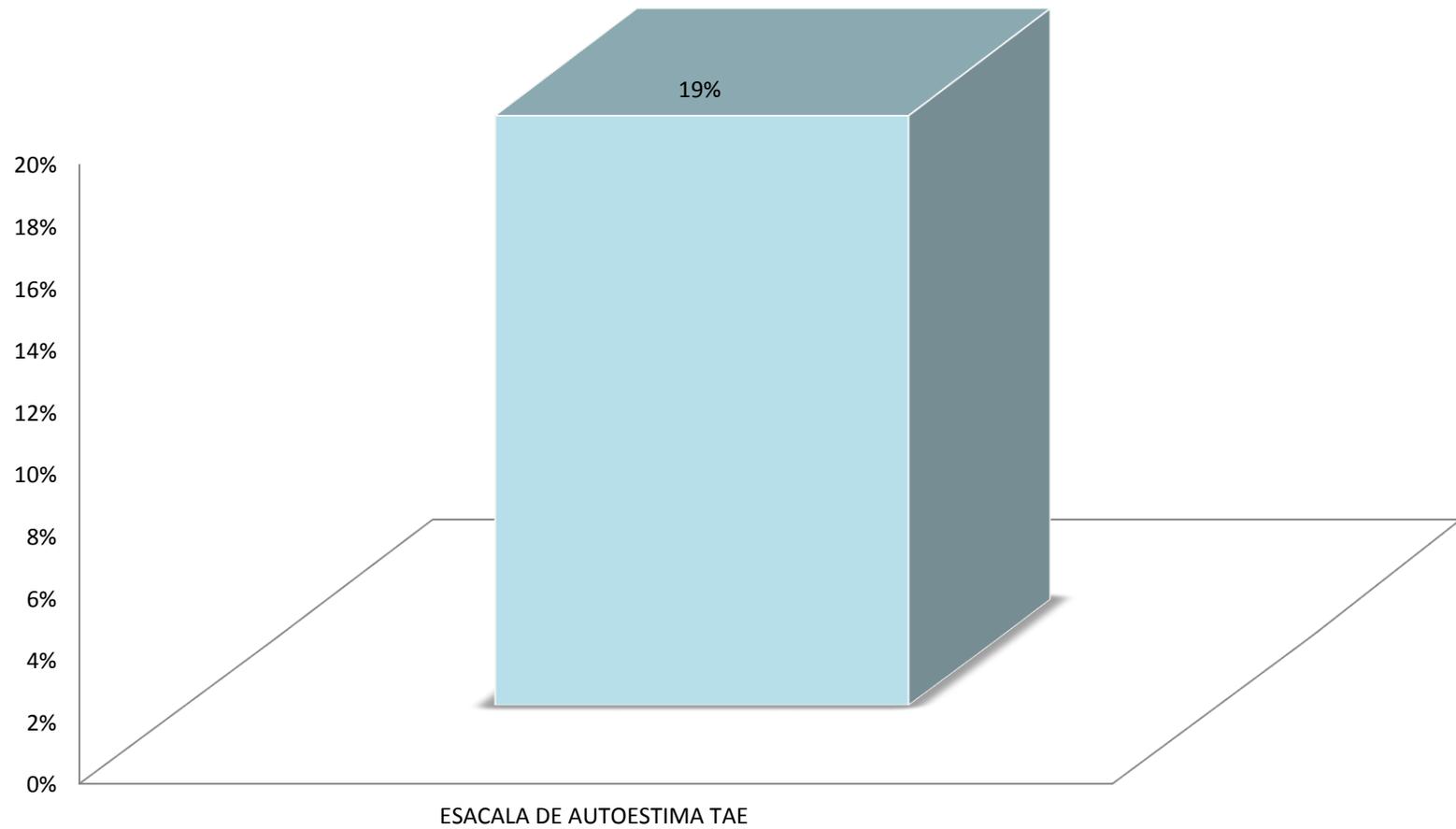
ANEXO 1

Medidas de tendencia central de Autoestima.



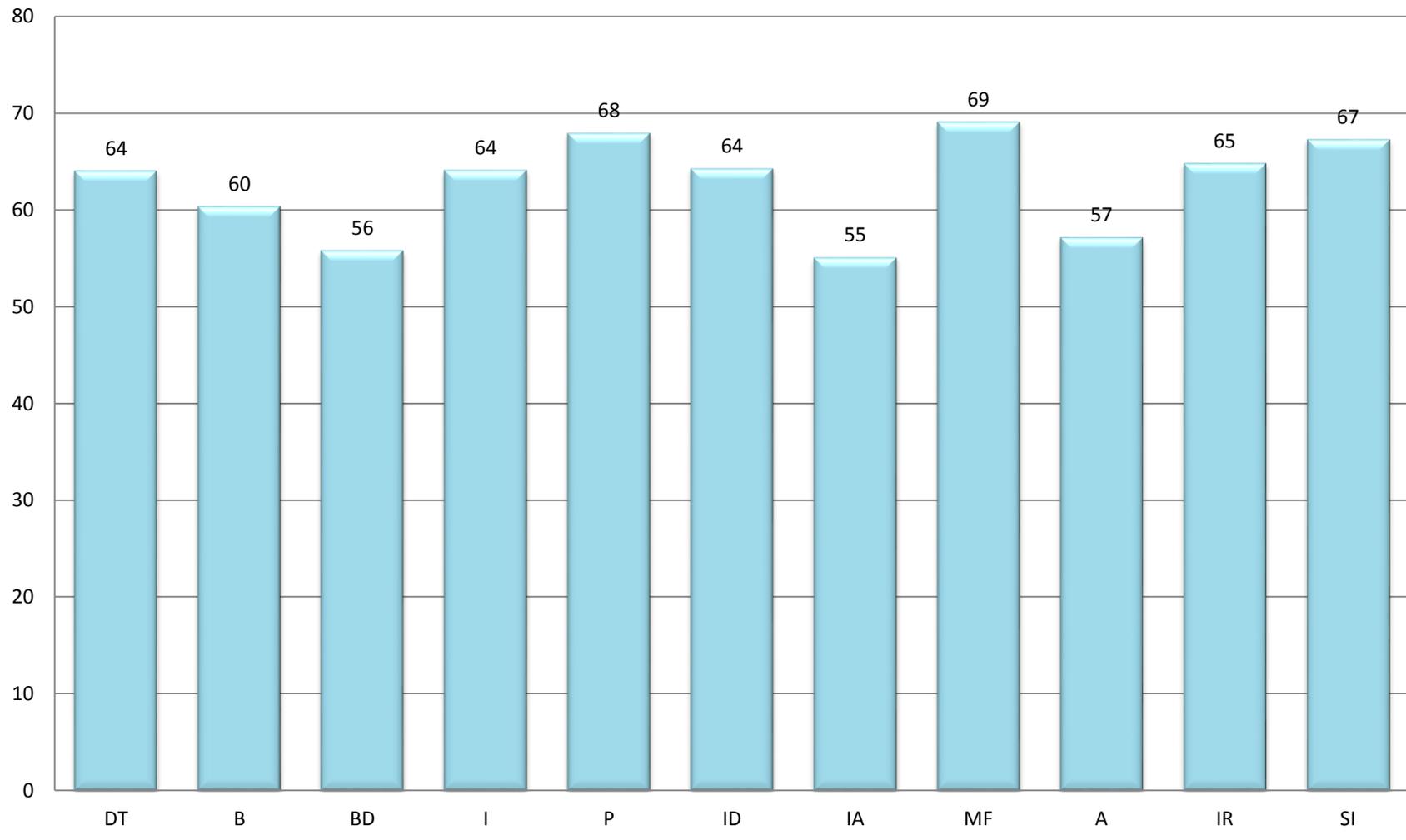
ANEXO 2

Porcentaje de sujetos con puntajes preocupantes en autoestima



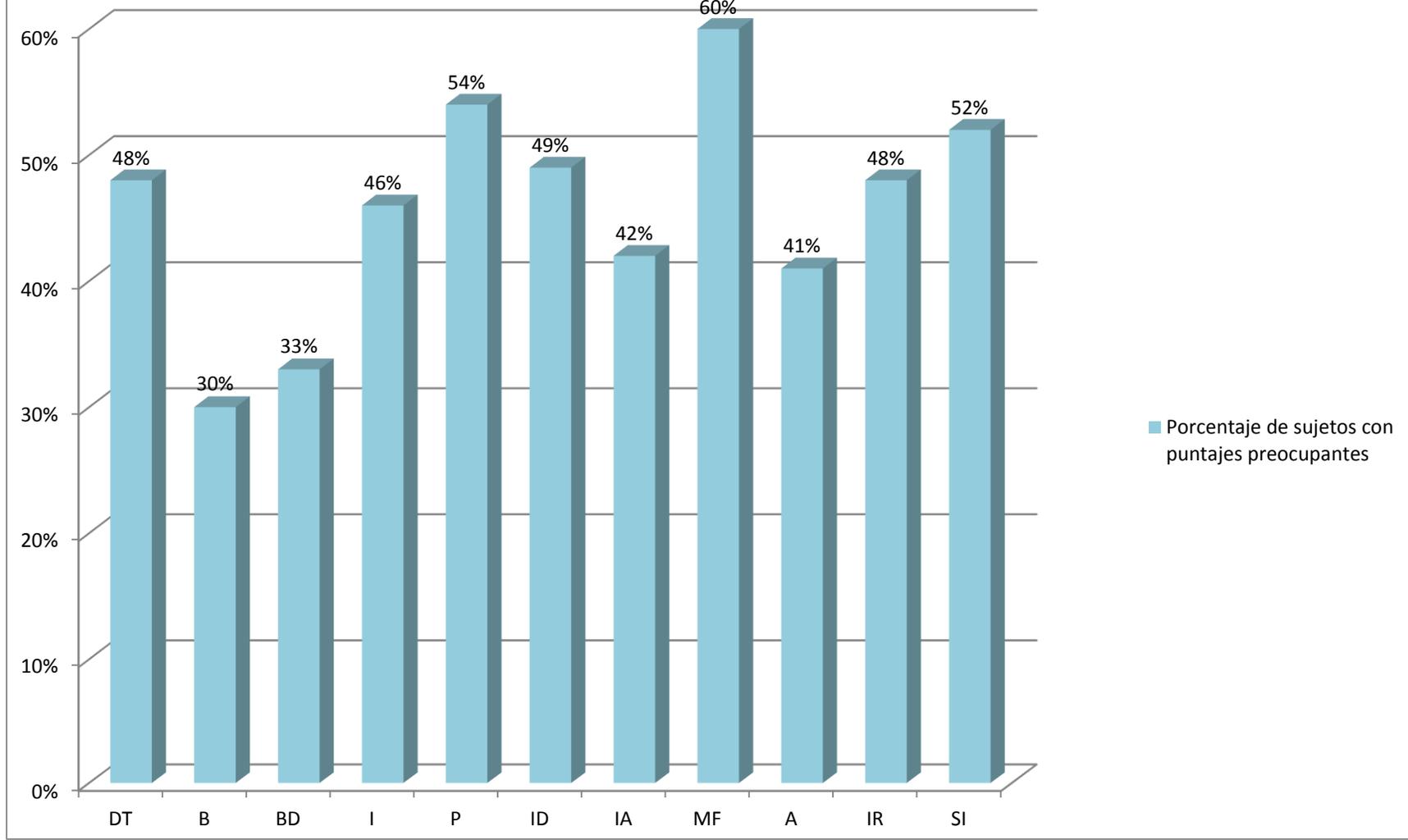
ANEXO 3

Media aritmética de los indicadores de trastornos alimentarios



ANEXO 4

Porcentaje de sujetos con puntajes preocupantes en los indicadores de trastornos alimentarios



ANEXO 5

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

