

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

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

**RELACIÓN ENTRE AUTOESTIMA E INDICADORES PSICOLÓGICOS  
DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN ALUMNOS DE  
SECUNDARIA DE TANCÍTARO**

Tesis

para obtener el título de:

Licenciada en Psicología

Selene Guadalupe Rodríguez Castillo

Asesor: Lic. José de Jesús González Pérez

Uruapan, Michoacán. 21 de Noviembre 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 . . . . .	6
Objetivos . . . . .	7
Hipótesis. . . . .	8
Operacionalización de las variables. . . . .	9
Justificación . . . . .	10
Marco de referencia . . . . .	11

## **Capítulo 1. Autoestima.**

1.1. Definición de autoestima. . . . .	13
1.2. Origen y desarrollo de la autoestima. . . . .	15
1.3 Niveles de la autoestima. . . . .	22
1.4 Componentes de la autoestima. . . . .	26
1.4.1. Componente cognitivo. . . . .	26
1.4.2 Componente afectivo. . . . .	27
1.4.3 Componente conductual. . . . .	28
1.5 Pilares de la autoestima. . . . .	30
1.5.1 La práctica de vivir conscientemente. . . . .	30
1.5.2 La práctica de aceptarse a uno mismo. . . . .	31
1.5.3 La práctica de aceptar responsabilidades. . . . .	33

1.5.4 La práctica de afirmarse a sí mismo.	34
1.5.5 La práctica de vivir con un propósito.	35
1.5.6 La práctica de la integridad.	36
1.6 Evaluación de la autoestima.	37

## **Capítulo 2. Los trastornos alimentarios.**

2.1 Antecedentes históricos de la alimentación.	40
2.2 Definición y características clínicas de los trastornos alimentarios.	41
2.2.1 Anorexia nerviosa.	41
2.2.1 Bulimia nerviosa.	43
2.2.3 Obesidad.	44
2.2.5 Vómitos en otras alteraciones psicológicas.	45
2.2.6 Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia.	45
2.3 Esfera oroalimenticia en el infante.	47
2.3.1 Organización oroalimenticia.	48
2.3.2 Alteraciones en la esfera oroalimentaria.	49
2.4 Perfil de la persona con trastorno de alimentación.	50
2.5 Causas del trastorno alimenticio.	52
2.5.1 Factores predisponentes individuales.	53
2.5.2 Factores predisponentes familiares.	56
2.5.3 Factores socioculturales.	58
2.6 Percepción del cuerpo en el trastorno alimenticio.	60
2.7 Factores que mantienen los trastornos alimentarios.	63
2.8 Trastornos mentales asociados a los trastornos alimentarios.	65

2.9 Tratamiento de los trastornos alimentarios.	68
---	----

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

3.1 Descripción metodológica.	71
3.1.1 Enfoque cuantitativo.	72
3.1.2 Investigación no experimental.	73
3.1.3 Diseño transversal.	74
3.1.4 Alcance correlacional.	75
3.1.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.	76
3.2 Población y muestra.	77
3.2.1 Delimitación y descripción de la población.	77
3.2.2 Proceso de selección de la muestra.	78
3.3 Descripción del proceso de investigación.	79
3.4 Análisis e interpretación de resultados.	82
3.4.1 Autoestima.	82
3.4.2 Indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios.	85
3.4.3. Relación entre el nivel de autoestima y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios.	88
Conclusiones	92
Bibliografía	94
Mesografía	96
Anexos.	

# INTRODUCCIÓN

En el presente documento se examina la relación entre la autoestima y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en los alumnos de una escuela secundaria pública. En función de dicha finalidad, se muestran como primeros recursos contextuales, los estudios previos al presente.

## **Antecedentes**

El ser humano es capaz de desarrollar capacidades y actitudes en función del lugar en donde se encuentra, a este fenómeno se le denomina adaptación; el hombre es por naturaleza un ser lleno de cualidades que lo encaminan hacia diversos horizontes y es responsable de sus propias decisiones, no obstante, en la etapa de la adolescencia se encuentra en crisis adaptativa y en la búsqueda del desarrollo de su personalidad.

De acuerdo con McKay y Fanning (1989), citado por Brinkmann (1998). La autoestima se refiere al concepto que la persona tiene de sí misma, basada en sentimientos, pensamientos, sensaciones y experiencias que ha recabado a través de su vida, es decir, son el resultado de las atribuciones realizadas desde la infancia por parte de las personas que están a su alrededor, ya sean negativas o positivas, como las evaluaciones, críticas o elogios, entre otras.

Por lo tanto, el autoconcepto favorece el sentido de identidad y de vida de la persona, constituyendo un marco de referencia, lo cual influye en el rendimiento académico, laboral, las relaciones interpersonales, el desarrollo profesional, asimismo, condiciona las expectativas y la motivación.

Ríos en el (2009), menciona que Maslow, Bettelheim y Rogers afirman que la autoestima es parte fundamental para que el hombre alcance su plenitud y plena expresión de sí mismo, ya que puede verse con orgullo o vergüenza, considerar que posee valor o carece de él.

Por otra parte, para Crispo y colaboradores (1996), citado por Ríos (2009). Los trastornos alimentarios son conductas que afectan directamente al cuerpo, reflejan un cierto tipo de vulnerabilidad individual en cuanto a personalidad y maduración, y ocurren en una familia con determinadas características previas a la aparición del trastorno.

Por lo tanto, se consideran los trastornos alimenticios como una serie de cambios conductuales en la ingesta de alimentos, en los cuales el sujeto se niega a consumir un cierto grupo alimenticio, dicha carencia afecta directamente el funcionamiento integral de los órganos vitales; no obstante, cabe mencionar que la aparición de esta patología puede ser causada por influencia familiar, ya que en este ambiente hay rasgos característicos antes de la aparición del trastorno.

Durante varios años se han realizado investigaciones sobre los temas de interés en torno a la autoestima y los indicadores de trastornos alimenticios, de las cuales se darán a conocer algunas de las realizadas en diferentes contextos del mundo.

En un estudio realizado en una escuela secundaria pública de la ciudad de Xalapa, Veracruz, en México, denominada “Trastorno Alimentario y su relación con la imagen corporal y la Autoestima en Adolescentes”, se tomó una muestra de 298 adolescentes, de los cuales 153 eran mujeres y 145 hombres, de entre 13 y 14 años de edad, a quienes se aplicó un Test de Actitudes Alimentarias (EAT) de Garner y Garfinker (1979), instrumento que evalúa las características anoréxicas: miedo a engordar, motivación para adelgazar y patrones alimentarios restrictivos, la cual consta de 40 ítems que constan de una escala de frecuencia de 6 puntos, que va de “nunca” a “siempre”; otra escala utilizada fue el Cuestionario de la Escala Corporal (BSQ) de Cooper (1987), la cual consta de 34 ítems que evalúan la insatisfacción y la preocupación por el peso, clasificando la puntuación en cuatro categorías para evaluar los niveles de insatisfacción con la imagen corporal, y el (CEA) de Gracia (1998), que consta de 19 ítems, de los cuales 16 refieren a cualidades propias de la autoestima y tres a la autocrítica (Moreno y Ortiz; 2009).

Con los resultados arrojados con dichas pruebas, se pudieron detectar riesgos de trastornos alimentarios en el 4% de los hombres y el 12% de las mujeres, y la patología ya como tal en un 10% en ambos sexos.



Asimismo, se pudo determinar que la correlación entre la conducta alimentaria y la imagen corporal muestra una relación positiva: se indica que a mayor puntaje en el trastorno alimentario, mayor insatisfacción en su imagen corporal, cumpliéndose la hipótesis.

Ríos y Millán (2009) realizaron una investigación titulada “Autoestima relacionada con el desempeño escolar con los alumnos de quinto y noveno semestre de la carrera de odontología en el Centro Interdisciplinario de Ciencias de la Salud, Unidad Santo Tomas, del Instituto Politécnico Nacional, en México”.

Los resultados arrojados reflejaron que sí existe una relación entre la autoestima de los alumnos y su aprovechamiento escolar, debido a que se observó que el índice de reprobación es mayor en aquellos alumnos con autoestima más baja, en relación con el grupo de estudiantes en donde hubo menos reprobaciones. Los promedios más altos respecto al rendimiento académico, en su mayoría, los tenían alumnos con autoestima alta, mientras que los promedios más bajos en rendimiento académico correspondieron a los estudiantes con baja autoestima.

Una investigación realizada por Anaya en el 2004, citado por Moreno (2009). Mostró que la tendencia en estudios referidos de 1970 a 2002, indicaban un 6% de incidencia y 17% de prevalencia, considerando todos los trastornos de la conducta alimentaria, encontrando que en cuanto a la edad promedio en la que se desarrolla alguno de estos trastornos es a los 17 años, no obstante, hay algunos datos en los que se proponen edades entre 14 y 18 años. De acuerdo con la revista *Facts of*

*life*(citada por Taylor; 2007) suelen ser las mujeres de entre 15 y 24 años quienes constituyen la población más propensa a ser afectada por este tipo de alteraciones alimentarias, sin embargo, se han detectado casos de trastornos alimentarios en niños de apenas siete años y en personas de ochenta.

Por otra parte Cruz, Ávila y colaboradores (2008), en un estudio realizado con estudiantes universitarios mexicanos, encontraron que los hombres presentan mayor sintomatología de trastornos alimentarios, insatisfacción corporal y conductas de riesgo alimentario, que las mujeres.

Es alarmante que en el los últimos años, los trastornos alimenticios se incrementen significativamente y cada vez a más temprana edad en adolescentes y jóvenes, por lo cual Turón, Fernández y Vallejo (1992), realizaron una publicación denominada “Trastornos de la personalidad en la infancia y en la adolescencia” en Donostia/San Sebastián, en la cual se demostró que la imagen corporal está relacionada con el trastorno, ya que la insatisfacción y la distorsión de la imagen corporal, constituyen el principal motor que impulsa para que se realicen cambios en los hábitos dietéticos de los sujetos, de modo que son cada vez más estrictos en la elección de sus alimentos y son parcialmente responsables de los trastornos alimenticios, ya que en dicha investigación se pudo obtener que las mujeres con puntuaciones altas en el EAT son las que están más insatisfechas con su cuerpo.

Asimismo, en la Escuela Secundaria Técnica #41, de Tancítaro, Michoacán, se ha podido identificar que las alumnas de dicha institución han cambiado sus hábitos

de alimentación e incluso se niegan a ingerir alimentos, con la finalidad de obtener una figura estética idealizada a partir de los medios de comunicación, no obstante, han tenido problemas en su salud, como mareos y desmayos, entre otros síntomas, lo cual hace alarmante esta situación.

### **Planteamiento del problema**

Actualmente, hablar de autoestima es un tema de suma importancia debido a que con mayor frecuencia, los adolescentes se ven influenciados por factores tales como los medios de comunicación, la moda, los estereotipos, entre otros, idealizando una imagen perfecta y al no lograrla, se desencadenan alteraciones en su valoración personal.

En años recientes, la incidencia de los trastornos alimentarios ha crecido de forma acelerada, por tal motivo, surge la necesidad de saber cómo prevenir alteraciones orgánicas desencadenadas por una deficiente alimentación, tales como patologías del aparato digestivo o estrés metabólico, así como alteraciones emocionales, como es el caso de la insatisfacción física y una baja autoestima.

En la actualidad no se cuenta con información que revele datos sobre la relación entre la autoestima y los indicadores psicológicos de trastornos alimenticios en los alumnos de la Escuela Secundaria Técnica #41, de Tancítaro, Michoacán, por lo cual, mediante la presente investigación se pretende identificar la relación que existe entre estos dos fenómenos sociales. Como ya se mencionó anteriormente, los

adolescentes, al cumplir los estándares sociales sobre la imagen corporal, baja su nivel de autoestima, por lo cual se ven en la necesidad de hacer cambios en sus dietas alimentarias, sin importarles las alteraciones en su salud e integridad tanto física como emocional.

Se puede ver que actualmente los adolescentes de la escuela secundaria referida han presentado cambios en sus hábitos de alimentación, esto con la necesidad de aprobación y pertenencia a su círculo de amigos, por lo cual se plantea la siguiente interrogante: ¿Se relaciona de manera significativa el grado de autoestima con la presencia de los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios, en los alumnos de la Escuela Secundaria Técnica #41, de Tancítaro, Michoacán?

## **Objetivos**

En este apartado se determinan los objetivos que persigue la presente investigación.

### **Objetivo general**

Verificar la relación que existe entre el nivel de autoestima y el grado en que se presentan los indicadores psicológicos de trastornos alimentarios en los alumnos de la Escuela Secundaria Técnica#41, de Tancítaro, Michoacán.

## **Objetivos particulares**

1. Definir el concepto de autoestima.
2. Analizar los principales enfoques teóricos que abordan la autoestima.
3. Determinar el concepto de trastornos alimentarios.
4. Establecer las causas que propician la presencia de los trastornos alimentarios.
5. Describir los principales indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios.
6. Cuantificar el nivel de autoestima de los alumnos de tercer grado de la Escuela Secundaria Técnica #41, de Tancítaro.
7. Evaluar el nivel en que se presentan los indicadores de trastornos alimentarios en la población de estudio.

## **Hipótesis.**

A continuación se establecen las hipótesis de trabajo y nula. Al final de este trabajo se establece cuál de ellas fue corroborada.

## **Hipótesis de trabajo.**

El nivel de autoestima está vinculado significativamente con el grado en el que se presentan los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios de los alumnos de la Escuela Secundaria Técnica #41, de Tancítaro, Michoacán.

### **Hipótesis nula.**

El nivel de autoestima no está significativamente vinculado con el grado en el que se presentan los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios de los alumnos de la Escuela Secundaria Técnica #41, de Tancítaro, Michoacán.

### **Operacionalización de las variables.**

Durante la investigación de campo fue necesaria la utilización de algunos instrumentos, con la finalidad de obtener los niveles tanto de autoestima como de indicadores de trastornos alimentarios, de los alumnos de la Escuela Secundaria Técnica #41, de Tancítaro, Michoacán, y así poder determinar la relación que existen entre estos fenómenos de estudio.

Para determinar el nivel de autoestima, se aplicó el Test de Autoestima de Coopersmith, el cual es una escala de auto-reporte que consta de 58 ítems, en el cual el sujeto tiene que leer unas declaraciones y decide si dicha afirmación es igual o distinta a la percepción de sí mismo, esto permite referir su apreciación en cuatro áreas: autoestima general, social, hogar y padres, escolar académica; el instrumento cuenta

además con una escala de mentiras de ocho ítems. Dicho instrumento esta validado por Prewitt – Díaz (Brinkmann y Segure; 1998).

De igual manera, los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios se midieron con la aplicación de la Escala de Trastornos Alimentarios (EDI-2) del autor David M. Garner (1998), el cual está conformado por once escalas que representan los principales síntomas que normalmente acompañan a la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa.

## **Justificación**

La presente investigación se realizó con la finalidad de beneficiar principalmente a los alumnos adolescentes de la Escuela Secundaria Técnica #41, mediante la prevención de trastornos alimentarios y la baja autoestima, ya que en esta etapa del desarrollo se encuentran más susceptibles ante las exigencias sociales, esto es un factor importante para sufrir cambios en sus hábitos y comportamiento, debido a la necesidad de pertenencia a un grupo social y ser aceptados en el círculo de amigos. De no cumplir con los estándares de dicho grupo, se pueden presentar alteraciones emocionales, este es el motivo que desencadena una problemática que afecta su integridad física y mental.

Asimismo, dicha investigación es de gran ayuda para la institución educativa, ya que en ella se dan conocer los principales factores sociales y emocionales que favorecen la aparición de trastornos alimenticios, así como las características de

dichas alteraciones, lo cual permitirá a los maestros y padres de familia identificar conductas indicadoras de dicha alteración y actuar adecuadamente con sus alumnos o en su caso, los hijos, sin que estos se sientan amenazados. De este modo será posible afrontar de forma oportuna y efectiva, las situaciones que pongan en riesgo sus vidas.

Adicionalmente se da a conocer la importancia de la autoestima en el desarrollo humano, señalando los aportes que las teorías han agregado para las intervenciones terapéuticas prácticas para la formación positiva de esta desde la primera infancia.

Este es un tema propio del área de psicología, ya que es la ciencia que se encarga de estudiar y comprender de una mejor forma los trastornos emocionales y conductuales por los que atraviesan los sujetos, por ello, puede identificar sus orígenes y aplicar estrategias para solucionar dicha problemática.

## **Marco de referencia**

En el presente apartado se describe la ubicación geográfica de la institución en la cual se realizó la investigación de campo, así como sus características generales.

La recolección de datos se llevó a cabo en una institución educativa de carácter público, denominada Escuela Secundaria Técnica #41, ubicada en carretera Tancítaro – San Juan Nuevo N° 130, de Tancítaro, Michoacán. El plantel se encuentra laborando desde hace 36 años, formando técnicos en carpintería y tratado de la madera, industria alimentaria, agricultura y cuidado de suelos, brindando atención en los tres



grados de este nivel educativo un total de 420 alumnos, entre hombres y mujeres de una edad de entre 11 y 17 años. En dicha institución laboran 22 docentes, en su mayoría licenciados en su área.

En cuanto a su infraestructura, este centro educativo consta de 17 aulas de concreto, una biblioteca, cuatro edificios de sanitarios, de los cuales dos son para hombres y dos para mujeres; cinco canchas deportivas: dos de futbol, dos básquetbol y una de voleibol, diez jardineras; dos oficinas, una de prefectura y una dirección; una cafetería, un taller de carpintería y uno de tecnología de los alimentos, así como una huerta.

# **CAPÍTULO 1**

## **AUTOESTIMA**

En este primer capítulo, se dan a conocer algunas conceptualizaciones sobre la autoestima, con la finalidad de clarificar dicho término y posteriormente, profundizar de modo que se genere una mayor comprensión sobre el tema y sus orígenes.

### **1.1. Definición de autoestima.**

Para Carrión (2007), la autoestima se considera como una fuerza motivadora que impulsa al sujeto a la realización de conductas; a su vez, le permite reconocer tanto sus habilidades, capacidades y destrezas, como sus deficiencias, asimismo, es capaz de responsabilizarse de estas para lograr salud, bienestar, compromiso y felicidad.

Mientras tanto, Coopersmith define el término 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 sea capaz, destacado, con éxito y valioso” (citado por Crozier; 2001: 205).

Anterior implica que este término hace referencia a la percepción que tiene cada persona respecto de sí misma, el grado en que se valora y se reconoce tomando en

cuenta sus fortalezas y debilidades, mediante la autocrítica o evaluación, lo cual le permite sentirse segura o insegura para realizar diversas actividades que se le presentan en su vida cotidiana, de aquí depende la forma en la que se desenvuelva para solucionar las diversas problemáticas en cualquier ámbito, ya sea en lo laboral, familiar, social o cultural, ya que de aquí parte el éxito o fracaso en su autorrealización.

Por otra parte, Clark y cols.(2000) hacen referencia a la autoestima como el concepto que las personas tienen de sí mismas y la forma en que se valoran, tomando en cuenta los sentimientos, pensamientos, sensaciones, experiencias y atributos otorgados inicialmente en el núcleo familiar y que posteriormente, se moldearán por el ámbito social en el que se desarrolla el sujeto, haciéndolos propios e interiorizándolos a lo largo de su vida, ya sean positivos o negativos, lo cual tiene gran influencia en el comportamiento y conductas futuras.

Para Kaufman y cols. (2003), la autoestima es una habilidad muy importante que se puede desarrollar en los seres humanos

Ahora bien, a partir de la definición y ampliando el panorama, para mejor comprensión de la variable de estudio, se abordará el origen y desarrollo de la autoestima, para lo cual se desarrolla el siguiente subcapítulo.

## **1.2. Origen y desarrollo de la autoestima.**

“El concepto del yo y la autoestima se desarrollan gradualmente durante toda la vida, empezando en la infancia y pasando por diversas etapas de progresiva complejidad, cada etapa aporta impresiones, sentimientos e incluso complicados razonamientos sobre el yo”. (Clark y cols.; 2000: 17).

Al inicio de la vida, el bebé no tiene establecido un sentido de identidad, pero percibe sensaciones físicas y sentimientos, así como una vaga consciencia procedente de las sensaciones. El lactante experimenta bienestar al momento de mamar, ser acariciado, cuando le sonríen y le satisfacen sus necesidades básicas, percibiendo un ambiente cálido y estimulante; por el contrario, el bebé se siente mal cuando no es atendido, por lo cual tiene que llorar por largos periodos de tiempo para que le puedan dar de comer o cambiar el pañal mojado, cuando tiene frío, sueño o cuando no le evitan las caídas, como resultado de una deficiente atención o en su caso, un deficiente cuidado hacia su integridad física y emocional.

Asimismo, el niño va interiorizando y apropiándose de todas las impresiones que se le son atribuidas por los padres como el ser bondadosos, desobedientes, bonitos, fuertes, trabajadores, gordos, flacos o útiles, para formar un concepto de su yo, al que se unen sus sentimientos, el estímulo de la sonrisa, las sensaciones de ánimo, aprobaciones y desaprobaciones, según sea el caso de los atributos. La primera impresión del propio yo es la semilla del sentimiento de valía, si la primera idea es positiva, la noción que el niño tendrá de sí mismo será fuerte y sana, tendrá la sensación de ser aceptado y amado.

“Por mucho que las respuestas de las personas importantes para el niño no estén basadas en nada real, él las captará como si fueran verdad” (Clark y cols.; 2000: 19). Si el niño solo recibe sentimientos negativos, abandono y rechazo, inmediatamente comenzará a vivir una sensación de inutilidad, ya que aún no cuenta con un amplio criterio de juicio, que se va a presentar hasta etapas posteriores en tercer o cuarto grado escolar y entonces es capaz de pensar por sí mismo, por lo cual ya puede diferenciar los comentarios de sus compañeros y rechazar las críticas negativas, ya que sus capacidades mentales y sus perspectivas son más estructuradas, sin embargo, la aceptación y confirmación de dichos comentarios depende de las estructuras y evaluaciones que ya se tengan en etapas de la primera infancia; si la primera idea es positiva, el niño formará una autoestima sana.

Alcántara (1990) hace referencia de que la familia es la principal y primera responsable en la formación de la autoestima, ya que es dicho núcleo el primer escenario en el que se desarrolla el infante; en esta primera etapa se comienza a formar la estructura actitudinal de la personalidad, sin embargo en muchas familias no hay bases apropiadas para un óptimo desarrollo de esta, ya que hay padres con baja autoestima, lo cual se refleja en la forma de cuidar y tratar a los hijos, mostrándose inseguros, temerosos, autoritarios, ansiosos, sobreprotectores, lo cual repercutirá en etapas posteriores en la toma de decisiones.

Cabe mencionar que el núcleo familiar no es el único responsable en la formación del autoestima, ya que intervienen factores sociales, entre ellos, el ámbito escolar, que es uno de los principales en los que se desarrolla, y que la influencia tanto

de los maestros como de los compañeros de clase, puede generar estímulos tanto positivos como negativos para el desarrollo del niño.

De igual manera, si hay una desaprobación por parte del maestro hacia el niño frente al grupo de clase, esto no le dará la confianza de interactuar y socializar con sus compañeros, esto puede verse reflejado en la negación a realizar trabajos en equipo, como resultado de sentimiento de inferioridad, miedo a equivocarse y por ende, al rechazo.

“El modo en que las personas se experimentan a sí mismas influye sobre cada momento de su existencia, su autoevaluación es el contexto básico dentro del que actúan y relacionan, eligen sus valores, fijan sus metas” (Branden; 2008: 16).

El valor que tienen las personas sobre sí mismas es muy importante, ya que de aquí depende su comportamiento a lo largo de su experiencia, dicho factor es el motor impulsador para que se puedan fijar metas, proyectos de vida, así como la forma de actuar y relacionarse para poder cumplir dichos objetivos; esto a su vez motiva a la superación de retos que se les presenten en su camino, por tal motivo, las reacciones ante dichos acontecimientos dependen en gran parte por quienes son y quienes creen que son, o por el grado de competencia y dignidad que creen poseer como personas, adquiridos por todos los juicios emitidos a lo largo de su historia personal.

En el mismo sentido, “entramos en este mundo con ciertas diferencias inherentes que pueden facilitar o complicar el disfrute de una autoestima sana,

diferencias que tienen que ver con energía, la resistencia, la disposición a disfrutar de la vida” (Branden; 2008: 17).

El entorno social en el que se desenvuelve el infante es la parte fundamental y de gran influencia para el sano desarrollo de la autoestima, debido que si una persona ha sufrido insultos, humillaciones, abandono emocional y malos tratos en los primeros años de su vida, conocida como la primera infancia, es muy probable que desarrolle una deficiente autoestima, que le afectará en etapas posteriores y la hará susceptible a múltiples alteraciones emocionales.

Por otra parte, los niños que pertenecen a una familia cálida, en la cual se les cría con amor y respeto, sus padres les permiten experimentar una aceptación coherente y benevolente, sin bombardeo contradictorio en su forma de educar; o no los ridiculizan, humillan o maltratan para corregir sus conductas poco aceptables, más bien les explican de una forma comprensible el motivo por el cual la conducta problema no se puede realizar, además, les hacen saber la consecuencia ante dicha conducta. Estos niños no desarrollarán un sentimiento de culpa y podrán gozar de una autoestima sana.

De acuerdo con Branden (2008), un niño que se enfrenta a la irracionalidad humana a la cual no sabe enfrentar de forma adecuada, puede sentir al mundo adulto que lo rodea como amenazador, debido a las ideas, expectativas y exigencias de sus padres y adultos; el menor las percibe contradictorias, opresivas y altamente amenazantes para su persona.

Después del esfuerzo y gasto de energía realizado por el menor para comprender sus conductas, se rinde, echándose la culpa de los problemas ajenos a él, en ello lo habrán involucrado sus padres, generando un sentimiento de indefensión por la incomprensión de los adultos y como resultado, el niño tiende a actuar con ira, ansiedad, hostilidad y depresión.

De forma consciente o inconsciente, el infante considera que su fracaso ante la comprensión del mundo es un reflejo de sí mismo, lo cual afecta su ego y se considera que hay algo dentro de él o de ella que no funciona bien, sintiéndose ineficiente y abandonando la esperanza de encontrarle sentido a su vida. Comienza a idealizarse como un ser que en todo fracasará, a lo que se le conoce como una baja autoestima, por el daño generado por los padres o cuidadores.

De acuerdo con Carrión (2007), una vez llegada la etapa de la razón, hay más consciencia que lo que el niño experimenta es un rechazo por ser diferente a sus hermanos, primos, compañeros de clase o vecinos. Si el infante no fue escuchado o tomado en cuenta, se desencadena un aislamiento social, dando lugar a rencor, ira, tristeza y miedo, como una especie de escudo protector y a la vez, como respuesta de no recibir lo que desea de quienes lo rodean.

De acuerdo con Euroméxico (2005), la autoestima de los hijos es un factor de aprendizaje, ya que los padres y quienes los rodean, crean la oportunidad para que descubran que a pesar de los temores y ansiedad, frustraciones y fracasos, el niño



es capaz de sostenerse y sobrellevar los retos que se le presenten en las etapas de la vida.

Si una persona tiene una sana autoestima, tendrá la confianza para participar en un evento, o de iniciarlo y llevarlo a cabo, tomando en cuenta sus debilidades, haciéndolas conscientes para posteriormente trabajar sobre ellas, lo cual le permitirá obtener resultados satisfactorios y de no ser así, puede continuar intentándolo, poniendo gran atención en los errores cometidos en el primer ensayo; sin embargo, una persona que no confía en sí misma, en el primer obstáculo que se le presente se siente devastada, con la falsa creencia de que no sirve para nada, ya que puede ser que de pequeña no le proporcionaron confianza en su familia ante tal carencia, de modo que tomará la decisión de no continuar con el proyecto.

La adolescencia es uno de los periodos más críticos para el desarrollo de la autoestima, debido a que en esta etapa las personas se encuentran en la búsqueda de identidad, requieren conocer sus habilidades, su talento y sentirse valiosas, pasan de la dependencia a la independencia de la familia.

Para Clark y cols. (2000), la adolescencia es el periodo en el cual llega al máximo la necesidad de compartir y pertenecer a un grupo de amigos; hasta cierto punto, el adolescente forma su imagen y autoestima a partir de las relaciones con las personas a su alrededor; si cuenta con muchos amigos, se sentirá integrado en su grupo de compañeros y su valía estará engrandecida, sin embargo, si se encuentra aislado y tímido para establecer relaciones, tenderá a valorarse de forma negativa.

“El niño se presenta en la adolescencia con la opinión y el sentido de la propia valía que haya adquirido en la infancia, todo ello se transformará casi por completo durante la adolescencia, añadiéndose muchas impresiones que formarán un nuevo sentido de la propia valía, mucho más personal” (Clark y cols.; 2000: 23).

La presión a la que se exponía el sujeto cuando era niño, pasa de su familia a ser más marcada en los amigos, debido a la necesidad de aceptación y pertenencia en un grupo de iguales, de manera que para poder ser aceptado y encajar en ese círculo, el adolescente llega a adoptar características y expresiones para sentirse perteneciente, tales como moda, lenguaje, costumbres, forma de vestir, comportamiento y creencias, dejando en segundo plano las características y valores familiares.

En la crisis de identidad de la adolescencia, cuestiona la opinión de sí mismo que fue adquirida en el pasado. Llega incluso a rechazar o aceptar cualquier evaluación que se le haga, puede encontrarse confuso e inseguro, por ello necesitará aprobación, como una revaloración.

### **1.3 Niveles de la autoestima.**

El nivel de la autoestima no se consigue definitivamente y para siempre en la infancia, sino que es un proceso de maduración o por el contrario, se puede deteriorar,

hay gente cuyo nivel de autoestima era más alto en la infancia que en la adultez o viceversa, esto puede tener cambios a lo largo de la vida.

- Autoestima baja.

Para Branden (2011), cuando la autoestima es baja, las personas tienden a ser manipuladas debido a un miedo a la realidad, hacia la que hay un sentimiento de inadecuación ante hechos acerca de sí mismo que han sido negados, rechazados o reprimidos, miedo a que le desenmascaren su propia personalidad, a la humillación después al fracaso y algunas veces, a la responsabilidad que conlleva el éxito. El sujeto con una autoestima baja está pendiente a evitar el dolor de experimentar alegría, es por tal motivo que este tipo de personas se aferran a la rutina y no se permiten experimentar situaciones nuevas, por el miedo a lo desconocido no se arriesgan a nuevos proyectos de vida, argumentando que no funcionarán.

Cuando a una persona con un nivel de autoestima bajo se le presentan oportunidades de superación, manifiesta inseguridad y miedo, lo cual no le permite tomar una decisión importante para aceptar ante dicha propuesta, hay un miedo a cometer errores y ser ridiculizada.

Sin embargo, los niños que presentan una autoestima alta, buscan el éxito y aceptación se sienten orgullosos de sí mismos, de sus habilidades, logros y satisfechos, con lo que se realizan día con día, además, están dispuestos a arriesgarse y enfrentar los retos, cambios y desafíos de la vida. Mientras tanto, cuando un niño

tiene una baja autoestima, se muestra dudoso de lo que es, lo que puede hacer y se convierte en víctima ante la presión de sus compañeros de clase, se siente inferior, por lo cual puede llegar a realizar conductas que le piden los amigos, sin estar de acuerdo en ello, solo por la gran necesidad que tiene de aprobación y aceptación. Por ejemplo, las personas con una baja autoestima son más susceptibles a caer en actividades ilícitas como el consumo de alcohol, tabaco y drogas sin ninguna responsabilidad, todo esto como el resultado del desprecio absoluto por los demás el rencor y coraje reprimido.

“Un individuo con autoestima baja tiende a dejar de lado los resultados de su intelecto, no porque no consiga ideas brillantes sino porque no las valora, no las considera potencialmente importantes y, a menudo, ni si quiera las recuerda durante mucho tiempo” (Branden; 2011: 67).

Por otra parte, Branden (2008) dice que cuando el grado de autoestima es bajo, disminuye la resistencia frente a la adversidad de la vida. Frente a una problemática, por mínima que sea, este tipo de sujeto sufre un bloqueo que no le permite ampliar el panorama para analizar posibles soluciones ante dicha situación, se siente influenciado a evitar situaciones que generen dolor.

Cuando las personas tienen una imagen negativa de sí mismas y poca autoestima, se sienten desplazadas, se creen incapaces de hacer las actividades, cerrándose en la falsa idea que no podrán alcanzar éxito en su vida.

Un adolescente con baja autoestima se acercará a una nueva experiencia de aprendizaje con la predisposición, sentimiento de desesperanza y temor a lo desconocido, argumentando que de no puede hacerlo, sin siquiera darse la oportunidad de intentarlo, lo cual lo llevará a hacer realidad su predisposición, no porque no cuente con la capacidad de lograrlo, sino porque no siente la confianza para hacerlo y no se esfuerza.

- Alta autoestima.

Así pues, tener una autoestima alta significa sentirse confiado y apto para la vida, con la plena confianza de que puede llevar a cabo y resolver cualquier problemática que se le presente; este tipo de personas confían en sus habilidades y toman la iniciativa para emprender negocios, proyectos, relación de pareja y cuanto les ofrezca la vida, ya que tienen gran deseo de superación.

Un mayor grado de autoestima se asocia a mayor tolerancia a la frustración, hay una mejor forma de aceptar, sobrellevar, resolver y superar los fracasos a los que se enfrenta el sujeto.

La autoestima influye mucho en el comportamiento, los seres humanos suelen comportarse de acuerdo con su autoimagen y su autoestima, a la vez, su comportamiento suele confirmar la imagen que tienen de sí mismos; es un círculo cerrado que no hace más que reforzar sus actitudes y sus puntos de vista básicos. (Clark y cols.; 2000).

Si un adolescente tiene una imagen positiva de sí mismo y una sana autoestima, se sentirá capaz y se mostrará confiado, por ello, se comportará de manera que lo que haga reafirme el sentido su propia valía, no estará pendiente de los comentarios de los demás ni realizará conductas para ganar el reconocimiento de los otros, más bien, tenderá a disfrutar de lo que a él le gusta hacer y lo que le hace sentir cómodo.

Por lo tanto, una persona con este tipo de autoestima demostrará sus sentimientos positivos tanto de forma verbal como no verbal, mediante sonrisas, podrá mirar a los ojos, mostrará una postura erguida, saludará de mano y en general, creará un ambiente saludable en sus relaciones interpersonales, de igual modo, tenderá a aceptar las opiniones de las demás personas de una forma modesta. Todas estas conductas emitidas lograrán que sean aceptados y se sientan cómodos con su presencia.

De acuerdo con Branden (2011), el hecho de tener un alto nivel de autoestima influye para que estas personas permanezcan en una tarea considerablemente más tiempo, en comparación con las personas con un nivel bajo de autoestima. El hecho de persistir da mayor probabilidad de obtener éxito.

Por otra parte, según Branden (2010), la autoestima es indispensable para las mujeres que están abandonando los roles sexuales tradicionales, ya que les permite luchar por la autonomía intelectual y por progresar en su trabajo, además, las mujeres

con alta autoestima tienden a tratar bien a los demás se respetan a sí mismas, a los demás y exigen ser respetadas y por consiguiente, que las traten bien.

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

En este subcapítulo se darán a conocer los principales componentes de la autoestima, los cuales corresponden a las áreas, cognitiva, afectiva y conductual, que se desarrollarán de forma detallada a continuación.

Cada persona está destinada para destacar en un determinado valor. Solamente en una comunión interpersonal se alcanzaría la plenitud.

##### **1.4.1. Componente cognitivo.**

“El componente cognitivo indica idea, opinión, creencias, percepción y procesamiento de la información. Nos referimos al autoconcepto definido como opinión que se tiene de la propia personalidad y sobre su conducta.” (Alcántara; 1990: 19).

Dicho elemento es el resultado de esquemas organizados con experiencias pasadas que sirven como base de conocimiento, para reconocer e interpretar estímulos relevantes que se presenten actualmente y ante los cuales el sujeto pueda responder.

#### **1.4.2 Componente afectivo.**

Como ya se ha visto anteriormente, las deficiencias personales son el resultado de las experiencias tempranas interiorizadas subjetivamente, que han sido aprendidas del núcleo familiar y posteriormente, del ámbito social en el que se desarrolla en infante.

Para Alcántara (1990), el componente afectivo conlleva la valoración de lo positivo y lo negativo que los sujetos perciben de sí mismos, lo cual implica un sentimiento de lo favorable a lo desfavorable, por lo tanto, es la emisión de un juicio de valor sobre cualidades personales.

En este sentido, se define el término autoesquema como una creencia y opinión sobre sí mismo, que determina el modo en que es organizada, codificada y usada la información que llega sobre la propia persona, por lo cual el autoconcepto es parte fundamental en la formación, crecimiento y consolidación de la autoestima.

Por otra parte, Branden (2008), indica que el respeto por uno mismo, es la confianza en el propio derecho a ser feliz y por extensión, confianza en que las personas son dignas de los logros, el éxito, la amistad, el respeto, amor y la realización que aparezcan en sus vidas.

#### **1.4.3 Componente conductual.**



La autoestima es la meta más importante del proceso educativo, también es fundamental en los procesos de pensar, sentir y actuar; se considera como el verdadero rostro del hombre a lo largo de la vida, así como la raíz de la conducta humana y determinante del comportamiento de las personas, conlleva un impulso predisponiendo al sujeto para la ejecución y acción humana.

“La autoestima posee dos cualidades: la transferencia y la generación. Por ello podremos responder a múltiples y diferentes operaciones; desde su unidad nos abrimos a un repertorio multiforme de conductas, capacitándonos para enfrentarnos a la vida compleja y cambiante que nos espera. Ante una sociedad de cambio. (Alcántara; 1990: 18).

Existen otros autores que hablan de los componentes, como son Branden y Carrión.

Para el desarrollo de la autoestima, se requieren dos aspectos interrelacionados que implican un sentimiento de eficacia personal y el valor propio: la confianza y el respeto que se tiene uno mismo, “es la convicción de que uno es competente para vivir y digno de ello” (Branden; 2008: 192).

Desde el momento en que el niño adquiere la capacidad de funcionamiento conceptual, cada vez es más consciente sobre su responsabilidad de regular la actividad de su mente.

Branden (2011) considera dos componentes principales relacionados para la formación del autoestima para él: la eficacia personal y el respeto a uno mismo, que son el pilar doble del autoestima saludable; si llegase a faltar uno de ellos, la autoestima se deteriora, ya que la experiencia personal genera un sentimiento de control y bienestar psicológico, mientras tanto, la experiencia de respeto hace posible una favorable sensación no neurótica.

Asimismo, Carrión (2007) considera que la eficacia personal o excelencia, se basa en el equilibrio entre sinceridad, valor y prudencia, así como en la confianza en el funcionamiento correcto de procesos mentales, entendida como la capacidad que tiene el sujeto para analizar, comprender, aprender y decidir, lo cual permite a su vez creer en sí mismo, apreciando tanto valores como defectos, sin tener que llegar a presentar una baja estima como resultado de pereza y negligencia, y sin exaltaciones, orgullo, vanidad y envidia como fruto de la presión ambiental.

### **1.5 Pilares de la autoestima.**

Para fortalecer la autoestima, se requiere del cumplimiento de seis etapas primordiales para lograr la autorrealización personal, que abordarán los factores de los que depende el desarrollo de la auténtica autoestima, a los cuales se les conoce como pilares, que se explicarán enseguida, de manera separada.

### **1.5.1 La práctica de vivir conscientemente.**

No hay ninguna práctica que potencie más a las personas, y no es difícil entender por qué vivir conscientemente es tanto una causa como un efecto de la autoestima. “Cuando más conscientemente se vive, más confianza se tiene en la propia mente y más respeto se profesa por el propio valor, con mayor naturalidad y se puede vivir conscientemente”(Branden;2010:25).

Sin embargo, la mayoría de las personas tienden a actuar como si no desearan tener consciencia de las tareas que realicen, ya que esto requiere de esfuerzo que no están dispuestos a imprimir, además, el hecho de estar conscientes pone al sujeto en contacto con situaciones que no se desean enfrentar directamente y que se prefieren ignorar para mantenerse a salvo de cuestiones dolorosas para el yo.

En este sentido, “percibimos la conciencia como la suprema manifestación de la vida. Cuanto más elevada sea la forma de consciencia, más elevada será la forma de vida. Subiendo en la escala evolutiva desde el momento en el que aparece la consciencia por primera vez en la tierra” (Branden;2011:87). Los que tratan de vivir sin pensar los hechos desagradables, padecen deficiencia en su dignidad personal.

### **1.5.2 La práctica de aceptarse a uno mismo.**

Sin autoaceptación, la autoestima sería imposible, el crecimiento personal se vería reprimido y no se llegaría a la felicidad, puesto que la autoaceptación se ve vinculada con la autopercepción que responde a la pregunta: “¿Quién soy?”

“Aceptar es experimentar la realidad de manera completa, sin negarla ni evadirla. Es algo diferente de un simple reconocimiento o admiración en sentido abstracto. No tiene nada que ver con que algo nos guste, con la admiración o la disculpa. No puedo aceptar la realidad de aspectos de mí mismo que no me agradan, que no son dignos de admiración o que no puedo disculpar de ninguna manera” (Branden; 2010: 29). Esto quiere decir que no es necesario que los sentimientos de envidia hacia una persona produzcan vergüenza o tengan que ser de rechazo, sino que se vivan de forma consciente y experimentarlos como propios.

Branden (2011) hace referencia que la autoafirmación significa respetar deseos, necesidades y valores, así como buscar una forma adecuada de expresar sentimientos, esto no quiere decir que al reafirmarse se tenga que pasar sobre los demás para ser el primero, simplemente significa valerse por sí mismo, ser quien es abiertamente, tratarse con respeto en todas las relaciones humanas, ser auténtico y no enmascararse para agradar.

Por otra parte, Mankeliunas (2001) define el autoconcepto como la propia capacidad humana que se forma básicamente por comparación consigo mismo o con otros individuos, con base en algún tipo de rendimiento, implica la capacidad que se logra a la edad de los diez años.

Desafortunadamente, a los niños se les enseña de forma sutil a fingir lo que en realidad están pensando o sienten, porque esto puede resultar molesto a los adultos, se les premia con amor y aprobación por sacrificar parte de su personalidad y a su vez, se viola la libertad de expresión del infante, no se les permite expresar abiertamente sus emociones tales como el miedo, la ira, tristeza o angustia, entre otros; incluso se les obliga a negar su propia sexualidad, ya que estas conductas son castigadas, o bien, se les etiqueta como niños imprudentes si las expresan, por lo cual, todo niño termina por actuar como se le permite en el mundo adulto, para ser amado y aceptado como un “niño bueno”.

De acuerdo con Branden (2008), la autoestima está íntimamente ligada al respeto implacable de los hechos, incluyendo los que tienen que ver con la misma persona, por eso es tan importante la autoaceptación, ya que cuando se admiten abiertamente las experiencias sin que se tenga que convertir o fingir ser alguien más, es posible ser aliado de la realidad y se formula una fortaleza; de no ser así, se origina una baja autoestima, se trata de una virtud de realismo, de respeto por la realidad de uno mismo, lo cual permite aprender de los errores y mejorar en el futuro.

### **1.5.3 La práctica de aceptar responsabilidades.**

Branden (2008) afirma que para sentirse competente en la vida y digno de felicidad, el individuo necesita tener el control de su experiencia, lo cual implica la

disponibilidad a aceptar la responsabilidad y consecuencias tanto de sus actos como de sus metas, lo cual conlleva a que tome las riendas de su propia vida y bienestar.

Por otra parte, Branden (2010) promulga que la práctica de la autorresponsabilidad implica el hecho de hacerse cargo de sí mismo en todas las situaciones en las que interfiere la decisión propia, lo cual no significa aceptar responsabilizarse por cuestiones que están fuera de alcance o que no son propias, sino aceptar las consecuencias de los propios actos y no responsabilizar a los demás de los fracasos ocurridos en uno mismo.

Al ser humano le es imposible resolver los problemas de las otras personas o hacerlos propios, ya que esto solo terminaría por disminuir la autoestima al no lograr solucionar dichas problemáticas, generando impotencia.

#### **1.5.4 La práctica de afirmarse a sí mismo.**

De acuerdo con Branden (2008), la autoafirmación es la virtud de expresarse adecuadamente, respetando las propias necesidades, deseos, valores y convicciones que se tienen como persona, y buscando la forma aceptable para mostrarse como es ante la sociedad, sin el temor a expresarse ampliamente ante personas que tienen diferentes creencias y formas de pensar.

Cuando existe una sana autoestima, la autoafirmación aparece como consecuencia natural y cuando se tiene un adecuado sentido de autoafirmación, se manifiesta al defenderse a uno mismo, no tener miedo a ser quien es, tratarse con respeto y relacionarse sin fingir ser alguien más para satisfacer necesidades ajenas u obtener aprobación, ni realizar conductas que permitan ser el centro de atención en las reuniones sociales.

“La autoafirmación empieza en el acto de ejercer la conciencia, de darse cuenta de las cosas y de pensar, si se reitera de este desafío, se dañairremediamente la autoestima” (Branden; 2010: 46). No se puede abandonar una conducta o habilidad por el simple temor a ser rechazado, es como si se abandonara parte de la esencia vital, hay que saber decir no, cuando no se esté de acuerdo en determinada situación.

La autoafirmación permite descubrir los talentos que posee la persona, hacia como valorar los de otras, no ser hostil, sarcástica ni abusiva.

En conclusión, la autoaceptación hace referencia a reconocerse, tomando en cuenta y valorando todo lo que se es como persona, englobando valores, creencias, aspectos físicos, habilidades y defectos, ya que estos en conjunto son los que conforman la personalidad e identidad.

#### **1.5.5 La práctica de vivir con un propósito.**

“Los propósitos constituyen la esencia del proceso vital. Por medio de nuestro propósito, organizamos nuestra conducta, concediéndole un eje y una dirección, por

medio de metas” (Branden; 2008:25). Debe tenerse en cuenta que para que los seres humanos le encuentren sentido a la vida, es de suma importancia que se formulen metas a corto, mediano y largo plazo, lo cual los motivará para seguir adelante y lograr una autoestima saludable, ya que si no hay un propósito en la vida, todo se vuelve rutinario, sin objetivos, la persona llega a sentirse inútil en el mundo y por consiguiente, con una baja autoestima.

Para vivir la vida con un propósito consciente, se debe ser responsable de formular objetivos: ¿Qué se desea conseguir en el ámbito del desarrollo personal, profesional? Además, se requiere pensar en las actividades, en todo lo que implica, así como desarrollar un plan de actuación y ejecutarlo para lograr dichos objetivos planteados.

Finalmente, “una de las formas más efectivas para crecer en la autoestima y obtener más satisfacción, es convertir los deseos en propósitos” (Branden;2010:54).

#### **1.5.6 La práctica de la integridad.**

A medida que una persona madura y desarrolla sus propios valores y estándares, la integridad personal va asumiendo la evaluación como persona; cuando se es congruente entre las creencias y valores, con la práctica y conducta, se dice que la persona tiene integridad.



En este orden de ideas, cuando existe una falta de integridad, afecta la autoestima, “lo que puede sanar esa herida es practicar la integridad”. (Branden; 2008: 26). Si una persona tiende a actuar en una forma diferente a la que profesa, comienza a generarse un sentimiento de hipocresía.

Durante este capítulo, se han dado a conocer los orígenes y el desarrollo de la autoestima, así como sus niveles; de igual forma, la existencia de factores que influyen para que el ser humano logre superar los obstáculos que se le presenten y así logre cumplir sus objetivos y metas de vida, para llegar a la autorrealización. En el siguiente subcapítulo se detallarán algunas de las formas con las que se puede obtener, de forma cuantitativa, el nivel de autoestima que tiene una persona, lo cual incluye algunas pruebas psicométricas.

## **1.6 Evaluación de la autoestima.**

Como ya se mencionó anteriormente, la autoestima supone una evaluación de la consideración, ya sea positiva o negativa que la persona tiene de sí misma. A lo cual Rosenberg define como “la totalidad de los pensamientos y sentimientos de la persona con referencia a sí mismo como objeto.” (referido por Clark y cols.; 2000: 56). Además de la autoestima, la autoeficacia y la autoidentidad son partes importantes del concepto de sí mismo.

A lo largo de la historia, los investigadores y expertos en el tema de autoestima han desarrollado diversos instrumentos para cuantificar el nivel de autoestima, como

es la Escala de Rosenberg, presentada por primera vez en 1965 y revisada en 1989. Este instrumento consta de 10 reactivos y cuatro opciones de respuesta y permite valorar el nivel de autoestima como baja, buena y muy buena (sicolog.com).

Otro cuestionario utilizado para evaluar el nivel de autoestima es el Test de Coopersmith, es una escala de auto reporte que consta de 58 ítems, en el cual el sujeto lee una declaración y decide si dicha afirmación es “igual que yo” o “distinta a mí”. El inventario está referido a la percepción del sujeto en cuatro áreas: autoestima general, social, hogar y padres, escolar académica y una escala de mentira de 8 ítems. El instrumento fue traducido, estandarizado y validado por Prewitt- Díaz en 1998 (Brinkmann y Segure; 1998).

Asimismo, existe otro test llamado Piers y Harris (TAE) elaborado por Teresa Marchant, Isabel Margarita Haeussler y Alejandra Torreti. Esta prueba permite evaluar el nivel de autoestima de niños de 8 a 13 años en educación básica, determina la autoestima normal, baja, y muy baja.

Este test se formó a partir de la selección de ítems del test americano Piers-Harris, está compuesto por 23 afirmaciones a las cuales el examinado (niño) debe contestar “sí” o “no”. No tiene subescalas, los ítems pertenecen a seis subescalas del test original: conducta, status intelectual, apariencia física y atributos, ansiedad, popularidad, felicidad y satisfacción.

Por otro lado, Neva Milicic presenta la evaluación clínica de la autoestima escolar con base en cinco categorías que caracterizan a los niños con alta y baja autoestima: autoestima física, autoestima afectiva, autoestima social, autoestima académica y autoestima ética.

A lo largo de este capítulo se definió el término de autoestima con el objetivo de que haya una mejor comprensión sobre esta temática, ya que en la actualidad se ha hablado mucho sobre este tema, sin embargo, en algunas ocasiones se ha empleado de forma errónea; conjuntamente se mencionaron algunas etapas del desarrollo humano, con la finalidad de tener mejor comprensión sobre el origen y formación de la autoestima, teniendo énfasis en que el nivel de dicha variable se forma a través de las experiencias que tiene el sujeto a lo largo de la vida y que los principales cimientos para esta formación, radican en el ámbito familiar durante los primeros años de vida, no obstante, puede haber cambios a lo largo de la vida.

Por otra parte, se mencionaron los seis pilares en los que se sustenta esta, así como sus componentes; adicionalmente, para un mejor sustento se dieron a conocer las diferentes pruebas psicométricas utilizadas para cuantificar el nivel de autoestima, siendo la Escala de Coopersmith la que se empleó para evaluar a los alumnos de la Escuela Secundaria Técnica #41, que se eligió como escenario del presente estudio.

## **CAPÍTULO 2**

### **LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS**

En este capítulo se abordan los principales indicadores de los trastornos alimenticios, a partir de diferentes teorías, lo cual dará una mejor comprensión sobre el tema, de igual manera, se darán a conocer las causas y consecuencias sobre estas alteraciones.

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

Desde la antigüedad se encuentran conductas alimentarias desordenadas, ya que en los banquetes se comía de forma desmesurada y exagerada, como una forma de demostrar socialmente el poder y en ocasiones, esto tenía un carácter sagrado, no obstante, se utilizaba el vómito como un procedimiento usual para vaciar el estómago y luego volver a comer.

Asimismo, en la cultura cristiana los primeros cristianos y los místicos practicaban el ayuno como penitencia, expresión del rechazo del mundo y un medio para conseguir un estado espiritual más elevado.

Según Jarne y Talam(2000), las primeras teorías sugerían que una afección con origen panhipopituitario, más adelante se desarrollaron hipótesis psicológicas, siendo especialmente retomada la orientación psicoanalítica. Desde los años setenta

se tiene una visión más amplia del problema, considerando que el origen del trastorno debe incluir un conjunto de factores psicológicos, biológicos y sociales.

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

Según la APA (2002), se define como trastornos alimentarios a las alteraciones graves de la conducta alimentaria, dentro de estos, la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa son los más frecuentes, sin dejar atrás la existencia de otros padecimientos relacionados con esta problemática alimentaria.

### **2.2.1 Anorexia nerviosa.**

De acuerdo con Jarne y Talarn(2000), la anorexia se define como un miedo intenso a ganar peso y estar obesa, junto con una alteración en la percepción corporal, lo cual permite que la persona se vea más gorda de lo que está realmente, ocasionando que por el interés de adelgazar, haga cambios en su dieta restringiendo ciertos alimentos, comenzando por el grupo de los azúcares, lo cual posteriormente va en aumento.

Por otra parte, según la APA (2002), la anorexia nerviosa se caracteriza por un rechazo a mantener un peso corporal mínimo al normal, de acuerdo con la talla y edad de la persona, así como un miedo intenso a ganar masa corporal, si este trastorno se presenta en la infancia o en la primera etapa de la adolescencia, en lugar de pérdida de peso puede haber falta del desarrollo corporal.

Las personas con este trastorno presentan miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obesas, dicho miedo no desaparece ante la pérdida de peso, más bien continua en aumento gradualmente, otro factor que hay que tomar en cuentas es la presencia de amenorrea en pacientes post-puberales, con la ausencia de tres ciclos menstruales consecutivos.

Generalmente la pérdida de peso se consigue mediante una disminución de ingesta de alimentos, en la cual se comienza excluyendo alimentos con alto contenido calórico lo cual va aumentando significativamente hasta llegar a tener una dieta bastante deficiente. Cabe mencionar que existen otras formas de perder peso, como la utilización de purgas, recurrir al vómito provocado, uso inadecuado de laxantes y diuréticos o el ejercicio excesivo.

De acuerdo con Jarne y Talarn (2000), en estas personas existe una alteración de la percepción del peso y silueta corporal, algunas se encuentran obesas mientras que otras están delgadas, sin embargo, hay preocupación exagerada por algunas partes del cuerpo como el abdomen, glúteos y piernas, estas personas tienden a pesarse, verse en el espejo y medir su cintura continuamente, esto se ve reflejado en su autoestima; sin embargo, no es frecuente que pidan ayuda o asistan a atención medica por tales problemas, más bien, cuando deciden atenderse es por los malestares somáticos originados por comer poco, ya que se pueden generar trastornos orgánicos y mentales como: estado de ánimo depresivo, retraimiento social, irritabilidad, insomnio, así como pérdida de interés sexual.

En el caso de la anorexia nerviosa atípica, puede faltar algún signo de pérdida significativa de peso o la amenorrea, y no se debe a una etiología somática. En cuanto a la bulimia nerviosa atípica, los pacientes pueden tener su peso normal o incluso con peso superior al normal, con episodios de ingesta excesiva, seguidos de vómito o purgas, cabe mencionar que en este caso se pueden presentar síntomas depresivos.

### **2.2.1 Bulimia nerviosa.**

“El síndrome bulímico es un trastorno que se caracteriza por un modelo de alimentación anormal, con episodios de ingesta voraz, seguido por maniobras para eliminar las calorías ingeridas. Después del episodio, el sujeto se siente malhumorado, con tristeza y sentimientos de autocompasión o menosprecio” (Jarne y Talam; 2000:164).

En los episodios de bulimia, las personas tienden a comer de forma anormal en un intervalo muy corto de tiempo y en cantidades muy superiores a las que una persona normalmente ingiere, posteriormente hay un sentimiento de culpa y recurren a vomitar con el fin de no ganar peso, dichas conductas compensatorias inapropiadas se presentan al menos dos veces a la semana, durante tres meses.

Por su parte, la APA (2002) considera que la principal característica de la bulimia nerviosa son los atracones y métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso

Se define el atracón como el acto de consumir a lo largo de un periodo corto de tiempo una cantidad de comida muy superior a la que la mayoría de la gente consume normalmente, estos episodios pueden durar hasta que el individuo ya no puede más, incluso hasta que llegue a sentir dolor por la plenitud.

Los individuos con este trastorno pueden estar sin comer uno o más días, o realizar ejercicio físico intenso, como una compensación del alimento ingerido durante los atracones.

### **2.2.3 Obesidad.**

La obesidad ha sido un tema de gran interés desde hace muchos años, teniendo en cuenta que la obesidad se presenta como tal cuando el índice de masa corporal, el pliegue subcutáneo y el perímetro de cintura, son superiores a los valores establecidos por organización de la salud (Jarne y Talarn; 2000).

Cabe mencionar que el problema de obesidad es un factor importante para que se desencadene una gama de alteraciones medicas como la hipertensión arterial, hiperlipemia, intolerancia a los carbohidratos, diabetes *mellitus*, trastornos tanto cardiovasculares como pulmonares y renales, así como problemas articulares, complicaciones durante el embarazo e intervenciones quirúrgicas.



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

Esta alteración se caracteriza a la ingesta excesiva de alimentos ante acontecimientos estresantes como duelo, accidentes, intervenciones quirúrgicas, dando lugar a la obesidad reactiva, especialmente en personas con predisposición a ganar peso, sin embargo hay que diferenciar cuando el aumento de peso es originado por reacción a fármacos (Castillo y León; 2005).

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

Conocidos también como vómitos psicógenos o hiperémesis gravídica psicógena, Castillo y León (2005) los denominan como la aparición de vómitos repetidos no autoprovocados, en cuadros disociativos, como en el caso de la hipocondría y en el embarazo, en donde son causados por factores emocionales.

“Muchas veces los vómitos son una reacción de rechazo a una situación determinada, en el caso de los niños suele ser el rechazo a la escuela por diferentes motivos.”(Jiménez; 2005: 216).

#### **2.2.6 Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia.**

Se trata de problemas que se presentan durante la comida, los cuales se desarrollan de diferentes formas, en niños que comen muy lentamente, entreteniéndose o distrayéndose con aspectos irrelevantes, o que se resisten a

prender hábitos de alimentación de acuerdo con su edad, o se levantan de la mesa, en este apartado se darán a conocer algunos trastornos principalmente cuando se niegan a comer algunos alimentos o presentan conductas caprichosas como es el caso del pica (Castillo y León; 2005).

- Pica.

Se trata de un trastorno en el cual, el sujeto ingiere de forma persistente sustancias no nutritivas como la tierra, desconchones de pintura, gis, entre otras; se considera anormal después de los 18 meses, esto puede deberse a un síntoma de trastornos psiquiátricos grave, como es el autismo o el retraso mental (Castillo y León; 2005).

Las complicaciones en este trastorno dependerán de la sustancia ingerida que va desde infecciones por parásitos hasta una obstrucción intestinal o intoxicación por plomo.

- Rumiación o mericismo.

Este trastorno es poco frecuente, ya que se presenta entre los tres y los doce meses, el cual consiste en la regurgitación repetida de los alimentos y en ocasiones, la comida se vuelve a tragar pero ya con poco valor nutricional, ocasionando pérdida de peso o incapacidad de aumento del mismo, es un trastorno de baja prevalencia, sin embargo es muy grave incluso es mortal, algunos autores atribuyen esta

problemática a una grave alteración en la relación materno- infantil (Castillo y León; 2005).

- La potomanía.

Se trata de la ingesta excesiva de líquidos especialmente agua, ante la presencia de este padecimiento, se debe descartar la diabetes insípida.

Jiménez (2005) establece otros trastornos en la infancia, como es el caso en el cual el infante se niega a tomar algún alimento en concreto debido al olor, sabor o a la mayor o menor dificultad de ingerirlos, asimismo, pueden negarse a tomar alimentos sólidos, pidiéndole a los padres que se los licúen o trituren, este fenómeno puede aparecer a los ocho meses de edad, o cuando apresen los primeros dientes.

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

“Las zonas que rodean el orificio bucal, especialmente labios, mucosas intrabucales y lengua, tienen una representación cortical sumamente extensa. El homúnculo de Penfiel nos indica la importancia de su representación frente a zonas relacionadas con otra parte del cuerpo.” Ajuriaguerra; 1973: 77).

El automatismo oroalimentario de succión y deglución aparece a muy temprana edad, se manifiesta en los movimientos de succión labial provocados al tocar con los dedos como un reflejo de búsqueda o reflejo focalizado; la actividad oral es una fuente

de satisfacción y una necesidad biológica de nutrirse así mismo, es también una fuente de contacto entre el objeto externo, que consiste en recoger y dejar, ingurgitación y regurgitación.

El acto de tetar no responde exclusivamente a la satisfacción que le produce el comer, sino que origina un auténtico placer aun cuando no hay comida, un claro ejemplo es cuando el niño succiona su dedo cuando no tiene a su alcance el seno materno.

### **2.3.1 Organización oroalimenticia.**

Alimentar a un niño no es solamente un acto nutritivo, sino es considerado como la entrega de la madre no solo por el pecho sino por la actitud. “Las mejores madres son las mejores nodrizas. En el tetar en niño halla su comodidad, una posición acariciadora, un olor característico. Todas sus ansias son satisfechas y son inseparables, no solo satisfacen sus hambre, sino todas sus necesidades”(Ajuriaguerra; 1973: 183). Por lo anterior, es de suma importancia que las madres lleven a cabo la lactancia materna durante al menos los primeros ocho meses de vida del infante, ya que esta práctica les proporciona grandes beneficios en el desarrollo sano del menor, tanto a nivel biológico como psicológico y emocional.

De acuerdo con Ajuriaguerra(1973), los niños que fueron destetados rápidamente o se les quitó rápidamente el biberón, solo mamaron por poco tiempo y

son más propensos a chupar su pulgar, chupar o morder objetos, baberos, trapos o lápices, dicha conducta desaparece a los dos años de vida.

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

La anorexia del recién nacido muestra una especial constitución de daño en el sistema nervioso periférico, siendo niños con poco peso, nerviosos, muy despiertos, que al principio muestran pasividad a la comida.

La anorexia del segundo semestre aparece entre el quinto y octavo mes, al momento en el que se desteta al bebé y se comienza a diversificar el régimen alimenticio, todavía es lábil el apetito y hay cambios en el desarrollo infantil.

De acuerdo con el comportamiento alimenticio, se denominan dos tipos de anorexia:

- 1) Inerte: esta se caracteriza por el escape de la leche por la comisura de los labios del niño, o incluso vomita la poca que ha tomado.
- 2) Se oposición: es cuando el niño llora, se agita, se rota, oponiéndose ante la comida, no quiere comer, la rechaza o vomita. Esta rebeldía o rechazo hacia la comida son la única forma de manifestar la oposición hacia un adulto correspondiente a la manera de comportamiento de la madre.

La anorexia de la segunda infancia es derivada de la primera, sin embargo, puede surgir en niños que se han alimentado normalmente en su primer año, puede

ser originado por rituales en los alimentos o por rechazo hacia la rigidez paterna, o al elegir caprichosamente su comida.

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

Describir el perfil de las personas en riesgo de desarrollar un trastorno de la alimentación, o de su familia, no es una tarea fácil, ya que son estos trastornos los que afectan la personalidad.

“La inanición aguda provocada por una dieta restrictiva genera cambios de personalidad y comportamientos aberrantes con la comida, iguales a los que se observan en las personas con anorexia nerviosa o bulimia nerviosa” (Costin;2003: 69). Sin embargo, existen características que son comunes en las personas que padecen un trastorno de alimentación y que se pueden identificar como jóvenes vulnerables a estos trastornos, en el presente subcapítulo se darán a conocer algunas características personales y familiares en los individuos afectados.

- Problemas con la autonomía.

Las personas vulnerables a padecer trastornos en la alimentación son jóvenes que viven muy pendientes en cumplir lo que otros esperan de ellos, permanecen preocupados por satisfacer los ideales de sus padres y a los demás, dejando a un lado sus verdaderos deseos y satisfacciones, lo cual crea inseguridad. En general pasan por una etapa con situaciones cambiantes, cambio de escuela, de amigos, lugar de

residencia. Como resultado de dificultad para enfrentar. “una persona vulnerable a desarrollar un trastorno de la alimentación convierte su cuerpo en el símbolo y la fuente de autonomía, control, eficacia personal e identidad, entonces se interpreta erróneamente la delgadez como indicadores de autocontrol” Costin;2003: 73).

- Déficit en la autoestima.

De acuerdo con Costin(2003), las personas desarrollan imágenes sobre sí mismas idealizando un autoconcepto sobre lo que son. El grado en el que el individuo se acepta a sí mismo es lo que se denomina como autoestima, entonces, mientras más alejado este el ideal de la realidad, disminuye en mayor grado el nivel de autoestima, lo cual varía de acuerdo con el sexo, siendo las mujeres quienes están más interesadas en cumplir con estándares de la imagen corporal o apariencia con la necesidad de aprobación. La sensación de baja autoestima influirá para que el peso y la figura corporal sean modificados sin importar las dietas que tengan que seguir.

- Camino a la perfección y el autocontrol.

La tendencia al perfeccionismo es común en los jóvenes con estos trastornos. La sensación de ineficacia los hace muy exigentes, a tal grado que nunca están satisfechos con lo que hacen, pensando que no es lo suficientemente bueno; consideran que para llegar a la perfección es necesario tener el cuerpo ideal, sin importar lo que se tenga que hacer, con la falsa creencia que si llegan a transformar su

silueta, también logran cambiarse a sí mismas, logran seguridad y ganarán confianza suficiente para enfrentar los desafíos que se les presenten.

- Miedo a madurar.

Durante la adolescencia, algunos jóvenes sienten que son poco hábiles para vivir con estos cambios, que no tienen recursos o que nadie los ayuda a transitarlos. Los cambios físicos vienen acompañados, entre otras modificaciones, de un aumento en el peso corporal. Para muchas jóvenes, este puede ser el factor precipitante, una dificultad para aceptar un cuerpo que transmite el mensaje de que ya ha dejado la infancia. Estas jóvenes están muy estancadas en la niñez y tienen temor a crecer, o bien, perciben el temor de sus padres a que eso suceda y sufren, en realidad, por la falta de estímulos de parte de ellos para animarse a entrar en el mundo adulto.

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

En el presente subcapítulo se darán a conocer algunos factores que influyen para que tenga lugar un trastorno alimenticio, como es la presión social, familiar y otras cuestiones culturales.

Costin(2003) señala que existen diferentes factores que inciden para que algún sujeto desencadene un trastorno alimenticio, sin embargo, ninguno por sí solo es suficiente, se necesita de una combinación de distintos factores entre socioculturales, individuales y familiares, teniendo en cuenta que cualquier elemento



estresante en una etapa de la vida puede llevar al sujeto a tomar la decisión de comenzar con dietas para concretar ese control.

No obstante, los factores corporales-fisiológicos, personales, familiares y sociales se potencian en la adolescencia durante la formación de la personalidad, teniendo en cuenta la inseguridad característica de esta fase vital, esto deja al sujeto en una situación vulnerable ante una sociedad que premia a los delgados y excluye del éxito a los que no cumplen con los estándares.

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

Las actitudes e ideologías en cada época y cultura varían de forma considerable. Los miembros de cada familia llevan a cabo los valores aprendidos durante su experiencia de vida, que se reflejan mediante sus conductas y comportamientos; para las jóvenes en cuya familia el cuidado de la imagen externa y el peso corporal, es lo fundamental, les será difícil escapar de estos estereotipos.

Por lo cual en algunas familias, si no fuese por el trastorno alimentario de algún miembro de esta, todo parecería normal. “Algunos autores describen a los padres como guiados por el éxito, el rendimiento y los tradicionales conceptos de feminidad y aspecto físico, con una preocupación constante por temas vinculados a la comida, la apariencia y el control” (Rausch;1996: 50).

Cabe mencionar que existen factores individuales que influyen en la conducta del comer, tales como el aprendizaje, las creencias, actitudes y la constitución psicofisiológica de la persona, teniendo en cuenta que la elección de los alimentos tiene significado social, ya que la comida simboliza prestigio, estatus y riqueza, es también un medio de comunicación interpersonal, de placer y gratificación.

Existe un sistema de clasificación de las comidas propuesto por Ogden (2005), que hace referencia a la comida frente a no comida, es la delimitación de las sustancias que son comestibles frente a las que no se pueden comer; asimismo, existen comidas sagradas y profanas, esto tiene que ver con los alimentos que son permitidos en las dietas dentro de las creencias religiosas y los que no se permiten, lo cual varía de una religión a otra.

También se tienen las comidas paralelas, las cuales clasifican los alimentos calientes como el trigo y papa, o fríos como el arroz y los chícharos, a partir de este tipo de alimentos se equilibra la salud, sin embargo, el hecho de que un alimento se considere caliente o frío no depende de su temperatura, sino del valor simbólico adjudicado, variando de una cultura a otra, en la cual se puede considerar la comida como medicina o viceversa, algunos alimentos se utilizan como remedios en la enfermedad o se evitan en ciertos estados clínicos en general.

Cabe mencionar otro aspecto importante de la comida, como es la afirmación del yo "la comida facilita información sobre la identidad personal y actúa como una comunicación de necesidades internas, conflictos internos y el sentido del yo, cocinar

a diario, comprar los alimentos, estudiar economía del hogar en la escuela se han considerado tradicionalmente como actividades femeninas”(Ogden; 2005:67).

La comida está íntimamente relacionada con la identidad del género y la idea de ser las mujeres, las responsables de preparar la comida y adquirir los ingredientes para la elaboración del platillo. En particular, representa la sexualidad, conflictos entre culpa y placer que están presentes implícitamente en el autocontrol de comer o negarse a hacerlo. Algunas culturas consideran ciertos alimentos como impulsos de placer sexual, según Fieldhouse (retomado por Ogden; 2005), quien refiere que la asociación entre la comida y sexo radica en sus semejanzas biológicas como impulsos básicos para la supervivencia, ambos son placenteros e implican vulnerabilidad al sobrepasar los límites corporales normales, generando sentimientos de culpa.

La alimentación es una forma fundamental de comunicación e interacción entre los miembros de la familia y el entorno social, ya que se puede experimentar sentimiento de amor a través de alimentos sanos y sabrosos, generando placer y al mismo tiempo flaqueza, no obstante, puede reflejar relaciones de poder dentro de la familia e incluso en el entorno social y cultural, tomando en cuenta el aspecto y creencias religiosas.

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

Como se ha hablado durante este capítulo, no existe una sola causa para que se desarrolle el trastorno de alimentación, ahora se abordará la influencia de la familia

como otro de los factores. Cuando algún miembro de la familia desarrolla esta problemática, inevitablemente los demás están involucrados, no porque sean sus causantes, sino porque influyen en situaciones conflictivas o por la forma de reaccionar ante la sintomatología del paciente.

“Nadie en el hogar queda exento de estar afectado de alguna manera y, por lo tanto, no es el enfermo el único de la familia que tiene problemas”(Rausch; 1996: 43).

Se puede decir que en las familias en las que hay poca comunicación entre sus integrantes con una interacción pobre, pueden ser causantes del desarrollo de este trastorno, generando una relación distorsionada en el seno de la familia y originando enojo, ansiedad y culpa, empobreciendo aún más la comunicación e incapacidad para resolver conflictos, teniendo en cuenta el tipo de personalidad del individuo.

Cabe mencionar que suele haber mayor presencia de trastornos afectivos como depresión y alcoholismo en los adolescentes familiares de pacientes bulímicas, a su vez, las madres de anoréxicas, de tipo bulímico nervioso, generan mayor incidencia de obesidad y trastorno al comer, ya que suelen inhibir la agresión y la hostilidad; la incapacidad por parte de los padres para resolver esta problemática hace que la paciente se sienta controlada, espiada y frustrada por no controlar sus atracones

En las familias de un paciente que presenta anorexia de tipo bulímico, se manifiesta un mayor nivel de conflicto y peor relación emocional con ambos padres, siendo más distantes con el padre, y perciben a la madre como la parte empática y comprensiva, además, hay un desacuerdo conyugal.

Por otra parte se considera que las madres de las bulímicas son más dominantes, controladoras y tienen expectativas exigentes respecto al desempeño de sus hijas. Ambos padres incrementan la rivalidad entre sus hijos, ya que tienden a compararlos abiertamente

De acuerdo con Costin(2003), para un joven que se desarrolla en una familia donde el cuidado de la imagen es lo fundamental, donde la figura y el peso corporal representan la principal preocupación para los adultos, es muy difícil escapar de esa influencia, lo cual hace que el sujeto se sienta poco valioso por no cumplir con el ideal, ocasionando una baja autoestima.

Otro factor en la familia de un miembro con trastornos alimenticios es la rigidez en las reglas, ya que no hay flexibilidad hacia las nuevas necesidades de los miembros de la familia; las fronteras claras marcan los espacios de cada uno en una determinada situación, sin embargo, si estas son difusas se produce una incomodidad física y mental en el espacio del otro.

### **2.5.3 Factores socioculturales.**

Costin (2003) refiere que las principales influencias sociales incluyen la presión social para ser delgada. El peso tiene un significado importante en la autoestima y la felicidad de las mujeres, ya que los medios de comunicación hacen referencia a la idealización de figuras esbeltas y de bajo peso, haciendo creer que tendrán una vida exitosa, sofisticada y con una mayor aceptación social.

Asimismo, el medio social premia a la delgadez y tiene prejuicios contra la gordura, al querer tener un cuerpo ideal o espectacular, como un ideal de moda, dejando atrás la salud y el bienestar.

De acuerdo con Costin (2003), la persona que sufre un trastorno de la alimentación, puede llegar a ser tan obsesionada con la comida y el comer, que dispone de poco o nada de tiempo para pensar en estar bien, mucho menos tiene una estabilidad emocional para tener un adecuado desempeño en su actividad laboral, escolar o social.

La sociedad fomenta la falsa idea de que el papel más importante de la mujer delgada radica en ser más atractiva físicamente, lo cual se reafirma mediante los medios de comunicación, que estereotipan patrones de moda, vendiendo la idea de que para ser una mujer exitosa, en la sociedad no solo hay que desarrollar un cuerpo femenino, con forma de mujer, sino que además tampoco está permitido crecer, madurar, y envejecer naturalmente, de modo que se genera la necesidad de obtener el reconocimiento externo para sentirse bien. La presión social marca pautas de comportamiento en las mujeres para llegar a ser consideradas como superiores: deben

tener un cuerpo perfecto, una carrera brillante, fluida ante la sociedad, mantener un matrimonio perfecto, ser buenas madres, sensuales, hermosas, y triunfadoras, a lo cual hace referencia Costin (2003). Todos estos estereotipos son enviados sutilmente mediante los medios de comunicación. “No seré una mujer tan maravillosa, pero al menos en lo que hace a la figura sí voy a lograr lo que me proponga” (Costin; 2003: 63).

Lo anterior lleva a las jóvenes a someterse a dietas para manipular su peso como una actividad central, sin importar el precio que se tenga que pagar, solo se centran en la necesidad de ser populares o atractivas, sentirse integradas, lo cual da lugar a que se desarrollen trastornos de alimentación con los que llegan a sentir culpa, angustia, aparecen actitudes y creencias extrañas acerca de la comida como resultado de un intenso miedo a ganar peso, por lo cual tienden a ingerir porciones inferiores a las necesarias para mantener el funcionamiento normal, tanto del cuerpo como de la mente.

El hecho de perseguir la delgadez nunca lleva a la felicidad, cuanto más grave es el trastorno de la alimentación, más difícil es lograr objetivos personales de bienestar y seguridad.

Cabe mencionar que existen algunos factores discriminativos para que se desarrolle una obsesión para estar delgados, como es la discriminación hacia las personas con obesidad, ya que se piensa erróneamente que estas engordan así por comer de más, asimismo, se cree que estas personas tienen mayor índice de mortalidad, ya que los riesgos de salud más altos están asociados con la

hiperobesidad, sin embargo, está demostrado que la mayor mortalidad se produce en mujeres de bajo peso, mientras que los problemas de alta presión sanguínea y muerte por infarto, son consecuencia de a los efectos en el organismo del ciclo dieta-pérdida de peso-recuperación de peso, conocido como tratamiento de dietas prolongadas.

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

En el presente subcapítulo se analizan los factores que influyen en la insatisfacción que las personas tienen respecto a su propio cuerpo, a partir de una perspectiva cognitiva con influencia social.

Los pacientes con trastornos en la imagen corporal manifiestan gran insatisfacción con su propio cuerpo y por consiguiente, con ellos mismos, lo cual origina que su nivel de autoestima baje,asimismo, estos individuos crean una gran obsesión por obtener un cuerpo delgado, lo cual está ligado con ligado con la necesidad de ser aceptado socialmente.

En este sentido, se define la “imagen corporal como la representación diagramática del propio cuerpo en la consciencia “(Jarne y Talarn; 2005: 144), lo cual está ligado a los aspectos emocionales como sentimientos y actitudes hacia el cuerpo, implicando tanto el aspecto cognitivo mediante la percepción que presenta el individuo de su propio cuerpo, como el emocional, unido a los sentimientos que esto le provoca.



En el trastorno de la imagen corporal, el paciente tiene una percepción errónea sobre las dimensiones de su cuerpo lo cual le genera insatisfacción y desprecio por su anatomía, lo cual lo impulsa a modificar sus hábitos, como se ve en el caso de las pacientes anoréxicas.

La preocupación por el cambio del tamaño y forma corporal crea una insatisfacción corporal, lo cual induce a tomar la decisión de comer o no comer alimentos sanos, debido a la estimación que se percibe en cuanto a la deformidad del tamaño corporal que ha sido idealizado y el real, habiendo una discrepancia que desilusiona al individuo.

Existen diferentes factores que influyen para que se dé la insatisfacción corporal, como son los medios de comunicación, el grupo étnico, el ambiente familiar y la clase social, ya que introyectan las creencias y forma de pensar de la madre, así como la forma en la se relaciona con la hija.

Suele creerse que la insatisfacción corporal es un problema social, siendo las mujeres quienes presentan mayor insatisfacción con el tamaño y forma corporal, teniendo mayor problemática con la aceptación de sus muslos, glúteos, pecho y caderas, mientras que en los hombres la preocupación e insatisfacción con la imagen corporal está dirigida tanto a la fuerza de su tronco como lo ancho de su espalda y pecho, así como la condición física, prefieren que sus brazos, bíceps, espalda y pecho sean más voluminosos y que su estómago y el resto de su cuerpo sean más delgados. Las mujeres están más insatisfechas con su propio cuerpo en comparación con los

hombres, hay que tener en cuenta que estos últimos también presentan preocupación y que estos trastornos se presentan a cualquier edad, origen étnico y clase social.

Esta problemática puede llevar a que las mujeres insatisfechas recurran al ejercicio excesivo, dietas y en casos más severos, a cirugías estéticas, siendo la rinoplastia la que tiene mayor frecuencia, el aumento de pecho y la liposucción sin embargo, van cada vez más en aumento.

Se puede decir que la insatisfacción corporal es una deformidad del volumen corporal en comparación con una medida objetiva del volumen, como una discrepancia entre lo ideal y lo real.

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

Ahora que se han explorado los factores que influyen para que se desarrollen los trastornos de la alimentación, se dará a conocer cómo se mantiene dicha alteración en la conducta alimentaria, así como las complicaciones de orden fisiológico y psicológico, para lo cual se elaboró este subcapítulo.

“Hay muchas personas sobre todo mujeres jóvenes a partir de los 15 años en adelante que tienen pautas de alimentación muy alteradas” (Butcher y cols.; 2007: 306).

La dieta es el principal factor que contribuye para que se dé la predisposición y perduración de los trastornos alimenticios, ya el cuerpo está subalimentado y la persona presenta falta de fuerzas para salir de este problema, por lo tanto, es inevitable que las consecuencias afecten tanto al organismo como el estado de ánimo y se verán reflejadas en otras áreas sociales; los individuos pueden llegar a ser introvertidos, caer a un estado de aislamiento y ensimismamiento, experimentan incomodidad para trabajar o integrarse en grupos, asimismo, su interés amoroso y sexual se ve afectado.

Además, se pueden presentar alteraciones en la concentración, comprensión y estado de alerta durante la dieta, lo cual es un indicador para que se llegue a la deserción escolar.

Es de suma importancia hacer referencia a las alteraciones físicas que se presentan como consecuencia de los trastornos alimenticios citados por Costin (2003). La autora describe que los pacientes con esta problemática presentan sintomatologías como cefalea, hipersensibilidad a la luz y a los ruidos, molestias gastrointestinales presentadas mediante acidez, constipación y diarrea, problemas tanto de la visión como auditivos, adormecimiento de miembros, calambres, pérdida del cabello, hiposensibilidad al frío (atermia), asimismo, se pueden presentar problemas cardiacos como bradicardia y taquicardia, amenorrea, debilidad muscular y deshidratación, entre otras patologías clínico- fisiológicas.

“Es muy importante entender que cuando la ingesta es menor a la necesaria para el funcionamiento general del organismo, automáticamente y como forma de adaptación, el cuerpo quemará menos calorías por medio de la disminución del metabolismo basal, que es el que se ocupa de estas funciones mientras descansamos” (Costin; 2003: 101) por lo cual las personas que se someten a dietas severas tienden a incrementar gradualmente esta, ya que entre menos comen, menos adelgazan, ya que las calorías se queman lentamente con la finalidad de conservar la energía y utilizarla en procesos físicos básicos para la supervivencia.

De acuerdo con Costin (2003), se considera que en el origen de todo trastorno alimentario siempre existe un periodo de dietas restrictivas que llevan a la semi-inanición, seguido de síntomas orgánicos y emocionales que ya se mencionaron anteriormente, sin embargo, ya que se presentan es muy difícil identificar si dicha sintomatología es producida del trastorno o se debe a características propias de la personalidad, para lo cual es necesario primero reestablecer las condiciones físicas. La privación alimenticia genera hábitos relacionados con la comida y es muy difícil escapar de ellos, convirtiéndose en una adicción hacia las dietas y no a la comida como tal, comenzando a hacer dietas de las que posteriormente se pretenderá salir con nuevos esfuerzos para controlar los hábitos de alimentación para recuperar el bienestar.

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

De acuerdo con Butcher y cols. (2003), los trastornos de la conducta alimentaria suelen estar asociados con otros padecimientos psiquiátricos, como es en el caso de los pacientes que presentan anorexia nerviosa, quienes también cumplen con los criterios diagnósticos de la depresión clínica, así como los trastornos obsesivos-compulsivos también son frecuentes en la bulimia o el compulsivo – purgativo de la anorexia nerviosa.

Es frecuente que se diagnostiquen trastornos de personalidad comórbida a las personas con trastornos de conducta alimentaria, quienes presentan anorexia nerviosa, suelen mostrar trastornos de personalidad.

A continuación se describirán algunos de los trastornos psiquiátricos relacionados con las perturbaciones de la alimentación.

- Trastornos de la alimentación en la esquizofrenia.

La presencia de los trastornos de alimentación en la esquizofrenia son muy frecuentes, tanto en los episodios agudos como en las evoluciones cronificadas, no como un problema primario, sino como reacción a fármacos que recibe el paciente, ya que estos tienden a incrementar el hambre; en el caso del catatónico que rechaza el alimento como resultado a la falta de contacto con el medio,asimismo, los pacientes pueden tener ideas delirantes que llevan a negarse a consumir alimentos, por miedo a ser dañados, incluso envenenados mediante estos (Butcher y cols.; 2003).

Por otra parte, en la esquizofrenia los pacientes tienden a ingerir productos no alimentarios como madera, tierra o cabello.

- Trastornos de la alimentación en las depresiones.

Los trastornos de la alimentación por exceso o en su caso por defecto, resultan habituales en los trastornos afectivos, como es en el caso de la depresión mayor con melancolía, la pérdida de apetito con anorexia incluye síntomas caracterizados por disminución de ingesta alimentaria con o sin recuperación ponderal, no obstante, en ocasiones puede haber una ingesta excesiva, lo cual es poco frecuente en formas atípicas de melancolía y en algunas depresiones menores

Los pacientes con depresión melancólica delirante presentan ideas delirantes de ruina, no comen por su precaria situación económica y en sus delirios nihilistas argumentan que no vale la pena comer, ya que de todas formas morirán, asimismo, en los pacientes con el síndrome de Cottard, se mezclan ideas delirantes nihilistas y la hipocondría, estos verbalizan que están vacíos o tienen todos los órganos internos podridos, por lo cual no comen, centrando su atención en el aparato digestivo argumentando que los alimentos lo enfermarán y podrán morir.

“En las depresiones menores y reactivas, el trastorno alimentario no es como en las melancolías, tan intenso, ni aparece al inicio de la enfermedad, su presencia se relaciona temporalmente con el nivel de tristeza más alto del enfermo siendo la fase más aguda del trastorno” (Jarne y Talarn; 2000: 146).

- Trastornos de la alimentación en la manía.

En la fase aguda de la manía, estos pacientes pueden pasar mucho tiempo sin ingerir alimentos o por el contrario, solicitar una gran cantidad de comida, aunque la ingesta sea normal, solo comen un poco, sin terminarse la cantidad que se sirvieron, por otra parte, en la fase hipomaniaca puede haber una alimentación excesiva(Jarne y Talarn; 2000).

- Trastornos de la alimentación en la ansiedad.

No existe ningún trastorno alimentario específico asociado al síndrome ansioso, ya que en su forma aguda puede causar pérdida de apetito, mientras tanto, en el curso crónico la pérdida es sostenida, en otros casos puede presentarse ingestas fuera de los horarios habituales como respuesta ante la ansiedad(Jarne y Talarn; 2000).

- Trastornos de alimentación por fobias.

Estas fobias se desencadenan por haber sufrido un evento traumático con algún alimento específico, lo cual ocasiona que el sujeto se resista a ingerir de nuevo este alimento por miedo a morir o a sufrir de nuevo(Jarne y Talarn; 2000).

- Trastornos de la alimentación en el trastorno obsesivo compulsivo.

En este trastorno se puede observar que la forma de alimentación es muy lenta, en la cual tienden a escoger los alimentos meticulosamente, teniendo duda e ideas de contaminación y suciedad, lo cual modifica los hábitos alimenticios.

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

Enseguida se describen los tratamientos que actualmente son usuales para la anorexia y la bulimia.

Un programa para el tratamiento de la anorexia nerviosa tiene como objetivo la recuperación ponderal, caracterizada por la rehabilitación nutricional, normalizando la dieta para corregir secuelas tanto físicas como psicológicas de la deficiente alimentación, para lo cual se parte el tratamiento dietético en el cual la paciente comenzará con la ingesta de dietas bajas en calorías, la cual aumentará progresivamente en la cantidad hasta llegar al valor normal. Jarne y Talam (2000).

Por otra parte, es muy importante el tratamiento psicológico, ya que es la piedra angular en el tratamiento, no obstante, la paciente anoréxica mal nutrida antes de recuperar su peso, se mantiene renuente a recibir atención terapéutica o, de tomarse antes de la recuperación del peso normal, no tiene resultados satisfactorios, para lo cual se emplea la terapia cognitivo conductual, ya que es la más efectiva en el tratamiento de anorexia nerviosa, para su mejor eficacia es importante que la familia



también se integre tanto en el ámbito hospitalario como en el ambulatorio, ya que sus miembros deben tener conocimiento sobre la patología, sus complicaciones físicas y los riesgos de ciertas conductas Jarne y Talarn (2000)

Cuando hay pacientes con poca motivación, inestabilidad psicológica, trastornos psiquiátricos y un ambiente familiar poco cooperador, es recomendable la hospitalización y el tratamiento farmacológico, el cual tiene acción específicamente sobre el apetito, con el empleo de antidepresivos en caso necesario.

Asimismo, es de suma importancia dar a conocer el tratamiento para la bulimia nerviosa y los objetivos que se buscan cumplir con dicho tratamiento. De acuerdo con Jarne y Talarn (2000), se debe recuperar el bienestar físico y psicológico, para lo cual será necesario un equipo multidisciplinario para lograr establecer el peso corporal, rehidratar al paciente, así como corregir alteraciones a nivel fisiológico, las cuales incluyen el reflujo gastroesofágico, erosión de la masa gástrica y del esmalte dental, e inflamación parótida, mediante tratamiento médico y farmacológico.

Para la lograr mejorar el estado mental y psicológico, se emplea la terapia cognitivo- conductual, lo cual dará lugar al fortalecimiento del estado de ánimo, se deben tratar posibles trastornos de la personalidad, evitar abuso de sustancias y corregir el estilo cognitivo alterado.

Un factor que se debe tener en cuenta y que es una parte fundamental para el tratamiento de la bulimia, al igual que en la anorexia, es involucrar a los miembros de

la familia mediante la terapia familiar, con la finalidad de aumentar la participación, comunicación y el restablecimiento de pautas y roles, lo cual permitirá que el paciente acepte el problema, aprenda a afrontar los fracasos de una mejor forma venciendo la impotencia y acepte responsabilidades.

Con esto se concluye el análisis de los diversos elementos que se involucran con los trastornos alimentarios, en consecuencia, también concluye el marco teórico. En las páginas restantes se explican las características y fases metodológicas que permitieron cumplir los objetivos del estudio.

## **CAPÍTULO 3**

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

El presente capítulo se divide en dos partes fundamentales para su mejor comprensión, teniendo como primer punto la metodología y posteriormente, se expone el análisis e interpretación de resultados.

#### **3.1 Descripción metodológica.**

La investigación científica es un proceso sistemático de criterios empíricos utilizados para estudiar un fenómeno determinado, para lo cual existen dos enfoques uno cualitativo y otro cuantitativo. Ambos comparten características que enseguida se explican.

De acuerdo con Hernández y cols. (2010), en ambos enfoques se observa y evalúa el fenómeno, se establecen suposiciones o ideas, se demuestra el grado en que estas están fundamentadas, se revisan tales suposiciones o ideas sobre la base de las pruebas o el análisis,asimismo, proponen nuevas observaciones y evaluaciones para esclarecer, modificar y fundamentar las suposiciones e ideas e incluso para generar nuevas ideas.

### 3.1.1 Enfoque cuantitativo.

Para la presente investigación se empleó el enfoque cuantitativo, el cual establece ciertas características que se describirán a continuación.

1. El investigador plantea un problema de estudio delimitado y concreto, sus preguntas de investigación versan sobre cuestiones específicas.
2. Una vez planteado el problema de estudio, el investigador o investigadora considera lo que se ha examinado anteriormente mediante literatura y constituye un marco teórico, si los resultados corroboran la hipótesis o son congruentes, se aporta evidencia en su favor, de no ser así se buscan mejores explicaciones y nuevas hipótesis.
3. La correlación de los datos se fundamenta en la medición, de las variables o conceptos de la hipótesis, mediante instrumentos estandarizados y aceptados, demostrando que se siguieron los procedimientos para medir lo que se pretende.
4. Debido a que los datos son producto de mediciones, se representan mediante números y se deben analizar a través de un método estadístico.
5. La interpretación constituye una explicación de cómo los resultados encajan el conocimiento existente (Creswell, citado por Hernández y cols.; 2010).
6. Siguen un patrón predecible y estructurado, las decisiones críticas se efectúan antes de recolectar los datos.

7. Se pretende generalizar los resultados encontrados en un grupo o muestra a una población, también se busca que los estudios efectuados puedan replicarse.
8. Se sigue el proceso y, de acuerdo con ciertas reglas lógicas, los datos generados poseen los estándares de validez y confiabilidad y las conclusiones generaran conocimiento.

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

De acuerdo con Hernández y cols.(2010), la investigación no experimental es la que se realiza sin manipular deliberadamente las variables, no se hace variar de forma intencional las variables independientes para revisar su efecto en otras, el fenómeno se observa tal como se da en el contexto natural, para posteriormente analizarlo. En este tipo de investigación las variables independientes ocurren y no es posible manipularlas, ya que no se tiene control ni se puede influir sobre ellas.

“Las investigación experimental tiene alcances iniciales y finales correlacionales y explicativos. La investigación no experimental es sistemática y empírica en la que las variables independientes no se manipulan por que ya han sucedido. Las inferencias sobre las relaciones entre variables se realizan sin intervención o influencia directa, y dichas relaciones se observan tal como se han dado en el contexto natural” (Hernández y cols.;2010: 150).

En la presente investigación se siguió el enfoque no experimental, ya que no se modificó en los alumnos el grado de autoestima, así como tampoco se indujo a la adquisición de trastornos alimentarios. Solo se observaron las conductas que estos presentan en su ambiente natural, que es el aula, así como la relación e interacción entre sus iguales y se midió el nivel de autoestima.

### **3.1.3 Diseño transversal.**

Se partió del análisis de dos variables, una dependiente y otra independiente, asimismo, se utilizó un diseño transeccional correlacional – no causal, que se describe a continuación

De acuerdo con Hernández y cols. (2010), en el diseño transversal o transeccional, se recolectan datos en un solo momento, tiene el propósito de describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado y este tipo de diseño se divide en tres: exploratorios, descriptivos y correlacionales – causales.

El presente estudio se llevó a cabo mediante el diseño transversal ya que únicamente se estudió el nivel de autoestima de los sujetos y su relación con la aparición de trastornos alimenticios, en un solo momento.

### **3.1.4 Alcance correlacional.**

Mediante los estudios correlacionales se pretende responder a preguntas de investigación o hipótesis sometidas a prueba, mediante la evaluación del grado de asociación entre dos o más variables, midiendo cada una de ellas por separado.

De acuerdo con Hernández y cols. (2010), la utilidad principal de estudio es saber cómo comparar un concepto o una variable a partir del conocimiento del comportamiento de otras variables vinculadas.

Asimismo, la correlación entre ambas variables puede ser positiva o negativa lo cual quiere decir que si el valor de ambas variables aumenta o disminuye conjuntamente, se conocerá como correlación positiva, mientras que si una variable aumenta y la otra disminuye o viceversa, se tendrá correlación negativa.

“Si dos variables están correlacionadas se conoce la magnitud de la asociación, se tiene base para predecir, con mayor o menos exactitud, el valor aproximado que tendrá un grupo de personas en una variable, al saber qué valor tiene en la otra”(Hernández y cols.;2010: 82).

Una característica de este tipo de estudio se distingue de los descriptivos, ya que estos últimos solo se centran en medir con precisión las variables individuales, mientras que los correlacionales evalúan con mayor exactitud el grado de vinculación entre dos o más variables, en una sola investigación.

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

Las pruebas e inventarios estandarizados se caracterizan por que poseen uniformidad para administrarse y clasificar, así como ciclos específicos de desarrollo, “las técnicas estandarizadas son cuestionarios o inventarios desarrollados para medir diversas variables y que tienen sus propios procedimientos de aplicación, codificación e interpretación “ (Hernández y cols.;2002:435).

Dentro de las pruebas estandarizadas existen varios tipos, como son las que se utilizan para medir habilidades y aptitudes, personalidad, intereses, valores, el desempeño, la motivación, el aprendizaje y las relaciones laborales dentro de una empresa. También existen pruebas clínicas para detectar conductas anormales, para selección de personal, pruebas para reconocer conocer las percepciones u opiniones de las personas respecto a sí mismos, como es el caso del Inventario de Autoestima de Coopersmith que se utilizó en dicha investigación.

Esta prueba fue creada por Stanley Coopersmith y adaptada por Prewitt-Díaz en 1984. Fue diseñada para evaluar el nivel de autoestima en adolescentes y jóvenes, su aplicación puede ser de manera grupal o individual, tiene un grado de confiabilidad de 0.88. Esta escala consta de 58 reactivos dividida en cinco subescalas:autoestima general, que consta de 26 reactivos; autoestima social, 8 reactivos; autoestima escolar académica, 8 reactivos; autoestima familiar, con 8 reactivos y 8 más que forman la subescala de mentira (Brinkmann y Segure; 1998).



Por otra parte se utilizó el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2) elaborado por David M. Garner en 1998 para personas de 11 años en adelante, cuenta con un grado de confiabilidad de 0.83, dispone de 11 subescalas: obsesión por la delgadez (DT), bulimia (B), insatisfacción corporal (BD), ineficacia(I), perfeccionismo (P), desconfianza interpersonal (ID), conciencia introceptiva (IA), miedo a la madurez (MF), ascetismo (A), impulsividad (IR) e inseguridad social. (SI).

### **3.2 Población y muestra.**

Enseguida se indican las características de los sujetos de estudio, para su mayor comprensión.

#### **3.2.1 Delimitación y descripción de la población.**

De acuerdo conHernández y cols. (2010). La población, se refiere al conjunto de individuos que se encuentran inmersos en el problema de investigación, que se estudia en un momento específico, en un tiempo determinado.

De la población sobre la cual se tomó la muestra para la presente investigación, fueron los alumnos de la Escuela Secundaria Técnica#41, de Tancítaro, Michoacán. Dicha institución está ubicada en carretera Tancítaro – San Juan Nuevo N° 130, de Tancítaro, Michoacán, tiene 36 años de labor educativa.

De acuerdo con los registros del ciclo escolar 2013 – 2014, se está atendiendo en los tres grados de este nivel educativo un total de 420 alumnos entre hombres y mujeres de una edad de 11 y 17 años, en dicha institución laboran 22 docentes, en su mayoría licenciados en su área.

### **3.2.2 Proceso de selección de la muestra.**

Según Hernández y cols. (2010), la muestra es una parte de la población, un subconjunto de elementos; como no se puede estudiar a todos los sujetos, solo se toma una parte significativa que contenga características de la población en general para su estudio.

En las muestras probabilísticas, todos los elementos de la población tienen la misma posibilidad de ser elegidos y se obtienen recogiendo características y el tamaño de la población.

En este caso el diseño de la muestra fue probabilística intencional, ya que de acuerdo con Kerlinger(2002) citado por Hernández y cols. (2010), es aquella en la que los sujetos son seleccionados en función a las intenciones del investigador y con finalidades distintas a las de la generalización de resultados.

De tal forma que la muestra tomada fueron los alumnos de tercer grado de la Escuela Secundaria Técnica#41, de Tancítaro, ya que son el 62% del total de los alumnos asistentes, la mayoría de los estudiantes son de nivel socioeconómico medio

y medio bajo, aproximadamente la tercera parte de los alumnos son provenientes de comunidades cercanas a la cabecera municipal.

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

Es el presente apartado se describirá el proceso que se siguió para poder llevar a cabo dicha investigación.

Como primera instancia, la investigadora buscó establecer la relación que existe entre el nivel de autoestima y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios, por lo cual se pensó en la población como objeto de estudio.

Durante el periodo del 10 de enero al 1 de febrero, se realizó el proyecto de investigación, el cual fue revisado el 7 de febrero. Del 14 de febrero al 21 de marzo se revisaron los fundamentos teóricos, iniciando por la formulación de objetivos, hipótesis y antecedentes históricos sobre el tema de investigación elegido por la investigadora; posteriormente se procedió a la elaboración del primer capítulo teórico, denominado autoestima.

Por su parte, se continuó con la elaboración de un segundo capítulo llamado trastornos alimentarios, el cual se entregó para su revisión.

Asimismo, se elaboró un tercer capítulo sobre la orientación metodológica para llevar a cabo la investigación de campo, posteriormente se procedió a la aplicación de pruebas estandarizadas.

Para la recolección de datos, se asistió a la Escuela Secundaria Técnica #41, de Tancítaro, Michoacán, a solicitar el permiso para poder aplicar las pruebas correspondientes en dicha investigación, se asistió en tres ocasiones para llevar a cabo la selección de la muestra, finalmente se decidió que los alumnos de tercer grado serían la muestra del estudio, ya que son los que presentan mayor tendencia a la negación respecto a ingerir alimentos, lo cual fue comentado tanto por el director como por la trabajadora social de dicha institución educativa.

El día 10 de abril de 2014 se realizó la aplicación a los alumnos de los cuatro grupos del tercer grado, dicha sesión tuvo una duración de 45 minutos en ambas pruebas, por cada grupo, las cuales se aplicaron en sus propias aulas, cabe mencionar que se realizó de forma colectiva en un ambiente de tranquilidad; previo a la aplicación se les explicó la finalidad de la prueba, lo que se iba a investigar con ellas y se hizo hincapié que los alumnos que quisieran conocer sus resultados se los entregaría.

Una vez aplicadas las pruebas se procedió a la calificación de las mismas mediante las plantillas de reactivos, se interpretaron resultados, cambiándolos de puntajes brutos a percentiles o puntuación T. Posteriormente se realizó el vaciado de datos en una hoja del programa Excel, para asimismo, determinar las medidas de tendencia central (moda, media, mediana) y desviación estándar, así como

porcentajes; se realizó el análisis de resultados de cada una de las escalas y su correlación.

El día 30 de mayo se entregó el capítulo tres para la revisión de contenido, asimismo, posteriormente se integraron los tres capítulos teóricos y se entregaron al asesor para una última evaluación de contenido.

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

En este apartado se examinan por separado los resultados obtenidos de cada variable, para luego examinar su correlación estadística.

#### **3.4.1 Autoestima.**

Se afirma que la autoestima se considera como una fuerza motivadora que impulsa al sujeto a la realización de conductas, lo cual a su vez le permite reconocer tanto sus habilidades, capacidades y destrezas, como sus deficiencias.

Coopersmith define el término 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 sea capaz, destacado, con éxito y valioso” (citado por Crozier; 2001: 205).

Respecto a los resultados que se obtuvieron mediante la aplicación del inventario de autoestima de Coopersmith, se muestra en puntajes T, tanto el nivel de autoestima total como en las distintas subescalas.

La media del nivel de autoestima general fue de 43, teniendo en cuenta que la media es una medida de tendencia central considerada como la suma de un conjunto de datos, dividida en el número de medidas Elorza (2007).

De igual forma se obtuvo la mediana, es el valor medio de un conjunto de valores ordenados, el punto abajo y arriba. Fue 44. Elorza (2007).

De acuerdo con este mismo autor, la moda es definida como el valor que ocurre con más frecuencia en un conjunto observado, en cuanto a esta escala, la moda fue de 44. Elorza (2007).

También se obtuvo el valor de una medida de dispersión, específicamente de la desviación estándar, la cual se considera como el resultado de la raíz cuadrada de la suma de las desviaciones al cuadrado de una población dividida entre el total; el valor obtenido en la escala general es de 11.

Haciendo referencia a la subescala de autoestima social, se encontró una media de 47, una mediana de 44 y moda representativa de 44, así como el valor en la desviación estándar fue de 10.

Asimismo, en la escala de autoestima escolar se encontró una media de 52, una mediana de 50 y una moda de 50, mientras que la desviación estándar fue de 10.

Por su parte, en la escala de autoestima en el hogar se encontraron los siguientes resultados: una media de 47, al igual una mediana de 47, una moda de 43 y la desviación estándar fue de 10.

Finalmente, se obtuvo el puntaje de autoestima total, encontrándose una media de 43, una mediana de 44, y una moda de 44, mientras que en valor obtenido en la desviación estándar fue de 11.

Con la finalidad de mostrar un análisis más detallado y con una mejor comprensión para el lector, a continuación se presentan los porcentajes de los sujetos que obtuvieron valores por debajo de T 40 en las subescalas.

En la escala de autoestima general, el 45% de los sujetos se ubica por debajo de T 40; en la subescala social, el porcentaje de sujetos es de 31%; mientras que en la subescala de autoestima escolar, es de 12%; así como el porcentaje de sujetos en la subescala de autoestima en el hogar es del 22%, por último, el 34% de los sujetos de la población estudiada obtuvo un puntaje menor a T 40 en autoestima total. Dichos porcentajes se observan de forma gráfica en el anexo 2.

De acuerdo con los resultados anteriores, se puede afirmar que el nivel de autoestima encontrado en la muestra estudiada, se encuentra dentro de los parámetros normales, aun cuando hay varios casos en que se muestran niveles preocupantemente bajos de autoestima, lo cual implica darles a estos alumnos un seguimiento más cuidadoso.



### **3.4.2 Indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios.**

De acuerdo con la APA (2002), se definen como trastornos alimentarios a las alteraciones graves de la conducta alimentaria, dentro de estos trastornos, la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa son los más frecuentes, sin dejar atrás la existencia de otros padecimientos relacionados con esta problemática alimentaria.

La anorexia se conoce como un miedo intenso a ganar peso, estar obesa y una alteración en la percepción corporal, lo cual permite que la persona se vea más gorda de lo que está realmente, ocasionando que por el interés de adelgazar, haga cambios en su dieta, restringiendo ciertos alimentos.

Mientras tanto, la bulimia es conocida como un “modelo de alimentación anormal con episodios de ingesta voraz, seguido por maniobras para eliminar las calorías ingeridas. Después del episodio, el sujeto se siente malhumorado, con tristeza y sentimientos de autocompasión o menosprecio” (Jarne y Talarn; 2000:164).

Para efectuar la presente investigación se realizó la aplicación del instrumento EDI-2 mediante la cual se obtuvieron datos relevantes en cada una de las subescalas predeterminadas en la prueba, con puntajes traducidos a percentiles, los cuales se presentan a continuación.

- 1) En la escala de obsesión por la delgadez se obtuvo una media de 60, una mediana de 59, una moda de 32 y una desviación estándar de 26.

- 2) Mientras tanto, en la escala de bulimia se encontraron los siguientes puntajes: media de 57, mediana de 47, moda de 47 y desviación estándar fue de 20.
- 3) Asimismo, en la subescala de insatisfacción corporal se encontraron los siguientes puntajes: media de 48, mediana de 45, moda de 26 y desviación estándar de 22.
- 4) En la escala de ineficacia se obtuvieron los siguientes resultados: media de 63, mediana de 70, moda de 32 y desviación estándar de 26.
- 5) Por otra parte en la escala de perfeccionismo se obtuvo una media de 75, una mediana de 91, una moda de 99 y una desviación estándar de 29.
- 6) En los puntajes obtenidos en la escala desconfianza interpersonal, se encontró una media de 61, una mediana de 64, una moda de 40 y una desviación estándar de 26.
- 7) Por su parte, en la escala de conciencia introceptiva se encontró una media de 68, una mediana de 81, una moda de 99 y una desviación estándar de 31.
- 8) En la escala de miedo a la madurez se encontraron los siguientes puntajes: una media de 77, una mediana de 85, una moda de 99 y una desviación estándar de 23.
- 9) Mientras tanto, en la escala de ascetismo se pudieron determinar los siguientes valores: una media de 51, una mediana de 61, una moda de 5 y una desviación estándar de 34.
- 10) Los puntajes obtenidos en la escala de impulsividad fueron: una media de 58, una mediana de 55, una moda de 14 y una desviación estándar de 34.
- 11) Finalmente, en la escala de inseguridad social se obtuvo una media de 69, una mediana de 77, una moda de 19 y una desviación estándar de 24.

En el anexo 3 se pueden observar de forma gráfica los resultados la media aritmética de las subescalas mencionadas.

Además de representar los datos de las medidas de tendencia central y desviación estándar, es de suma importancia dar a conocer los porcentajes de los sujetos que obtuvieron altos puntajes en cada una de las escalas, los cuales están arriba de 70, lo cual facilitará la ubicación de las escalas en las que hay mayor incidencia de casos preocupantes sobre los trastornos alimentarios.

En la escala de obsesión por la delgadez, el 39% de sujetos se encuentra por arriba del percentil 70; en la escala de bulimia, el 29%; en la escala de insatisfacción corporal, el puntaje fue de 17%; mientras tanto, en la subescala de ineficacia, 45%; asimismo, en la escala de perfeccionismo, el 63%; en la que respecta a la desconfianza interpersonal, el 45%; en la de conciencia introceptiva, el 59%; por su parte, en la de miedo a la madurez fue de 71%; en la de ascetismo, un puntaje de 32%; en la de impulsividad, el 46% y finalmente, en la subescala de inseguridad social, el 55%. Dichos datos se pueden observar gráficamente en el anexo 4.

En función de los resultados obtenidos, se puede afirmar que el nivel en que se presentan los indicadores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios se encuentran en un nivel ligeramente alto, debido a que las medidas de tendencia central muestran en varias de las subescalas, puntajes bastante altos en relación con el percentil 50.

Lo anterior implica que se vuelve necesario implementar programas preventivos para evitar que se presenten de forma importante los trastornos alimentarios en la población estudiada.

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

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

La autoestima influye mucho en el comportamiento, los seres humanos suelen comportarse de acuerdo con su autoimagen y su autoestima, a la vez, su comportamiento suele confirmar la imagen que tienen de sí mismos; es un círculo cerrado que refuerza sus actitudes y sus puntos de vista básicos (Clark y cols.; 2000).

Para conocer la relación que existe entre las variables, es importante obtener la correlación existente entre estas, para ello se utilizó la clasificación de correlación de Hernández y cols. (2010), de igual forma, es de suma importancia señalar que para considerar una relación significativa entre variables, el porcentaje de relación debe ser de al menos del 10%.

Para conocer la influencia existente entre el nivel de autoestima y cada una de las subescalas, se procedió a obtener la varianza de factores comunes ( $r^2$ ), donde

mediante un porcentaje se indica el grado en que las variables se encuentran correlacionadas. Para obtener este resultado solamente se eleva al cuadrado el coeficiente de correlación obtenido mediante la “r” de Pearson (Hernández y cols.; 2010).

En la investigación realizada con los alumnos de la Escuela Secundaria Técnica#41, de Tancítaro, Michoacán, se encontraron los siguientes resultados.

Entre el nivel de autoestima y la escala de obsesión por la delgadez existe una correlación de -0.11, de acuerdo con la prueba “r” de Pearson, lo anterior significa que existe una correlación negativa débil, no significativa. La varianza de factores comunes fue de 0.01, que implica una relación del 1%.

Por otra parte, entre el nivel de autoestima y la escala de bulimia existe una correlación de -0.09 según la prueba “r” de Pearson, existiendo una ausencia de correlación; la varianza de factores comunes fue de 0.01, con una relación del 1%.

Mientras tanto, entre el nivel de autoestima y la escala de insatisfacción corporal existe correlación del -0.13, siendo una correlación negativa débil; de lo anterior se obtuvo una varianza de 0.02 y una correlación del 2%.

Asimismo, entre el nivel de autoestima y la ineficacia se encontró que “r” es de -0.30, lo cual significa una correlación negativa débil; la varianza de factores fue de 0.09, existiendo el porcentaje de relación del 9%.

Entre el nivel de autoestima y el perfeccionismo, la correlación también fue negativa débil, con un valor de  $-0.23$ . La varianza de factores fue de  $0.05$ , lo cual significa que hay una relación del  $5\%$ .

Asimismo, entre el nivel de autoestima y la desconfianza interpersonal se obtuvo una correlación de  $-0.15$ , que es negativa muy débil; la varianza de factores comunes fue de  $0.02$ , que significa un porcentaje de influencia de solamente el  $2\%$ .

Por su parte, entre la autoestima y la conciencia introceptiva hubo una correlación de  $-0.28$ , negativa débil, no significativa, y una varianza de factores de  $0.08$ , con un porcentaje de influencia del  $8\%$ .

Entre la autoestima y la subescala de miedo a la madurez existe una correlación de  $-0.16$ , negativa débil y no significativa, con una varianza de factores de  $0.03$ , lo cual significa que existe una relación del  $3\%$ .

Entre la autoestima en relación con el ascetismo fue de  $-0.20$ , siendo una relación débil, no significativa; la varianza de factores fue de  $0.04$ , lo cual significa que existe una relación del  $4\%$ .

La relación existente entre autoestima e inseguridad social fue de  $-0.26$ , la correlación fue negativa débil, no significativa; se obtuvo una varianza de  $0.07$ , así como correlación del  $7\%$ .

Mientras tanto, la relación entre autoestima e impulsividad fue una relación negativa media, significativa, con un valor de -0.38 y una varianza de 0.15, siendo una correlación del 15%.

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

A partir de los resultados estadísticos obtenidos durante la investigación de campo, se acepta la hipótesis de trabajo para la escala de impulsividad; mientras tanto, se acepta la hipótesis nula para las escalas de obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, perfeccionismo, ineficiencia, desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva, miedo a la delgadez, ascetismo e inseguridad social.

## CONCLUSIONES

En el presente estudio se logró corroborar la hipótesis nula, que indica que el nivel de autoestima está vinculado con el grado en el que se presentan los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en los alumnos de la Escuela Secundaria Técnica #41, de Tancítaro, Michoacán.

Por su parte, se cumplieron satisfactoriamente los objetivos teóricos, ya que se pudieron definir los conceptos centrales de la investigación, tales como autoestima y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios, a partir de diferentes perspectivas teóricas; de igual forma, se definió el origen y desarrollo de la autoestima.

Adicionalmente, el objetivo de campo referido a la medición del nivel de autoestima en la muestra indagada, mediante instrumentos reconocidos por la comunidad científica, se cumplió en términos satisfactorios y de ello se da cuenta en el capítulo tres, el cual se destinó para la metodología y evaluación

La segunda variable del presente estudio fue medida en el campo de manera objetiva y los resultados se exponen, analizan e interpretan en el mismo capítulo.

En función de lo anterior, se pudo efectuar la medición del nivel de correlación estadística en las variables, así como la identificación porcentual de influencia de una sobre otra. Es decir, se logró cubrir satisfactoriamente el objetivo general que



orientó los esfuerzos desplegados por la investigadora responsable del presente estudio.

Como hallazgo relevante, se puede mencionar que la muestra de la cual se obtuvo la información analizada e interpretada, en cuanto al fenómeno de autoestima, reflejó niveles normales.

Los resultados obtenidos por la investigadora, se refieren exclusivamente a la muestra examinada. Es decir, para conocer la presencia de las variables mencionadas en otros sujetos, de la misma población, pero no incluidos en el presente ejercicio, es necesario que realicen investigaciones adicionales.

Se recomienda que se implementen talleres en los que se trabaje el manejo y cuidado del autoestima, tanto con los alumnos como con los padres, ya que de acuerdo con la literatura revisada, se pudo determinar que el núcleo familiar es la primera instancia y base fundamental para la formación del autoestima, por lo cual se considera de suma importancia proporcionar herramientas para la génesis de una autoestima sana.

## BIBLIOGRAFÍA

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

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

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

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

Branden, Nathaniel. (2010)  
La autoestima de la mujer.  
Editorial Paidós mexicana. Distrito federal, México.

Branden, Nathaniel. (2011)  
Los seis pilares de autoestima.  
Editorial Paidós Mexicana. Distrito Federal, 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, W. Ray. (2001)  
Diferencias individuales en el aprendizaje.  
Editorial, Narcea, S.A. Madrid, España.

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

Euroméxico. (2005)  
¡Auxilio! ¿Qué hago con mis hijos...o con mis alumnos?  
Editorial Euroméxico. México.

Garner, David M. (1998)  
Inventario de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2).  
TEA Ediciones. Madrid.

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

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

Jiménez, H. Manuel. (1997)  
Psicología Infantil.  
Editorial Aljibe. Granada.

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

Mankeliunas, Mateo V. (2001)  
Psicología de la motivación.  
Editorial Trillas. Distrito Federal, México.

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

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

## MESOGRAFÍA

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

“INVENTARIO DE AUTOESTIMA DE COOPERSMITH”

Universidad de Concepción, Chile.

<http://www.psico-system.com/2013/07/04inventario-de-autoestima-de-coopersmith.html>

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.

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

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

Ríos, M. D.; Millán, T. S. (2009)

“Autoestima relacionada con el desempeño escolar”.

Escuela Nacional de Ciencias Biológicas.

Instituto Politécnico Nacional.

[http://servicios.encb.ipn.mx/tutorias/formatos/TESINAS/Autoestima%20relacionado%20con%20el%20desempe%C3%B1o%20escolar\\_RiosM.D.yMillanT.S.pdf](http://servicios.encb.ipn.mx/tutorias/formatos/TESINAS/Autoestima%20relacionado%20con%20el%20desempe%C3%B1o%20escolar_RiosM.D.yMillanT.S.pdf)

Sin Autor. (2009)

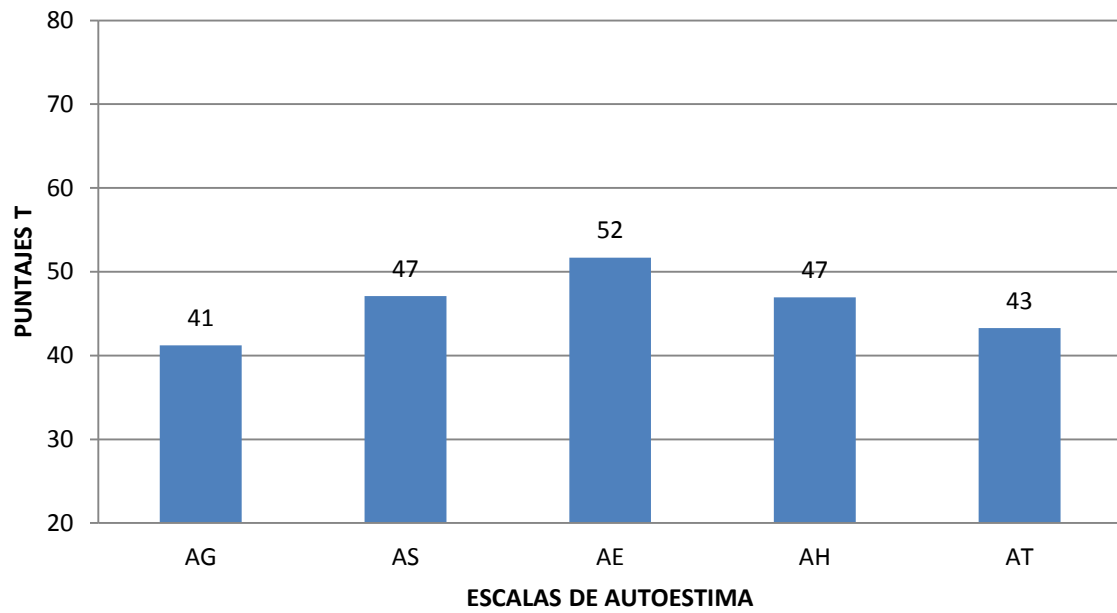
“Escala de autoestima de Rosenberg – RSES”

The Rosenberg Self-Esteem Scale Translation and Validation in University Students.

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

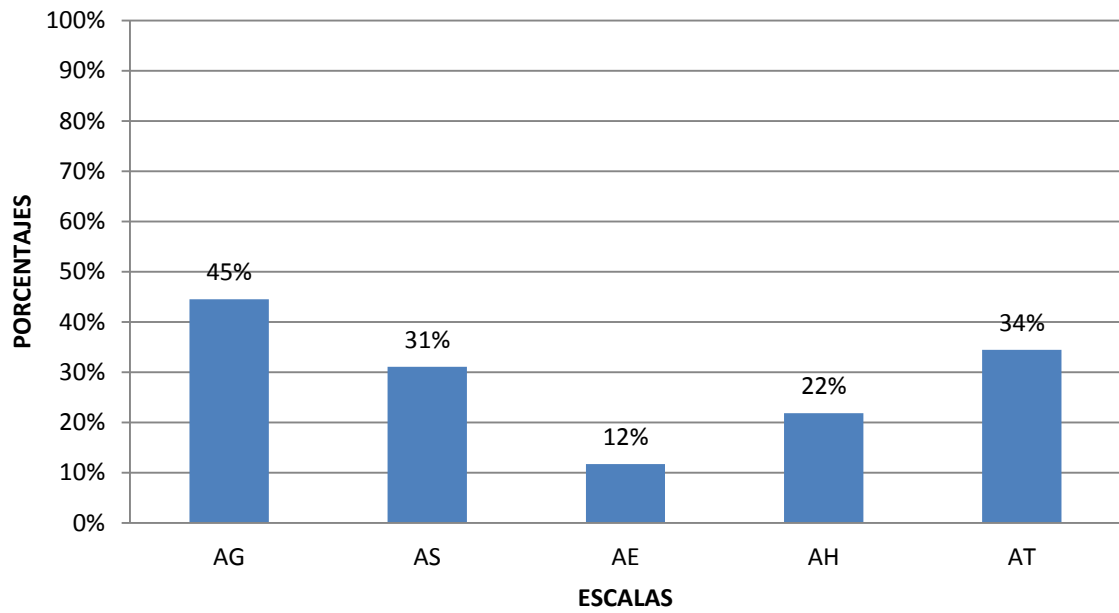
# ANEXO 1

## MEDIA ARITMÉTICA DE LAS ESCALAS DE AUTOESTIMA



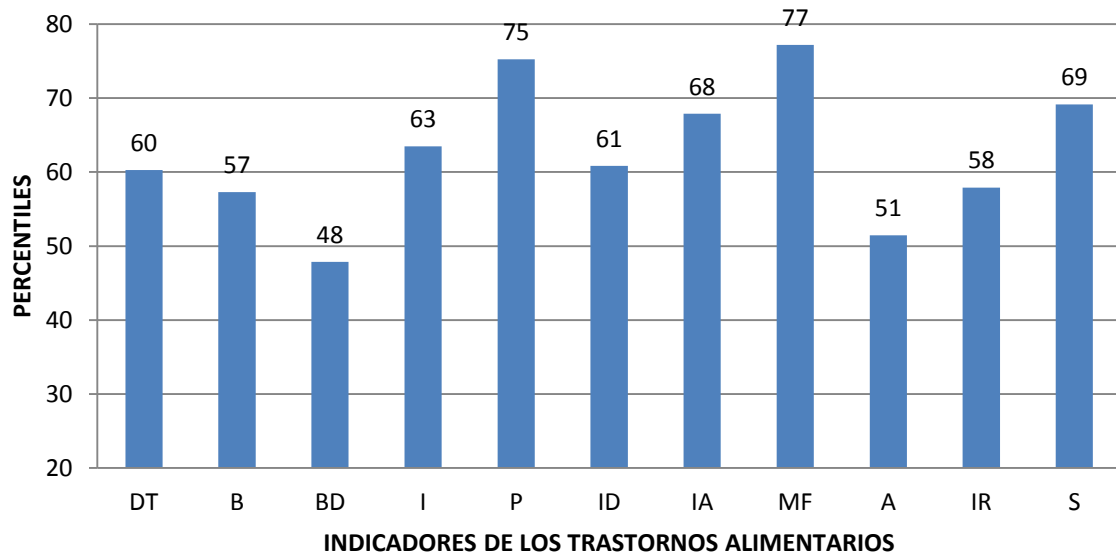
## ANEXO 2

### PORCENTAJES DE SUJETOS CON PUNTAJES PREOCUPANTES EN LA AUTOESTIMA

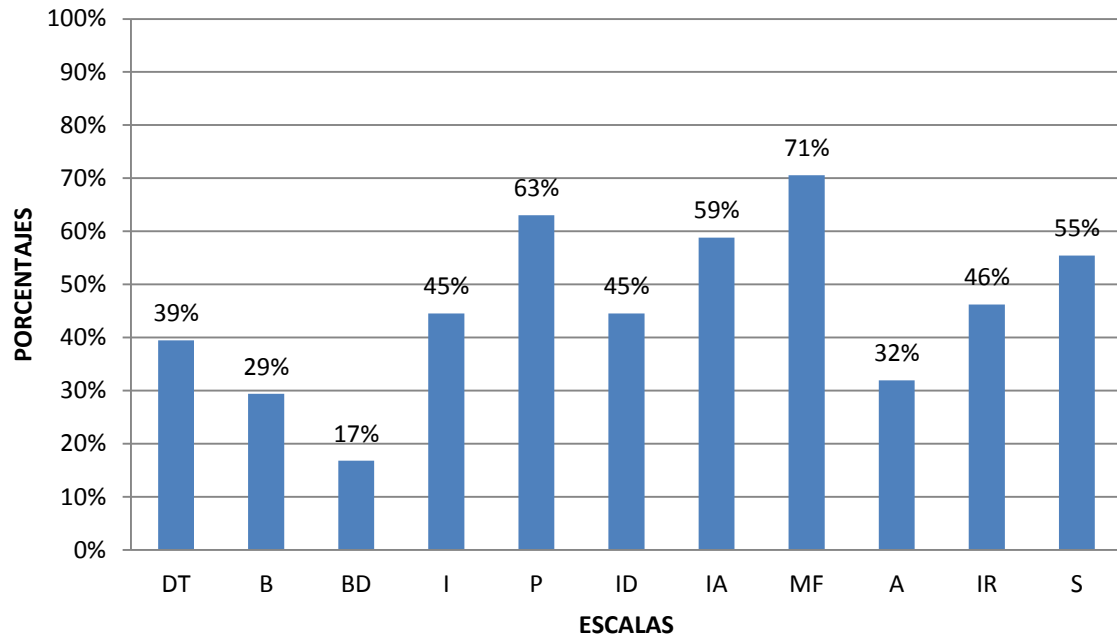


### ANEXO 3

## MEDIA ARITMÉTICA DE LAS ESCALAS DE LOS INDICADORES PSICOLÓGICOS DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS



**ANEXO 4**  
**PORCENTAJE DE SUJETOS CON PUNTAJES ALTOS EN**  
**LOS INDICADORES DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS**





**ANEXO 5**  
**CORRELACIÓN ENTRE LA AUTOESTIMA Y LOS**  
**INDICADORES PSICOLÓGICOS DE LOS TRASTORNOS**  
**ALIMENTARIOS**

