



UNIVERSIDAD DON VASCO, A.C.

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

**INDICADORES PSICOLÓGICOS DE LOS TRASTORNOS
ALIMENTARIOS Y SU RELACIÓN CON LA AUTOESTIMA EN
ALUMNOS DE PRIMARIA**

Tesis

para obtener el título de:

Licenciada en Psicología

Nery Monserrat Márquez Ramírez

Asesor: Lic. Gisela Mayanin Tafolla Torres

Uruapan, Michoacán. 20 de Abril de 2015.



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.	8
Hipótesis.	9
Justificación.	10
Marco de referencia.	11

Capítulo 1. Autoestima.

1.1 Conceptualización de autoestima.	14
1.2 Importancia de la autoestima.	15
1.3 Origen y desarrollo de la autoestima	18
1.4 Componentes de la autoestima.	22
1.5 Características de la autoestima.	23
1.6 Pilares de la autoestima.	28
1.7 Medición de la autoestima.	29

Capítulo 2. Trastornos alimentarios.

2.1. Antecedentes históricos de la alimentación.	39
2.2. Definición y características clínicas de los trastornos alimentarios.	41
2.2.1. Anorexia nerviosa.	41
2.2.2. Bulimia nerviosa.	43

2.2.3. Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas.	45
2.2.4. Vómitos y otras alteraciones psicológicas.	45
2.2.5. Trastorno de la conducta alimentaria en la infancia	45
2.3. Esfera oroalimentaria en el infante.	48
2.3.1. Organización oroalimentaria.	48
2.3.2. Alteraciones en la esfera oroalimentaria	50
2.4. Perfil de la persona con trastornos alimentarios.	51
2.5. Causas de los trastornos alimentarios.	54
2.5.1. Factores predisponentes individuales.	54
2.5.2. Factores predisponentes familiares.	58
2.5.3. Factores predisponentes socioculturales.	61
2.6. Percepción del cuerpo en el trastorno alimentario.	63
2.7. Factores que mantienen los trastornos alimentarios.	66
2.8. Tratamiento de los trastornos alimentarios.	68

Capítulo 3. Metodología, análisis e interpretación de resultados.

3.1. Descripción metodológica.	73
3.1.1. Enfoque cuantitativo.	73
3.1.2. Investigación no experimental.	75
3.1.3. Estudio transversal.	76
3.1.4. Diseño correlacional.	76
3.1.5. Técnicas de recolección de datos.	78
3.2. Población y muestra.	81
3.2.1. Delimitación y descripción de la población	81

3.2.2. Proceso de selección de la muestra	82
3.3. Descripción del proceso de investigación.	83
3.4. Análisis e interpretación de resultados.	84
3.4.1. El nivel de autoestima en los alumnos de sexto grado.	84
3.4.2 Indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios	86
3.4.3. Relación entre el nivel de autoestima y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios.	89
Conclusiones	95
Bibliografía	97
Mesografía	100
Anexos.	

INTRODUCCIÓN

El presente estudio aborda la presunta relación entre los trastornos alimentarios y la autoestima. Para realizar la contextualización necesaria, a continuación se hace mención de los antecedentes, el planteamiento del problema, los objetivos, la hipótesis, la justificación y el marco de referencia que conforman la estructura inicial de la investigación.

Antecedentes

Según Toro y Vilardell (citados por Zagalaz y cols.; s/f: 2) los trastornos alimentarios “son alteraciones de la conducta que tienen que ver con la ingesta de alimentos. Los trastornos alimentarios que más afectan a la sociedad actual son la anorexia y la bulimia nerviosas, así como la vigorexia, dichos trastornos son conocidos medicamente como trastornos alimentarios no específicos (TANE)”.

Según Toro y Vilandell (citados por Zagalaz y cols.; s/f) la palabra anorexia proviene del griego *anorektous*, estudios recientes han demostrado que la anorexia nerviosa se caracteriza por una negación al comer para no subir de peso, este trastorno tiene un origen de tipo biológico, psicológico y social.

Por otra parte, según García Rodríguez (citado por Zagalaz y cols.; s/f: 3) “la anorexia nerviosa es un temor por engordar, una obsesión por la delgadez, además

de alteraciones en el consumo de alimentos, esto aunado a factores en el ámbito familiar y social”.

Según los autores referidos, la bulimia se presenta casi siempre con la anorexia, y es definida como un consumo convulsivo de alimentos y que posterior a ello, los individuos se provocan el vómito para no sentirse culpables por el consumo.

A lo largo de la historia se han realizado investigaciones acerca de los trastornos alimentarios, para comprender su origen y evolución dentro de una población específica.

Por otra parte la autoestima es un fenómeno que en la actualidad cobra mayor importancia, ya sea en el aspecto positivo o en ocasiones de manera negativa, ya que afecta críticamente a las personas, orillándolas a realizar conductas dañinas hacia sí mismas.

Según López (2012: 2) la autoestima se ha definido como “el grado de valor que la persona se asigna a sí misma, la cual se va transformando a lo largo de la vida del sujeto y dependiendo del ámbito social en que este se desenvuelva; de esta manera se puede ver manifiesta en conductas que el propio sujeto realiza”.

De acuerdo con lo anterior, los trastornos alimentarios constituyen un problema común en la actualidad, en esta investigación se pretenden relacionar con el nivel de autoestima.

Se han realizado estudios de esta última variable en diferentes ámbitos, por ejemplo:

En 2012, López realizó una investigación titulada “Autoestima infantil y la adaptación a la disciplina escolar. Caso Escuela Primaria Instituto México de Uruapan, Michoacán”. se tomó como muestra a 21 alumnos de cuarto grado, grupo “A” y 29 alumnos de quinto grado, grupo “A”, de primaria. En dicha investigación se utilizó un enfoque metodológico cuantitativo. La variable autoestima se midió con una prueba estandarizada denominada Coopersmith Self-Esteem Inventory (Inventario de Autoestima de Coopersmith), mientras que la variable disciplina se valoró de acuerdo con los resultados obtenidos en la aplicación del instrumento denominado Escala Disciplinaria, proporcionada por el Instituto México. Posterior a la operacionalización de las variables y al análisis de las mismas, se concluyó que no existe diferencia significativa entre el nivel de autoestima de los alumnos de la Escuela Primaria Instituto México de Uruapan, S.C. que presentan una disciplina escolar adecuada, y aquellos que presentan problemas disciplinarios escolares.

Por otro lado, se han investigado ampliamente los trastornos alimentarios en la actualidad, de dichas indagaciones se puede destacar la siguiente:

En 2012, la Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios publicó una investigación realizada por Ruiz y cols., titulada “Funcionamiento familiar en población clínica y población con riesgo de trastornos alimentarios”. Se trabajó con una muestra no probabilística de participantes voluntarias, 135 mujeres con edad promedio de 18

años, estudiantes educativas de nivel medio superior y superior; así como aquellas que solicitaron evaluación o tratamiento para TCA (trastornos de la conducta alimentaria) en los servicios especializados de la universidad o de clínicas especializadas en TCA ubicadas en el área metropolitana de la Ciudad de México.

Ya finalizado el estudio, se concluyó que tanto las hijas de los grupos clínicos como el grupo de riesgo, se desenvuelven en un entorno familiar complicado y heterogéneo, donde el menor fenómeno de las relaciones intrafamiliares y actividades de desarrollo se asocian con los síntomas de TCA. En el caso particular de las personas con BN (bulimia nerviosa), el deterioro de la unión familiar, expresión de sentimientos y opiniones, mayor conflicto, menos actividades intelectuales y sociales, se ligan con la dieta y la presión social, lo que sugiere que la familia deja descubiertas algunas funciones de apego, protección y socialización que fomentan el desarrollo integral; sin embargo estos elementos del funcionamiento familiar no aparecen como factores de riesgo, sino que conforme se fomentan dichos aspectos, disminuye la posibilidad de que las hijas presenten TCA o su sintomatología. Se reconoce que el funcionamiento familiar es relevante, pero no suficiente para explicar los TCA, por lo que se requiere seguir probando modelos multifactoriales que ayuden a la comprensión de la psicopatología alimentaria.

La investigación que se nombra a continuación es importante, ya que relaciona los trastornos alimentarios con la autoestima.

En 2009, Moreno y Ortiz, de la Universidad Veracruzana, en México, realizaron una investigación nombrada “Trastorno alimentario y su relación con la imagen corporal y la autoestima en adolescentes”. La muestra estuvo conformada por 298 adolescentes alumnos de una escuela pública de la ciudad de Xalapa, Veracruz, México, de los cuales 153 eran mujeres y 145 hombres con una edad de 13 a 14 años. Se elaboró un cuestionario de datos generales para contextualizar a la población, y se registró la talla y el peso actual, para obtener el índice de masa corporal, además se utilizó el Test de Actitudes Alimentarias (EAT) de Garner y Garfinkel (1979); finalmente se usó el Cuestionario de Evaluación de la Autoestima para Alumnos de Enseñanza Secundaria (CEA) de García. Después de realizar todo el procedimiento, se pudo detectar que existen 33 casos de desnutrición y 41 casos de obesidad de tipo I y II en hombres y 37 mujeres con obesidad, en sus tres niveles de clasificación. Se detectó riesgo de trastornos alimentarios en el 4% de los hombres y el 12% de las mujeres, y la patología ya instalada en un 10% en ambos sexos. La preocupación por la imagen corporal en las mujeres, se observa en incremento conforme avanza su edad, lo que indica, como en el caso de los hombres, que ya hay una patología instalada en las jovencitas.

En cuanto a su autoestima, los casos se concentran más en el nivel medio en ambos sexos y ellos coinciden en un 10% de los mismos, en los niveles bajos.

Al final, las autoras concluyeron que la imagen corporal y la autoestima muestran una relación significativa, lo que indica que a mayor preocupación con la imagen corporal, menor autoestima; en cuanto al índice de masa corporal,

determinaron que a mayor índice, mayor preocupación con su imagen corporal; asimismo, a mayor edad, menor índice de masa corporal.

También se comprobó que las mujeres tienen mayor tendencia hacia los trastornos alimentarios que los hombres, no obstante, estos también presentan riesgos. Tanto hombres como mujeres se encuentran en una etapa de crecimiento y desarrollo en la que ellos están constantemente evaluándose, presentan baja autoestima y se encuentran insatisfechos con su imagen corporal, lo que los puede llevar a realizar conductas para bajar de peso.

De acuerdo con la relevancia de lo mencionado anteriormente y a los antecedentes observados por personal docente y directivo de la Escuela Primaria Vasco de Quiroga, de Uruapan, Michoacán, específicamente en el sexto grado, es factible hipotetizar que se están presentando trastornos alimentarios y alteraciones en la autoestima.

Planteamiento del problema

Actualmente, en México se han estudiado profundamente los trastornos de alimentación; es un tema de suma importancia, pues estudios recientes comprueban que cada vez este tipo de trastornos se presentan con mayor frecuencia en la infancia, en personas de ambos sexos.

En la escuela primaria Vasco de Quiroga se han observado comportamientos preocupantes en los alumnos, por los alimentos que ingieren, así como por su imagen física, dichas conductas traen consigo conflictos emocionales que impiden el desarrollo integral de la persona.

Los profesores de dicha escuela reportan que actualmente se cuenta con alumnos que no participan dentro del aula por temor a equivocarse, tímidos, aislados, ansiosos, por nombrar algunos aspectos que pudieran ser indicadores de características de baja autoestima.

Diversos autores han estudiado la relación que existe entre la baja autoestima y los trastornos alimentarios, sin embargo, actualmente no se han reportan estudios acerca de estos padecimientos en la escuela primaria Vasco de Quiroga de la ciudad de Uruapan, Michoacán.

De acuerdo con lo anterior se busca responder a la siguiente pregunta:

¿Existe una relación significativa entre la presencia de indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios y el nivel de autoestima de los alumnos que cursan el sexto grado, de la Escuela Primaria Vasco de Quiroga, del ciclo escolar 2013-2014, en Uruapan, Michoacán?

Objetivos

La presente investigación busca obtener las pautas que se mencionan a continuación.

Objetivo general

Establecer la relación que existe entre los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios y el nivel de autoestima de los alumnos que cursan el sexto grado de la Escuela Primaria Vasco de Quiroga, de Uruapan, Michoacán.

Objetivos particulares

1. Analizar el concepto de trastornos alimentarios.
2. Describir los síntomas de los trastornos alimentarios.
3. Identificar las causas de los trastornos alimentarios.
4. Explicar el concepto de autoestima.
5. Determinar los factores que influyen en la autoestima.
6. Analizar las principales aportaciones teóricas de la autoestima.
7. Establecer la relación que existe entre los conceptos de trastornos alimentarios y autoestima.
8. Medir los indicadores de trastornos alimenticios en los alumnos de sexto grado.
9. Evaluar el nivel de la autoestima en los alumnos.

10. Examinar la relación estadística entre los indicadores de trastornos alimentarios y el nivel de la autoestima en los alumnos de sexto grado de la Escuela Primaria Vasco de Quiroga, de Uruapan, Michoacán.

Hipótesis

A continuación se presentan las explicaciones tentativas sobre el estudio.

Hipótesis de trabajo

Existe una relación estadísticamente significativa entre los indicadores de trastornos alimentarios y el nivel de la autoestima en los alumnos de sexto grado de la Escuela Primaria Vasco de Quiroga, de Uruapan, Michoacán.

Hipótesis nula

No existe una relación estadísticamente significativa entre los indicadores de trastornos alimentarios y el nivel de la autoestima en los alumnos de sexto grado de la Escuela Primaria Vasco de Quiroga, de Uruapan, Michoacán.

Operacionalización de las variables

Se tomó como indicador de la presencia de la variable autoestima, la prueba denominada Test de Autoestima Escolar (TAE-ALUMNO), la cual evalúa la autoestima

de alumnos de educación general básica, vía autopercepción. Dicho recurso fue elaborado en 1991, a partir de una selección de ítems del Test americano Piers Harris, por las psicólogas Teresa Marchant, Isabel Margarita Haeussier y Alejandra Torretti; posteriormente, en 1997 fue estandarizado en Chile.

El instrumento permite ubicar el nivel de autoestima del niño en categorías que mantienen relación con los puntajes T: normalidad, baja autoestima, muy baja autoestima. Esta prueba psicométrica posee los estándares de validez y confiabilidad exigidos por la comunidad científica de la psicología.

La variable de trastornos alimentarios se identificó por el puntaje que el sujeto obtuvo en la aplicación de la prueba Inventario de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2) de David M. Garner (1998), la cual cuenta con 11 escalas relacionadas con los rasgos psicológicos propios de los trastornos alimentarios. Los resultados se presentan en percentiles.

Justificación

En el presente apartado se señalan las razones que enfatizan la relevancia del estudio.

Esta investigación beneficiará directamente a la institución examinada, debido a que no se han hecho estudios acerca de los trastornos alimentarios en relación con la autoestima, específicamente en el sexto grado.

Asimismo, los directivos de la institución podrán utilizar los resultados de esta investigación para crear estrategias que ayuden a prevenir los trastornos alimentarios, así como mejorar la autoestima en los alumnos, además de que contarán con un mayor conocimiento acerca de dichos problemas.

También servirá de apoyo para los padres, ya que tendrán conocimiento del resultado que obtuvieron sus hijos para poder actuar a favor de la salud y bienestar emocional de estos.

En lo que concierne al campo de la psicología, se espera aportar información acerca de los trastornos alimentarios en relación con la autoestima, a través de la investigación teórica y empírica.

Con esta investigación, el psicólogo obtendrá un mayor conocimiento y podrá hacer uso de él para realizar un trabajo eficaz de los mencionados problemas, ya que son temas cada vez más habituales.

Marco de referencia

La Escuela Primaria Urbana Federal Vasco de Quiroga, de Uruapan, Michoacán, fue la institución donde se realizó la presente investigación. Este centro educativo se encuentra ubicado en la calle Juan Ayala #18, en la Colonia Centro. Tiene más de 34 años prestando sus servicios a la comunidad uruapense.

Dicho plantel es público, con incorporación a la SEP. La dirección se encuentra a cargo del profesor Jesús Maldonado Sánchez.

Su misión es crear alumnos capaces de enfrentarse a cualquier situación que se les presente en la vida. Como visión, pretenden lograr que los alumnos presenten un mejor nivel de aprovechamiento al término de su educación primaria.

Actualmente se atiende a 198 alumnos, quienes tienen una edad aproximada de entre 6 y 12 años de edad. El 80% de ellos son de escasos recursos.

El personal de la institución lo integran 18 profesores, los cuales cuentan con Licenciatura en educación y algunos con Maestría en Educación; hay además un profesor con Licenciatura en educación Física, dos secretarias, un asistente y tres personas para el aseo de la misma.

La infraestructura del lugar está compuesta por dos edificios de material, uno de los cuales cuenta con ocho aulas, un salón interactivo y una biblioteca pequeña para el servicio de los alumnos; el otro cuenta con cuatro salones, dos oficinas y dos cuartos de baños para los alumnos, cada uno cuenta con 5 baños.

Se cuenta con un área deportiva, la cual se utiliza para las clases de educación física y para jugar básquetbol, ya que cuenta con cuatro canastas, asimismo, cuando es necesario se utiliza de cancha de voleibol, ya que se colocan unos tubos y la red adecuada para dicho deporte.

Los salones cuentan con pizarrón interactivo, un escritorio para el maestro, y 25 escritorios aproximadamente, con dos sillas cada uno, para el uso del alumnado.

CAPÍTULO 1

AUTOESTIMA

En el presente capítulo se definirá la variable autoestima, así como la importancia que tiene, el origen y desarrollo, los componentes, las características y la medición de dicha característica.

1.1. Conceptualización de autoestima

Según Alcántara (1990) la autoestima es la actitud de aceptación, forma de pensar, amar, sentir y comportarse hacia sí mismo, es considerada como el resultado de toda experiencia y hábitos adquiridos a través del tiempo.

Para Branden (2010), la autoestima es la capacidad de los sujetos de estar conscientes de que son competentes para enfrentar cualquier obstáculo que aparezca en la vida además de ser dignos de alcanzar la meta de la felicidad.

La autoestima es la confianza con que nace el ser humano para sentirse valioso, ya que posee la capacidad de pensar lo cual lo lleva a resolver los desafíos básicos de la vida, asimismo, son capaces de darse cuenta de sus carencias y necesidades personales para finalmente alcanzar el fruto de la felicidad (Branden; 2011).

Coopersmith en 1967 define la autoestima como “la evaluación que hace y mantiene habitualmente la persona con respecto a sí misma: expresa una actitud de aprobación o desaprobación e indica el grado en el que el individuo se cree capaz, destacado, con éxito y valioso. En resumen, la autoestima es un juicio personal sobre la valía que se expresa en las actitudes que el individuo manifiesta hacia sí” (referido por Crozier; 2001: 205).

En el año 2001, Montoya y Sol establecieron que la autoestima es la capacidad o actitud interna con que una persona se relaciona consigo misma, y como se percibe dentro del mucho, ya sea de forma negativa o positiva, según el estado de ánimo en que se encuentre.

Por otro lado, Kaufman y Espeland en el año 2005, concibieron a la autoestima como una habilidad psicológica importante para tener éxito en la sociedad. Respaldan que una persona que posee autoestima, está orgullosa de sí misma y experimenta orgullo desde su interior.

Según Euroméxico (2005), se define la autoestima como el sentimiento que cada persona tiene acerca de sí misma, la medida en que se agrada o se desagrada.

1.2 Importancia de la autoestima

Según Branden (2010), la autoestima es importante, ya que constituye un elemento esencial para el desarrollo normal y sano del individuo, además, proporciona

resistencia, fortaleza y capacidad para superar los desafíos básicos de la vida; por ejemplo, ser competente en la vida para lograr el éxito, cuidar de sí mismo y construir relaciones sociales satisfactorias; asimismo, es importante, ya que dependiendo de la autoestima la persona genera un juicio de valor, ya sea positivo o negativo, de sí misma.

Por otra parte, Clark y cols. (2000) mencionan que la autoestima es importante, ya que de ella depende en la mayor parte, que la persona logre satisfacer otras necesidades más expansivas como la creatividad, los logros personales y la realización de todo su potencial; también afirma que hace sentir bien a la persona consigo misma y con la vida, lo cual da una pauta importante para afrontar y resolver con seguridad los retos y las responsabilidades que esta les presenta.

Además, la autoestima es considerada “la plataforma desde la cual proyectamos las diversas áreas de nuestra vida” (Montoya y Sol; 2001: 6).

Estas autoras destacan la importancia de la autoestima para saber realmente cómo se encuentra conformada su personalidad, también es una ruta importante que ayuda a conseguir los logros que se proponen a sí mismos.

Satir (2002) establece que la autoestima es de suma importancia para la vida del sujeto y la percepción de este ante la sociedad, ya que la forma en que se sienta consigo mismo y con los demás será un elemento determinante para su forma de actuar y pensar, así como para su vestimenta; el lenguaje y actividades corporales que

cada persona proyecta ante la sociedad es resultante y proveniente de los pensamientos y emociones. La autora menciona que cuando una persona se aprecia y se ama tal cual, es su energía interna, o sea su autoestima, crece positivamente o por lo contrario, si no se acepta tal cual es ni se ama, esa energía interna decrece, es entonces cuando se dice que la autoestima es baja.

Satir (2002) menciona que cuando una persona expresa un sentimiento de bienestar consigo misma y de agrado desde su interior, hay magnificas posibilidades de que pueda enfrentar la vida desde una postura de dignidad, sinceridad, fortaleza, amor y realidad, por lo tanto, esa persona tendrá una autoestima alta.

De otra manera, si una persona se desprecia, se siente incapaz de realizar los objetivos y tiene una actitud negativa hacia su persona, entonces la energía se vuelve difusa y fragmentada. El yo se debilita hasta convertirse en una víctima derrotada por la vida: si la persona no se agrada, se devalúa y se castiga. Enfrenta a la vida desde una postura de temor e impotencia, crea un estado en el que se siente víctima y actúa en consecuencia. Este estado hace que la persona se sienta que no cuenta y por lo tanto, contribuye a mantener una autoestima baja.

Según Euroméxico (2005), la importancia del trato que reciba un niño desde su nacimiento será determinante, ya que dependiendo de esto, el infante se verá percibido a sí mismo. La autoestima es un aprendizaje obtenido a partir de las experiencias que el niño adquiere a través de los padres y las personas significativas

para él, el menor aprenderá que a pesar de los temores, ansiedades, frustraciones y fracasos, será capaz de seguir y enfrentar los retos que se le suscitan.

1.3 Origen y desarrollo de la autoestima

Alcántara (1990) menciona que la autoestima no es una característica de nacimiento, sino que se va adquiriendo a través de la historia de vida de cada persona.

La familia es sumamente importante para la configuración de la autoestima del niño, sin embargo, este también necesita de ayuda para suplir y complementar aquellas limitaciones familiares y así lograr en conjunto, conseguir una formación suficiente de la autoestima del sujeto (Alcántara; 1990).

El autor citado anteriormente, da a conocer aspectos importantes a tomar en cuenta para formar adecuadamente el autoconcepto de un niño, a continuación se hace mención de algunos de ellos:

- El niño debe sentirse un miembro importante dentro de su familia, puesto que esta lo escucha, toma en cuenta sus opiniones y lo deja tomar sus propias decisiones, además de tener una adecuada comunicación con sus padres donde mutuamente compartan sus experiencias; con ello, él se sentirá orgulloso de su familia y por lo tanto, le proporcionará seguridad.
- Los padres necesitan valorar positivamente las cualidades de sus hijos por muy raras o diferentes que sean; así como darles un pequeño refuerzo positivo o

gratificante a los menores cada vez que ellos emitan una conducta positiva, por muy insignificante que esto parezca.

- Los padres deben mostrar afecto con gestos o palabras, ya que esto infunde seguridad y amor.
- Procurar que el niño conozca y trate personas valiosas.

Branden (2008) también menciona la importancia de la familia para el desarrollo de la autoestima, refiriéndose a que si el niño vive en un núcleo que fluctúa entre un ambiente hostil y amenazador, haciéndolo sentir como una persona irracional sin la capacidad para superar un problema, entonces sentirá el mundo como una amenaza para él y después de varios intentos fallidos por superarlo, se rendirá y se culpará por su incapacidad para defenderse del mundo, reaccionando a ello con ira y ansiedad. El niño se sentirá eternamente incapaz de comprender y hacer lo que las demás personas esperan de él, y vivirá en una lucha constante por lograr lo incognoscible.

“La capacidad de distinguir entre conocimiento y sentimiento es un elemento esencial en el proceso de madurez saludable de la mente. Es vital para conseguir y mantener la autoestima.” (Branden; 2008: 202).

Por otra parte, Carrión (2007) manifiesta que aproximadamente a los 7 años, el infante emprende un proceso de adquisición de capacidades como pensar organizadamente, experimentar y reconocer las emociones, así como desarrollar habilidades; hasta ese momento ha recibido impactos externos de otras personalidades con quienes se identifica y comienza a crear su autoconcepto.

Clark y cols. (2000) afirman que cuando el niño ha sido capaz de desarrollar una sana autoestima, tiene la pauta indispensable para tomar juicio propio y rechazar cualquier reacción negativa propuesta por cualquier otra persona que no represente autoridad para él, sin embargo, no tendrá la fuerza suficiente para descalificar los comentarios que hagan las personas que ejerzan autoridad sobre él, como los maestros, profesores o adultos significativos.

El adolescente crea su identidad y mejora su autoestima a través de la valoración que él hace hacia su persona, por lo tanto, la madurez servirá para poner al día continuamente su autoestima, por lo contrario, si los cimientos y el desarrollo de la persona son inseguros, la imagen que el adolescente refiera de sí mismo será deficiente.

Entonces, en la adolescencia la persona necesita saber que es valiosa y diferente a los demás; ante ello, establece relaciones personales efectivas y satisfactorias, dado que tiene su propio talento. Cuando es capaz de esto, le es posible fraguar su identidad y sentirse bien consigo mismo, la edad ideal para consolidar estos aspectos es antes de los veinte años, para posteriormente estar preparado y asumir la responsabilidad que demanda la vida. Por lo contrario, si la autoestima no es adecuada, continuará malgastando energía en busca de fórmulas que le hagan sentir su valía en todo lo que emprenda (Clark y cols.; 2000).

Por otra parte, Crozier (2001) afirma que las experiencias tempranas en la familia también son de suma importancia, ya que el comportamiento y las actitudes que tomen los padres a favor o en contra del infante, serán un componente sumamente indispensable para desarrollar una sana o baja autoestima en el niño. En 1967, Coopersmith (Citado por Crozier; 2001: 112) realizó “una investigación correlacional entre la autoestima y cuatro índices de práctica educativa. En el cual se concluyó que los padres de niños con autoestima alta aceptan más a los hijos y les dan un mayor número de muestras de cariño y afecto, por lo tanto, se encontraría más firmemente vinculados. Asimismo, los padres de estos niños manifestaban conductas permisivas y poco punitivas, establecían límites y daban opiniones acerca de ellos, en otras palabras, estimulaban correctamente su independencia”.

Además en 1989, Pelham y Swann (retomados por Crozier; 2001: 112) proponen que “la autoestima del niño se complementa con el autoconcepto en campos más específicos y que estos influyen en la autoestima a medida de la importancia en que estos campos lo sean para ellos”.

En 2005, Kaufman y Espeland mencionaron que no se nace con autoestima, sino que el sujeto la aprende, lo cual significa que puede ser enseñada y aprendida durante la vida y a través de las experiencias que cada etapa va dejando, como la escuela, los comportamientos y actitudes que los padres tengan hacia ellos, así como la escuela y el ambiente social, por mencionar algunos.

1.4 Componentes de la autoestima

Alcántara (1990) menciona que la autoestima está constituida por tres componentes:

- **Cognitivo:** es el autoconcepto, marco de referencia o un autoesquema que se elabora de sí mismo, el cual es útil para reconocer e interpretar estímulos relevantes en el ambiente social.
- **Afectivo:** tiene que ver con lo agradable o desagradable, favorable o desfavorable, positivo o negativo de sí mismo. Es la admiración que siente la persona por la valía que se atribuye.
- **Conductual:** es un comportamiento consecuente y coherente, que denota autoafirmación del propio yo, al buscar la consideración y reconocimiento de los demás.

Por otro lado, Branden (2008) y Carrión (2007) coinciden que la autoestima está constituida por dos componentes:

- **Eficacia personal:** confiar que se tiene la capacidad para pensar, aprender, elegir y tomar decisiones correctas, así como superar los retos y producir cambios por sí solo.
- **Respeto por uno mismo:** Saber que se tiene el derecho a tener éxito, amistad, respeto, amor y por lo tanto, felicidad.

Si uno de estos dos componentes falla, la autoestima se verá afectada.

En el 2011, Lamb y cols. estipularon que el autoconcepto es la forma en que se percibe una persona a sí misma, incluyendo sus actitudes, percepciones, creencias y autoevaluaciones. Asimismo, el autoconcepto incluye la autoimagen ideal, que son todos aquellos anhelos y aspiraciones que las personas tienen para sí mismas, es decir, todo aquello que a esa persona le gustaría ser; también incluye la autoimagen real, que es la autoevaluación e incluye las actitudes y percepciones que cada persona realiza acerca de lo que es como persona. Además, las personas tienden a querer alcanzar su autoimagen, ideal pues el logro de la misma puede repercutir positivamente en su autoestima.

1.5 Características de la autoestima

Según Branden (2011), una autoestima saludable se ve completamente relacionada con lo siguiente:

- Racionalidad: es generar hechos desde principios concretos y aplicar estos a hechos precisos.
- Realismo: es un reconocimiento efectivo de lo que es y lo que no es.
- Intuición: es una señal interna que dicta como debe actuar el individuo ante determinados sucesos, basada en la experiencia previamente vivida. Por

ejemplo: si se actúa de determinada manera como se hizo alguna otra vez, la probabilidad de éxito es más alta que la de fracaso.

- **Creatividad:** la persona que posee creatividad confía más en sí misma que la persona carente de creatividad, además de aprender de los demás e inspirarse en ellos, sin dejar a un lado lo que dictan sus señales internas. En otras palabras, valora los productos de su mente. Por otra parte, una persona con autoestima baja tiende a dejar de lado lo que su intuición o creatividad le dictan, y no por que las ideas que tenga no sean brillantes, sino porque no las valora ni las considera importantes.
- **Independencia:** es pensar en sí mismo, sentirse responsable y capaz de realizar los actos necesarios para obtener sus metas y alcanzar la felicidad.
- **Flexibilidad:** reaccionar de manera adaptable ante algún cambio sin que vínculos inapropiados ligen el sujeto al pasado.
- **Capacidad para afrontar los cambios:** para la autoestima, los cambios no son motivo de miedo, sino obstáculos necesarios de superar con las herramientas que bastamente tiene.
- **Deseo de admitir errores:** la persona con una autoestima saludable es capaz y prefiere corregir errores que fingir nunca haberlos cometido. Para quien posee autoestima baja, el aceptar y corregir errores es un acto humillante y vergonzoso, lo cual lo hace sentirse inseguro y culpable.
- **Benevolencia y cooperación:** La persona con una autoestima alta se tiene, se trata a sí misma y a los demás con respeto y amabilidad, además de que tiene disposición para ayudar a quien lo necesite. Sin embargo, el individuo

con autoestima baja no tiene la capacidad de respetarse a sí mismo ni a los demás, se muestra ante la sociedad como alguien egoísta.

Según Clark y cols. (2000) un adolescente con autoestima deberá actuar como se indica a continuación:

- Independientemente: tendrá el valor y la certeza de elegir y decidir cómo debe emplear su tiempo, dinero, pertenencias y ocupaciones. Elegirá a sus amigos por sí solo y con base en sus preferencias.
- Asumirá sus responsabilidades: realizará tareas por sí solo sin que se le tenga que pedir que las haga, bastará solamente con ver para saber que se tiene que realizar esa tarea e inmediatamente dirigirse a ella, porque es responsable de asumir la tarea de ciertas necesidades.
- Afrontará nuevos retos con entusiasmo: es una persona que le gusta afrontar nuevos retos, tareas y actividades, puesto que tiene la confianza de que es capaz de realizarlas.
- Estará orgulloso de sus logros: será alguien que se muestre satisfecho por haber logrado sus objetivos o haber obtenido el resultado con base en esfuerzo y confianza en sí mismo; así que se mostrara orgulloso de él mismo.
- Demostrará amplitud de emociones y sentimientos: será capaz de expresar sus sentimientos sin avergonzarse de ellos, así como mostrar adecuadamente y oportunamente los mismos.

- Tolerará bien la frustración: sabrá afrontar adecuadamente las infortunios que se le presenten, por ejemplo: riéndose, esperando, replicando entre otras respuestas. También sabrá sobrepasar distintas emociones sin que estas le depriman.
- Se sentirá capaz de influir en otros: tendrá confianza en las impresiones y en el efecto que él produce sobre los miembros de la familia, sobre los amigos, e incluso, sobre las personas con autoridad, los profesores o el jefe.

A demás el autor antes mencionado dice que a una persona sin autoestima es posible identificarla por los siguientes rasgos:

- Desmerecerá su talento: la persona con esta característica suele decir frases como “no puedo hacerlo”, “soy demasiado torpe y nunca aprenderé” solo por mencionar algunas; en pocas palabras, frases pesimistas que de ninguna manera le permiten verse como valioso y con algún talento.
- Sentirá que los demás no le valoran: no será capaz de aceptar que alguien lo quiere y lo valora. Le costará trabajo recibir afecto porque en todo momento pensará que no lo merece.
- Se sentirá impotente: todas las actitudes, actividades y conductas que estas personas emprendan estarán acompañadas de inseguridad y sentimientos de ineptitud, será incapaz de aceptar y cumplir retos por dichos sentimientos.

- Se dejará influir mucho: cambiará de comportamiento y de ideas con frecuencia, dependiendo de la persona con quien esté, pues será un blanco perfecto para influenciar negativamente.
- Tendrá pobreza de emociones y sentimientos: repetirá una y otra vez unas pocas expresiones emocionales tales como el descuido, la histeria o el enfurruñamiento.
- Eludirá las situaciones que le provoquen ansiedad: será una persona que no tolerará ninguna situación o circunstancia que le provoque miedo, temor, ansiedad o ira.
- Se pondrá a la defensiva y se frustrará con facilidad: incapaz de aceptar críticas y peticiones inesperadas y pondrá miles de excusas para justificar su actitud o comportamiento.
- Eludirá la culpa a otros de sus debilidades: en pocas ocasiones aceptará que cometió errores y asumirá responsabilidades, así que atribuirá los mismos a otras personas.

1.6 Pilares de la autoestima

Branden (2008) menciona que existen seis pilares cruciales y fundamentales, depende hasta qué punto se formen estos seis soportes para que tenga una repercusión positiva o negativa en la autoestima.

A continuación se explica cada uno de dichos pilares:

1. La práctica de vivir conscientemente: es saber quién es y qué es capaz de alcanzar. El grado de consciencia que una persona maneje sobre sí mismo será un determinante especial en el grado de autoestima.
2. La práctica de aceptarse a uno mismo: esto implica reconocerse tal cual es, tal como actúa y como siente. El hecho de aceptarse como parte de su ser implica la capacidad de respetarse a sí mismo y por lo tanto, tener consciencia de lo que es y lo que es capaz de lograr.
3. La práctica de la responsabilidad: es la aceptación de la responsabilidad que implican sus acciones y las consecuencias de estas, así como el grado de comunicación, de conciencia, de felicidad y la responsabilidad de elevar su propia autoestima; cuando una persona es responsable de sí misma, se encuentra por el correcto camino para lograr sus metas y alcanzar su felicidad.
4. La práctica de la autoafirmación: “es la virtud de expresarse adecuadamente, respetando necesidades deseos, valores y convicciones que tenemos como personas, y buscando formas racionales para expresarlas de forma práctica” (Branden; 2008: 23). Cuando una persona se afirma a sí misma, es capaz de relacionarse con cualquier otra y saber enfrentar los desafíos de la vida.
5. La práctica de vivir con propósito: es importante que cada persona se fije una meta, un objetivo por el cual luche a lo largo de la vida, al tener un propósito la persona utiliza sus propios recursos con el fin de alcanzar las metas y sentirse capaz de cumplir lo que se proponga.

6. La práctica de la integridad: a medida que el individuo crece adquiere valores y estándares por los cuales se rige, de tal manera que cuando la persona actúa de forma congruente con sus valores profesados se dice que tiene integridad.

Branden (2011) estipuló un séptimo pilar de la autoestima, en el cual plasma la importancia que tiene el vivir con disposición y voluntad los seis primeros pilares de la autoestima. El nivel de autoestima que fluya en cada persona depende de la vivencia positiva de dichos pilares sin embargo, es de suma importancia la disposición y la voluntad con que cuenta el individuo para querer vivir plenamente su autoestima.

1.7 Medición de la autoestima

Crozier (2001) concluyó que la autoestima era importante en las distintas áreas de la vida de la persona. Harter (citado por Crozier; 2001) aisló las dimensiones del yo a diferentes edades: los niños de cuatro a siete años distinguían cuatro dimensiones - competencia cognitiva, competencia física, aceptación social y conducta-; entre los ocho y doce años discriminaban cinco campos del yo –competencia escolar, competencia deportiva, aceptación social de los compañeros, conducta y apariencia física-. Posterior a esta investigación, Harter elaboró un conjunto de cuestionarios de autoinforme, las Perceived Self-Competence Scales, las cuales evalúan la autoestima a diferentes edades.

Shavelson y cols. (Citados por Crozier; 2001) manifestaron que además de ser organizado y multidimensional, la autoestima es jerárquica. El autoconcepto general

se encuentra en el peldaño superior de la jerarquía, en segundo nivel se encuentra el autoconcepto académico y el no académico; diferenciándose cada vez más el yo al descender por los distintos peldaños. Posterior a Shavelson y cols., se realizaron diversos estudios para llegar a la conclusión de que en el segundo nivel de jerarquía es indispensable distinguir dos factores académicos “autoconcepto académico matemático”, con saturaciones en los autoconceptos matemático, científico natural e informático, y el “autoconcepto verbal”, con saturaciones en lengua y literatura. En 1984, Marsh y O’Neill elaboraron el Self-Description Questionnaire III, basado en el modelo jerárquico, que concluía autovaloraciones en doce dimensiones y en una escala general de autoestima.

Algunos autores llegaron a la conclusión de que la autoestima podría ser clasificada con base en las categorías: alta, media y baja.

Según González-Arratia (2001), una persona con autoestima alta se asocia con salud mental y presenta las siguientes características:

- Cooperativo.
- Justo.
- Creativo.
- Se muestra alegre, con energía y libre.
- Está dispuesto a aprender y actualizarse.
- Acepta su género y su rol sexual.
- Tiene relaciones sociales adecuadas.

- Realiza bien su trabajo y se siente satisfecho por eso.
- Se aprecia a sí mismo y a los demás.
- Expresa correctamente sus sentimientos.
- Es responsable.
- Sabe hacer frente a nuevos retos.
- Tolera la frustración.

Por otra parte, los sujetos que denotan una autoestima media presentan características como:

- Optimismo.
- Elevada capacidad para soportar críticas.
- Activos, incluso más que las personas con autoestima alta.
- Buscan relacionarse con gente que les ayude a reafirmar su autoconcepto.
- Borran cualquier incertidumbre con respecto a su valor como persona.

Además, las personas que presentan autoestima baja se caracterizan por ser:

- Aisladas.
- Poca capacidad de expresión.
- Creen no ser merecedoras de amor.
- Débiles para afrontar nuevos retos y para defenderse.
- Están en constante preocupación.

- Les afectan terriblemente las críticas de los demás.
- Presentan una innumerable cantidad de enfermedades psicosomáticas.
- Son pesimistas.
- Tienden a ser consumidoras de drogas.
- Pueden atentar contra su vida.

El aspecto físico que es reconocible para la autoestima baja es:

- Apretón de mano suave.
- Voz baja.
- Apariencia desaliñada.
- Postura encorvada.
- Ojos sin brillo.
- Evasión de la mirada.

Los rasgos más comunes que caracterizan a este tipo de sujetos son:

- Sensibilidad.
- Timidez.
- Orgullosos.
- Desesperados.
- Perfeccionistas.

- Convulsivos.

Asimismo, sus rasgos psicológicos principales son:

- Ansiosos.
- Vacilantes.
- Inseguros.
- Se sienten perdedores.
- Celosos.
- Envidiosos.
- Desconfiados.
- Desprecio por su propia persona.
- Interés por el dinero.
- Interés por el poder y el prestigio.

Un niño con autoestima baja es:

- Prejuicioso.
- Fácilmente influenciable.
- No evoluciona y se estanca.
- Las relaciones sociales son una amenaza para él.
- Realiza sus actividades con insatisfacción.
- Se disgusta y se desprecia.
- Le desagradan las demás personas y las humilla.

- Desconfiado.
- Reprimido.

Existen pruebas para medir autoestima en niños, como:

- La escala de autoestima de Rosenberg, la cual se presentó por primera vez en 1965 y fue revisada en 1989; consta de 10 reactivos y cuatro opciones de respuesta; permite valorar el nivel de autoestima baja, buena y muy buena.
- Test de autoestima escolar (TAE) elaborado por Teresa Marchant, Isabel Margarita Haeussler y Alejandra Torreti, basado en el test de Piers y Harris. Dirigido a niños de 8 hasta 13 años, permite ubicar el nivel de autoestima del niño en categorías que dicen relación con puntajes T: normalidad, baja autoestima o muy baja autoestima. Está compuesto por 23 afirmaciones, a las cuales el niño debe contestar Sí o No. Los ítems que lo conforman pertenecen a las seis subescalas del test original (conducta, status intelectual, apariencia física y atributos, ansiedad, popularidad, felicidad y satisfacción).
- Evaluación Clínica de Neva Millicic (2001), que evalúa la autoestima escolar con base en cinco categorías que caracterizan a los niños con buena y mala autoestima: autoestima física, autoestima afectiva, autoestima social, autoestima académica y autoestima ética.
- Coopersmith (citado por Crozier; 2001) elaboró un cuestionario denominado "Self-Esteem Inventory" para evaluar la autoestima de los niños, el cual se basó en el cuestionario para adultos. Los ítems se basaron en diversas áreas de

desarrollo del individuo como la escuela, relaciones sociales y familia. Coopersmith aplicó el cuestionario a una población de niños y niñas de entre 10 y 12 años de edad, y de acuerdo con las respuestas dadas por estos los clasificó con autoestima baja, media y alta.

En el año 2000 se creó un cuestionario de autoestima para niño especialmente para mexicanos nombrado IGA-2000; a través de los análisis factoriales con rotación varimax, se obtuvieron seis factores, los cuales se denominaron de la siguiente forma:

- Factor 1. Yo: Es la agrupación que corresponde a preguntas que hacen referencia al sí mismo individual en forma positiva.
- Factor 2. Familia: ítems que tienen que ver con la percepción que el niño tiene de otras personas significativas para él.
- Factor 3. Fracaso: es el grupo de ítems que tienen contenido de fracaso o pocas experiencias exitosas en la vida del niño.
- Factor 4. Trabajo intelectual o autoestima académica: preguntas que refieren la valoración del niño al ambiente escolar en donde se desarrolla.
- Factor 5. Éxito: ítems que tienen que ver con la percepción del éxito personal, cumplimiento de objetivos y alcanzar una meta acompañada de sentimiento de bienestar.
- Factor 6. Afectivo-emocional: tiene que ver con lo afectivo el cual coloca al niño en un objeto de valor y una jerarquía.

La evaluación de la autoestima es una tarea compleja y más cuando se pretende medir en niños, puesto que están en pleno desarrollo. Este cuestionario fue creado para usarse como indicador de la forma en que se valora a sí mismo el niño, pero cabe mencionar que no es el único ni determinante de su autoestima, por eso se recomienda que esta prueba sea aplicada por especialistas como psicólogos o pedagogos, entre otros; con la finalidad de complementarla con otra información relevante y de ayuda para concluir la determinación de la autoestima en el niño.

El cuestionario IGA-2000 puede aplicarse en niños a partir de 7 años y hasta los 15. Sin embargo, de acuerdo con la experiencia en la aplicación, puede dar resultado en niños de hasta 6 o incluso 5 años, solo que tienen que ser auxiliados en la lectura y explicación de los reactivos, así como en la colocación de las respuestas. Se recomienda ser aplicado individualmente en niños con problemas de aprendizaje, lectura u otro tipo de discapacidad.

Tanto las instrucciones como las opciones de respuesta son sumamente sencillas, ya que cada columna de opciones de respuesta tiene caritas dibujadas para ser utilizadas y fácilmente comprendidas por los pequeños. La instrucción que se da es la siguiente: “a continuación se te presentan una serie de preguntas acerca de tu forma de ser. Lo que debes hacer es colocar una (X) sobre la línea, en la columna cuando sea *siempre* de esa pregunta, en *a veces* cuando lo sea en alguna ocasión de esa pregunta y *nunca* cuando no se presente respecto a esa pregunta. Por favor sé lo más sincero posible y no dejes ningún reactivo sin contestar. Por tu colaboración, gracias”. También es sumamente importante explicar al niño que no hay respuestas correctas o equivocadas, sino que todas son importantes. No se trata de un examen,

sino de una experiencia de evaluación con el objetivo de conocerlo más profundamente.

En la calificación del IGA-2000 primeramente se tendrá que asignar valores a cada opción de respuesta. El primer valor de la opción de respuesta siempre es (1), el de la opción a veces es (2), y el valor de la opción nunca es (3).

El cuestionario cuenta con dos tipos de reactivos: 16 positivos (1-7-13-19-23-28-14-20-24-4-10-16-22-11-17), que sumados y multiplicados por uno, dan como resultado 16 puntos. Los reactivos negativos son nueve (3-9-15-21-25-5-6-12-18), que sumados y multiplicados por 3 dan como resultado 27 puntos. Los 16 puntos corresponderán a una interpretación de autoestima alta, mientras que obtener 27 puntos en los ítems negativos se interpretan como autoestima baja.

El perfil que se crea con los resultados del cuestionario pretende observar de manera rápida las puntuaciones elevadas y bajas que pueden ser significativas respecto a la forma como se evalúa a sí mismo el niño, de acuerdo con cada factor.

Una vez que se obtienen los resultados de la autoestima del pequeño, se puede iniciar la intervención con el objetivo de fortalecer su autoestima.

Este capítulo concluye considerando que la autoestima es una característica que evoluciona durante la vida del sujeto, de manera que es influida por diversos núcleos sociales. Un nivel bajo puede tener consecuencias no deseadas, entre las

cuales se encuentran los trastornos de alimentación, que es el tema del siguiente capítulo.

CAPÍTULO 2

TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

En este capítulo se presenta la información de la variable dependiente: trastornos de la alimentación. Se abordan datos sobre sus antecedentes, definición, características, así como el perfil que presenta una persona con dicho trastorno.

2.1 Antecedentes históricos de la alimentación.

Ya desde la antigüedad se presentaban conductas alimentarias desordenadas. En épocas de antaño, los banquetes eran sustanciosos, por lo que las personas comían de forma desmesurada como una forma de demostrar poder y en ocasiones un simbolismo; durante estos banquetes el vómito era algo necesario para poder volver a comer (Jarne y Talarn; 2000).

La restricción alimentaria en la cultura cristiana tenía un simbolismo religioso, sus miembros practicaban el ayuno como una penitencia, un rechazo al mundo y forma de conseguir en estado espiritual más elevado; “la más famosa anoréxica de la historia es Catalina de Siena. Nacida en 1347, hija de artesanos acomodados, recibió una exquisita educación religiosa. A los siete años comenzó a rechazar la comida, imponiéndose penitencias. Ya desde la adolescencia únicamente se alimentaba de hierbas y un poco de pan” (Jarne y Talarn; 2000:141).

En 1667, una Joven de nombre Marthe Taylor presentó un cuadro de inanición, quien más tarde presentó amenorrea, su alimentación disminuyó aún más y vomitaba lo poco que comía (Jarne y Talarn; 2000)

En 1873, Gull en Londres y Lassege en París, realizaron descripciones de cuadros anoréxicos que son muy parecidos a los que se tienen actualmente y descartaron la existencia de un daño orgánico que causara la anorexia, atribuyendo a esta una etiología puramente psicógena (Jarne y Talarn; 2000).

La teoría que sostiene que la anorexia tiene una afección de origen panhipopituitario (es decir, las funciones de la glándula pituitaria están alteradas), es una de las primeras que surgieron; más adelante surgieron las hipótesis psicológicas de tipo psicoanalítico. Desde los años setenta se sabe que el origen del problema radica en la dinámica de los factores psicológicos, biológicos y sociales, por lo que se recomiendan modelos de tratamiento multidisciplinarios que aborden los tres núcleos de la anorexia: el peso, la figura y el pensamiento alterado (Jarne y Talarn; 2000).

En 1979, Russell caracterizo la bulimia nerviosa como una perturbación caracterizada por episodios de ingesta voraz que no se pueden controlar, los sujetos luchan contra un miedo por ganar peso y presentan conductas de vómito o de purga (Jarne y Talarn; 2000).

2.2 Definición y características clínicas de los trastornos alimentarios

En el presente apartado se aborda la definición y las características más destacadas en los trastornos de alimentarios.

De acuerdo con Jiménez (1997) los trastornos alimentarios son un conjunto de comportamientos problemáticos con la ingesta de alimentos. Los trastornos alimentarios con mayor número de incidencias y que ponen en riesgo la salud del paciente, son la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. Enseguida se explican dichos padecimientos.

2.2.1. Anorexia nerviosa

En la anorexia nerviosa, según Belloch y cols. (1995) la persona se comporta como un organismo hambriento, es decir, no come pero no deja de pensar en cuáles son los alimentos adecuados para mantenerse en forma, es ahí donde se origina el problema: su deseo de seguir adelgazando aun cuando ya ha perdido gran cantidad de peso.

De acuerdo con el DSM-IV (APA; 2002), los criterios para el diagnóstico de anorexia nerviosa son los siguientes:

1. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la talla y la edad.

2. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
3. Alteración en la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
4. En las mujeres post puberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, la ausencia de un mínimo de tres ciclos menstruales consecutivos (se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales).

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

En el tipo restrictivo las personas controlan el consumo de calorías y comen lo mínimo, lo hacen con lentitud, cortando los alimentos en trozos pequeños y buscando la manera de tirarlos. En el de tipo compulsivo o purgativo, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (o ambos). La mayoría de las personas que pasan por episodios de atracones recurren a purgas, provocándose vómitos, utilizando diuréticos, laxantes o enemas de manera excesiva.

Castillo y León (2005) señalan que existe un tipo de anorexia atípica, que incluye los casos de anorexia nerviosa que no cumplen con todas las características de ésta, en la cual no existe una pérdida significativa de peso.

2.2.2 Bulimia nerviosa

Jarne y Talarn (2000) describieron el síndrome bulímico como un trastorno que se caracteriza por episodios de ingesta voraz, seguidos por maniobras para eliminar las calorías ingeridas.

Los criterios de diagnóstico que manejan el DSM – IV y la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE -10) (referidos por la APA; 2002) son:

1. Presencia de atracones.
 - a. Ingesta de alimento en corto espacio de tiempo en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo de tiempo similar y en las mismas circunstancias.
 - b. Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento.
2. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como la provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas y otros fármacos, ayuno y ejercicio excesivo.
3. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tiene lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un periodo de tres meses.
4. La autoevaluación esta exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.

5. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Existen dos tipos de bulimia nerviosa, el tipo purgativo y el no purgativo:

- El purgativo es el más común, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.
- En el no purgativo el individuo emplea otras conductas compensatorias inadecuadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Castillo y León (2005) mencionan la bulimia nerviosa atípica, que incluye todos aquellos casos de bulimia nerviosa en los que fallan algunos de los síntomas o signos principales que caracterizan dicho trastorno. Existen casos con peso normal, que se nombran como bulimia con peso normal, o incluso superior a lo normal, con episodios de ingesta excesiva, seguidos de vómitos o purgas.

Las pacientes que presentan trastorno de la alimentación de tipo bulímico presentan una psicopatología asociada con los trastornos por depresión y ansiedad.

2.2.3 Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas

De acuerdo con Castillo y León (2005), la hiperfagia es referida por una ingesta excesiva de alimento proveniente de una reacción ante un acontecimiento estresante, dando como resultado la obesidad.

Según el CIE-10 (citado por Castillo y León; 2005), los duelos, accidentes, intervenciones quirúrgicas y acontecimientos emocionalmente estresantes pueden dar lugar a una obesidad reactiva, en especial en pacientes que tienen una predisposición a la ganancia de peso.

2.2.4 Vómitos y otras alteraciones psicológicas

Castillo y León (2005) señalan que pueden aparecer vómitos no autoprovocados, en cuadros disociativos, en la hipocondría como uno de los síntomas corporales, y en el embarazo, en el cual los factores emocionales juegan un papel importante para facilitar la aparición de vómitos y náuseas recurrentes.

2.2.5 Trastorno de la conducta alimentaria en la infancia

En este apartado se hace referencia a un trastorno menor de alimentación que se presenta en la infancia y en la niñez; su característica general es una conducta caprichosa de rechazo hacia los alimentos y que a diferencia de otras alteraciones

mayores como la bulimia, anorexia y obesidad, no suponen un riesgo para la salud del infante.

Los problemas alimenticios que se observan con mayor frecuencia en la infancia se muestran a continuación:

1. Comportamientos disruptivos durante la comida y hábitos alimentarios inadecuados: se refiere a los comportamientos que dificultan el establecimiento de hábitos alimenticios adecuados, tales como comer de pie o levantarse de la silla, comer al mismo tiempo en que está jugando, comer solo con la ayuda de algún adulto que le esté hablando, cantando o insistiendo, no querer comer sin la ayuda de un adulto aun cuando tenga la edad suficiente para hacerlo.
2. Rechazo de alguna clase de comida: es común que el menor se niegue a ingerir algún tipo de comida, pero la gravedad de este problema radica en que el niño rechace cierta gama de alimentos que no se pueden sustituir y que lleguen a afectar al infante negativamente en su salud.

Los motivos por los cual el infante se niega a ingerir determinados alimentos puede deberse al olor, sabor o la mayor o menor dificultad para ingerir los alimentos.

3. Negación a tomar alimentos sólidos: hace referencia a la negación por parte del infante a consumir alimentos sólidos accediendo solo a ingerir alimentos

líquidos, pasados o semipasados. Es posible que el peso del niño evolucione de una manera normal aun con este problema, pero le ocasionará problemas en encías y dientes.

4. Ingesta de comida mezclada: el niño solo come alimentos que están triturados y mezclados con diversos sabores; cuando es lento y se niega a comer alimentos sólidos, el adulto tritura y mezcla todos aquellos que considera debe tomar el pequeño, de modo que cuando se le intenta dar por separado los alimentos, no acepta el sabor propio de cada comida.

5. Falta de apetito: es de vital importancia conocer el desarrollo evolutivo normal del niño, ya que durante el primer año de vida la ganancia que obtiene en peso es alrededor de 5 kilogramos, mientras que en los siguientes 4 años el apetito del niño decrece logrando una ganancia en su peso de 2 kilogramos por año. Es importante que el pediatra informe a los padres que la cantidad de comida ingerida por el niño es la adecuada para su edad.

6. Tiempo de comida excesivo: es normal que los niños se demoren más tiempo en ingerir los alimentos que un adulto, el problema radica cuando el tiempo que emplea es excesivo de acuerdo con el alimento y la edad del infante. Los motivos por los que puede ocurrir son los siguientes: rechazo a ingerir el alimento que se le ha preparado, negación a pasar de la comida triturada a la sólida, rechazo a tomar toda la comida que los padres quieren que coma,

excesivos estímulos distractores a su alrededor, que favorecen su falta de atención al acto de comer.

7. Los vómitos: problema de menor frecuencia en la infancia, pero con mayor importancia para los padres, quienes por medio de atención pediátrica tienen que descartar algún problema físico que le esté provocando dichos vómitos, de esta forma se debe empezar a pensar que el problema se encuentra en el medio en el que se desenvuelve el niño.

2.3 Esfera oroalimentaria en el infante.

La esfera oroalimenticia alude a las zonas que rodean el orificio bucal, como la lengua, labios y mucosas intrabucales.

Desde el nacimiento, se observa automáticamente el reflejo de succión y deglución al colocar los dedos en los labios del recién nacido, quien inmediatamente comenzará a succionar, este reflejo oroalimenticio es un medio de orientación a la fuente de excitación (Ajuriaguerra; 1973).

2.3.1 Organización oroalimentaria

A. Freud menciona que el infante en la etapa narcisista presenta tensión del hambre y la tensión satisfactoria, posteriormente habrá una búsqueda de placer a

través de la comida, en la fase objetal aportará afecto hacia la madre, quien se hará cargo de proporcionarle el alimento.

Según los psicoanalistas, la boca es una zona erógena y la succión un acto autoerótico. El niño presencia las ansias de apropiarse de los objetos, ve a las personas como una fuente de alimento, mismo que quiere comer e incorporar.

M. Klein (mencionada por Ajuriaguerra; 1973) sostiene que el niño, al nacer reconoce inconscientemente el pecho materno como proveedor de bienestar; desde la primera experiencia alimenticia del individuo será fundamental para su vida emocional, el infante agradecerá tanto al objeto que proporciona el alimento como al alimento mismo.

Alimentar a un niño no es simplemente proporcionarle alimento por vía oral, sino que representa la entrega de sí misma por parte de la madre, incluyendo la actitud que tome esta ante el acto.

M. Soulé (citado por Ajuriaguerra; 1973) la relación madre-hijo está determinada por los actos de comer, cuando la madre percibe que el niño comió y se encuentra satisfecho, se siente aliviada de ese temor de no ser capaz de desempeñar su papel.

2.3.2. Alteraciones en la esfera oroalimentaria

Se distinguen dos tipos de anorexia en el recién nacido:

1. La anorexia esencial precoz: la padecen niños que tienen bajo peso, son nerviosos o muy despiertos, se presenta durante las primeras semanas de vida e incluso en el primer día; inician con una conducta pasiva ante la comida y pasando algunos meses, se muestran reacios a comer.
2. La anorexia del segundo semestre: aparece entre el quinto y octavo mes, al retirarse la leche e ir diversificando el régimen, cuando el apetito aún es frágil y se dan diversos cambios en el desarrollo.

Según el comportamiento del infante ante el alimento, se dan dos tipos de anorexia: la nerviosa inerte, cuando el niño ingiere un poco de leche la cual se escapa por la comisura de los labios o vomita la poca que trago; y la anorexia de oposición, en la cual el infante reacciona ante la comida a manera de chillidos, agitación, rotación tónica, entre otros métodos que le funcionan para rechazar el alimento proporcionado por los padres, quienes desisten agotados.

El rechazo o aceptación del infante ante el alimento es una forma de manifestar su personalidad en oposición al adulto la cual dependerá del comportamiento de preocupación de la madre por su alimentación.

En el segundo semestre de vida del infante L. Kreisler (retomado por Ajuriaguerra; 1973) distingue dos tipos de anorexia:

1. La simple, como una reacción al destete o al cambio de alimentación, que a su vez da origen a una reacción de oposición ante la madre, quien se quiere imponer.
2. La anorexia compleja: hay una intensificación de los síntomas y una resistencia a los tratamientos. El niño manifiesta un desinterés ante la comida y la madre se preocupa por si presentara alguna alteración en el mecanismo del hambre.

Los casos de anorexia graves responden a un conflicto con la madre con la presencia de síntomas como vómitos, sueño alterado y retraso para controlar esfínteres.

2.4 Perfil de la persona con trastornos alimentarios

Es difícil describir el perfil de una persona en riesgo de padecer un trastorno de alimentación, ya que se comienza a observar a partir de que esta perturbación ya se ha insaturado.

Costin (2003) menciona las características individuales y familiares de las personas que padecen un trastorno de alimentación.

1. Problemas con la autonomía: la dificultad que presentan algunas personas para actuar o pensar, sin importar antes lo que la gente espere de ellas o cumplir con lo que los padres demandan de ella, así como la dificultad para enfrentar situaciones y resolverlas de manera independiente, volviéndose vulnerable a desarrollar algún trastorno de alimentación y convirtiendo su cuerpo en el símbolo y fuente de autonomía y control.
2. Déficit en la autoestima: la imagen externa, la aprobación del otro, así como responder a las necesidades de los demás, es lo que en la sociedad determina la autoestima de la mujer, para quien los triunfos y la aceptación dependen del peso.

La autoestima baja en la mujer proveniente de juzgarse a sí misma; lo que otros consideran valioso, ocasiona que el peso y la figura corporal adquieran demasiada importancia, esto con el fin de elevar dicha autoestima.

3. Camino a la perfección y autocontrol: el perfeccionismo es una característica muy común entre los jóvenes que padecen un trastorno de alimentación, tienen una sensación de ineficacia, lo que hace que se vuelvan más exigentes porque sienten que nada de lo que hacen es realmente bueno; asimismo, para ellos es importante mantener un cuerpo ideal a cualquier precio. Creen que el perfeccionismo las hará sentirse más seguras y con confianza de enfrentar cualquier situación que se les presente.

Estas personas creen poder controlar todo en su vida, incluso su imagen corporal y lo que comen, tienen una sensación de poder cuando logran controlar su

peso corporal, debido a que sienten una impotencia frente a situaciones difíciles que se les presentan. No toleran que las situaciones se les salgan de control y tienen una tremenda dificultad para aceptar otras alternativas ante una situación. Como son tan exigentes, afirman de deberían saber cómo controlar la situación; entonces, como prueba de esa capacidad para controlar y enfrentar la vida, manipulan la comida y su peso a su gusto.

4. Miedo a madurar: los trastornos de alimentación, por lo general, se desarrollan entre la pubertad y hasta la juventud, periodos con diversos cambios en lo sexual, social y emocional, cambios ante los que el sujeto se siente poco hábil y solo para enfrentarlos.

Las jóvenes comienzan a adquirir mayor peso corporal, lo que les da un cuerpo más de mujer, para ellas es muy difícil aceptar que están dejando la infancia, esto podría ser un precipitante para desarrollar trastornos de alimentación.

Las jóvenes están estancadas en la etapa de su niñez, por lo que les da miedo pasar por esta fase de cambios físicos, sociales y emocionales, ya que crecer tendrá numerosas situaciones difíciles que deberán resolver e incluso enfrentarlas solas. Por otra parte, también perciben el temor por parte de sus padres a que su niña pase a la adultez, y carece de un apoyo y una estimulación adecuada que la haga animarse a entrar al mundo adulto. Incluso siguen conservando un pensamiento infantil que se mueve entre los extremos de: bueno o malo, todo o nada, delgado u obeso, portando una falta de capacidad para aceptar un peso promedio adecuado y saludable.

2.5 Causas de los trastornos alimentarios

Las causas de los trastornos de alimentación son difíciles de determinar, sin embargo, se sabe que intervienen factores individuales, familiares y socioculturales los cuales influyen en la predisposición para desarrollarlos. A continuación se describen cada uno de los componentes antes mencionados.

2.5.1 Factores predisponentes individuales

La constitución psicofisiológica de la persona, el aprendizaje, las actitudes y las creencias, son algunos de los elementos individuales que influyen en la conducta de alimentación de una persona. Los alimentos que se ingieren se seleccionan con base en los significados sociales, sin importar qué tan benéfico sea para la nutrición de la persona.

Helman (citado por Ogden; 2005) realiza un sistema de clasificación de la comida:

- Comida frente a no comida: identifica lo que es comestible de lo que no lo es.
- Comidas sagradas frente a profanas: diferencia el alimento que tiene validez religiosa del que no.

- Clasificación de las comidas paralelas: separa las comidas calientes de las frías, a las cuales se les asigna un valor simbólico.
- Comida como medicina, medicina como comida: indica qué alimentos se utilizan como remedio y cuáles se tienen que evitar en caso de enfermedad.
- La comida proporciona información acerca de la identidad de la persona y sirve como el remedio de comunicación de conflictos internos, sentido del yo y necesidades internas.

Son diversos los significados que de manera individual se le da a la comida, a continuación se describen:

La comida y la sexualidad tienen una estrecha relación, ya que ambos mantienen al sujeto vivo, son placenteros e implican una vulnerabilidad al violar los límites corporales normales.

La comida se relaciona con problemas interpersonales. Lawrence (citado por Odgen; 2005) señala que las mujeres son capaces de controlar la ingestión de alimento, sin embargo, son ellas las que se la proporcionan o se la niegan a los demás; así, la comida comunica el conflicto entre el comer y la negación.

La comida y el sexo son placenteros, sin embargo, ambos generan sentimientos de culpa. Los alimentos dulces y placenteros satisfacen una necesidad, pero una vez consumidos aparece la culpa, vergüenza y desesperación.

La comida representa una pérdida de control, en la actualidad es manejada bajo un régimen de dieta, como una forma de manifestar autocontrol.

La alimentación es un factor importante para la interacción social. Dentro de una familia es el instrumento ideal para comunicarse, pues la familia se reúne en el comedor para compartir sus experiencias, también la forma de comer o beber genera en el grupo un sentido de identidad.

La comida se encuentra vinculada al amor, ya que esta es el medio por el cual la mujer demuestra afecto y preocupación por sus hijos y esposo, es decir, su familia.

La comida genera conflicto entre la salud y el placer, puesto que una madre desea alimentar a los miembros de su familia con una dieta saludable, mientras que estos alimentos son contrarios a los gustos poco saludables que la familia prefiere.

La comida también refleja el grado o posición de poder que tiene el hombre dentro de la familia, siendo a ellos a los que se les sirve mayores porciones de alimento en comparación con la cantidad que reciben las mujeres y los niños, los cuales tienen posiciones de menor poder (Odgen; 2005).

La comida habla sobre la identidad de una persona, a lo largo de la historia se han realizado estudios sobre la comida como cultura en dos sentidos: primero, como identidad religiosa en el cual la comida es determinante para la identidad; en la familia,

la santidad se puede observar por medio de la preparación de la comida y al proporcionarla a otros así como ingerirla. El segundo sentido, como poder social, la manifestación del estatus social a través de la comida. Las personas que tienen poder son alimentadas de la mejor manera y además, son atendidas por otras personas. En este sentido, la comida se ha utilizado como un medio para recuperar el control social como cuando se efectúan huelgas de hambre para hacer declaraciones sociales, como protesta. Gordon hace esta referencia: “históricamente, la huelga de hambre la han utilizado las personas socialmente oprimidas como medio de avergonzar y humillar a quienes mandan y, en último término, para obtener de ellos ciertas concesiones” (citado por Odgen;2005)

Por otro lado, los medios de comunicación tienen una gran relevancia para el desarrollo de un trastorno de alimentación, por el significado del tamaño y las representaciones del cuerpo que ofrecen en sus comerciales.

Se han realizado numerosos estudios sobre el tamaño y la forma del cuerpo de una mujer, que aparecen en los medios de comunicación. Estudios recientes revelan que desde 1920 se prefieren mujeres delgadas. Los cuerpos de modelos con sobrepeso han dejado de aparecer en los medios de comunicación desde hace 35 años, actualmente las personas que aparecen en los diferentes medios de comunicación, pasarelas de belleza, actrices, entre otras, cada vez son más delgadas.

Los medios de comunicación también han cambiado la forma de presentar el cuerpo masculino. En la actualidad los modelos aparecen acicalados, sin vello, con

caderas delgadas, de esta manera es posible observar el interés que los medios de comunicación han puesto en el cuerpo masculino como medio de adquisición de los productos anunciados.

2.5.2 Factores predisponentes familiares

Es complicado establecer cuáles son las características familiares que pudieran dar lugar a desarrollar un trastorno alimenticio, así como determinar cuáles son, una vez que el trastorno se ha desarrollado.

Costin (2003) menciona algunos rasgos familiares comunes que podrían constituir un factor determinante para que se desarrolle un trastorno alimenticio:

1. Pobre comunicación entre los miembros.
2. Falta de capacidad para resolver los conflictos que se presentan.
3. Falta de flexibilidad y rigidez para hacer frente a las nuevas situaciones, o para regular las reglas familiares adaptándolas a los cambios de etapa.
4. Ausencia de los límites entre las generaciones.
5. Los padres plantean expectativas demasiado altas a sus hijos.
6. Presencia de alcoholismo y depresión en la historia familiar.
7. Abuso sexual o físico dentro de la familia.

Si la persona se desenvuelve dentro de una familia para la cual la imagen exterior es importante y el peso y la figura son de suma preocupación, esto es un influyente y difícil de manejar para que un trastorno de alimentación no se desarrolle.

Rausch (1996) indica que cuando una persona tiene un trastorno de alimentación de manera inevitable, todos los miembros de la familia se involucran, sin que esto quiera decir que son los causantes. Los integrantes de la familia se involucran en la situación, ya sea por la manera en la que influyen en las situaciones de conflicto o por la forma en que responden a los síntomas.

Asimismo, se indica que algunas de las características que presenta una familia con un miembro que presenta un trastorno alimenticio son las siguientes:

1. Las mujeres con un trastorno alimentario viven más presión social que los hombres, para quienes las influencias familiares son más importantes.
2. En las familias de pacientes con anorexia nerviosa se suele ocultar la hostilidad y agresión.
3. Entre más tiempo se mantenga el trastorno el desajuste en la personalidad de quien lo padece será mayor y de igual manera, afecta a la familia.
4. Las familias de pacientes con anorexia nerviosa restrictiva se parecen más a las familias normales.
5. Las familias de pacientes con anorexia de tipo bulímico y bulimia nerviosa se parecen entre sí.

Según Rausch (1997) algunas características de las familias de mujeres con bulimia:

1. Ambos padres son exigentes.
2. Las madres plantean altas expectativas de éxito académico y social.
3. Las madres tienen más dificultad en cuanto al control de la conducta de su hija.
4. Hay presencia de un elevado nivel de tensión en la familia.
5. Hay mucha tensión entre la hija y los padres.
6. Los padres hacen comparaciones abiertamente entre los hermanos, las cuales incrementan la rivalidad entre estos.
7. Los padres muestran distancia emocional, rigidez, excesiva autodisciplina y depresión.

Además, la autora propone ciertas características de organización familiar, que aunada a otros factores, facilitan el desarrollo de un trastorno de alimentación, las cuales se mencionan a continuación:

1. El desarrollo de la independencia y la autonomía de las jóvenes se puede ver disminuido, debido a las formas rígidas de relacionarse de la familia, haciéndolas sentir desvalidas e incapaces de diferenciarse de los demás.
2. Debido a la intromisión que los demás hacen en los sentimientos y pensamientos de las pacientes, estas sienten que en lo único en lo que tienen control es en la ingesta de alimentos y en su peso.

3. Si la familia mantiene poco contacto con el mundo externo, y cuando se da lo hace con desconfianza, para la joven resulta amenazador crecer y salir del contexto conocido.

2.5.3 Factores predisponentes socioculturales

Los factores predisponentes según Costin (2003), se pueden dividir en tres:

1. La presión social para ser delgada: los medios de comunicación han empleado el uso de mujeres delgadas, promocionales de contenido *light*, entre otros. Los cuales han servido para que vaya en aumento el concepto de que una mujer delgada y de bajo peso tendrá una vida sofisticada, una gran aceptación social y éxito, así como un importante determinante en la autoestima y felicidad de las mujeres.

El contexto sociocultural tiene numerosos prejuicios de la gordura y premia la delgadez. Las mujeres buscan un cuerpo ideal, tomando como ideal no un cuerpo saludable o con bienestar, sino en relación con la moda o lo que está imperando en el momento. El modelo ideal de cuerpo se modifica de acuerdo con la época y la sociedad.

Los trastornos de alimentación son típicos de las sociedades industrializadas del mundo occidental, cabe mencionar que no afectan por igual a las diferentes clases sociales, este problema es propio de las clases media y alta, sin embargo, cuando una

joven de clase baja desarrolla un trastorno de alimentación, seguramente se encuentra inmersa dentro de un ambiente de clase media o alta, donde son fundamentales estos valores.

Anteriormente, la delgadez no era atractiva, sin embargo, en la actualidad la mujer ve como sinónimo de belleza la delgadez y además creen que el éxito es inversamente proporcional al peso.

La persona con un trastorno de alimentación está obsesionada con la comida y el comer, que en lo que menos piensa es en el estar bien, tampoco cuenta con estabilidad emocional para desempeñarse de manera adecuada en sus actividades escolares, laborales o sociales.

En la actualidad, para la sociedad una mujer debe ser atractiva físicamente, y los medios de comunicación refuerzan la idea sugiriendo que la totalidad de la mujer se expresa a través de la imagen corporal (Costin; 2003).

Como estereotipo de modelo físico, se ha establecido una apariencia de un cuerpo correspondiente a la etapa de la pubertad, de tal manera que para que una mujer sea considerada exitosa, no solo se requiere de un cuerpo ideal, sino con una apariencia joven.

2. La presión social para ser “supermujer”: actualmente la mujer se debe desempeñar con un cuerpo perfecto, desarrollar una carrera brillante,

desempeñarse fluidamente en la sociedad, construir un matrimonio perfecto y ser una madre perfecta.

Para lograr ser una supermujer, es primordial que la mujer tenga un control sobre sí misma, con logros visibles y perfeccionista. Las mujeres se sienten culpables por no alcanzar ese estereotipo ideal que los medios venden, como consecuencia de esto, se sienten con poca seguridad, sin confianza en sus recursos, poca capacidad para ser mujeres, esposas o madres. En reacción a esto, intentan demostrarse a sí mismas que son capaces de controlar su peso, lo cual puede ser manifestado con el pensamiento de que: “no seré una mujer tan maravillosa, pero al menos en lo que hace a la figura si voy a lograr lo que me proponga” (Costin; 2003).

3. Los prejuicios sobre la obesidad: en estos prejuicios se encuentra que los obesos comen más que las personas que no lo son, además tienen mayor número de problemas psicológicos que los delgados, incrementa la mortalidad, incluso se cree que el ser gordo es una cuestión de carencia de voluntad.

2.6. Percepción del cuerpo en el trastorno alimentario

Una forma de preocupación por el peso es la insatisfacción corporal, la cual se define como: “deformación del volumen corporal en comparación con una medida objetiva del volumen, como una discrepancia entre el ideal y la percepción del volumen corporal real o simplemente como los sentimientos y pensamientos negativos con respecto al cuerpo.” (Odgen; 2005:98).

Para medirla es posible tomar tres perspectivas distintas:

1. Imagen corporal deformada: las personas con trastornos de alimentación la valoración que hacen de su cuerpo se deforme, así como la percepción que tienen del volumen de su cuerpo es más aumentado.
2. Discrepancia del ideal: este enfoque destaca la diferencia entre las percepciones de la realidad y las de un ideal, utilizando siluetas de cuerpo completo y volúmenes distintos, pidiendo al sujeto que señale la que más se parezca a su aspecto y cual desearía tener. Diversos estudios demuestran que las mujeres y las niñas desearían estar más delgadas de lo que son, mientras que los hombres desearían ganar más volumen.
3. Respuestas negativas al cuerpo: se manifiesta por sentimientos y pensamientos negativos hacia su propio cuerpo, estudios realizados demuestran que las personas que padecen trastornos alimentarios manifiestan mayor insatisfacción corporal que las que no padecen dichos trastornos. Asimismo, las mujeres presentan mayor insatisfacción corporal que los hombres.

Los factores sociales y psicológicos son causantes de la insatisfacción corporal.

Entre los primeros se encuentran (Odgen; 2005):

1. Los medios de comunicación: al mostrar imágenes de mujeres con cuerpos delgados las revistas, cine, novelas, periódicos y televisión, han contribuido a que se presente la insatisfacción corporal.
2. La cultura: estudios realizados indican que el hecho de pertenecer a un grupo étnico y clase social alta, son factores que predisponen a una persona a la insatisfacción corporal, sin embargo, otros estudios indican que no hay relación alguna entre el grupo étnico y la clase social, respecto a la insatisfacción corporal.
3. La familia: se pone énfasis en la insatisfacción corporal que una madre podría padecer y por lo tanto comunican esa sensación a sus hijas, lo que ocasiona en estas su propia insatisfacción corporal.

Los factores psicológicos que contribuyen a la insatisfacción corporal son los siguientes:

1. Las creencias: algunos estudios realizados arrojan que hay relación entre las creencias y la insatisfacción corporal, destacando como primordiales las creencias como: la competitividad, el valor del logro, éxito material y el convencimiento; sin embargo, es probable que su influencia esté mediada por el papel que desempeñan las creencias de la persona insatisfecha de los miembros de su familia con respecto al cuerpo de dicha persona.
2. Relación entre madre e hija: Crisp y cols. (referidos por Costin; 2003) señalan que los límites indefinidos en la familia y la existencia de una relación complicada entre madre e hija, pueden ser factores importantes

para la insatisfacción corporal. Si la madre presenta insatisfacción corporal, es muy probable que la hija también la presente.

Las mujeres están generalmente insatisfechas con su cuerpo, en particular con su estómago, glúteos, muslos y caderas, mientras que los hombres presentan menor insatisfacción corporal en comparación con las mujeres; para ellos los brazos, pecho y estómago son partes del cuerpo que les gustaría modificar.

2.7. Factores que mantienen los trastornos alimentarios

Costin (2003) señala que las prácticas de control de peso y la obsesiones con las dietas son factores que influyen para que perpetúen los trastornos de la alimentación.

Una deficiente alimentación trae consigo complicaciones tanto en lo físico como en lo cognitivo, psicológico y social.

Dentro de las complicaciones psicológicas, es posible destacar lo que llaman las jóvenes “un bajón general” en el estado de ánimo, esto se manifiesta a través de una visión pesimista sobre sí mismos, sobre el futuro y las posibilidades de pensar o hacer algo diferente al respecto. También se muestran intolerantes e irritables, tienen comportamientos autodestructivos y cambios abruptos de humor, grave estado de ansiedad, el grado de apatía crece hasta el punto de perder el interés en su aseo

personal, poca importancia a las situaciones que antes eran motivantes para ellos, sensaciones de descontrol y depresión.

Las jóvenes que presentan un trastorno de la alimentación realizan un ritual a la comida, por lo que deben comer solo algunos alimentos, a temperatura determinada y preferentemente solas. Aumenta el consumo de infusiones como té, café y aumenta la necesidad de tener algo en la boca todo el tiempo, como una goma de mascar o un cigarro.

En el ámbito cognitivo se muestran con dificultades en la concentración, la comprensión y el estado de alerta es por esto que muchos jóvenes que padecen un trastorno de alimentación se les dificultan continuar con sus estudios.

En tanto que en lo social, presentan un estado de aislamiento y ensimismamiento, se les dificulta participar en actividades grupales e incomodidad en la interacción con otros, así como una disminución en el interés amoroso y sexual.

Asimismo, los sujetos también presentan transformaciones físicas tales como: cefaleas, hipersensibilidad a la luz y a los ruidos, molestias gastrointestinales, problemas de visión y auditivos, adormecimiento de los miembros, calambres, pérdida de cabello y desarrollo de lanugo en zonas donde habitualmente no hay pelo, enlentecimiento metabólico, disminución de la tolerancia al frío por atermia, cambios cardiológicos, amenorrea, debilidad muscular y deshidratación, entre otras.

2.8. Tratamiento de los trastornos alimentarios

La atención que debe recibir una persona con anorexia nerviosa debe ser multimodal ya sea de ingreso hospitalario, hospital de día o ambulatorio, asimismo, la intervención debe estar bien estructurada y completa incluyendo áreas como peso, figura y cognición.

El programa de tratamiento de anorexia nerviosa tiene como objetivo primario la recuperación ponderal, ya que parece que muchos de los pensamientos alterados respecto a la comida, el peso o la figura se sustentan por la malnutrición y se normalizan cuando se normaliza el peso. La normalización de la dieta y los hábitos alimenticios son un paso fundamental en el proceso terapéutico. También es primordial resolver los problemas psicológicos, familiares y sociales que concurren en la anorexia nerviosa.

Según Jarne y Talarn (2000), para el tratamiento es necesario tomar en cuenta los siguientes aspectos:

1. Recuperación ponderal: la rehabilitación nutricional y la normalización dietética corrigen las secuelas físicas y psicológicas que la malnutrición acentúa.
2. Tratamiento dietético: es elemental el restablecimiento calórico sin embargo, aún no se sabe si se debe iniciar con una dieta normal o si es necesario aumentar de manera progresiva la cantidad de calorías.

3. Tratamiento psicológico: la psicoterapia es fundamental para el tratamiento de la anorexia, sin embargo, se debe iniciar con ella una vez que la persona ha recuperado un determinado peso. Se ha demostrado que la terapia cognitivo-conductual es la más efectiva para el tratamiento de la anorexia nerviosa. Las psicoterapias de refuerzo, las técnicas de relajación y las sesiones psicoeducativas ayudaran a que el paciente no vea el programa conductual como excesivamente coercitivo.
4. Tratamiento farmacológico: en la anorexia está indicado como agente de apoyo para las técnicas psicológicas y como tratamiento de la psicopatología asociada, especialmente la depresión.
5. Terapia familiar: es importante que la familia se incluya en el tratamiento de las jóvenes anoréxicas tanto en el ámbito ambulatorio como en el de hospitalización, también es importante que la familia tenga una información exhaustiva de la patología, sus complicaciones físicas y los riesgos de ciertas conductas de las pacientes, en ocasiones la paciente deberá sacrificar temporalmente los estudios o el trabajo, mientras que la familia deberá organizarse de un modo diferente para monitorizar y controlar las conductas relacionadas con la alimentación.
6. Tratamiento en hospitalización: es necesario para pacientes con poca motivación, inestabilidad psicológica, trastorno psiquiátrico asociado y un ambiente familiar poco cooperador. El tratamiento requiere un programa minucioso y exigente, compartido y aceptado. También es necesario contar con un equipo multidisciplinario.

7. Tratamiento en hospitales de día: es un paso intermedio entre el tratamiento ambulatorio y la hospitalización una de las ventajas es que no se separa al paciente de su ámbito habitual. Se basa esencialmente en la terapia grupal donde se da una educación alimentaria, nutrición y cocina, monitoreo de comidas y autocontrol; otros están orientados hacia el control del peso, evaluación, valoración de la figura y reestructuración de las cogniciones erróneas. Otras están dedicadas al tratamiento de las relaciones personales y familiares, la asertividad, la expresión y el control de ejercicio.

Jarne y Talam (2000) establecen diversas indicaciones necesarias para la hospitalización:

1. Complicaciones físicas: dependiendo de la complicación, se deben tomar medidas primordiales es decir que marco hospitalario es el más adecuado el médico o el psiquiátrico.
2. Pérdida de peso: la pérdida de peso grave, más del 25 o 30% del que corresponde por edad y talla, es motivo suficiente y justificado para la hospitalización; en estos casos la hospitalización precoz y un tratamiento intensivo mejora el pronóstico al abortar el proceso de elaboración de las cogniciones alteradas en relación con el peso, la figura y la alimentación.
3. Complicaciones psíquicas: cuando la ansiedad ante el alimento aumente y no pueda ser controlada con el tratamiento ambulatorio y la ayuda familiar se debe considerar la oportunidad de ingresar a la paciente, asimismo, cuando se presente una depresión grave o ideas suicidas.

4. Crisis de las relaciones familiares: los trastornos de alimentación, en especial la anorexia nerviosa, provocan un deterioro progresivo en las relaciones familiares y con ellos mismos.
5. Deficiente respuesta al tratamiento ambulatorio: si la paciente ha fracasado en el tratamiento ambulatorio por razones de la misma patología, por una inadecuada adhesión al tratamiento ambulatorio o por una insuficiente colaboración del medio familiar, será apropiado el tratamiento hospitalario.

Butcher y cols. (2006) señalan que para el tratamiento de la bulimia nerviosa se han utilizado antidepresivos, debido a que la mayoría de estos pacientes sufren trastornos del estado de ánimo. Los antidepresivos parecen disminuir la frecuencia de los atracones, las preocupaciones respecto al peso y mejoran el estado anímico.

El tratamiento que ha resultado más eficaz es la terapia cognitivo-conductual. La cual se centra en la normalización de las pautas alimenticias. La parte cognitiva está dirigida al cambio de ideas y conductas que inician o mantienen los atracones.

Jarne y Talarn (2000) indican que los objetivos que se siguen en el tratamiento de la bulimia nerviosa son:

1. Restablecer unas pautas nutricionales normales.
2. Recuperación física: estabilización del peso, rehidratación y normalización electrolítica, corrección de anomalías físicas.

3. Normalización del estado mental: mejorar el estado de ánimo, tratar posibles trastornos de la personalidad, evitar abusos de sustancias, corregir el estilo cognitivo erróneo.
4. Restablecer las relaciones familiares adecuadas: aumentar la participación, incrementar la comunicación, restablecer las pautas y roles, escapar de los sentimientos de fracaso.
5. Corregir las pautas de interacción social alteradas: aceptar el trastorno, afrontar los fracasos, aceptar la responsabilidad, vencer la impotencia, no buscar marcos sociales denigrantes.

Ya expuestos las características de los tratamientos para las perturbaciones alimentarias, se concluye el presente capítulo. En las páginas restantes se exponen los pormenores metodológicos del estudio.

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

El presente capítulo se divide en dos partes: la primera engloba la estratégica metodológica que permitió la consecución de los estudios; en la segunda, se efectúa el análisis y la interpretación de los hallazgos de campo.

3.1 Descripción metodológica

En este apartado se explica el enfoque cuantitativo adoptado en la presente investigación, el diseño no experimental, posteriormente se expone el estudio transversal y finalmente, se habla del alcance correlacional.

3.1.1 Enfoque cuantitativo

Existen dos tipos de enfoques metodológicos: el cuantitativo y el cualitativo; si bien son distintos, comparten ciertas características, como las siguientes:

- Se hacen observaciones y evaluaciones de los fenómenos estudiados.
- Se establecen hipótesis de acuerdo con las observaciones y evaluaciones previas.
- Demuestran la validez y veracidad de las hipótesis establecidas.
- Analizan las hipótesis con base en las pruebas.

- Establecen nuevas ideas, proposiciones y observaciones para reforzar, modificar, aclarar o estipular nuevas hipótesis (Hernández y cols.; 2010).

En particular algunas características del enfoque cuantitativo, el cual fue empleado en el presente estudio, son las siguientes:

- El investigador formula un problema de estudio concreto y establece preguntas de investigación sobre aspectos específicos.
- Después de plantearse el problema, el investigador revisa las investigaciones previas y construye un marco teórico para posteriormente formular hipótesis, las cuales habrán de corroborarse con la utilización de técnicas e instrumentos establecidos y apropiados. Una vez que se obtienen los resultados a favor, se aportan sustentos hacia la teoría, pero si los resultados son en contra, se descartan las explicaciones, para ir en busca de nuevas.
- La recolección de los datos se hace a través de pruebas e instrumentos previamente aceptados por la comunidad científica.
- Los resultados obtenidos en la recolección de datos se representan con números, los cuales serán analizados a través de métodos estadísticos.
- La interpretación de los resultados se basa en los conocimientos previamente revisados, para demostrar su coincidencia con lo mencionado en la teoría.
- La investigación debe ser objetiva, es decir, los fenómenos estudiados no deben ser alterados por tendencias del investigador o personas ajenas.
- Los estudios cuantitativos llevan un proceso establecido.

- Al finalizar la investigación, se espera poder explicar y predecir los fenómenos estudiados, pues la meta principal es construir y comprobar teorías.
- Si la investigación se apega al proceso establecido, los resultados serán válidos y confiables, además, aportarán un conocimiento nuevo.
- Si se ajusta la investigación al proceso adecuado, la teoría y las hipótesis que buscan someterse a prueba tendrán resultados basados en sustentos lógicos y de razonamiento deductivo.
- Este enfoque pretende igualar leyes universales y causales.
- Con el estudio cuantitativo es posible apreciar cómo se concibe la realidad con la aproximación a la investigación (Hernández y cols.; 2010).

3.1.2 Investigación no experimental

En las investigaciones que se basan en diseños experimentales, el autor crea de manera apropiada un ambiente o situación necesarios para exponer a los sujetos a estudio. En cambio, la investigación no experimental se realiza en el ambiente natural en que se desenvuelven los sujetos, sin ser alterado, para finalmente realizar el análisis de estos (Hernández y cols.; 2010).

En la presente investigación se escogió un diseño de tipo no experimental, ya que el estudio se realizó en un ambiente plenamente natural, sin alterar ni tener control de ninguna de las variables investigadas.

3.1.3 Estudio transversal

La investigación no experimental se divide en dos tipos: la longitudinal y la transversal, en función del tiempo que se toma para la recolección de datos y el objetivo de la investigación.

La presente investigación se realizó por medio de un estudio de clase transversal, ya que la recolección de datos se realizó en un solo momento y en un tiempo único (Hernández y cols.; 2010). Específicamente se busca determinar el nivel o presencia de indicador de las variables en este estudio empleadas, de modo que la investigación se realizó para detectar los indicadores de trastornos alimentarios en relación con la autoestima, en un tiempo determinado.

3.1.4 Diseño correlacional

Las investigaciones correlacionales buscan dar respuesta a preguntas de investigación. Su fundamental propósito consiste en relacionar una o más variables, por lo cual es indispensable medir las variables, analizarlas y finalmente medir la correlación existente entre ellas, la medición de las variables que se quieren correlacionar tiene que ser realizada en los mismos sujetos.

Según Hernández y cols. (2010), los estudios correlacionales son útiles, ya que permiten conocer el comportamiento de una variable, conociendo el de las otras.

Los mencionados autores señalan que la correlación puede ser de tres maneras:

- Positiva: los sujetos que presentan puntajes altos en una variable tienen a presentar puntajes altos en la otra.
- Negativa: cuando los sujetos muestran puntajes altos en una variable, tienden a presentar puntajes bajos en la otra.
- Nula: no existe una correlación, es decir, las variables no dependen entre sí.

Según Hernández y cols. (2010), si la correlación está presente entre las variables, es posible predecir en qué grado se presentará una variable, teniendo en cuenta los resultados arrojados por la otra.

De acuerdo con lo expuesto con anterioridad, se puede concluir que la presente investigación es de tipo correlacional, ya que se están evaluando las variables autoestima y la de trastornos alimentarios en los alumnos de sexto grado de la primaria Vasco de Quiroga, de manera que al término del estudio se podrán correlacionar ambas variables para conocer el comportamiento de una de acuerdo con la presencia de la otra.

3.1.5 Técnicas de recolección de datos

Las técnicas para recolectar los datos necesarios para la presente investigación fueron, las pruebas estandarizadas, estas son creadas por especialistas de la investigación.

Para elegir una prueba estandarizada es de suma importancia que esta se haya desarrollado o adaptado por algún investigador al contexto del estudio donde se llevará a cabo la indagación.

Las pruebas estandarizadas tienen diversas ventajas, de las cuales se pueden mencionar las siguientes:

- Se han realizado estudios estadísticos que prueban su validez, es decir que mida la variable para la cual fue diseñada.
- Confiabilidad, esto es, que al ser aplicada la prueba en circunstancias similares, los resultados arrojados deben ser parecidos.

Para la medición de los indicadores de trastornos alimentarios se utilizó el test denominado Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2), el cual fue elaborado por David M. Garner en el año 1998.

Este inventario cuenta con una confiabilidad de 0.83 en el coeficiente alfa de Crobach y posee una validez de contenido, concurrente, de criterio y de constructo.

Dicho test fue estandarizado con distintos grupos, con personas que padecen bulimia y anorexia nerviosa, así como sujetos que no sufren de estos trastornos. La presente investigación utilizó el baremo obtenido en la aplicación a hombres y mujeres adolescentes sin trastornos de la conducta alimentaria. Después del estudio, la prueba quedó estandarizada para ser utilizada en individuos de 11 años en adelante.

El EDI-2 se divide en once escalas, las cuales son:

- Obsesión por la delgadez.
- Bulimia.
- Insatisfacción corporal.
- Ineficacia.
- Perfeccionismo
- Desconfianza interpersonal.
- Conciencia introceptiva.
- Miedo a la madurez.
- Ascetismo.
- Impulsividad.
- Inseguridad social.

Para la medición de la variable autoestima se utilizó la prueba denominada Test de Autoestima Escolar (TAE-ALUMNO), la cual evalúa la autoestima de alumnos de educación general básica, vía autopercepción.

Este test se considera una evaluación gruesa, ya que permite conocer el nivel de autoestima establecida por curso y edad, para determinar si dicha variable está en un nivel normal o por debajo de lo esperado.

TAE-ALUMNO fue elaborado en 1991, a partir de una selección de ítems del Test Americano Piers Harris, por las psicólogas Teresa Marchant, Isabel Margarita Haeussier y Alejandra Torretti; posteriormente, en 1997 fue estandarizado en Chile. El instrumento tiene normas elaboradas en puntajes T por curso y por edad desde los 8 a los 13 años. Permite ubicar el nivel de autoestima del niño en categorías que mantienen relación con los puntajes T: normalidad, baja autoestima, muy baja autoestima.

La prueba tiene un nivel de confiabilidad de 0.95, obtenido mediante el análisis de consistencia interna a través del índice alfa de Cronbach. También posee una validez concurrente.

Dicho test se compone de 23 afirmaciones para las cuales el niño debe contestar SÍ o NO, según corresponda a su respuesta, estos ítems pertenecen a las seis subescalas del test original (conducta, status intelectual, apariencia física y atributos, ansiedad, popularidad, felicidad y satisfacción) los cuales dan un resultado único.

El test puede ser administrado de forma individual o colectiva, el tiempo de administración varía según la edad del niño.

3.2 Población y muestra

A continuación se indican las características de la población de estudio, así como el procedimiento empleado para obtener la muestra.

3.2.1 Delimitación y descripción de la población

Según Selltiz (citado por Hernández y cols.; 2010: 303) la población “es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones”.

En el presente estudio, la población que se examinó está conformada por 78 alumnos del sexto grado de la Escuela Primaria Vasco de Quiroga, de Uruapan, Michoacán. Sus edades van de los 10 a los 12 años en promedio. El nivel socioeconómico es de medio a bajo.

3.2.2 Proceso de selección de la muestra

Pocas veces es posible medir toda la población, por lo cual se obtiene o se selecciona una muestra. La cual Hernández y cols. (2010) definen como un subgrupo de la población.

En la presente investigación se llevó a cabo un muestreo no probabilístico, el cual se utiliza para estudiar un grupo o comunidad y los datos obtenidos no se pueden generalizar a una población.

De acuerdo con Hernández y cols. (2010) en las muestras de este tipo la elección se hace con base en la decisión de un investigador o encuestadores.

La muestra no probabilística se realiza a través de un cuidadoso y controlado proceso, previamente definido en el planteamiento del problema.

Se realizó un muestreo intencional, en el cual se eligió como muestra a los integrantes del sexto grado de primaria, de los cuales son 34 mujeres y 44 hombres, quienes facilitaron la recolección de datos. Esta técnica de muestreo intencional hace posible realizar la investigación y es recomendable para investigaciones en las que el tiempo y los recursos institucionales son escasos. Los resultados no pueden ser generalizados, solo se hace mención de ellos como referencia hacia otros sujetos de la población.

3.3 Descripción del proceso de investigación

El proceso de investigación se llevó a cabo de la siguiente manera: primeramente, se formuló el plan de trabajo que permitió llevar a cabo el presente estudio. Después se recolectó la información documental necesaria para conformar el marco teórico, el cual se dividió en dos capítulos.

Posteriormente, se seleccionaron las pruebas psicológicas que fueron utilizadas para la medición de las variables investigadas. Para la variable autoestima se utilizó la prueba TAE-ALUMNO, cuyas autoras son Teresa Marchant, Isabel Margarita Haeussier y Alejandra Torreti. Para la variable de trastornos alimentarios se utilizó la prueba EDI-2, diseñada por David M. Garner.

Enseguida se eligió la institución donde se realizaría la aplicación de las pruebas psicológicas: la Escuela Primaria Urbana Federal Vasco de Quiroga, de la ciudad de Uruapan, Michoacán. Después se eligió la muestra, la cual consistió en 78 alumnos de sexto grado.

Ya elegidas los alumnos, se aplicaron los instrumentos psicológicos para finalmente proceder a la calificación de los datos obtenidos. Enseguida se presentan los resultados y el análisis de los mismos.

3.4 Análisis e interpretación de resultados

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

3.4.1 El nivel de autoestima en los alumnos de sexto grado

De acuerdo con Coopersmith (referido por Crozier; 2001), la autoestima es la evaluación que realiza el ser humano con respecto a sí mismo, la cual expresa una actitud de aprobación o desaprobación.

Retomando lo mencionado en el capítulo 1 de esta tesis, la autoestima, según Alcántara (1990), está constituida por tres componentes:

- **Cognitivo:** es el marco de referencia, el esquema o el autoconcepto que se elabora de sí mismo.
- **Afectivo:** es la admiración que siente una persona de sí misma por sus características agradables o desagradables, favorables o desfavorables.
- **Conductual:** es el comportamiento coherente que busca la consideración y el reconocimiento de los demás.

Los resultados obtenidos mediante la aplicación del Test de Autoestima Escolar, se muestran a continuación en puntajes T.

La media en el nivel de autoestima general fue de 52. Dicha medida, según Elorza (2007), es la suma de un conjunto de datos, dividida entre el número total de estos.

De igual modo, se obtuvo la mediana, que es el valor medio de un conjunto de valores ordenados: el punto abajo y arriba del cual cae un número igual de medidas. Este valor fue de 50.

De acuerdo con el autor citado, la moda es la medida que ocurre con más frecuencia en un conjunto de observaciones. En cuanto a esta escala, la moda fue de 63.

También se obtuvo el valor de una medida de dispersión, específicamente de la desviación estándar, la cual se define como la raíz cuadrada de la suma de las desviaciones al cuadrado de una población, dividida entre el total de observaciones (Elorza; 2007). El valor obtenido en la escala de autoestima es de 14.

En el anexo 1 quedan demostrados gráficamente los resultados de las medidas de tendencia central de la autoestima.

A partir de los resultados estadísticos obtenidos mediante la aplicación del instrumento, se puede interpretar que los niveles de autoestima que presentan los alumnos de sexto grado de la Escuela Primaria Vasco de Quiroga, se encuentran dentro de los límites de normalidad. Por otra parte, de acuerdo con la desviación estándar, estos resultados se sitúan moderadamente dispersos.

Con el fin de mostrar un análisis más detallado, se definió el porcentaje de los sujetos que obtuvieron puntajes bajos en autoestima, es decir, por debajo de T 40, el cual fue del 22%. Con dicho porcentaje se puede interpretar que aproximadamente un cuarto de la población presenta puntajes bajos en autoestima.

3.4.2 Indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios

De acuerdo con lo señalado en el capítulo 2, los trastornos alimentarios según Jiménez (1997), constituyen perturbaciones que se presentan en la ingesta de alimentos.

Además, este autor menciona que las causas de trastornos alimentarios son difíciles de identificar, sin embargo, intervienen diversos factores que pueden ser determinantes en la presencia de dichos padecimientos. Factores individuales como las creencias, aprendizajes o actitudes que son fundamentales en la conducta alimentaria; factores familiares como la deficiente comunicación entre los miembros de la familia o la falta de capacidad para resolver conflictos; y factores socioculturales, como la presión social por alcanzar el prototipo de la mujer perfecta.

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

- 1) En la escala de obsesión por la delgadez se obtuvo una media de 68, una mediana de 72, una moda de 65 y una desviación estándar de 23.
- 2) Asimismo, en la escala de bulimia se cuantificó una media de 59, una mediana de 47, una moda de 47 y una desviación estándar de 20.
- 3) Mientras tanto, en la escala de insatisfacción corporal se estableció una media de 54, una mediana de 55, una moda de 14 y una desviación estándar de 27.
- 4) Por otra parte, en la escala de ineficacia se obtuvo una media de 55, una mediana de 55, una moda de 18, y una desviación estándar de 29.
- 5) En la escala de perfeccionismo se determinó una media de 90, una mediana de 96, una moda de 99 y una desviación estándar de 13.
- 6) La escala referida a la desconfianza interpersonal registró una media de 67, una mediana de 80, una moda de 19 y una desviación estándar de 29.
- 7) Asimismo, se obtuvieron los siguientes valores en la escala de conciencia introceptiva: una media de 65, una mediana de 75, una moda de 81 y una desviación estándar de 27.
- 8) Por su parte, en la escala de miedo a la madurez se obtuvo una media de 84, una mediana de 92, una moda de 92 y una desviación estándar de 19.
- 9) En la escala de ascetismo se determinó una media de 73, una mediana de 79, una moda de 73 y una desviación estándar de 23.

10) La escala de impulsividad logró una media de 74, una mediana de 79, una moda de 98 y una desviación estándar de 24.

11) Finalmente, la escala referida a la inseguridad social arrojó una media de 59, una mediana de 60, una moda de 19 y una desviación estándar de 28.

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

Además de presentar los datos de las pruebas de las medidas de tendencia central y desviación estándar, a continuación se presentan los porcentajes de los sujetos que obtuvieron puntajes altos en cada escala, esto es, por arriba del percentil 70. Así, se ubicaran las escalas en las que hay mayor incidencia de casos preocupantes sobre el problema de trastornos alimentarios.

En la escala de obsesión por la delgadez, el 53% de sujetos se encuentran por debajo del percentil citado, mientras que la escala de bulimia resultó con un porcentaje de 31%, insatisfacción corporal con 33% e ineficacia 35%; por lo contrario, el perfeccionismo obtuvo un porcentaje de 90% lo cual indica que se encuentra por arriba el percentil 70; en tanto que la desconfianza interpersonal obtuvo 59%, la conciencia introceptiva 54%; el miedo a la madurez obtuvo un porcentaje por arriba del percentil 70, con 86%; por otra parte, el ascetismo obtuvo 67%, la impulsividad 59% y finalmente, la escala de inseguridad social obtuvo 40%.

Estos datos pueden observarse gráficamente en el anexo 4.

En función de los datos anteriores, se puede afirmar que los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en esta muestra se encuentran con índices bajos de recurrencia, con excepción de las escalas de perfeccionismo y el miedo a la madurez, por lo que se recomienda poner mayor atención en estas áreas.

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

Diversos autores han afirmado la relación que se da entre los trastornos alimentarios y la autoestima. Moreno y Ortiz (2009) mencionan que la imagen corporal y la autoestima muestran una relación significativa. En este sentido, afirman que cuando una persona muestra mucha preocupación por su imagen corporal, es muy probable que posea un nivel de autoestima baja.

En la investigación realizada con los alumnos de sexto grado de la Escuela Primaria Vasco de Quiroga, se encontraron los siguientes resultados:

Entre el nivel de autoestima y la escala de obsesión por la delgadez existe un coeficiente de correlación de -0.27, de acuerdo con la prueba “r” de Pearson.

Esto significa que entre la autoestima y la escala indicada, existe una correlación negativa débil, de acuerdo con la clasificación de correlación que proponen Hernández y cols. (2010).

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

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.08, lo que significa que entre la autoestima y la escala de obsesión por la delgadez hay una relación del 8%.

Por otra parte, entre el nivel de autoestima y la escala de bulimia existe un coeficiente de correlación de -0.24, según el resultado de la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre dichas variables existe una correlación negativa débil (Hernández y cols.; 2010).

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

Asimismo, entre el nivel de autoestima y la escala de insatisfacción corporal existe un coeficiente de correlación de -0.27, obtenido con la prueba “r” de Pearson. Esto indica que entre la autoestima y la escala señalada, existe una correlación negativa débil (Hernández y cols.; 2010).

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.07, lo que implica que entre la autoestima y la escala de insatisfacción corporal hay una relación del 7%.

Por otro lado, entre el nivel de autoestima y la escala de ineficacia existe un coeficiente de correlación de -0.59, a partir de la prueba “r” de Pearson. Esto permite concluir que entre dichos atributos existe una correlación negativa fuerte (Hernández y cols.; 2010).

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.35, lo que implica que entre la autoestima y la escala de ineficacia hay una relación del 35%.

Entre el nivel de autoestima y la escala de perfeccionismo existe un coeficiente de correlación de 0.14 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson, lo cual alude a que entre la autoestima y tal escala, existe una correlación positiva débil (Hernández y cols.; 2010).

El resultado de la varianza es de 0.02, lo que se traduce en una relación del 2%.

Por otra parte, entre el nivel de autoestima y la escala de desconfianza interpersonal existe un coeficiente de correlación de -0.33, de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre estas características existe una correlación negativa media (Hernández y cols.; 2010).

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

De igual manera, entre el nivel de autoestima y la escala de conciencia introceptiva existe un coeficiente de correlación de -0.33, obtenido con la prueba “r” de Pearson. Esto denota que entre la autoestima y esta escala existe una correlación negativa media (Hernández y cols.; 2010).

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

Por otro lado, entre el nivel de autoestima y la escala de miedo a la madurez existe un coeficiente de correlación de 0.26, a partir de la prueba “r” de Pearson. Esto permite señalar que entre tales variables existe una correlación positiva débil.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.07, lo que significa que entre la autoestima y la escala de miedo a la madurez hay una relación del 7%.

Entre el nivel de autoestima y la escala de ascetismo existe un coeficiente de correlación de -0.14 tras aplicar la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre la autoestima y la escala en cuestión, existe una correlación negativa débil.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.02, lo que significa que entre la autoestima y la escala de ascetismo hay una relación del 2%.

Asimismo, entre el nivel de autoestima y la escala de impulsividad existe un coeficiente de correlación de -0.39 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson, lo cual indica que existe una correlación negativa media.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.15, lo que significa que entre la autoestima y la escala indicada hay una relación del 15%.

Finalmente, entre el nivel de autoestima y la escala de inseguridad social existe un coeficiente de correlación de -0.40, obtenido a partir de la prueba “r” de Pearson. Esto denota que entre tales atributos existe una correlación negativa media.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.16, lo que implica una relación del 16%.

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

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

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

En función de los resultados presentados, se confirma la hipótesis de trabajo, que afirma que existe una relación estadísticamente significativa entre los indicadores de trastornos alimentarios y el nivel de la autoestima en los alumnos de sexto grado de la Escuela Primaria Vasco de Quiroga, de Uruapan, Michoacán; para las escalas de ineficacia, desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva, impulsividad, e inseguridad social.

Por otra parte, se confirma la hipótesis nula para las escalas de obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, perfeccionismo, miedo a la madurez y ascetismo.

CONCLUSIONES

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

A su vez, el objetivo empírico, referido a la evaluación de tal variable en la muestra de los alumnos de sexto grado de la Escuela Primaria Vasco de Quiroga, se logró mediante la administración de la prueba denominada TAE. Los resultados obtenidos se muestran de forma detallada en el capítulo tres.

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

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

La consecución de los objetivos anteriores permitió alcanzar con suficiencia el objetivo general que guio la presente indagación, es decir, establecer la relación que existe entre los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios y el nivel de

autoestima de los alumnos de sexto grado de la Escuela Primaria Vasco de Quiroga, de Uruapan, Michoacán.

Con los resultados alcanzados se corrobora la hipótesis de trabajo en los casos de la correlación entre autoestima y las subescalas de ineficacia, desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva, impulsividad e inseguridad social de los trastornos alimentarios.

Por el contrario, se corrobora la hipótesis nula en los casos de la correlación entre el nivel de autoestima y las subescalas denominadas: obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, perfeccionismo, miedo a la madurez y ascetismo.

A partir de los resultados obtenidos, se propone la instauración de programas institucionales de intervención psicológica, con la finalidad de que las personas que resultaron con altos puntajes en los trastornos alimentarios o bajo índice de la autoestima, puedan recibir la orientación adecuada. De igual manera, se sugiere crear programas de prevención para la comunidad estudiantil.

BIBLIOGRAFÍA

- Ajuriaguerra, J. (1973)
Manual de psiquiatría infantil.
Editorial Masson. Barcelona.
- Alcántara, José Antonio. (1990)
Cómo educar la autoestima.
Ediciones CEAC. Barcelona, España.
- American Psychiatric Association (APA). (2002)
DSM IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.
Editorial Masson. Barcelona.
- Belloch, Amparo; Sandín, Bonifacio; Ramos, Francisco. (1995)
Manual de psicopatología.
Editorial McGraw-Hill. España.
- Branden, Nathaniel. (2008)
La psicología de la autoestima.
Editorial Paidós Mexicana. México, D.F.
- Branden, Nathaniel. (2010)
La autoestima de la mujer.
Editorial Paidós Mexicana. México, D.F.
- Branden, Nathaniel (2011).
Los seis pilares de la autoestima.
Editorial Paidós Mexicana. México, D.F.
- Butcher, James; Mineka, Susan; Hooley, Jill. (2007)
Psicología clínica.
Editorial PEARSON. España.
- Carrión López, Salvador. (2007)
Autoestima y desarrollo personal con PNL.
Ediciones Obelisco. Barcelona, España.
- Castillo S., María Dolores; León E., María Teresa. (2005)
Trastornos del comportamiento alimentario: anorexia y bulimia nerviosa.
Editorial Formación Alcalá, S.L. España.
- Clark, Amina; Clemes, Harris; Bean, Reynold. (2000)
Cómo desarrollar la autoestima en los adolescentes.
Editorial Debate. Madrid, España.

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

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

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

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

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

González-Arratia López Fuentes, Norma Ivonne. (2001)
Autoestima, medición y estrategias de intervención a través de una experiencia en la reconstrucción del ser.
Universidad Autónoma del Estado de México. Toluca, México.

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

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

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

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

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

López Navarrete, Viridiana. (2012)
Autoestima infantil y la adaptación a la disciplina escolar. Caso Escuela Primaria Instituto México de Uruapan, Michoacán.
Tesis inédita de la Escuela de Psicología de la Universidad Don Vasco, A.C. Uruapan, Michoacán, México.

Montoya, Miguel Ángel; Sol, Carmen Elena. (2001)
Estrategias para vivir mejor con técnicas de PNL y desarrollo humano.
Editorial Pax. México.

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

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

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

Satir, Virginia. (2000)
Nuevas relaciones humanas en el núcleo familiar.
Editorial Pax. México.

MESOGRAFÍA

Brinkmann, H.; Segure, T. (1988)
“INVENTARIO DE AUTOESTIMA DE COOPERSMITH”
Universidad de Concepción, Chile.
<http://es.scribd.com/doc/42684674/Inventario-de-Autoestima-de-Coopersmith-Adultos>

Moreno González, Miriam Angélica; Ortiz Viveros, Godeleva Rosa. (2009)
“Trastorno Alimentario y su Relación con la Imagen Corporal y la Autoestima en Adolescentes”.
Universidad Veracruzana, México.
TERAPIA PSICOLÓGICA 2009, Vol. 27, N°2, 181-190.
http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082009000200004&script=sci_arttext

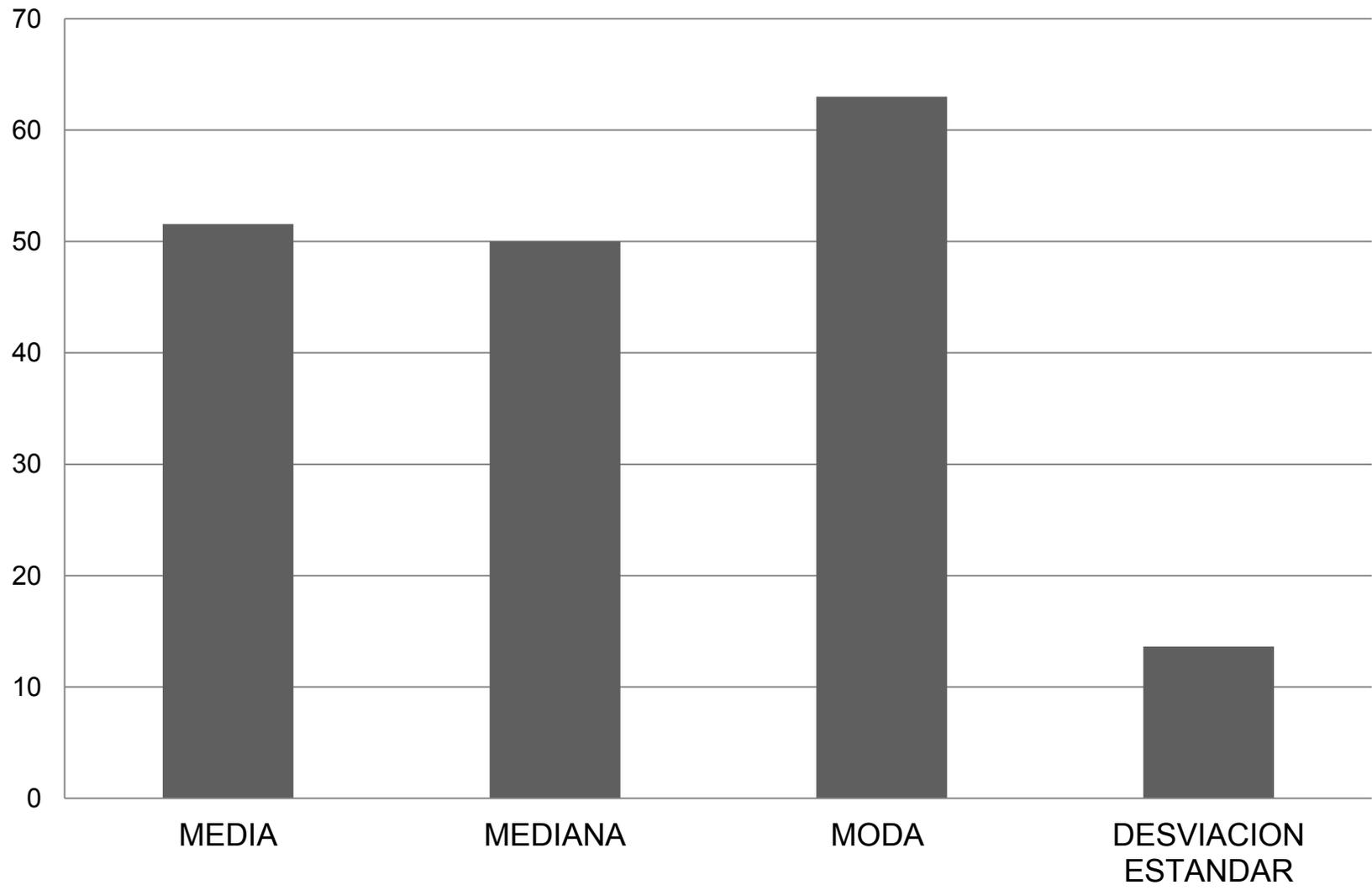
Ruíz Martínez, Ana Olivia; Vázquez Arévalo, Rosalía; Mancilla Díaz, Juan Manuel; Lucio Gómez-Maqueo, María Emilia; Aizpuru de la Portilla, Araceli. (2012)
“Funcionamiento familiar en población clínica y población con riesgo de trastornos alimentarios”.
Revista mexicana de trastornos alimentarios
versión On-line ISSN 2007-1523
Rev. Mex. de trastor. aliment vol.3 no.2 Tlalnepantla jul./dic. 2012.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-15232012000200005&script=sci_arttext

Rutzstein, Guillermina; Leonardelli, Eduardo; Scappatura, M. Luz; Murawski, Brenda; Elizathe, Luciana; Maglio, Ana. (2013)
“Propiedades Psicométricas del inventario de trastornos alimentarios en mujeres adolescentes de Argentina.”
Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios.
journals.iztacala.unam.mx/index.php/amta/article/viewfile/250/279

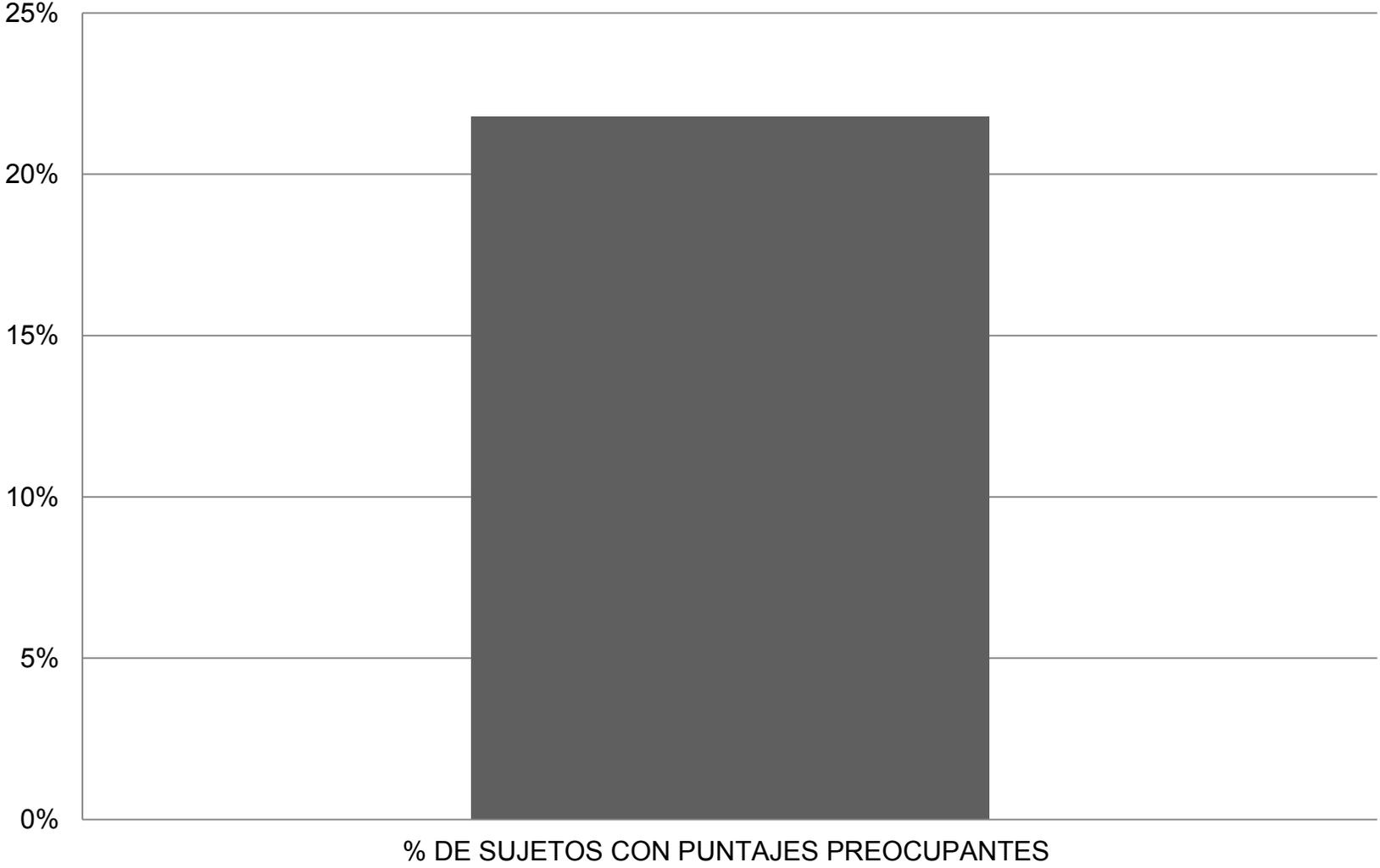
Thomas, Ulises. (2011)
“TAE- Batería de Test de Autoestima Escolar”.
El Psicoasesor.
<http://www.elpsicoasesor.com/2011/11/tae-bateria-de-test-de-autoestima.html>

Zagalaz Sánchez, Ma. Luisa; Romero Granados Santiago; Contreras Jordán Onofre R. (2002).
“La anorexia nerviosa como distorsión de la imagen corporal. Programa de prevención desde la educación física escolar en la provincia de Jaén”
OEI-Revista Iberoamericana de Educación (ISSN: 1681-5653).
<http://www.rieoei.org/delossectores/343Zagalaz.pdf>

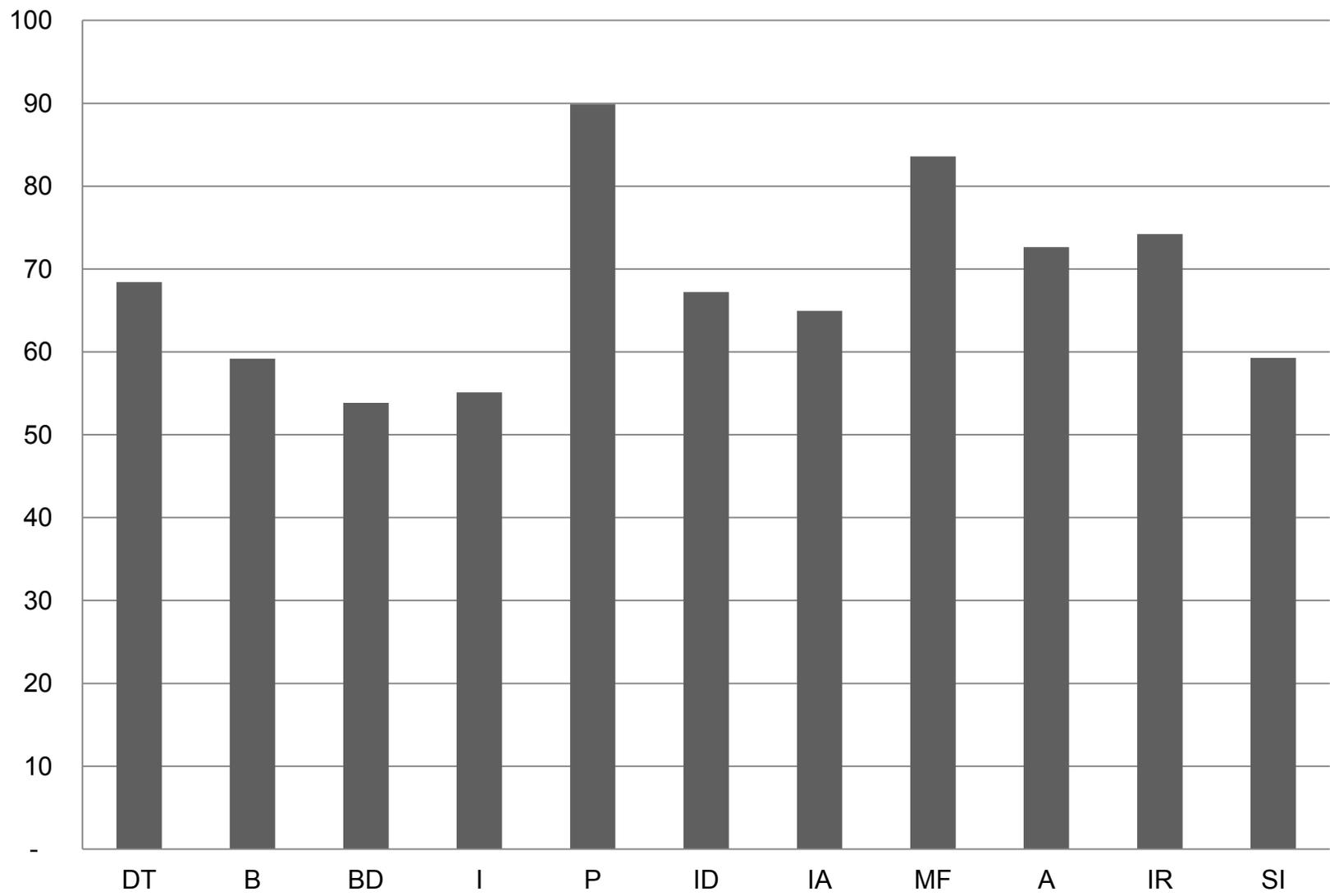
ANEXO 1
MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL DE LA AUTOESTIMA



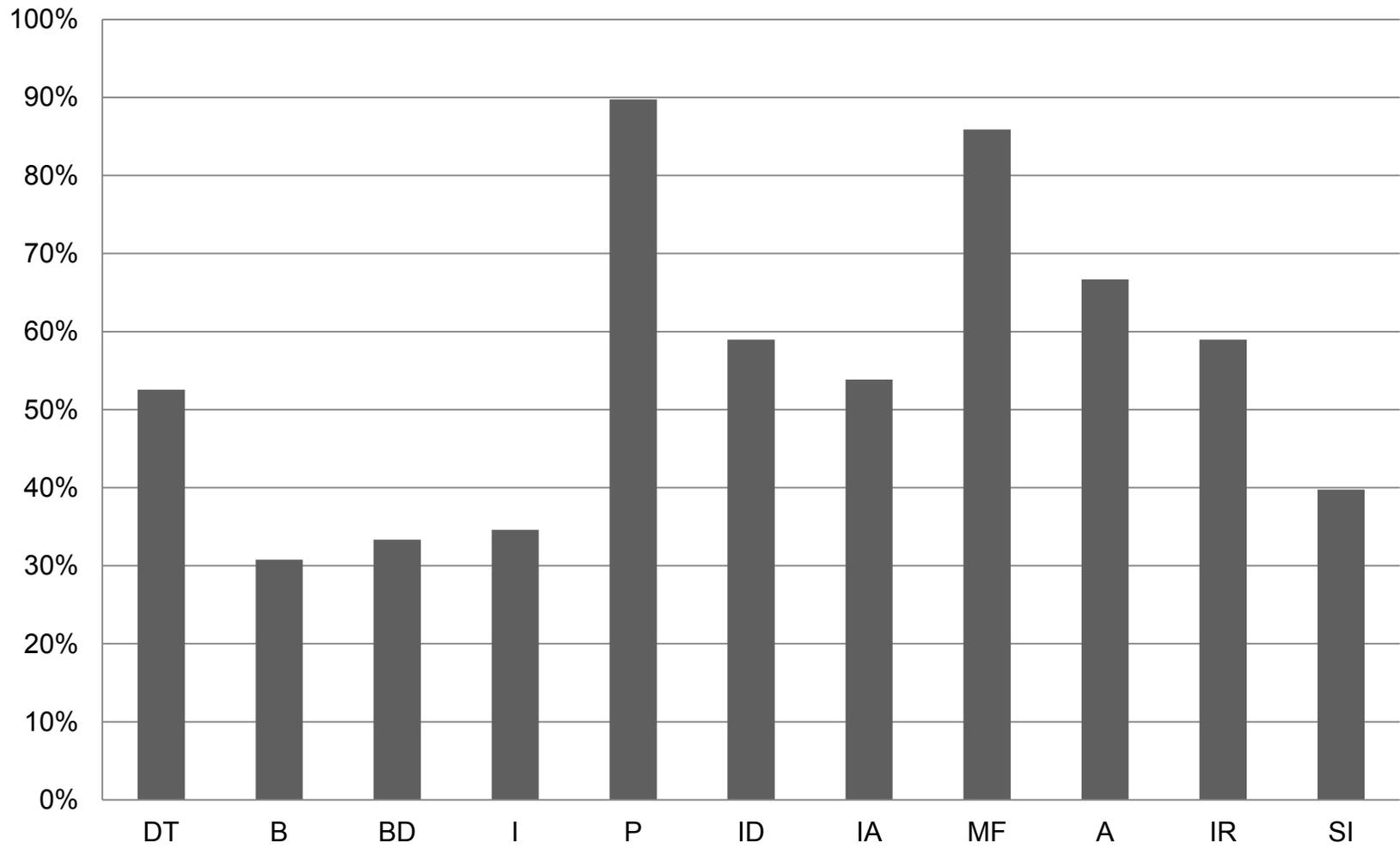
ANEXO 2
PORCENTAJE DE SUJETOS CON PUNTAJES PREOCUPANTES DE LA AUTOESTIMA



ANEXO 3
MEDIA ARITMÉTICA DE LAS ESCALAS DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS



ANEXO 4
PORCENTAJES DE SUJETOS CON PUNTAJES PREOCUPANTES DE
TRASTORNOS ALIMENTARIOS



ANEXO 5
CORRELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE AUTOESTIMA Y LOS INDICADORES
PSICOLÓGICOS DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

