



**UNIVERSIDAD  
DON VASCO**

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

INCORPORACIÓN NO. 8727-25 A LA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

---

**ESCUELA DE PSICOLOGÍA**

**RELACIÓN ENTRE AUTOESTIMA Y TRASTORNOS ALIMENTARIOS  
EN ALUMNOS DE PREPARATORIA EN TANCÍTARO, MICHOACÁN.**

**T E S I S**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

Mariana Rivera Morán

Asesor: Lic. Gisela Mayanin Tafolla Torres

Uruapan, Michoacán. A 16 de Febrero 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.

## **AGRADECIMIENTOS**

Más que la Tesis tengo que agradecer a mis padres Oscar y Mary todo lo que soy y lo que tengo. Gracias por su apoyo y su amor, los amo.

A mis hermanos quienes pensé en ponerlos en dedicatoria pero claro que les debo algo, les debo los incontables momentos de aprendizaje que con cada pelea, juego, lágrima, etc. me brindaron y forjaron de mí la persona que soy hoy. Son muy importantes en mi vida, los amo.

A mi novio Diego quien estuvo conmigo no solo en el proceso de Tesis ayudándome, si no desde el primer día que inicie la universidad, gracias mi amor, te amo.

A mis maestros y directivos quienes me enseñaron muchas cosas durante 4 años y sobre todo los que estuvieron en el seminario, Chuy, Lety y Licenciado, y a mi asesora Gis ¡Gracias! Si ustedes no lo habría logrado.

# ÍNDICE

## **Introducción.**

Antecedentes. . . . .	1
Planteamiento del problema. . . . .	5
Objetivos. . . . .	5
Hipótesis. . . . .	7
Operacionalización de las variables. . . . .	7
Justificación . . . . .	8
Marco de referencia. . . . .	9

## **Capítulo 1. La autoestima.**

1.1 Conceptualización de autoestima. . . . .	11
1.2 Diferencias entre autoconcepto y autoestima. . . . .	12
1.3 Origen y desarrollo de la autoestima. . . . .	13
1.4 Componentes de la autoestima. . . . .	19
1.5 Los pilares de la autoestima. . . . .	23
1.6 Niveles y medición de la autoestima. . . . .	29

## **Capítulo 2. Trastornos de alimentación.**

2.1 Antecedentes históricos de la alimentación. . . . .	37
2.2 Definición y características clínicas de los trastornos alimentarios. . . . .	39
2.2.1 Anorexia nerviosa. . . . .	39
2.2.2 Bulimia nerviosa. . . . .	40

2.2.3	Obesidad.	41
2.2.4	Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas.	42
2.2.5	Vómitos en otras alteraciones psicológicas.	43
2.2.6	Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia.	43
2.3	Esfera oroalimenticia en el infante.	47
2.3.1	Organización oroalimenticia.	47
2.3.2	Alteraciones en la esfera oroalimenticia.	49
2.4	Perfil de la persona con trastornos de alimentación.	50
2.5	Causas del trastorno alimentario.	52
2.5.1	Factores predisponentes individuales.	52
2.5.2	Factores predisponentes familiares.	57
2.5.3	Factores socioculturales.	58
2.6	Percepción del cuerpo en el trastorno alimentario.	59
2.7	Factores que mantienen los trastornos alimentarios.	62
2.8	Trastornos mentales asociados a los trastornos alimentarios	63
2.9	Tratamiento de los trastornos alimentarios	67

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

3.1	Descripción metodológica.	71
3.1.1	Enfoque cuantitativo.	71
3.1.2	Investigación no experimental	73
3.1.3	Diseño transversal	73
3.1.4	Alcance correlacional.	74
3.1.5	Técnicas de recolección de datos..	75

3.2 Delimitación y descripción de la población . . . . .	78
3.3 Descripción del proceso de investigación. . . . .	79
3.4 Análisis e interpretación de resultados. . . . .	82
3.4.1 Nivel de autoestima en los alumnos de la preparatoria del Instituto Tancítaro. . . . .	82
3.4.2 Indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en los alumnos de la preparatoria del Instituto Tancítaro . . . . .	85
3.4.3 Relación entre el nivel de autoestima y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios. . . . .	88
Conclusiones . . . . .	94
Bibliografía . . . . .	97
Mesografía . . . . .	100
Anexos.	

# INTRODUCCIÓN

Como punto inicial del presente documento, enseguida se muestran los elementos contextuales necesarios para encuadrar la presunta relación entre autoestima y trastornos alimentarios en alumnos de una escuela preparatoria.

## **Antecedentes**

Como punto de partida en la realización del presente estudio, se tomaron las variables de autoestima y los factores psicológicos que influyen en los trastornos alimentarios.

El origen del concepto de autoestima es diverso, ya que influyen distintas causas como el miedo, la tensión, los fracasos, las enfermedades, la angustia, la ansiedad, la disfunción sexual, las neurosis, la gordura, el incumplimiento de las metas, y las adicciones, entre muchas otras.

Para Rogers (referido por Carrión; 2007) la autoestima es un conjunto organizado y cambiante de percepciones que se refiere al sujeto específica que es lo que el sujeto reconoce como descriptivo de sí y que él percibe como información de identidad.

Con una visión psicológica, Yogosesky (citado por Carrión; 2007)) define la autoestima como un resultado del proceso de valoración profunda, externa y personal que cada persona hace de sí misma en todo momento, de manera consciente o inconsciente. A la vez, este resultado es observable, se relaciona de manera directa con el sentido de valía, capacidad y merecimiento del individuo e influye en todos sus comportamientos.

Por otra parte, en un artículo publicado por Zagalaz y cols. (2002) en la Revista Iberoamericana de Educación, los trastornos de la alimentación son más bien perturbaciones de la conducta que tienen relación con la alimentación y son conocidos también con algunos otros nombres como trastornos del comer, de la ingesta, alimenticios, de la conducta alimentaria, entre otros.

Entre los más importantes, por la gravedad que implican, son la anorexia y la bulimia nerviosa.

Toro y Vilardell (citados por Zagalaz y cols.; 2002) mencionan que la anorexia nerviosa no es propiamente la falta de apetito, sino que es una negación a alimentarse con el único propósito de no engordar.

Toro (mencionado por Zagalaz y cols.; 2002) define la anorexia nerviosa como un trastorno del comportamiento alimentario, caracterizado por una pérdida significativa del peso corporal, habitualmente fruto de la decisión voluntaria de adelgazar.



La bulimia está relacionada con la mayoría de casos de anorexia. Los autores referidos señalan a quienes la padecen como comedores compulsivos, que se provocan el vómito tras la ingesta para así calmar a su conciencia que les demanda mantenerse delgados.

A continuación se mencionan algunas investigaciones previas a esta investigación que han utilizado las variables de autoestima y trastornos alimentarios.

La Universidad Abierta Interamericana, Sede Regional Rosario, realizó una investigación titulada “Trastornos de alimentación, imagen corporal y autoestima en adolescentes” (Cetraro; 2011).

La investigación fue de modalidad cuantitativa y cualitativa, un estudio no experimental, donde las técnicas de recolección de datos fueron un cuestionario, el Test de la Figura Humana, el Test de Autoestima AT-5 Auto Concepto Forma-5 de García y Musitu (TEA).

La investigación se llevó a cabo con 40 adolescentes de sexo femenino de segundo y tercer grado de secundaria; arrojando los siguientes resultados:

Las conductas de riesgo de trastornos de alimentación, como la anorexia y la bulimia, en la adolescencia, se relacionan positivamente con la distorsión de la imagen corporal, por lo que se entiende que a menor distorsión, menor conducta de

riesgos; de igual manera, se asocian negativamente con la autoestima física, por lo que a menores conductas alimentarias de riesgo, mayor va a ser la autoestima y viceversa.

Por otro lado, en 2009 se llevó a cabo una investigación por Moreno y Ortiz, haciendo referencia a los trastornos alimentarios, su relación con la imagen corporal y la autoestima en adolescentes, en la Universidad Veracruzana de México.

Se tomó una muestra de 298 adolescentes alumnos de secundaria, de los cuales 153 fueron mujeres y 145 hombres entre los 12 y los 14 años de edad.

Se realizó 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 (IMC), se utilizaron además el Test de Actitudes Alimentarias (EAT) de Garner y Garfinkel (1979), el Cuestionario de la Figura Corporal (BSQ) de Cooper y el Cuestionario de la Evaluación de la Autoestima para alumnos de enseñanza secundaria (SEA) de García.

Se concluyó que las mujeres tienen mayor tendencia a padecer trastornos alimentarios, además, se destaca que tanto hombres como mujeres se encuentran en una etapa de crecimiento y desarrollo, en el que realizan evaluaciones de sí mismos de manera constante, por lo cual existe una tendencia notable a presentar baja autoestima.

## **Planteamiento del problema**

Varios autores han establecido que los desórdenes alimentarios tienen estrecha relación con los niveles de autoestima, sin embargo, no se han llegado a estudios concluyentes sobre el tema.

Entre los adolescentes de la escuela preparatoria del Instituto Tancítaro, ha aumentado la preocupación por su imagen física, lo que pudiera repercutir en su autoestima, mas no se sabe con certeza en qué medida influyen entre sí.

De acuerdo con lo anterior, se pretende responder la siguiente pregunta:  
¿Existe relación significativa entre los factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios y la autoestima, en los alumnos de la escuela preparatoria del Instituto Tancítaro, en Tancítaro, Michoacán?

## **Objetivos**

El presente estudio estuvo regulado por los lineamientos que enseguida se expresan, de modo que se optimizaran los recursos disponibles para dicho fin.

## **Objetivo general**

Determinar la relación existente entre los factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios y la autoestima en los alumnos de la preparatoria del Instituto Tancítaro, en Tancítaro, Michoacán

## **Objetivos particulares**

1. Definir el concepto de autoestima.
2. Describir las consecuencias que tiene en el sujeto, la alta o baja autoestima.
3. Conceptualizar los principales trastornos alimentarios.
4. Identificar los factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios.
5. Precisar las aportaciones teóricas que hablan sobre la relación entre autoestima y trastornos alimentarios
6. Evaluar el nivel de autoestima que poseen los estudiantes de la preparatoria del Instituto Tancítaro, en Tancítaro, Michoacán.
7. Medir los principales indicadores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios de los alumnos de la preparatoria del Instituto Tancítaro, en Tancítaro, Michoacán.

## **Hipótesis**

Las explicaciones tentativas siguientes, corresponden a la realidad esperada en función de la bibliografía que inicialmente se consultó.

### **Hipótesis de trabajo**

Existe una relación significativa entre los factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios y el nivel de autoestima de los alumnos de la preparatoria del Instituto Tancítaro, en Tancítaro, Michoacán.

### **Hipótesis nula**

No existe una relación significativa entre los factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios y el nivel de autoestima de los alumnos de la preparatoria del Instituto Tancítaro, en Tancítaro, Michoacán.

### **Operacionalización de las variables**

En la presente investigación se consideró como indicador de autoestima los resultados obtenidos por los sujetos de estudio en el Inventario de Autoestima de Coopersmith, el cual es una escala de autorreporte de 58 ítems, en el cual el sujeto lee una sentencia declarativa y luego decide si esa afirmación es “igual que yo” o “distinto a mí”. El inventario está referido a la percepción del estudiante en cuatro

áreas: autoestima general, social, hogar y padres, escolar académica y una escala de mentira de 8 ítems.

Este instrumento fue traducido, estandarizado y validado por Prewitt-Diaz en 1988 para la población de Latinoamérica, obteniendo los índices de confiabilidad suficientes que la hacen una escala confiable y validada para evaluar este fenómeno (Brinkmann y cols.; 1989).

Por otro lado, para la variable de trastornos alimentarios se consideraron los resultados obtenidos por los sujetos de estudio en la escala de trastornos alimentarios (EDI-2) del autor David M. Garner (1998). Este instrumento está conformado por once escalas que representan los principales síntomas que normalmente acompañan a la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa.

## **Justificación**

Se considera de suma relevancia llevar a cabo este estudio, debido a que trata sobre temas referidos en la actualidad, sobre todo en la etapa de la adolescencia.

Se busca que esta investigación sea de utilidad para los jóvenes, maestros y padres de familia, para que posean más información acerca de la autoestima, los factores que influyen en ella y de qué manera afecta a los sujetos; así como la influencia que tiene esta sobre los trastornos alimentarios, para saber de qué manera y en qué medida afectan estos fenómenos a los adolescentes.

La presente investigación se relaciona directamente con el campo de acción de la psicología, ya que la autoestima y los trastornos alimentarios forman parte de esta área. El psicólogo tiene los conocimientos suficientes para poder realizar una intervención en cualquiera de estas problemáticas, sin embargo se debe basar en estudios debidamente fundamentados para poseer las herramientas y la información que le requiere estructurar una intervención adecuada; por eso el presente estudio es un complemento que puede contribuir a ello.

### **Marco de referencia**

La presente investigación se llevó a cabo en el Instituto Tancítaro. Esta escuela fue fundada en el año 2008, posee la clave económica EMS-3/667. El plantel se encuentra ubicado en el Km. 1 de la carretera Tancítaro - Peribán #15, en el municipio de Tancítaro, en Michoacán.

En el Instituto Tancítaro se imparten los niveles de secundaria y preparatoria, pertenece al sector privado y solo cuenta con el turno matutino.

Esta investigación solo tomará en cuenta a la población de la preparatoria, la cual cuenta con tres grupos: uno de primero semestre, otro de tercer semestre y el último, del quinto semestre, los cuales cuentan con 25 alumnos en cada salón.

El centro de estudios cuenta con una cooperativa escolar, un estacionamiento, un patio cívico, una cancha de básquetbol, una cancha de futbol soccer y un área de recreación.

El personal de la escuela está conformado por 15 docentes, un perfecto y el director, que atienden a 75 alumnos de ambos sexos en la preparatoria, la escuela es relativamente nueva, ya que apenas cuenta con 6 años de ser creada, por lo que aún no cuenta con una misión y visión establecidas.



# **CAPÍTULO 1**

## **LA AUTOESTIMA**

En este apartado se definirá la variable autoestima desde distintos puntos, tales como su origen, su formación, componentes y características, identificando la importancia que tiene en la salud mental de los individuos.

### **1.1 Conceptualización de autoestima**

Existen diversos autores que hablan sobre la variable autoestima, en el presente documento solo se abordarán las definiciones de algunos.

Tal es el caso de Clark y cols. (2000), quienes definen autoestima como el concepto que tienen las personas de su valor, y está basado en sus pensamientos, experiencias, sensaciones y sentimientos que han recogido a lo largo de la vida sobre ellos mismos; creen que son listos o tontos, se sienten antipáticos o graciosos, se gustan o no. Las miles de impresiones, experiencias y evaluaciones que se adquieren, se reúnen en un solo sentimiento positivo hacia sí mismos, o en el caso contrario, en un incómodo sentimiento de no ser lo que se esperaba.

Entre otras referencias, se encuentra la definición de Branden, quien considera que “la autoestima es estar dispuesto a estar conscientes de que somos

capaces de ser competentes para enfrentarnos a los desafíos básicos de la vida, y de que somos merecedores de felicidad.” (2010: 17).

De acuerdo con Euroméxico (2005), se afirma que la autoestima es el sentimiento que cada sujeto posee por sí mismo, la medida en que le gusta su propia persona en particular. Es en gran parte dependiente de lo que es, piensa y vale.

En cuanto a educación se trata, la autoestima es uno de los rasgos psicológicos al que más investigaciones se le han dedicado. Uno de los estudios más influyentes en este tema es el realizado por Coopersmith, quien definió 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, el autoestima es un juicio personal sobre la valía que se expresa en las actitudes que el individuo manifiesta hacia sí.” (Crozier; 2001: 205).

Esta investigación gira en torno a la definición de Coopersmith, ya que es la que se considera más completa y cumple con los objetivos planteados en esta.

## **1.2 Diferencias entre autoconcepto y autoestima.**

En este apartado se discernirá sobre las principales características que hacen de la autoestima y el autoconcepto, dos conceptos totalmente distintos, a pesar de

que son usados como sinónimos por algunos autores. Una clara definición es la que brindan Lamb y cols., quienes mencionan que el autoconcepto es “La forma en que los consumidores se consideran a sí mismos. Incluye actitudes, percepciones, creencias y autoevaluaciones. Aunque puede cambiar, la transformación a menudo es gradual. Mediante el autoconcepto las personas defienden su identidad, lo que a su vez ofrece un comportamiento consistente y congruente.” (Lamb y cols.; 2011: 216).

Otra definición es la de Makeliunas (2001) quien define el autoconcepto como la capacidad propia que se crea básicamente por comparación consigo mismo o con otras personas, teniendo como base algún tipo de rendimiento.

Crozier (2001) señala que para diferenciar de manera clara estos términos, ya que en ocasiones se utilizan como si fueran intercambiables, se establece que en el autoconcepto se incluyen datos concretos del yo como la edad y el sexo, entre otros, mientras que la autoestima, como lo plantea Coopersmith, se restringe a una actitud o juicio de evaluación. En otras palabras, el autoconcepto son las percepciones que se tienen sobre sí mismo, y la autoestima es el valor que se le da a las características, habilidades y conductas propias.

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

Existen muchos argumentos de lo que conlleva poseer una sana autoestima, y que son vastos los factores que inciden en ella, uno de ellos es que el entorno en que el sujeto crece es sumamente influyente para el desarrollo de esta, y que para lograr poseerla es necesario tener padres que ejemplifiquen una sana autoestima.

Branden señala que los niños que tienen más probabilidades de poseer los cimientos necesarios para una sana autoestima tienden a ser aquellos cuyos sus padres:

- “Les crían con amor y respeto.
- Les permiten experimentar una aceptación coherente y benevolente.
- Les ofrecen la estructura de respaldo que supone unas reglas razonables y unas expectativas adecuadas.
- No les bombardean con contradicciones.
- No recurren al ridículo, la humillación o el maltrato físico para controlarles.
- Demuestran que creen en la competencia y bondad del niño.” (Branden; 2008: 17)

A pesar de lo anterior, no hay investigación alguna cuyos resultados sean concluyentes respecto a que la manera de los padres para criar a sus hijos, por saludable que sea, arroje un resultado inevitable.

Branden (2008) menciona que para que el hombre consiga y conserve la autoestima, el requisito elemental es el de mantener una sólida volición de comprender. La aspiración de conseguir claridad, inteligibilidad, comprensión de todo lo que puede percibir, es el protector básico de la salud mental humana, y lo que echa a andar su crecimiento intelectual.

El autor menciona también que el alcance de la conciencia humana depende del nivel de inteligencia. Sin embargo, el ímpetu de la voluntad centrada en comprender es el mismo, sea cual sea el nivel de inteligencia; este demanda la identificación y la unión de lo que ingresa en la mente de la persona, hasta el punto máximo al que lleguen sus conocimientos y capacidades intrínsecas.

Algunas veces, la razón de que el niño deje de tener confianza en sí mismo es que se le presenta alguna limitación a su voluntad; no se siente con ganas de generar la energía que requiere pensar y, con esto, mantiene una actitud de irresponsable pasividad y dependencia.

Otras veces, la causa es el deseo del niño de poner en práctica deseos que reconoce como irracionales o insensatos, esta actitud lo orilla a delimitar una política de evasión y así suspende la volición que lo haría comprender.

Por otro lado Branden (2008) señala que a menudo los motivos son más complejos, que un niño puede creer que su entorno, el de sus padres y otros adultos es incomprensible, y lo considera una amenaza. Muchas de las emociones, ideas,

expectativas y exigencias de los adultos parecen absurdas, opresivas, contradictorias y sumamente amenazantes hacia su persona. El niño trata de comprender la conducta y las normas de los adultos, pero no tiene éxito después de intentarlo en repetidas ocasiones, ante lo cual simplemente se rinde y se culpa por la sensación de estar indefenso.

Un niño es sensible, ya que todavía no es capaz de reconocer de manera clara y sin errores, que los adultos pueden ser irracionales.

Branden (2008) menciona que lo que siente el niño es que nunca comprenderá a los demás, que no será capaz de hacer lo que esperan de él, que no distinguirá lo que está bien de lo que no; en resumen, que nunca sabrá nada.

“Mientras un niño siga luchando, mientras no abandone la voluntad de comprender, esta psicológicamente a salvo, por grandes que sean su angustia o confusión: mantiene intacta su mente y su deseo de ser eficaz. Cuando renuncia a la expectativa de conseguir esa eficacia, renuncia a la posibilidad de obtener una plena autoestima.”(Branden; 2008: 199)

Un joven está psicológicamente en peligro si obtiene como conclusión que él es el problema, y que está en su naturaleza no lograr entender algunas circunstancias; es por esto que Branden (2008) señala que el mantenimiento de la voluntad de comprender en cada aspecto y etapa de la vida humana, es la condición básica necesaria para alcanzar la autoestima.

Por otro lado, Carrión (2007) señala que la autoestima está conformada por dos factores fundamentales: uno endógeno, compuesto por creencias, valores, identidad y espiritualidad, que son los desencadenantes de las capacidades y actitudes; y otro exógeno, que tiene que ver con el ambiente en el que la persona se desenvuelve y la retroalimentación que recibe.

Carrión le da especial importancia a la conciencia, mencionando que “lo que realmente nos hace diferentes a los seres humanos del resto de los seres de la creación es nuestra esencia o ser esencial, que en un principio y de forma incipiente se manifiesta a través de la conciencia.” (2007: 19).

La define como la parte más pura, aunque es mucho más que esto, es la mejor parte, es la que guarda las cualidades sustanciales de la naturaleza del ser humano.

Para Carrión (2007), la esencia se nutre desde la infancia, desde el nacimiento hasta los 3 o 4 años de edad, recibiendo cuidados, protección, alimento, caricias, aseo y aceptación. Después, con la interacción del niño con el medio como los lugares, la religión, las personas, la atención y los estímulos, se conformará el principio de su personalidad.

Aproximadamente entre los 3 y los 7 años, el niño entra en el nivel de desarrollo conductual, aprende a moverse coordinadamente, caminar, apresar,

articular sonidos y hablar. De igual manera, si por la falta de atención adecuada, el niño estructura de manera deficiente su nivel conductual, se manifestará posteriormente.

En esta etapa ya habrá recibido bastantes impactos externos de otras personalidades con las que se identifica: tantos condicionamientos familiares, sociales y culturales, que pierde contacto con su esencia, quedando oculta por los aspectos egóticos emergentes.

Carrión (2007) señala que es en este punto, donde el niño está obligado a pensar organizadamente, a experimentar y reconocer sus propias emociones, a desarrollar habilidades para convivir de forma sana con su entorno.

El siguiente paso en el proceso es la construcción de la autoimagen, que culmina aproximadamente a los veintidós años. Para empezar, el sujeto tendrá que darse cuenta que ya no es el foco principal de atención, como consecuencia, buscará nuevas fuentes de placer, necesita compensar para no sentirse rechazado y entonces como consecuencia comienza a crear mundos internos de fantasía, idealizaciones, se interioriza en busca de satisfacciones que no dependan de terceros. El sujeto tendrá que encontrar entonces, nuevas estrategias que le permitan codificar su mente y entender que la idea, generalmente falsa, de que nadie lo entiende, es producto de su subjetividad.



Por lo tanto, lo único que le queda al individuo es continuar el proceso de evolución y autodefinirse. Tiene que buscar qué hacer y cómo para restablecer una imagen real, ya que la que tiene el sujeto a estas alturas es completamente subjetiva y está rodeada de distorsiones y generalizaciones absurdas, ridículas sobre sí mismo y sobre el mundo que lo rodea; tiene que hacer consciente que dicha autoimagen además de viciada, en definitiva, es falsa.

Para Carrión (2007) la desconexión sufrida a lo largo de los años con su esencia ha permitido que la falsa imagen de sí, también se haya deformado, por lo tanto, tiene que madurar emocionalmente, creer y confiar en sí mismo, es decir, ponerse nuevamente en contacto nuevamente con su ser.

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

En este apartado se describirán cuáles son los factores que componen la autoestima desde la perspectiva de tres destacados autores en el tema.

Alcántara (1990) señala que son tres los componentes fundamentales del autoestima: el cognitivo, el afectivo y el conductual, que funcionan y trabajan de manera muy cercana, por lo tanto, una modificación en uno de ellos, genera una alteración en los otros.

Para Alcántara (1990) el componente cognitivo indica ideas, opiniones, percepciones y procesamientos de información, es decir, el autoconcepto definido como opinión que se tiene sobre la personalidad propia y sobre la conducta.

“El autoconcepto ocupa un lugar privilegiado en la génesis, crecimiento y consolidación de la autoestima, de tal modo que toda ella esta transida de intelección. Las restantes dimensiones caminan bajo la luz que les proyecta el autoconcepto, que a su vez se hace servir y acompañarlo la autoimagen o representación mental que un sujeto tiene de sí mismo en el presente y en las aspiraciones y expectativas futuras.” (Alcántara; 1990: 19)

El segundo componente en la estructura del autoestima, según Alcántara (1990), es el afectivo, el cual se refiere a la valoración positiva o negativa que el sujeto hace de sí mismo, a los sentimientos de lo favorable o desfavorable, lo que percibe individuo como agradable o desagradable de su persona; es sentirse cómodo o incomodo consigo mismo, es un juicio de valor sobre las cualidades personales, es la respuesta de la sensibilidad y emotividad ante los valores y contravalores que se advierten dentro de cada persona.

Por lo anterior, se puede decir que esta dimensión es el corazón de la autoestima, y con la que se formula la ley principal con la que gobierna su dinámica: “A mayor carga afectiva, mayor potencia de la autoestima.” (Alcántara; 1990: 20).

El tercer elemento integrante de la autoestima es el conductual, el cual significa tensión, propósito y decisión de actuar, de llevar a la práctica un comportamiento consecuente y coherente. Es el proceso final de toda la dinámica interna. Es la autoafirmación dirigida hacia el propio yo en busca de consideración y reconocimiento por parte de los demás. Es el esfuerzo por alcanzar una fama, honor y respeto ante los demás y ante sí mismo.

Por su parte, Branden en 1994 (retomado por Branden; 2008) considera que son dos los componentes de la autoestima:

- 1) El primero hace énfasis en considerarse eficaz, confiar en la capacidad de sí mismo para pensar, aprender, elegir y tomar decisiones correctas y, por ende, superar los retos y producir cambios.
  
- 2) El segundo componente hace referencia al respeto por sí mismo, a la confianza en el derecho a sentir felicidad y, como consecuencia, confianza en que las personas son dignas de logros, éxito, de la amistad, el respeto, el amor y la realización que aparezcan en sus vidas.

Carrión (2007), por su parte, menciona que la autoestima se conforma por dos componentes indispensables para su desarrollo, estos son: la eficacia personal y el respeto a uno mismo.

La eficacia personal es tener confianza en el funcionamiento adecuado de los procesos mentales (estos son capacidad de análisis, comprensión, secuenciación, aprendizaje, elección y decisión), en la capacidad de observación objetiva de los hechos y en creer y confiar en sí mismo, dicha eficacia se basa en un perfecto equilibrio entre las tres cualidades humanas fundamentales: sinceridad, valor y prudencia.

- Sinceridad consigo mismo para reconocer tanto las cualidades como los defectos, sin exaltaciones fruto de las pasiones (orgullo, vanidad, envidia), ni baja estima fruto de miedo, pereza o negligencia.
- Valor para afrontar la realidad, el trabajo y el esfuerzo que supone darse cuenta de los defectos y las limitantes, y en mayor medida, valor para cambiar y superar estas.
- Prudencia para hacer las tareas con el cuidado que requiere todo acto de alta precisión.

El respeto a sí mismo es darse la oportunidad de reafirmar lo que uno vale, de vivir y ser felices, es sentir satisfacción de los logros que se obtienen, es permitirse actuar a favor de la correcta autoestima y la valoración propia.

El desarrollo personal que es lo mismo que la autorrealización, es conseguir ajustar a la realidad la imagen y el amor que se tiene hacia uno mismo. Este se puede definir a partir de dos concepciones que lo abarcan:

La primera es “cuando la persona llega a vivir plenamente, a sentir su vida conscientemente, experimenta su realidad como ser humano disfrutando de una existencia integrada con el mundo que le rodea. Es sentirse ser uno mismo en relación con el mundo” (Carrión; 2007: 26-27).

La segunda brinda un sentido más profundo, y dice que “autorrealización o desarrollo personal, supone llegar a descubrir nuestra identidad existencial, nuestra identidad última, o lo que es lo mismo nuestra esencia” (Carrión; 2007: 26).

Identidad significa quien o que es realmente la persona; y no como ser de carne y hueso, hecho de partes cambiantes, sino como identidad última o esencia inmutable.

Los pasados autores hablan de la forma en la que está conformada la autoestima de los seres humanos y aunque cada uno menciona distintos componentes, todos coinciden en que están dirigidos en un acto consciente, personal y subjetivo.

## **1.5 Los pilares de la autoestima**

En el presente apartado se revisarán los pilares del autoestima y su importancia con base en lo que refiere únicamente Branden (2011).

Para este autor, los pilares son elementos cruciales, ya que cuando se encuentran ausentes, la autoestima se ve perjudicada. La autoestima de la persona se verá fortalecida solo cuando se haya llegado al punto en el que formen parte integral de la vida de la persona. Dichos elementos son:

1. La práctica de vivir conscientemente: Para Branden (2011) es necesario vivir la vida de manera consciente para obtener una autoestima saludable, en otras palabras, es respetar la realidad, aceptarla, es saber lo que se hace en el momento en que se hace, es esforzarse por comprender tanto el mundo externo como el mundo interior.

Implica saber por qué se toman las decisiones que se toman, es saber que cada una de ellas tendrá un resultado, una consecuencia, es actuar con un propósito, persiguiendo algo, es emocionarse y reconocer el desencadenante de esa emoción, es tener claridad de conciencia, es vivir reconociendo que la vida tiene un significado.

2. La práctica de aceptarse a sí mismo, o autoaceptación es el segundo pilar, en este se menciona que para obtenerlo es necesario experimentar, pero más importante aún es comprender los pensamientos, emociones y acciones, y con esto obtener el respeto y la compasión hacia sí mismo.

Sin esta cualidad, la autoestima es imposible, el sujeto crearía un hábito de conducta de autorrechazo, el crecimiento personal se vería reprimido y la felicidad será prácticamente inalcanzable. “Aceptar es experimentar la realidad de manera completa, sin negarla ni evitarla”. (Branden; 2010: 29).

Aceptar la realidad es comprender que dentro del ser humano no solo existen los sentimientos positivos y las emociones agradables, eso daría como resultado una vida monótona y aburrida, aceptar la realidad implica reconocer que también existen sentimientos y emociones desagradables como la ira, el odio, la envidia, la rabia, el miedo, la tristeza, la desesperación, la decepción. Pero no se pueden superar los sentimientos indeseables si no se aceptan, con lo que no será posible producir un cambio real o un crecimiento personal.

Es por esto que para lograr dicho crecimiento es necesario permitir la experimentación de los sentimientos y pensamientos, teniendo en cuenta que estos se producen de manera temporal, viviendo sin la preocupación por juzgar el propio mundo y el de los demás, simplemente esforzándose por comprenderlo.

“Cuando aceptamos nuestras experiencias, sin que por ello tengan que gustarnos necesariamente, nos convertimos en aliados de la realidad y, nos fortalecemos. Cuando no lo hacemos nos ponemos en contra de la verdad y nos volvemos más débiles”. (Branden; 2011: 32)

Parecería mentira que a la mayoría de los seres humanos desde la infancia se les enseñe a fingir los sentimientos, a mentir acerca de los pensamientos, a sacrificar parte de sí mismos para agrandar a los demás, a negar sentir miedo cuando es así, a evitar opinar cuando se desea hacerlo, a sepultar emociones, a rechazar los impulsos sexuales, a renunciar a las aspiraciones con el único y macabro fin de formar “buenas personas”. Estos son los aprendizajes con los que el ser tendrá que luchar a lo largo de su vida, tendrá que adquirir nuevas formas de pensar que le permitan conocer una perspectiva distinta, ver el mundo y las circunstancias desde distintas perspectivas y negarse a tener una relación de enfrentamiento consigo mismo.

3. La práctica de aceptar responsabilidades: para Branden “La práctica de la autorresponsabilidad implica hacerse cargo adecuadamente de uno mismo en todas las acciones que comporten una decisión propia. No significa que tengamos que aceptar la responsabilidad por lo que está fuera de nuestro control. No somos responsables de las acciones de los demás sino de las nuestras” (2011: 42).

Entonces, ninguna persona puede regalarle a la otra autoestima, es necesario darse cuenta de que la manera de percibirse a sí mismo y lo que los demás perciban de cada quien es responsabilidad individual, separada del resto; en pocas palabras, es la definición de este pilar, la decencia de aceptar la consecuencia de nuestras las acciones.



4. La práctica de afirmarse a uno mismo: Un ejemplo claro de este pilar es cuando un niño se encuentra frente a dos paletas de diferentes sabores, una es de fresa y la otra de chocolate; el sabor favorito del niño es el chocolate pero se encuentra indeciso entre cual paleta elegir porque también se le apetece la de fresa. En este caso el niño tendrá que ser firme consigo mismo y hacer consciente que cualquier decisión que tome, ya sea elegir la paleta de chocolate o la de fresa, es una adecuada decisión. El niño simplemente tiene que entender que en ese momento, en esa situación, optó por saborear la paleta de su sabor preferido, de esta manera estará siendo congruente con su forma de pensar y actuar, con su forma de ser y al mismo tiempo, descubrirá en él la autoafirmación planteada en este momento.

“Autoafirmación es aprender a respetar nuestros deseos, necesidades, valores y pensamientos, además de buscar formas adecuadas de expresarlos al mundo; es estar dispuesto a defenderse de uno mismo, a no tener miedo a ser quien soy, a tratarme con respeto a mí mismo y a mis encuentros con los demás. Significa no fingir que soy otra persona, no desvirtuar mis valores, mis creencias o mis opiniones para ganar la aprobación de los demás” (Branden; 2011: 45)

Una persona con autoafirmación, trata sus necesidades como algo importante, no renuncia a su inteligencia. La autoafirmación empieza en el acto de ejercer la conciencia, de darse cuenta de las circunstancias y de pensar, implica reconocer la propia vulnerabilidad, las necesidades y los problemas de la vida, ser sincero con los sentimientos que se tienen, hacer preguntas sin fingir que ya se sabe todo, tratar a

las propias ideas con respeto y luchar de forma adecuada por que los demás las acepten, expresarse con naturalidad, mostrar entusiasmo por conocer tanto el interior como los detalles del exterior, compartir emociones y conocimientos, aceptar las circunstancias cuando se desea así hacerlo, experimentar amor de forma intensa, enfrentar los miedos, buscar siempre ser alguien mejor, perseguir sueños y reconocer que en el interior de cada persona existe el coraje para lograrlos.

“El mundo pertenece a los que perseveran” (Branden; 2011: 48)

5. La práctica de vivir con un propósito o con determinación: Se debe dominar la vida, tomar el control, se debe perseguir algo, formular objetivos, metas y, un plan de acción para llegar a ellas, competir de forma inteligente con los demás y con uno mismo, perseguir tareas que permitan día a día, ser mejores seres humanos. “Vivir con determinación no solo requiere disciplina, sino también coraje”. (Branden; 2011: 53)
  
6. La práctica de la integridad: Una de las fuentes más importantes de la autoestima es la integridad con la que se hacen las actividades diarias, la congruencia entre lo que se dice y se hace; la manera en la que se respetan los compromisos, la forma de expresar respeto a los otros, de ser honesto, y de confiar en uno mismo. Si se establecen promesas sin el compromiso de lograrlas, si se trata a los demás con falsedad, si se tiene un comportamiento que no se puede admirar, el resultado esperado será mucho más abrumador

que la desaprobación de los demás, el resultado sería la desaprobación propia.

Finalmente, Branden maneja un séptimo punto: el llevar a la práctica los seis pilares antes descritos.

## **1.6 Niveles y medición de la autoestima**

Es importante conocer los niveles de la autoestima y el modo en que se puede medir, por eso, en el siguiente apartado se mostrará cómo se pueden ejecutar estas dos acciones.

Enseguida se presenta una lista de las características de la autoestima alta:

- Branden (2008) señala que el individuo es consciente de que es capaz de ser competente para enfrentar desafíos, y presenta confianza en sí mismo.
- Carrión (2007) menciona que la persona se siente valiosa, eficaz y motivada. Siente una plena confianza en su capacidad para pensar.
- Crozier (2001) cita a Coopersmith diciendo que la persona siente respeto de por ella misma.

- González-Arratia (2001) indica que la persona piensa que es buena, se siente digna, asume responsabilidades, se siente importante y siempre es positiva.

Posteriormente, se presenta una lista de las características de la autoestima media:

- González-Arratia (2001) señala que en esta etapa el individuo es optimista, capaz de soportar críticas, está constantemente a expensas de la aceptación social y presenta inseguridad en su valor propio.

Finalmente se proporciona una lista con las características de la autoestima baja:

- Branden (2008) indica que el sujeto no se siente motivado, es vulnerable a las críticas, se siente desesperado, no se siente capaz de ser feliz.
- González-Arratia (2001) menciona que el individuo piensa que no es valioso, no tiene confianza en sí mismo y se aísla.

Los instrumentos más utilizados para medir la autoestima han sido estandarizados en diferentes poblaciones y están dirigidos a identificar niveles de dicha variable, pero se notará que algunos se encuentran dirigidos específicamente a la autoestima escolar, mientras otros se enfocan a otras áreas como social, familiar o

padres; algunos tests son específicos para niños, mientras otros se dirigen a adolescentes y a adultos.

Uno de los estudios más influyentes es el realizado por Coopersmith en 1967, quien elaboró un cuestionario llamado Self-Steem Inventory para evaluar la autoestima de los niños. Los ítems se referían a diferentes zonas de la vida, incluyendo la escuela, las relaciones con compañeros y dentro de la familia. Administró el cuestionario a una muestra de niños entre 10 y 12 años y con base en sus respuestas seleccionó a niños con autoestima alta, media o baja. Con base en lo anterior, identificó cuatro dimensiones de la autoestima: competencia, virtud, poder y aceptación social (Brinkmann y cols.; 1989).

En la prueba de Coopersmith, el inventario quedó compuesto por 58 ítems y permite la percepción del estudiante en cuatro escalas y una adicional de mentira. Estas escalas son:

- Autoestima general: es el nivel de aceptación con el que una persona valora sus conductas autodescriptivas.
- Autoestima social: es el nivel de aceptación con el que la persona valora sus conductas autodescriptivas en relación con sus pares.
- Autoestima hogar y padres: hace referencia al nivel de aceptación con la que el sujeto valora sus conductas autodescriptivas en su hogar y con sus progenitores.

- Autoestima escolar – académica: se refiere al nivel de aceptación con que la persona valora sus conductas autodescriptivas en relación con sus profesores.

La prueba de Coopersmith se estandarizó en la universidad de concepción en Chile por H. Brinkmann y T. Segure sobre la traducción de J. Prewitt-Díaz (Brinkmann y cols.; 1989).

Se han elaborado investigaciones acerca de la autoestima que la han relacionado con los siguientes temas: patrones de crianza, desempeño físico, memoria, ansiedad, divorcios, demanda de atención y la influencia de los padres en la autoestima de los hijos adolescentes (González-Arratia; 2001).

Existen otras pruebas que permiten evaluar la autoestima, en ejemplo es el de la Escala de Autoestima de Rosenberg, la cual se utilizó por primera vez en el año 1965 y se revisó en 1989. La escala se compone de diez reactivos, ofrece cuatro opciones de respuesta y valora el nivel de autoestima en baja, buena y muy buena. (sicolog.com).

También existe la batería de Test de Autoestima Escolar (TAE). Este test se conformó a partir de una selección de ítems del test americano Piers Harris; está compuesto de 23 afirmaciones (ítems) frente a cada una de las cuales el niño debe contestar SI o NO. El test da un resultado único, no tiene subescalas y los ítems que lo conforman pertenecen a las 6 subescalas del test original: conducta, estatus

intelectual, apariencia física y atributos, ansiedad, popularidad, felicidad y satisfacción (Marchant y cols.; 2005).

### **1.7 Alternativas de investigación en la autoestima**

Para finalizar con este capítulo, el siguiente apartado se hablara de cuáles son las alternativas que existen para realizar la investigación de la autoestima.

La UNICEF (1999) ofrece una alternativa de intervención con un enfoque cognoscitivo. Menciona que se puede hacer de cuenta que la persona tiene dentro de su cabeza dos tipos de voces: una que es negativa, pesimista y acusadora, y otra que es positiva, realista y saludable.

Para que el individuo desarme a la voz acusadora, que es la que le provoca distorsiones cognitivas, es necesario que la voz positiva le haga ver al sujeto que está en un error, que existen muchas posibilidades de resolver los problemas, que se analice y sea positivo.

Branden (2008) propone un ejercicio para trabajar con la autoestima, el cual consiste en la conclusión de frases para potenciar la autoestima con una duración de 31 semanas. Se le pide al paciente que en una libreta escriba las frases que el terapeuta le proporcione; cada semana cuenta con 4 a 5 frases, en la primera semana el paciente (preferentemente al inicio del día) va a tomar su libreta y va a

leer las 5 frases enlistadas que tiene para esa semana, las completará y esto le ayudará a que con el paso de los días valore si su autoestima está cambiando.

Por otro lado, Alcántara (1990) menciona que para el desarrollo de la autoestima es fundamental el apoyo de la familia, por lo que propone a terapeutas y educadores las siguientes directrices.

1. Al niño o adolescente le gusta sentirse un elemento importante en su familia.
2. Tener una fluida comunicación con sus padres.
3. Le es fundamental sentirse orgulloso de su familia.
4. Tener un trato respetuoso.
5. Que sus progenitores lo valoren y aprecien sus características.
6. Que sus padres no lo desapruében, al contrario, que elogien sus conductas positivas.
7. Celebrar los éxitos de sus hijos.
8. Evitar la sobreprotección.
9. Confiar en sus hijos.
10. Hacerle un obsequio de vez en cuando a su hijo en forma de recompensa.
11. Es de suma importancia que los padres den un buen ejemplo de sana autoestima.

Se ha llegado al final de este capítulo logrando entender a la autoestima de acuerdo con Carrión (2007), como la conciencia que tiene el individuo sobre quien es, el potencial con el que cuenta, su seguridad, la habilidad que tiene para resolver



problemas y la conciencia de reconocerse a sí mismos por sus valores, principios, sentimientos y capacidades, y sobre todo, el reconocer que merece ser feliz.

Sin dejar atrás el autoconcepto, que es un complemento esencial de la autoestima, de acuerdo con Lamb y cols. (2011), el autoconcepto es la manera en que las personas se consideran a sí mismas gracias a sus actitudes, percepciones, creencias y la autoestima que tengan. Esta percepción a menudo es cambiante.

Se pudo observar a lo largo de este capítulo que el medio ambiente en el que el individuo se desarrolla, es sumamente importante para la construcción de su autoestima. Sin dejar de lado la trascendencia de los componentes de la autoestima: cognitivo, afectivo y conductual; estos son muy necesarios en el desarrollo del individuo, ya que sin ellos no se podría construir una autoestima saludable y fortalecida.

En este capítulo fueron mencionados los seis pilares de la autoestima que propone Brander (2011) los cuales son: vivir conscientemente, aceptarse a sí mismo, aceptar responsabilidades, afirmarse a sí mismo, vivir con un propósito, la integridad y finalmente, la disposición y voluntad a vivir estos seis pilares. Estas prácticas son por demás importantes para el individuo, ya que le marcan una pauta a seguir para su camino en el desarrollo de la autoestima.

Finalmente, en el trayecto de este capítulo se mencionaron las características que permiten al individuo distinguir si cuenta con autoestima alta, media o baja, y los

instrumentos con los cuales se puede medir la autoestima. Se concluyó proponiendo algunas alternativas a los psicólogos y profesores para trabajar con sus clientes o alumnos dentro de un enfoque constructivista.

## **CAPÍTULO 2**

# **FACTORES PSICOLÓGICOS ASOCIADOS A LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS**

En este capítulo se desarrollan los conceptos relacionados con los trastornos alimentarios y los problemas más comunes que abarca este tema en la actualidad, los cuales tienen un efecto social muy notorio.

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

Para Jarne y Talarn (2000), se han presentado conductas alimentarias desordenadas desde la antigüedad, un claro ejemplo eran los banquetes en los cuales se comía en exceso y de manera exagerada, en estos, provocarse el vómito para volver a comer era una táctica común y aceptada, debido al carácter social y la demostración de poder.

La restricción alimentaria también estuvo asociada a la religión; los místicos y los primeros cristianos practicaban el ayuno como penitencia, para expresar su rechazo del mundo y para conseguir un estado espiritual más elevado.

“Quizá la más famosa anoréxica de la historia es Catalina de Siena. Nacida en 1347, hija de artesanos acomodados, recibiendo una exquisita educación religiosa. A los 7 años comenzó a rechazar la comida, imponiéndose penitencia. Ya desde la

adolescencia únicamente se alimentaba de hierbas y un poco de pan.” (Jarne y Talarn; 2000: 141)

La inanición de estas personas despertó la curiosidad de la gente, quien se encontraba confundida ante la posibilidad de que existieran personas que pudieran vivir sin alimento.

Jarne y Talarn (2000) mencionan que en 1873, Gull y Lassege, médicos en París, hicieron descripciones completas de cuadros anoréxicos. Gull constató la inexistencia de patología orgánica y se inclinó desde el inicio por una etiología psicógena.

Los cuadros descritos por Lassege y Gull son muy similares a los que se observan actualmente, aunque se observan ciertas variaciones en la interpretación etiopatogénica. Las primeras teorías sugerían una afección con origen panhipopituitario (funcionamiento anormal de la hipófisis o glándula pituitaria). Más adelante se impusieron las hipótesis psicológicas, especialmente de tipo psicoanalítico.

Rusell (citado por Jane y Talarn; 2000) describió un cuadro caracterizado por episodios de ingesta voraz y conductas de purga, con las que consideraba había un vínculo con la anorexia nerviosa. A esta evolución de la anorexia le llamó bulimia nerviosa.

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

Los trastornos alimentarios son caracterizados por alteraciones graves de la conducta alimentaria. La American Psychiatric Association (APA; 2000) señala dos trastornos específicos, estos son:

- La anorexia nerviosa, que es caracterizada por el rechazo al peso corporal elevado en los valores mínimos normales.
- La bulimia nerviosa, que se caracteriza por conductas inapropiadas como el vómito provocado, el abuso de laxantes, el ayuno y el ejercicio excesivo.

La APA (2002) señala que una característica esencial en ambos trastornos es la alteración en la percepción del peso y la forma corporal.

### **2.2.1 Anorexia nerviosa**

La APA (2002) menciona que la anorexia nerviosa es caracterizada por el rechazo a mantener el peso corporal en un valor mínimo normal, además de un miedo intenso a subir de peso, acompañado de una alteración en la percepción del tamaño y la forma del propio cuerpo.

Por lo general, la pérdida de peso se consigue a través de una disminución de la ingesta total. Los individuos comienzan por quitar los alimentos que poseen un alto

contenido calórico; al finalizar, la mayoría de estos termina con una dieta altamente estricta, limitándose a muy pocos alimentos.

Según la APA (2002), existen dos tipos de anorexia nerviosa:

- **Restrictivo:** está caracterizado por una limitación de alimentos, el uso de rigurosas dietas, ejercicio excesivo y provocación del vómito. No se emplean atracones ni purgas.
- **Purgativo:** se caracteriza porque los individuos se valen de atracones y purgas, hay provocación del vómito, después de atracón hay sentimientos de culpa.

Hay otro tipo de anorexia, conocida como anorexia nerviosa atípica, debido a que no cumple con todas las características clínicas: el individuo no presenta pérdida significativa de peso o, en el caso de las mujeres, la amenorrea.

### **2.2.2 Bulimia nerviosa**

Según la APA (2002), la bulimia nerviosa es un trastorno alimentario que se caracteriza por la presencia de atracones recurrentes; un atracón es la ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo, en cantidades superiores a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo de tiempo corto.

Según Jarne y Talarn (2000), el síndrome bulímico es un trastorno que se caracteriza por un modelo de alimentación anormal, con episodios de ingesta voraz, seguidos de maniobras para eliminar las calorías ingeridas. Después de los episodios, el sujeto se siente malhumorado, con tristeza y sentimientos de autocompasión o menosprecio.

Entre los episodios bulímicos, la alimentación puede no ser normal, es decir, ser restringida o bien, presentarse en un ciclo de grandes ingestas y vómito. De igual forma que la anorexia, la bulimia nerviosa también es clasificada por la APA (2002) en dos tipos:

- Purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito, suele usar laxantes, diuréticos o enemas en exceso.
- No purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

### **2.2.3 Obesidad**

La obesidad no es considerada un trastorno como tal, sin embargo, es un problema que tiene como origen inapropiados hábitos alimentarios y repercute de manera significativa en el estado físico de los sujetos, ya que según Jarne y Talarn

(2000) puede causar serios problemas de salud como la hipertensión, intolerancia a los carbohidratos, diabetes; trastornos cardiovasculares, pulmonares y renales; artritis y problemas en las articulaciones.

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

Según la CIE-10 (referido por Castillo y León; 2005), la hiperfagia se refiere a la ingesta excesiva presentada como una reacción a acontecimientos estresantes y que da lugar a la obesidad, está caracterizada por una necesidad de adquirir alimentos de manera descontrolada. Se debe diferenciar este trastorno de acuerdo con la situación, debido a que hay casos en que la persona es obesa y suele desencadenar inseguridad, baja autoestima y relaciones interpersonales deficientes.

La clasificación mencionada indica también que duelos, accidentes, intervenciones quirúrgicas y acontecimientos emocionalmente estresantes, pueden ser los causantes de una obesidad reactiva, en especial en pacientes predispuestos a ganar peso.

En este trastorno, aparecen los atracones recurrentes, en los cuales existe una pérdida del control; no hay conductas compensatorias, enojo o culpa; suele aparecer después de una pérdida significativa de peso lograda por una dieta; las personas que la padecen comen sin hambre y a solas.



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

Se le conoce también con el término de vómitos psicógenos e hiperémesis gravídica psicógena (la persona vomita mucho y tiene muchas náuseas, pero no tiene nada que ver con los factores biológicos, sino meramente con lo psicológico).

Pueden aparecer vómitos repetidos, no autoprovocados, en cuadros disociativos, en la hipocondría como uno de los muchos síntomas corporales experimentados, así como en el embarazo, en donde factores emocionales pueden facilitar la aparición de vómitos o náuseas recurrentes (Castillo y León; 2005).

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

El CIE-10 (retomado por Castillo y León; (2005) menciona un trastorno que se presenta por lo general en la infancia y en la niñez. La característica fundamental es que el niño rechaza los alimentos o presenta conductas muy caprichosas, que se alejan bastante de lo que es una conducta alimentaria considerada normal y lo hace frente a su cuidador actual.

Según Jiménez (1997), los problemas alimentarios en la infancia pueden ser problemas de conducta a la hora de comer, negación a tomar múltiples alimentos, ingesta de comida mezclada o falta de apetito, demora o dificultad para comer.

Jiménez (1997) también habla de otro tipo de problemas alimenticios, los cuales se explican a continuación:

- Rechazo de alguna clase de comida: esto es un comportamiento frecuente en la infancia. Puede ser incluso considerado como un comportamiento normal, ya que todas las personas se niegan a ingerir algún tipo de comida. El problema radica cuando el niño no quiere probar ninguna clase de alimento, lo cual atenta contra su salud. Los motivos de esa negativa pueden deberse al olor, al sabor o a la mayor dificultad de ingerir tales alimentos.
- Negación a tomar alimentos sólidos: este tipo de rechazo surge cuando los niños comienzan a cambiar los líquidos por papillas o comidas un poco más consistentes, se va dando de una manera progresiva hasta llegar a comer comidas trituradas y rechazan el alimento, hasta que se acostumbran a una nueva forma de alimentación.
- Ingesta de comida mezclada: el niño se come únicamente aquellos alimentos que están triturados y con mezcla de sabores, por lo regular el problema lo genera el adulto que se encarga de dar la comida al niño.

Por otra parte, el infante se familiariza con una mezcla de sabores y, más adelante cuando, se le intenta dar por separado los alimentos, no acepta el sabor propio de cada comida.

- Falta de apetito: la apetencia del niño disminuye de forma natural y sus preferencias y es cuando sus preferencias alimenticias pueden variar, o bien se produce una reducción de apetito, pero dependiendo de los hábitos que tenga en ese momento, los cuales son los que se han aprendido en los años anteriores.
- Tiempo de comida excesivo: este es el tipo de problema más frecuente, pero depende de cada niño, debido a que no todos tardan el mismo tiempo en terminar sus alimentos; se caracteriza por lentitud al comer, negación para pasar de la comida triturada a la sólida y rechazo a comer toda la comida que los padres le imponen. El resultado final suele que la comida acaba por echarla fuera el niño, ya que no es posible tragarla.
- Los vómitos: es un problema que también puede darse en la infancia, aunque con menor frecuencia. Quizá este es el problema que más preocupa a los padres cuando se presenta, normalmente porque lo relacionan con un problema físico.

Existen otras variables relacionadas a las conductas inadecuadas respecto a las comidas explicadas por Castillo y León (2005), las cuales son el trastorno de pica, la rumiación y la potomanía, explicadas a continuación.

- Pica o alotriofagia: es un trastorno de la conducta alimentaria en la que el sujeto ingiere sustancias no nutritivas, como tierra o trozos de pared con pintura; se considera normal en un niño pequeño que se encuentra en su etapa oral, pero deja de serlo cuando aparece por encima de los 18 meses.
- Rumiación o mericismo: consiste en la regurgitación repetida de la comida ingerida, que se presenta entre los tres y los doce meses. Cuando es grave se acompaña de pérdida de peso o incapacidad para ganar el esperado para la edad del niño, debido a que la comida es expulsada o, en otras ocasiones, de nuevo deglutida.
- Potomanía: hace referencia a la ingesta excesiva de líquidos, habitualmente agua. En este último caso, al igual que en los anteriores, es aconsejable acudir con algún especialista, para poder descartar problemas orgánicos.

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

Para Ajuriaguerra (1973), las zonas que rodean el orificio bucal, precisamente los labios, mucosas intrabucales y la lengua, tienen una representación cortical muy extensa; esto indica la importancia de su representación frente a zonas relacionadas con otras partes del cuerpo.

El automatismo oroalimenticio de succión y deglución aparece tempranamente. Los movimientos de succión labial existen desde el nacimiento, por consiguiente desde ese momento, se observa ya un reflejo oroalimenticio y una orientación dirigida a la fuente de excitación, y con esta como reacción oral, aparece una de las primeras formas de relación con el mundo externo.

El bebé reacciona más cuando está hambriento que cuando se encuentra satisfecho. Posteriormente, la búsqueda de satisfacerse comenzará a girar en torno a la comida, que es también una fuente de placer. La actividad oral es fuente de satisfacción y necesidad biológica de nutrición.

### **2.3.1 Organización oroalimenticia**

Según Ajuriaguerra (1973), en los primeros días de nacido, el niño reacciona ante cualquier estímulo oral, por ejemplo, al contacto con los dedos o con el pecho; posteriormente el infante depende del cuidado y protección que la madre le brinde a

través de la alimentación y el contacto corporal que se da a través del seno y los labios, además, de la forma y el cuidado con el que el niño es tomado en brazos por la madre, es decir, ahora el infante es capaz de reconocer a la mamá como un objeto que le provee amor y protección, a través de la alimentación.

Por otro lado, Ana Freud (retomada por Ajuriaguerra; 1973) distingue dos satisfacciones distintas: la de saciar el apetito y la erótica oral. Desde la perspectiva de esta autora, a partir del segundo año el niño distinguirá entre su madre y el alimento; menciona que la actividad oral es la fuente de satisfacción, ya que existe una necesidad biológica de nutrición.

Es también una fuente de contacto, un juego de labios o mordiscos que consiste en la apropiación de un objeto externo, es el inicio del aprendizaje consistente en tomar y dejar. De este modo, durante un tiempo, la boca será el único medio para apropiarse de objetos y producir satisfacción, además de ser una herramienta eficaz para mantener contacto con el exterior.

Según Ajuriaguerra (1973), la madre, al darle pecho al niño, no solamente cumple con la función de alimentarlo, sino que con base en esto se forma una relación donde el niño, a través del pecho, encuentra su comodidad, es decir, no solamente se satisface su necesidad de alimentación, sino todas las restantes, en especial la de afecto.

### 2.3.2 Alteraciones en la esfera oroalimenticia

Ajuriaguerra (1973) señala que la anorexia se puede presentar en tres modalidades, estas son: la del recién nacido, de la segunda infancia, y la mental esencial de las adolescentes, en este apartado solo se hablará de las dos primeras.

- La anorexia esencial precoz es relativamente rara, puede aparecer en las primeras etapas de vida o el primer día de vida del bebe; se da en niños de poco peso, que son nerviosos y despiertos.
- La anorexia del segundo semestre aparece entre el quinto y el octavo mes de vida, se da porque la leche cada vez se restringe más.

Hay dos subtipos de anorexia según el comportamiento infantil ante la comida, estos son:

- La anorexia inerte, que es cuando el niño deja de comer, no tiene iniciativa, y llega a vomitar la poca comida que ingirió.
- La anorexia de oposición, en esta el niño llora, rechaza la comida y pelea con los padres con la finalidad de no comer.

Ajuriaguerra (1973), también retoma a Kreisler, quien separa dos tipos de anorexia durante el segundo semestre de vida del infante, estos son:

- La anorexia simple: es una conducta de rechazo a un nivel básico y no es considerada como pérdida del apetito.
- La anorexia compleja: en esta la comida no le es de interés al niño, existe una resistencia a probar los alimentos.

Por otro lado, Ajuriaguerra (1973) menciona también la anorexia de la segunda infancia, esta suele presentarse en niños que durante su primer año de vida se han alimentado de una manera normal, se manifiesta mediante el rechazo a la comida, y suele ser provocado por llevar el mismo ritmo que los adultos.

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

Para comenzar este apartado, es importante destacar a Costin (2003), quien señala que en sí mismos, los rasgos individuales que posee cada persona, no son causantes de un trastorno de alimentación, simplemente la persona está predispuesta a eso. Por lo tanto es la combinación de algo familiar o personal con otros factores que precipitan la situación, lo que puede desencadenar un trastorno alimentario.

Aunque se pueden tener características en común, no todas las personas presentan los mismos síntomas. A continuación se muestra un perfil de que según Costin (2003), representa a las personas que pueden tener riesgo de predisponer un trastorno alimentario.



- Problemas con la autonomía: esta dificultad la presentan jóvenes que viven muy pendientes de lo que las demás personas esperan de ellos, intentan cumplir los ideales de sus padres más que los de ellos mismos. La seguridad esta puesta exclusivamente en el exterior, en cumplir con lo que se supone que se espera de ellos, en adecuarse a las expectativas de los otros, y terminan con un sentimiento de ineficacia personal. Estos jóvenes tienen dificultades para funcionar de manera separada de la familia u otras personas.
- Déficit en la autoestima: generalmente, la sensación de baja autoestima nace de juzgarse a sí mismo desde lo que los demás consideran valioso, o bien, califican como algo positivo o agradable. Por lo tanto, la persona hará que el peso y la figura cobren esencial importancia para lograr elevar la autoestima.
- Camino a la perfección y el autocontrol: la tendencia al perfeccionismo es común entre los jóvenes; esa búsqueda de perfección se desplaza al peso corporal, ya que para alcanzar la perfección, es preciso mantener el cuerpo ideal a cualquier costo. Esto resulta perjudicial, ya que nunca logran cumplir con el dominio y la perfección por la que luchan tanto.
- Miedo a madurar: es el temor a crecer, los trastornos alimentarios se desarrollan por lo general en la pubertad, pasando por la adolescencia; en esta erala los jóvenes atraviesan por varios cambios físicos, sexuales, emocionales y sociales.

“Otro aspecto de ese temor a crecer, de ese mantenerse como niños, es que conservan un pensamiento infantil que se mueve entre los extremos: bueno-malo, todo-nada y obeso-delgado” (Costin; 2003: 79).

## **2.5 Causas del trastorno alimentario**

Costin (2003) menciona que los factores predisponentes se refieren a los elementos socioculturales, familiares e individuales que contribuyen para que se presenten los trastornos alimentarios.

Tanto la familia como la sociedad, son parte importante de la vida del ser humano, ya que influyen de manera activa en las decisiones que este pueda tomar. La elección de ingerir o no la comida, tiene la consecuencia de cambiarla forma y el tamaño del cuerpo, lo cual lo somete a varias interpretaciones sociales.

### **2.5.1 Factores predisponentes individuales**

Ogden (2005) señala que los componentes que influyen en la conducta de comer tienen su origen en las actitudes, aprendizajes, creencias, complejidad psicológica y fisiológica de la persona, es por esto que la comida facilita el tener conocimientos sobre la identidad personal y actúa como un medio de comunicación que permite saber las necesidades y conflictos internos y el sentido del yo.

La comida se puede clasificar en cinco tipos; estos son:

1. Comida frente a no comida: delimitación de lo que es comestible y de lo que no lo es.
2. Comidas sagradas frente a profanas: distinción entre las comidas permitidas por la religión y las que no.
3. Clasificación de comidas paralelas: los alimentos pueden distinguirse por calientes o fríos; las enfermedades se adjudican al equilibrio que existe entre unos y otros.
4. Comida como medicina, medicina como comida: describe la separación y el solapamiento entre la comida y la medicina.
5. Comidas sociales: describe la función social de la alimentación, la cual puede entenderse como una forma de afirmar y desarrollar relaciones, simbolización de estatus y definición de identidad de grupo a través de patrones tradicionales.

La comida es el medio través del cual se comunican una serie de significados, que son descritos a continuación:

- La comida como afirmación del yo: facilita la información sobre la identidad personal y actúa como una comunicación de necesidades y conflictos internos. El sentido del yo está íntimamente ligado a la identidad de género y la idea de ser. “En particular, la comida representa la sexualidad, los

conflictos entre culpabilidad y placer, comer y negación, y una expresión de autocontrol.” (Ogden; 2005: 67).

- Comida y sexualidad: aquí la comida representa una vía para la satisfacción sexual. Existe semejanza biológica entre la comida y la sexualidad, debido a que en ambos casos se da un impulso básico para la sobrevivencia; son placenteros e implican una vulnerabilidad al violar los límites corporales normales.
- Comer frente a la negación: la comida es un medio de conflictos intrapersonales. La comida es una fuente de placer, pero muchas veces no lo es para las personas que tienen la responsabilidad principal de facilitarla. “Las mujeres por lo general tienen el control de la comida, pero al mismo tiempo, se niegan a sí mismas el placer de comer.” (Ogden; 2005: 70)
- Culpabilidad frente a placer: la comida y el sexo son actividades placenteras, y al mismo tiempo generan sentimientos de culpa. Al comer algunos alimentos aparece la culpa, además de algunos sentimientos de vergüenza y una sensación de desesperación. En consecuencia, la comida es un foro para los conflictos entre la culpa y el placer.

- La comida y el autocontrol: Ogden (2005) sostenía que las dietas se han convertido en el vehículo perfecto para el autocontrol, al mencionar que la persona anoréxica refleja a ese individuo autocontrolador.
- La comida como interacción social: el alimento constituye un instrumento de comunicación en la familia, ya que a menudo el comedor es el lugar donde se reúne la familia; asimismo, los tipos de alimentos que se toman y la forma de cocinarlos, pueden crear un sentido de identidad de grupo.
- La comida como amor: Charles y Kerr (retomados por Ogden; 2005) explican que con frecuencia, los alimentos dulces se utilizan para tranquilizar a los niños y mantener una armonía familiar, ya que son signos de amor familiar y de la determinación de agradar y satisfacerse. También señalan que los alimentos sanos y apetitosos son signos de amor familiar, de agradecimiento y satisfacción para los distintos miembros de la familia, se dice que las mujeres demuestran su amor al preparar alimentos a sus seres queridos.
- Salud frente al placer: este es un conflicto acentuado, ya que a menudo las dietas preferidas son poco saludables; por lo tanto, existe dificultad para llevarlas a cabo sin cambios en el estado de ánimo, en el sentido negativo.
- Relaciones de poder: el reparto de la comida refleja las relaciones de poder y las divisiones sexuales dentro de la familia, en concreto, se otorgan las

porciones mayores a los hombres, mientras que a las mujeres y niños se asignan las menores.

- La comida como identidad cultural: es una forma de comunicación que se produce en el contexto social más amplio, la comida puede interpretarse como información relativa de la identidad cultural.
- La comida como identidad religiosa: se convierte en un medio a través del cual puede comunicarse la santidad dentro de la familia, a través de los simbolismos y ritos que representan los alimentos.
- La comida como poder social: Las personas poderosas comen bien. Como menciona Wolf (citado por Ogden; 2005), la comida es el símbolo primordial del valor social, pero también una muestra de poder social a través de las huelgas que se han realizado como rechazo hacia el alimento.

En suma, la comida lleva consigo significados diversos, ante los cuales las personas adoptan diversas actitudes que pueden, según las circunstancias individuales, favorecer algún trastorno de alimentación.

## 2.5.2 Factores predisponentes familiares

Costin (2003) menciona que es difícil diferenciar cuáles son los factores característicos de las familias que tienden a presentar trastornos alimentarios en alguno de sus miembros, y solo destaca algunas características que pueden llegar a dar origen a la presencia de un trastorno:

- Escasa comunicación entre sus miembros.
- Incapacidad para la resolución de los conflictos que se presentan.
- Sobreprotección por parte de los padres.
- Rigidez y falta de flexibilidad para encarar las situaciones nuevas, o regular las reglas familiares adecuándolas a los cambios de etapa.
- Ausencia de límites generacionales.
- Expectativas demasiado altas de los padres a sus hijos.
- Historias familiares con depresión y alcoholismo.
- Existencia de abuso sexual o físico en el seno familiar.

Por otra parte, Rausch (1996) al igual que Costin (2003), enfatiza que no es fácil realizar investigaciones sobre los factores familiares, pero hay ciertas características de organización y funcionamiento que suelen generar o predisponer trastornos alimentarios:

- Rigidez en las reglas: los padres que marcan pautas muy severas, en lugar de permitir que los hijos se desarrollen, los llevan a no expresar sus emociones y con esto, logran generar problemáticas en ellos.
- Fronteras problemáticas: son las reglas que determinan en cada momento quién participa, las fronteras marcan los espacios en los que es permitido participar y el lugar de cada uno en una determinada situación; si las fronteras son demasiado rígidas, los miembros de la familia tienden a carecer de flexibilidad para adaptarse a los cambios.
- Jerarquías alteradas: cuando el modo de establecer algunas normas se generaliza en una familia, se alteran las jerarquías y existe la posibilidad de que los hijos queden a cargo de las funciones de los adultos.
- Fallas en el control: algunas familias suelen ser controladoras y mantienen lazos excesivamente estrechos entre sus miembros, que inhiben el desarrollo de su autonomía, generalmente eso se vincula al desacuerdo entre los padres respecto al control y la manera de educar.

### **2.5.3 Factores socioculturales**

Costin (2003) señala que la mujer tiende a depender más del reconocimiento externo para sentirse bien, la persona que sufre de un trastorno de alimentación llega



a obsesionarse con la comida y el acto de comer, además de que dispone de poco tiempo para pensar en estar bien y mucho menos tiene una estabilidad emocional para cumplir con sus actividades laborales, escolares o sociales.

La sociedad premia la delgadez, ya que las mujeres que poseen esta cualidad tienen una gran aceptación social y éxito. Existen numerosos prejuicios acerca de la gordura. Cuando se habla de un cuerpo perfecto, no se hace referencia a la salud que tiene, sino a que cumple como los parámetros que la moda estipula.

La mayor parte del tiempo, los medios de comunicación proveen inadecuada información a las personas y debido a esto, surgen este tipo de trastornos, las mujeres son más propensas a caer debido a que no tienen firmes sus valores y poseen sentimientos negativos hacia ellas mismas.

Es muy importante que las personas tomen en cuenta su valor, tanto físico como mental, se den cuenta de las habilidades que poseen y de lo que son capaces de realizar, solo con esto podrán dejar a un lado los prejuicios que impone la sociedad.

## **2.6 Percepción del cuerpo en el trastorno alimentario**

Jarne y Talam (2000) señalan que las personas que padecen de un trastorno alimentario, manifiestan una profunda insatisfacción con su cuerpo y consigo mismas. Existen dos aspectos que conforman la imagen corporal: el primero es el

cognitivo, que es como se percibe el propio cuerpo; el segundo es el emocional, que está unido al sentimiento que provoca la percepción del cuerpo.

Los trastornos de la alimentación se pueden presentar en mayor o menor medida en todos los trastornos psicopatológicos. A pesar de esto, la manera en que aparece suele ser por episodio, espontánea y muy ligada a la enfermedad base.

Ogden (2005) señala que dentro de la enfermedad se encuentra la insatisfacción corporal, la cual puede ser vista de tres maneras:

1. Imagen corporal deformada: hay una alterada estimación del tamaño corporal y una percepción de que el cuerpo tiene más volumen de lo que en realidad posee.
2. Discrepancia del ideal: existe inconformidad entre la percepción de la realidad y la de un ideal, dicha perspectiva no lleva a la comparación con el volumen real de la persona.
3. Respuestas negativas al cuerpo: son sentimientos y pensamientos negativos. La percepción que tiene el individuo de su cuerpo y su volumen real o la discrepancia entre la percepción de este y el ideal, o simplemente, como sentimientos de inconformidad con el volumen y la forma del cuerpo.

Existen factores psicológicos asociados a la insatisfacción corporal, en estos se incluyen las creencias y la relación madre-hija:

“Los factores sociales, como la clase social y el carácter étnico, pueden estar relacionados con la insatisfacción corporal, es probable que su influencia este mediada por el papel que desempeñen las creencias de la persona insatisfecha de los miembros de su familia con respecto al cuerpo de dicha persona.” (Ogden; 2005: 109).

La relación madre-hija, habla de que existe probabilidad de que esta se encuentre inconforme con su cuerpo cuando se da una relación en la que la madre no cree en su propia autonomía ni en la de sus hijas, así, muestra una tendencia a proyectar en ellas sus propias expectativas.

Para Ogden (2005), la insatisfacción corporal puede estar causada por:

- Cultura: la inconformidad corporal tiene una estrecha relación con un grupo étnico o con una clase social, también puede surgir cuando un grupo intenta asimilar los elementos culturales de su nuevo entorno.
- Medios de comunicación: la inconformidad que muestran las mujeres con su cuerpo, se debe a la representación que dan los medios de comunicación sobre ellas, ya que en estos suelen mostrarlas delgadas, con ello, lo único que logran es provocar la visión de que ser delgado es lo ideal.

- Familia: las madres que tienen un conflicto con su cuerpo, provocan en sus hijas la misma sensación, lo que les lleva a estar inconformes con su cuerpo.

“Parece que la insatisfacción corporal puede provenir de los medios de comunicación. Es más, puede estar relacionada con el carácter étnico, la clase social y la propia insatisfacción corporal de la madre. Además, es posible que el impacto de esas influencias sociales esté mediado por factores psicológicos, como las creencias y la naturaleza de las relaciones” (Ogden; 2005: 90).

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

Para Costin (2003), las prácticas para controlar el peso y las obsesiones con los regímenes alimentarios (dietas) dejan de ser una solución al problema, y se convierten en lo que lo mantiene, o sea, lo perpetua.

Algunos de los factores que mantienen dichos trastornos son; poseer información falsa acerca de los problemas físicos y emocionales que se asocian con la deficiente alimentación, al igual que no poseer ningún tipo de información en torno a una sana alimentación y la presencia de dietas, ya que lo adictivo es la dieta y no la comida en sí misma.

La dieta es por excelencia el factor que hace perpetuo un trastorno alimentario porque la persona no se siente satisfecha con su cuerpo; después de la

dieta, sigue con este sentimiento de insatisfacción, se rinde y come; luego se vuelve a poner a dieta y se crea así un círculo vicioso.

Debido a que el cuerpo que se encuentra mal alimentado, causa malestar anímico y emocional, además de que provoca debilidad en la persona. Costin (2003) expresa que es inevitable que las consecuencias afecten tanto a la parte física como la anímica.

Las repercusiones anímicas implican depresión, intolerancia e irritabilidad, comportamientos autodestructivos y cambios abruptos del humor, nerviosismo, ansiedad, presencia de nuevos hábitos como el fumar o el comerse las uñas, pérdida de motivación, sensación de desesperación e inseguridad, además de dificultad en la concentración, comprensión y el estado de alerta.

Las transformaciones físicas incluyen hipersensibilidad a la luz y a los ruidos, problemas de visión y auditivos, adormecimiento de miembros, molestias gastrointestinales, calambres, pérdida de cabello, enlentecimiento metabólico, pérdida de temperatura corporal, interrupción de la menstruación en las mujeres, debilidad muscular y deshidratación.

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

Kirschman y Salgueiro (2002) definen el concepto de comorbilidad como la ocurrencia conjunta de dos o más trastornos mentales o condiciones médicas; este término no se aplica a síntomas, solo a trastornos o enfermedades.

La comorbilidad intenta abarcar las perspectivas genética, neurobiología, cognitiva y psicosocial.

La serotonina ha sido vinculada con síntomas como variaciones en el estado de ánimo, suicidio; así como problemas alimentarios, impulsividad, violencia, rasgos de ansiedad y evitación, o bien, de tipo obsesivo compulsivo. Se considera también que la serotonina funciona como inhibidor general de la respuesta conductual y un modulador de la conducta motriz.

Una alteración sináptica de las vías centrales serotoninérgicas, podría explicar los recurrentes periodos de atracón, impulsividad y depresión en pacientes con trastornos alimentarios.

Entonces, la comorbilidad describe el efecto de una enfermedad o varias, en un paciente cuya enfermedad primaria es otra, es decir, es el grado de relación que existe entre un trastorno y otro. Una de las principales complicaciones que genera dicha comorbilidad es que dificulta un diagnóstico.

Según la teoría de Jarne y Talarn (2000), los trastornos alimentarios se presentan en mayor o menor medida en prácticamente todos los trastornos psicopatológicos. A continuación se presentan algunos de ellos:

- Trastornos alimentarios en la esquizofrenia: la presencia de alteraciones alimentarias en la psicosis y esquizofrenia es muy frecuente; es importante mencionar el rechazo absoluto de alimentación, debido a la falta de contacto con el medio que caracteriza este trastorno, la cual conduce a su negación a ingerir alimentos.

Respecto a lo anterior, “se observa la negativa por parte del paciente a ingerir algunos o todos los alimentos que se le ofrecen, debido a la presencia de ideación delirante de envenenamiento, perjuicio, etc.” (Jarne y Talarn; 2000: 145).

- Trastornos alimentarios en las depresiones: Jarne y Talarn (2000) mencionan que los trastornos de la alimentación por exceso o por defecto, resultan un fenómeno habitual en la totalidad de los trastornos afectivos, independientemente de sus formas clínicas. En la depresión se pueden identificar cuatro:
  - Depresión mayor con melancolía.
  - Depresiones melancólicas delirantes.
  - Delirio hipocondriaco.
  - Depresiones menores y reactivas.

- Trastornos alimentarios en la manía: “en la fase aguda de la manía, los pacientes pueden pasar mucho tiempo sin tener la necesidad de alimentarse o, por el contrario, solicitar una gran cantidad de comida, aunque la ingesta sea normal y no hagan uso de ella” (Jane y Talam; 2000: 146).
- Trastornos alimentarios y fobia: el sujeto a partir de una experiencia traumática, puede desarrollar un cuadro fóbico en el que aparecen las conductas de evitación y ansiedad anticipatoria. Cuando la fobia afecta líquidos y sólidos, el paciente no acepta ningún tipo de alimento oral, lo cual puede desencadenar una situación de riesgo para él.
- Trastornos alimentarios en la ansiedad: “el trastorno ansioso de presentación aguda, suele cursar con pérdida del apetito de moderada intensidad, mientras que en los de curso cronicado, la pérdida, aunque moderada, es sostenida y puede llegar a tener repercusiones ponderales estimables.” (Jane y Talam; 2000: 147).

Cuando el paciente ha vinculado ingestas fuera de las horas habituales, con el tiempo se forman hábitos alimentarios incorrectos.



- Trastornos alimentarios en el trastorno obsesivo – compulsivo: las personas que padecen de trastornos de la alimentación en este trastorno, comen lentamente, escogen sus alimentos muy meticulosamente. Existen ideas de contaminación y suciedad, lo cual puede modificar de manera significativa los hábitos alimentarios.

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

Jarne y Talarn (2000) mencionan que el tratamiento de la anorexia tiene como objetivo principal la recuperación del peso, es por ello que la reestructuración de la dieta y los hábitos alimentarios son un procedimiento vital en el proceso terapéutico.

Una vez detectado el trastorno y normalizada la dieta, se deben resolver los problemas psicológicos, familiares y sociales que concurren en la anorexia nerviosa. Por ello se debe implementar un programa de seguimiento que puede incluir:

- Recuperación ponderal: es la rehabilitación nutricional y la normalización de la dieta, tiene el fin de corregir las consecuencias físicas y psicológicas de la mala nutrición.
- Tratamiento dietético: se puede iniciar con una dieta normal o se puede ir aumentando progresivamente la cantidad de calorías.

- Tratamiento psicológico: debido a que las intervenciones psicoterapéuticas son poco efectivas en las fases más graves de la enfermedad, en los últimos años se ha optado por la psicoterapia de refuerzo, las técnicas de relajación y las sesiones psicoeducativas, con la finalidad de que el paciente no vea el programa conductual como algo que le reprime.  
Es importante recalcar que la terapia cognitivo conductual se ha implementado con frecuencia en la última década y, aunque no es la única, ha sido la más efectiva en el tratamiento de la anorexia nerviosa.
- Tratamiento farmacológico: el uso de fármacos coadyuva en el tratamiento psicológico, sobre todo en lo relacionado al control de patologías asociadas como la depresión.
- Terapia familiar: es importante que tanto el paciente con trastornos como la familia, se mantengan en tratamiento psicológico, con la finalidad de identificar los orígenes de la problemática y trabajar con ella.

Hay dos tipos de tratamiento: uno es el ambulatorio, en el cual el paciente no permanece hospitalizado, ya que se limita la internación hasta donde lo permitan las circunstancias; este se da en la mayoría de los casos. El otro tipo es la hospitalización, a la cual se recurre cuando la pérdida del peso corresponde de un 25 a un 30%.

Uno de los ejes de la terapia individual consiste en ayudar al paciente a reconocer, aceptar u manejar sus propios deseos, sentimientos y opiniones, así como dar a conocer sus experiencias.

En cuanto al tratamiento de la bulimia nerviosa se tomará en cuenta lo siguiente:

1. Restablecer las pautas nutricionales normales.
2. Recuperación física.
  - Estabilización del peso.
  - Rehidratación y normalización electrolítica.
  - Corrección de anomalías físicas (reflujo gastroesofágico, erosión de la mucosa digestiva, dilatación gástrica, erosión del esmalte dental e inflamación parótida).
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.

En tanto, en el tratamiento de la anorexia y de la bulimia, la tarea más importante es restablecer el campo físico; esto no significa que un campo es más importante que otro, simplemente se prioriza lo emergente, con la finalidad de que el tratamiento en las áreas psicológica y social, sea igualmente efectivo. De esta manera se da por terminado este capítulo y, por ende, el marco teórico, de manera que en las páginas restantes se expone la metodología que se requirió para la recolección y tratamiento de datos y los resultados.

## **CAPÍTULO 3**

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

El presente capítulo se expondrá en dos partes: en la primera, se presentará la descripción metodológica del estudio. Por su parte, en la segunda, se expondrán los resultados obtenidos en la investigación de campo y se efectuará un análisis e interpretación de los resultados.

#### **3.1 Descripción metodológica**

Según Hernández y cols. (2014) los enfoques cuantitativo y cualitativo son distintos, sin embargo, comparten algunas características:

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

##### **3.1.1 Enfoque cuantitativo**

En la presente investigación, en función de los objetivos formulados al inicio, se tomó como enfoque indagatorio el cuantitativo. Muchas de las cualidades metodológicas corresponden con las enunciadas por Hernández y cols. (2014), se presentan a continuación aquellas que adoptó el presente estudio.

- Refleja la necesidad de medir y estimar magnitudes de fenómenos o problemas de investigación.
- El investigador o investigadora plantea un problema de estudio delimitado y concreto sobre el fenómeno, aunque en evolución.
- Las hipótesis se generan antes de recolectar y analizar los datos.
- Una vez planteado el estudio, el investigador considera lo que se ha examinado anteriormente y construye un marco teórico del cual deriva una o varias hipótesis.
- Somete las hipótesis a prueba mediante los diseños de investigación apropiados.
- Debido a que los datos son producto de mediciones, se representan mediante números y se deben analizar con métodos estadísticos.
- Los estudios cuantitativos siguen un patrón fijo y estructurado, y es debido tener presente que las decisiones críticas sobre el método se toman antes de recolectar los datos.

### **3.1.2 Investigación no experimental**

Existen dos tipos de diseño: el experimental y el no experimental, el primero se caracteriza por manipular deliberadamente las variables, con la finalidad de obtener la información que necesita.

La presente investigación se inclina por un diseño no experimental, y haciendo referencia a Hernández y cols. (2014) este es un estudio que se realiza sin manipular las variables, en otras palabras, únicamente se observan los fenómenos en su ambiente natural.

### **3.1.3 Diseño transversal**

Según Hernández y cols. (2014) la diferencia entre un diseño transversal o transeccional y uno de carácter longitudinal, es que el primero se lleva a cabo en un tiempo determinado, con el objetivo de estudiar una población en un contexto bien definido; una analogía útil es la que lo representa como tomar una fotografía y analizarla a detalle. En el segundo tipo de diseño, se hacen varias mediciones en tiempo distinto; uno de sus objetivos es captar la evolución de las variables, como un video, capaz de registrar los cambios de los fenómenos según el paso del tiempo.

La presente investigación se realizó con base en un diseño transversal, ya que las características de dicho diseño fueron las que más se adecuaron al estudio, debido a que en esta, se recolectaron datos en un momento y en un tiempo determinado, es decir, se tomaron en cuenta los datos obtenidos de los tests aplicados a los alumnos del Instituto Tancítaro, en torno al nivel de autoestima y su relación con la presencia de trastornos alimentarios en un solo momento y lugar determinados.

#### **3.1.4 Alcance correlacional**

De acuerdo con lo mencionado por Hernández y cols. (2014), los estudios correlacionales tienen como propósito analizar la relación existente entre dos o más variables, para poder conocer de qué manera o en qué grado afecta a la otra, todo dentro de la población con características similares. El proceso para observar la correlación se da a través de la medición de cada una de ellas, en los resultados se puede observar si realmente existe una posible vinculación de las mismas. Estas conexiones entre variables se sustentan a través de hipótesis, las cuales son sometidas a prueba.

Según Hernández y cols. (2014), la utilidad principal de los estudios correlacionales es saber cómo se puede comportar un concepto o una variable al conocer el de otras variables vinculadas, para poder saber el valor aproximado que tiene un grupo de individuos o casos en una variable, a partir del valor que poseen en las otras.



Las correlaciones entre variables pueden ser positivas o negativas. Las primeras se dan cuando los valores o resultados de una variable que son altos, también aparecen altos la segunda variable.

Las negativas se dan cuando los resultados altos de una variable, aparecen bajos en la segunda; por otra parte también, existen casos en los no hay correlación entre variables, esto quiere decir que ambas siguen su curso natural sin afectarse una a la otra. Si están vinculadas y se conoce el grado en que una impacta a la otra, podrá determinarse el valor aproximado que tendrá en la población, es saber qué valor tiene la otra.

### **3.1.5 Técnicas de recolección de datos**

Un instrumento es aquel recurso que facilita una acción, es algo tangible, algo físico. Las técnicas representan la manera de utilizar ese instrumento, la forma de manejarlo, de hacerlo útil, de lograr un objetivo con él.

Las técnicas cuantitativas son aquellas que utilizan mediciones numéricas para representar los fenómenos de estudio.

La presente investigación utilizó técnicas estandarizadas para la recolección de los datos. Los tests psicométricos se basan en técnicas estandarizadas en

basadas en investigaciones estadísticas, que garantizan la confiabilidad y la validez en la medición.

La utilización de los tests psicométricos obedece a varias razones: tiempo, validez, confiabilidad y utilidad.

- La confiabilidad avala que se mide un fenómeno estable a través del tiempo y no un factor temporal o de momento.
- La validez garantiza que se mide efectivamente lo que se pretende medir y no una característica distinta.
- La estandarización garantiza que la medición se da en función de un parámetro similar y no con base en criterios arbitrarios

La primera prueba, de Stanley Coopersmith, está dividida en escalas de autoestima general, autoestima social, autoestima escolar – académica, autoestima familiar y una escala de mentira. Su aplicación puede ser de manera grupal o individual.

La prueba cuenta con escalas y subescalas. La escala está conformada por 58 reactivos, los cuales sirven para estimar el nivel de autoestima en adolescentes y jóvenes.

La primera subescala hace referencia a la autoestima general y está conformada de 26 reactivos, asociados con el concepto que el adolescente presenta

de sí mismo. La segunda subescala es la de autoestima social, está compuesta por 8 reactivos asociados a la preocupación acerca de las ideas que las demás personas manifiestan acerca del sujeto que contesta el test. La siguiente subescala es la referente a la autoestima escolar-académica y consta de 8 reactivos, dicha subescala describe la forma en la que el adolescente se percibe en función al rendimiento que tiene en el área educativa. La cuarta subescala identifica la autoestima familiar, consta de 8 reactivos que permiten identificar la imagen que tiene el sujeto de sí mismo en relación con el hogar (Brinkmann y cols.; 1989).

La quinta y última subescala es la de mentira; está compuesta de 8 reactivos y fue diseñada para detectar conformidad o falsificación deliberada en las respuestas emitidas a lo largo del test.

El Inventario de Autoestima de Stanley Coopersmith tiene un nivel de confiabilidad de 0.88 y fue estandarizado con adolescentes y jóvenes universitarios en Chile, en 1984, con baremos basados en el puntaje T (Brinkmann y cols.; 1989).

El segundo instrumento utilizado en esta investigación fue el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2). Dicho inventario fue elaborado por David M. Garner en 1998.

El EDI-2 cuenta con una confiabilidad de 0.83 en el alfa de Crobach y una validez de contenido concurrente, de criterio, así como de constructo. Se conforma de 11 escalas, las cuales son:

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

### **3.2 Delimitación y descripción de la población**

Según Hernández y cols. (2014), población es el conjunto total de individuos, objetos o medidas que poseen algunas características comunes observables en un lugar y en un momento determinado.

En el caso del presente estudio, la población fue conformada por la totalidad de los alumnos de la escuela preparatoria del Instituto Tancítaro, en Tancítaro, Michoacán, que asistieron a clase el 22 de octubre de 2014. Dado que son 75 alumnos, no hubo necesidad de extraer una muestra.

Es necesario aclarar que de la población original, fueron eliminados ocho casos, puesto que en la escala de mentira del Inventario de Autoestima de Coopersmith, superaron el puntaje límite, y cuatro no asistieron a la escuela el día de la aplicación.

Los estudiantes de la escuela preparatoria del Instituto Tancítaro, en Tancítaro, Michoacán son adolescentes de entre 15 y 19 años de edad, de un estatus económico medio alto, procedentes de familia que trabaja en el sector agrícola.

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

Para comenzar este apartado, es necesario señalar que la validez de una investigación se sustenta en varios aspectos como los instrumentos utilizados, la metodología y los procedimientos llevados a cabo para recabar la información. Por ello, se considera indispensable que en la presente investigación quede asentado a detalle todo el proceso que se siguió.

Para empezar, con el surgimiento de la idea de investigación y la construcción del proyecto, se inició por formular el planteamiento del problema, los objetivos la hipótesis, la justificación y demás elementos que integran la introducción.

Posteriormente se elaboraron los dos capítulos teóricos, primero el concerniente a la variable autoestima, que está dividido en 7 apartados; en segundo lugar, el de la variable indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios, el cual está conformado por 9 partes.

Enseguida se estructuró la descripción metodológica, se habló del tipo de investigación y el alcance de la misma. De la misma manera, se describió la población de estudio.

Para acceder a la población a estudiar, se obtuvo el permiso de los directivos con una llamada telefónica, y se acordó el día que se aplicarían los tests, y que sería en una de sus horas de clase.

Una vez realizado lo anterior, se continuó con la aplicación de los instrumentos a los tres grupos, uno por uno, en una de sus horas de clase. Los adolescentes contestaron el test en silencio, aunque se inquietaban con algunas afirmaciones que no podían evitar comentar entre sí.

Cada instrumento se calificó con la plantilla respectiva, luego se obtuvieron los percentiles de acuerdo con el baremo. Enseguida se vaciaron los datos en una matriz de una hoja electrónica de cálculo que contenía el nombre del alumno y los puntajes obtenidos en los tests.

A partir de los datos obtenidos, se procedió al análisis estadístico de la información y a su interpretación.

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

En este apartado se expondrán los hallazgos obtenidos en el presente estudio. Se describirán organizados en tres categorías: en primer lugar se presentarán los referidos a la variable denominada autoestima; en segundo, se hará mención a las mediciones obtenidas en la población en lo que refiere a los trastornos alimentarios; finalmente, la tercera categoría hará referencia a la relación que se encontró entre las dos variables antes mencionadas. En cada una de las categorías se hará la interpretación metodológica correspondiente.

#### **3.4.1 Nivel de autoestima en los alumnos de la preparatoria del Instituto Tancítaro**

Se afirma que la autoestima es “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, el autoestima es un juicio personal sobre la valía que se expresa en las actitudes que el individuo manifiesta hacia sí.” (Coopersmith, citado por Crozier; 2001: 205).

La media en el nivel de autoestima general fue de 45.4. La media es el promedio de un total de datos obtenidos a través de una medición, es decir, es el valor característico de una serie de datos cuantitativos y se obtiene a partir de la suma de todos los valores, dividida entre el número de sumandos (Elorza; 2007).



De igual modo se obtuvo la mediana, que representa, según Elorza (2007), el valor de la variable de posición central en un conjunto de datos ordenados; es decir, el punto bajo y arriba del cual cae un número igual de medidas. Este valor fue de 46.

De acuerdo con este mismo autor, la moda es el valor con mayor frecuencia en una distribución de datos. En cuanto a esta escala, la moda fue de 58.

También se obtuvo el valor de una medida de dispersión, específicamente de la desviación estándar, la cual es la raíz cuadrada de la suma de las desviaciones al cuadrado de una población, dividida entre el total de observaciones (Elorza; 2007). El valor obtenido en la escala de autoestima general es de 10.29.

Por otra parte, se obtuvo el puntaje de la subescala de autoestima social, encontrando una media de 50.8, una mediana de 50 y una moda representativa de 62. La desviación estándar fue de 9.32.

Asimismo, en la escala de autoestima escolar se encontró una media de 50.8, una mediana de 50 y una moda de 57. La desviación estándar fue de 11.3.

Adicionalmente, en la escala de autoestima en el hogar se obtuvo una media de 45.1, una mediana de 47 y una moda de 38. La desviación estándar fue de 10.7.

Finalmente, se obtuvo el puntaje de autoestima total, encontrándose una media de 44.5, una mediana de 44, una moda de 44 y una desviación estándar de 11.7.

En el anexo 1 quedan demostrados gráficamente los resultados de la media aritmética de cada una de las subescalas mencionadas anteriormente.

A partir de los resultados estadísticos obtenidos mediante la aplicación del instrumento, se puede interpretar que el nivel de autoestima en los alumnos de la preparatoria del Instituto Tancítaro, se encuentra dentro de los parámetros de normalidad, ya que las medidas de tendencia central se ubican entre los puntajes de 40 y 60.

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

En la escala de autoestima general, el 30% de los sujetos se ubica por debajo de T 40: en la subescala de autoestima social, el porcentaje es de 21%; mientras que en la de autoestima escolar es de 21%; en la de autoestima en el hogar, es de 35%; finalmente, el porcentaje de sujetos con nivel bajo de autoestima total es de 33%. Estos resultados se aprecian de manera gráfica en el anexo 2.

Los resultados mencionados anteriormente, muestran que no existen demasiados casos con problemas de autoestima, aunque hay algunos en los que es importante poner atención.

### **3.4.2 Indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en los alumnos de la preparatoria del Instituto Tancítaro**

De acuerdo con el DSM-IV (APA; 2002), los trastornos alimentarios se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria, los más comunes son la anorexia y la bulimia. La primera se caracteriza por un deseo intenso de pesar cada vez menos, un gran miedo al hecho de estar obesa y un peculiar trastorno del esquema corporal, que hace que las pacientes se vean más gordas de lo que están en realidad. Por otra parte, la bulimia es un trastorno que se caracteriza por un modelo de alimentación anormal, con episodios de ingesta voraz, seguidos de maniobras para eliminar las calorías ingeridas.

Mediante la aplicación del instrumento EDI-2 (Garner; 1998) se obtuvieron datos relevantes respecto a cada una de las subescalas establecidas 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 58.1, una mediana de 59, una moda de 59 y una desviación estándar de 22.74.

- 2) Asimismo, en la escala de bulimia se obtuvo una media de 60.6, una mediana de 54, una moda de 47 y una desviación estándar de 18.3.
- 3) Por otra parte, en la escala de insatisfacción corporal se estableció una media de 62, una mediana de 63.5, una moda de 61 y una desviación estándar de 22.5.
- 4) Adicionalmente, en la escala de ineficacia se cuantificó una media de 57.8, una mediana de 55, una moda de 44 y una desviación estándar de 25.4.
- 5) También se calcularon los resultados en la escala de perfeccionismo, en los cuales se obtuvo una media de 62.2, una mediana de 59, una moda de 87 y una desviación estándar de 23.7.
- 6) En la escala de desconfianza interpersonal se obtuvo una media de 65.5, una mediana de 69.5, una moda de 66 y una desviación estándar de 25.3.
- 7) En la escala de conciencia introceptiva se determinó una media de 54, una mediana de 51, una moda de 16 y una desviación estándar de 29.2.
- 8) En la escala de miedo a la madurez se estableció una media de 63.2, una mediana de 72, una moda de 77 y una desviación estándar de 26.75.
- 9) En la escala de ascetismo se calculó una media de 52.2, una mediana de 51, una moda de 40 y una desviación estándar de 26.505.
- 10) En la escala de impulsividad se cuantificó una media de 65.8, una mediana de 76.5, una moda de 14 y una desviación estándar de 28.7.
- 11) Finalmente, en la escala de inseguridad social se logró una media de 76.9, una mediana de 81, una moda de 75 y una desviación estándar de 18.4.

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

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

En la escala de obsesión por la delgadez, el 33% de sujetos se encuentra por arriba del percentil 70: en la escala de bulimia, el porcentaje fue de 30%; en la de insatisfacción corporal, 37%; en la de ineficacia, 32%; en la de perfeccionismo, 37%; en la correspondiente a la desconfianza interpersonal, 51%; en la de conciencia introceptiva, 40%; respecto a la de miedo a la madurez, se obtuvo un 54%; en la de ascetismo, un 28%; en la de impulsividad, 53% y finalmente, en la de inseguridad social, 67%.

Estos datos se pueden observar gráficamente en el anexo 4.

En función de los datos anteriores, se puede afirmar que los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en esta muestra se encuentran en niveles ligeramente altos en términos generales, sin embargo, hay algunos indicadores en los que resulta preocupante el porcentaje de casos que presentan puntajes altos, particularmente en las escalas de inseguridad social, miedo a la madurez, impulsividad y desconfianza interpersonal.

### **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, tal es el caso de Moreno y Ortiz (2009) quienes señalan que en el tema de los trastornos alimentarios, una de las variables estudiadas es la de la imagen corporal que perciben las personas, la cual se ha vinculado frecuentemente con la modificación nociva de los hábitos alimentarios, hasta llegar a constituir un problema de salud.

En la investigación realizada a los alumnos de la preparatoria del Instituto Tancítaro, Michoacán, se encontraron los siguientes resultados:

Entre el nivel de autoestima y la escala de obsesión por la delgadez existe un coeficiente de correlación de -0.31 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre la autoestima y la escala señalada, existe una correlación negativa débil, de acuerdo con la clasificación que plantean Hernández y cols. (2014).

Para conocer la influencia que existe entre el nivel de autoestima y la obsesión por la delgadez, se obtuvo la varianza de factores comunes ( $r^2$ ), la cual indica, mediante un porcentaje, el grado en que las variables se encuentran

correlacionadas. Para obtener esta varianza, se eleva al cuadrado el coeficiente de correlación obtenido mediante la “r” de Pearson (Hernández y cols.; 2014).

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

Por otra parte entre el nivel de autoestima y la escala de bulimia existe un coeficiente de correlación de -0.38 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto indica que entre la autoestima y la escala referida existe una correlación negativa media.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.14, lo que significa que entre la autoestima y la escala de bulimia hay una relación del 14%.

En cuanto al nivel de autoestima y la escala de insatisfacción corporal, existe un coeficiente de correlación de -0.43 obtenido con la prueba “r” de Pearson. Esto denota que entre estas variables existe una correlación negativa media.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.18, lo que significa que entre la autoestima y la escala de insatisfacción corporal hay una relación del 18%.

En cuanto al nivel de autoestima y la escala de ineficacia, existe un coeficiente de correlación de -0.57 según la prueba “r” de Pearson. Esto permite afirmar que entre la autoestima y tal escala, existe una correlación negativa fuerte.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.33, lo que significa que entre la autoestima y la escala de ineficacia hay una relación del 33%.

En cuanto al nivel de autoestima y la escala de perfeccionismo existe un coeficiente de correlación de -0.35 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson, lo cual significa que entre estas particularidades existe una correlación negativa media.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.12, lo que significa que entre la autoestima y la escala de perfeccionismo hay una relación del 12%.

En cuanto al nivel de autoestima y la escala de desconfianza interpersonal, existe un coeficiente de correlación de -0.24 a partir de la prueba “r” de Pearson. Esto conduce a expresar que entre la autoestima y la escala referida, existe una correlación negativa débil.

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

En cuanto al nivel de autoestima y la escala de conciencia introceptiva, existe un coeficiente de correlación de -0.56 a partir de la prueba “r” de Pearson. Esto implica que entre la autoestima y la escala en cuestión, existe una correlación negativa fuerte.



El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.32, lo que significa que entre la autoestima y la escala de conciencia introceptiva, hay una relación del 32%.

En cuanto al nivel de autoestima y la escala de miedo a la madurez, existe un coeficiente de correlación de -0.38 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson, lo cual denota que entre dichas variables 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 de miedo a la madurez hay una relación del 15%.

En cuanto al nivel de autoestima y la escala de ascetismo, existe un coeficiente de correlación de -0.03 obtenido con la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre tales variables existe una ausencia de correlación.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.00, lo que significa que entre la autoestima y la escala de ascetismo hay una relación del 0%.

En cuanto al nivel de autoestima y la escala de impulsividad, se cuantificó un coeficiente de correlación de -0.51 con base en la prueba “r” de Pearson. Esto representa que entre la autoestima y la escala citada, existe una correlación negativa fuerte.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.26, lo que significa que entre la autoestima y la escala de impulsividad hay una relación del 26%.

Finalmente, en cuanto al nivel de autoestima y la escala de inseguridad social, se calculó un coeficiente de correlación de -0.32 según la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre estas variables existe una correlación negativa media.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.10, lo que significa que entre la autoestima y la escala de inseguridad social hay una relación de 10%

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

En función de lo anterior, se puede afirmar que el nivel de autoestima se relaciona de forma significativa con las escalas de bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, conciencia introceptiva, miedo a la madurez, 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, desconfianza interpersonal y ascetismo.

En función de los resultados presentados, se confirma la hipótesis de trabajo, la cual afirma que existe relación significativa entre los factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios y el nivel de autoestima de los alumnos de la preparatoria del Instituto Tancítaro, en Tancítaro, Michoacán, para las escalas de

bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, conciencia introceptiva, miedo a la madurez, impulsividad e inseguridad social.

Asimismo, se confirma la hipótesis nula, en la que se afirma que no existe relación significativa entre los factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios y el nivel de autoestima de los alumnos de la preparatoria del Instituto Tancítaro, en Tancítaro, Michoacán, para las escalas de obsesión por la delgadez, desconfianza interpersonal y ascetismo.

## CONCLUSIONES

Los objetivos particulares de carácter teórico referidos a la variable autoestima, fueron alcanzados en el capítulo 1. En este se describe la naturaleza de la autoestima, sus principales características y las aportaciones conceptuales actuales.

Por su parte, los objetivos particulares de índole teórica, referidos al concepto de factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios fueron abordados con suficiencia en el capítulo 2. Ahí se describen los principales aspectos relacionados con la naturaleza del presente estudio.

Asimismo, el objetivo particular de campo referido a la medición de la variable autoestima, se cumplió con la administración del Inventario de Autoestima de Coopersmith. Tal instrumento se aplicó a la población planeada al inicio del estudio.

De la misma manera, la cuantificación de la segunda variable del estudio, es decir, factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios, se efectuó mediante la aplicación del test denominado EDI-2. Con esto se cumplió con el objetivo particular número 7.

El logro de los objetivos particulares, tanto de carácter conceptual como de carácter empírico, permitieron cubrir el objetivo general que guio la presente indagación.

Es indispensable observar que la hipótesis de trabajo se corroboró en el caso de la relación entre el nivel de autoestima y las escalas de bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, conciencia introceptiva, miedo a la madurez, impulsividad e inseguridad social.

Por su parte la hipótesis nula se corroboró conforme a los resultados obtenidos, en los casos de la relación entre la escala de autoestima y las escalas de obsesión por la delgadez, desconfianza interpersonal y ascetismo.

Es necesario enfatizar que los resultados son aplicables únicamente, a la población de los alumnos de la preparatoria del Instituto Tancítaro. Es decir, no se pueden generalizar a estudiantes de escuelas similares y el mismo nivel educativo.

Es importante subrayar que como hallazgos significativos, se encontró que el 67% de la población investigada, obtuvo puntajes preocupantes en el fenómeno de inseguridad social. En el caso de la autoestima, se debe mencionar que los porcentajes no significan una alerta institucional o familiar.

Llama la atención a la investigadora los altos puntajes obtenidos en algunas de las escalas del EDI-2, en tanto que los puntajes de autoestima en promedio se ubicaron dentro de la normalidad y la media estadística.

La investigación efectuada posee valor en el ámbito de la disciplina psicológica, ya que conduce a resultados concretos en un escenario en el cual no se había realizado ninguna investigación en esta línea. Por lo anterior, se asume que ofrecerá información relevante para futuras investigaciones que se efectúen en este contexto.

## BIBLIOGRAFÍA

- Alcántara, José Antonio. (1990)  
Cómo educar la autoestima.  
Ediciones CEAC, S.A. Barcelona, España.
- Ajuriaguera, J. (1973)  
Manual de psiquiatría infantil.  
Editorial Masson. Barcelona.
- American Psychiatric Association. (APA). (2002)  
DSM IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.  
Editorial Masson. Barcelona.
- Branden, Nathaniel. (2008)  
La psicología de la autoestima.  
Editorial Paidós Mexicana. Distrito Federal, México.
- Branden, Nathaniel. (2010)  
La autoestima de la mujer.  
Editorial Paidós Mexicana. Distrito Federal, México.
- Branden, Nathaniel. (2011)  
Los seis pilares de autoestima.  
Editorial Paidós Mexicana. Distrito Federal, México.
- Carrión López, Salvador. (2007)  
Autoestima y desarrollo personal con PNL.  
Ediciones Obelisco. Barcelona, España.
- Castillo S., María Dolores; León E., María Teresa. (2005)  
Trastornos del comportamiento alimentario: anorexia y bulimia nerviosa.  
Editorial Formación Alcalá, S.L. España
- Clark, Amina; Clemen, 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)  
Manual de psicopatología clínica.  
Editorial Paidós Ibérica. Buenos Aires.

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

Kirszman, Diana; Salgueiro, María del Carmen. (2002)  
El enemigo en el espejo.  
Ediciones TEA. México.

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

Mankeliunas, Mateo. (2003)  
Psicología de la motivación.  
Cuadernos de la Facultad de Comunicación Social. Bogotá, Colombia.

Marchant O., Teresa; Haeussler P. de A., Isabel Margarita; Torretti Hoppe, Alejandra.  
(2005)  
TAE: batería de tests de autoestima escolar  
Ediciones Universidad Católica de Chile, Santiago.



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

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

UNICEF. (1999)  
Taller de salud sexual y reproductiva para madres y embarazadas adolescentes.  
Propuesta metodológica.  
UNICEF. México.

## MESOGRAFÍA

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

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

Revista Chilena de Psicología.

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

Cetraro, Paola. (2011)

“Trastornos de alimentación, Imagen corporal y Autoestima en adolescentes”

Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad Abierta Interamericana. Sede Regional Rosario, Argentina.

<http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC111817.pdf>

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

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

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

Universidad Veracruzana, México.

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

Sin Autor. (2009)

“Escala de autoestima de Rosenberg – RSES”

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

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

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

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

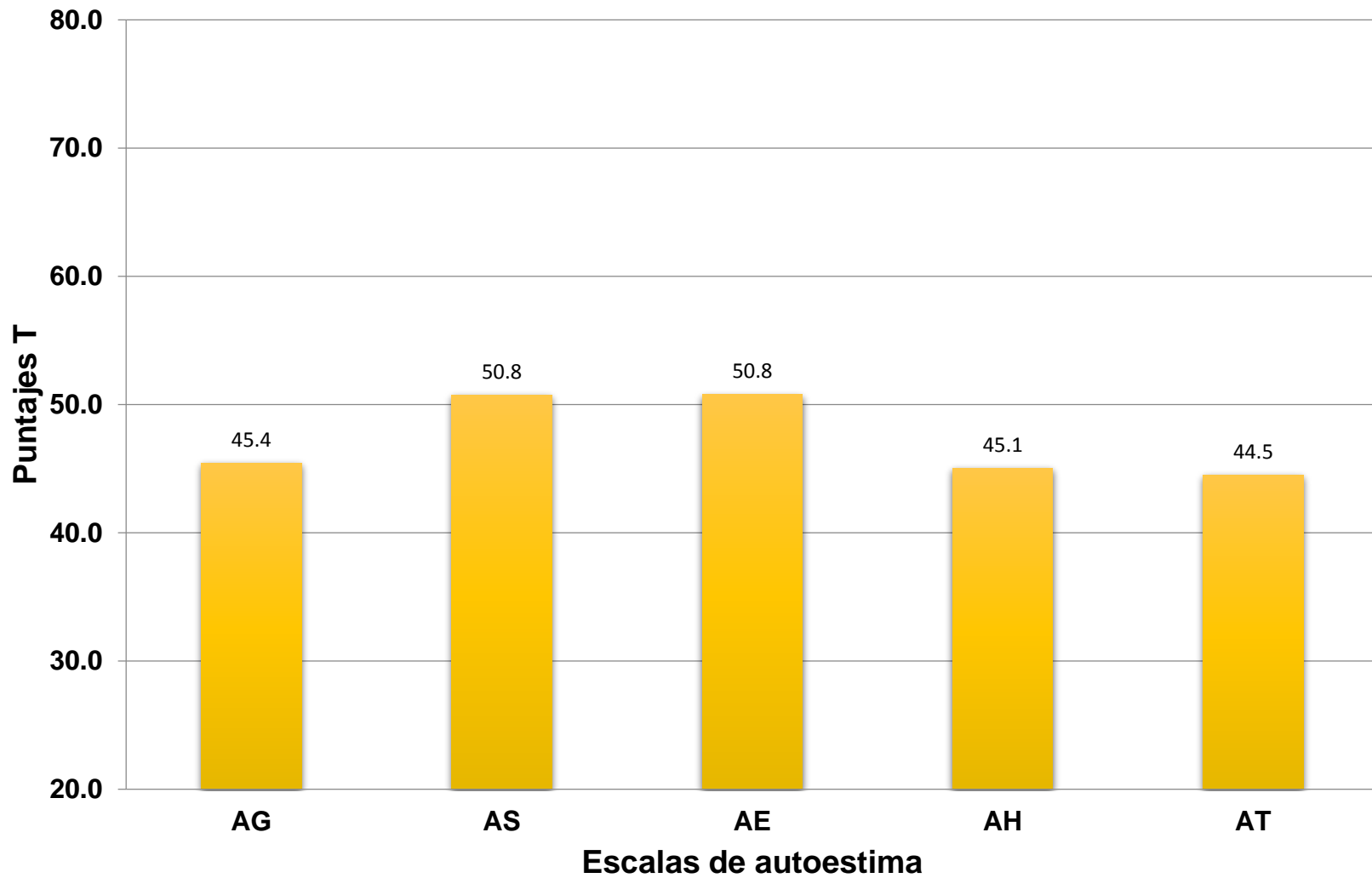
OEI-Revista Iberoamericana de Educación (ISSN: 1681-5653).

Universidad de Castilla-La Mancha, España.

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

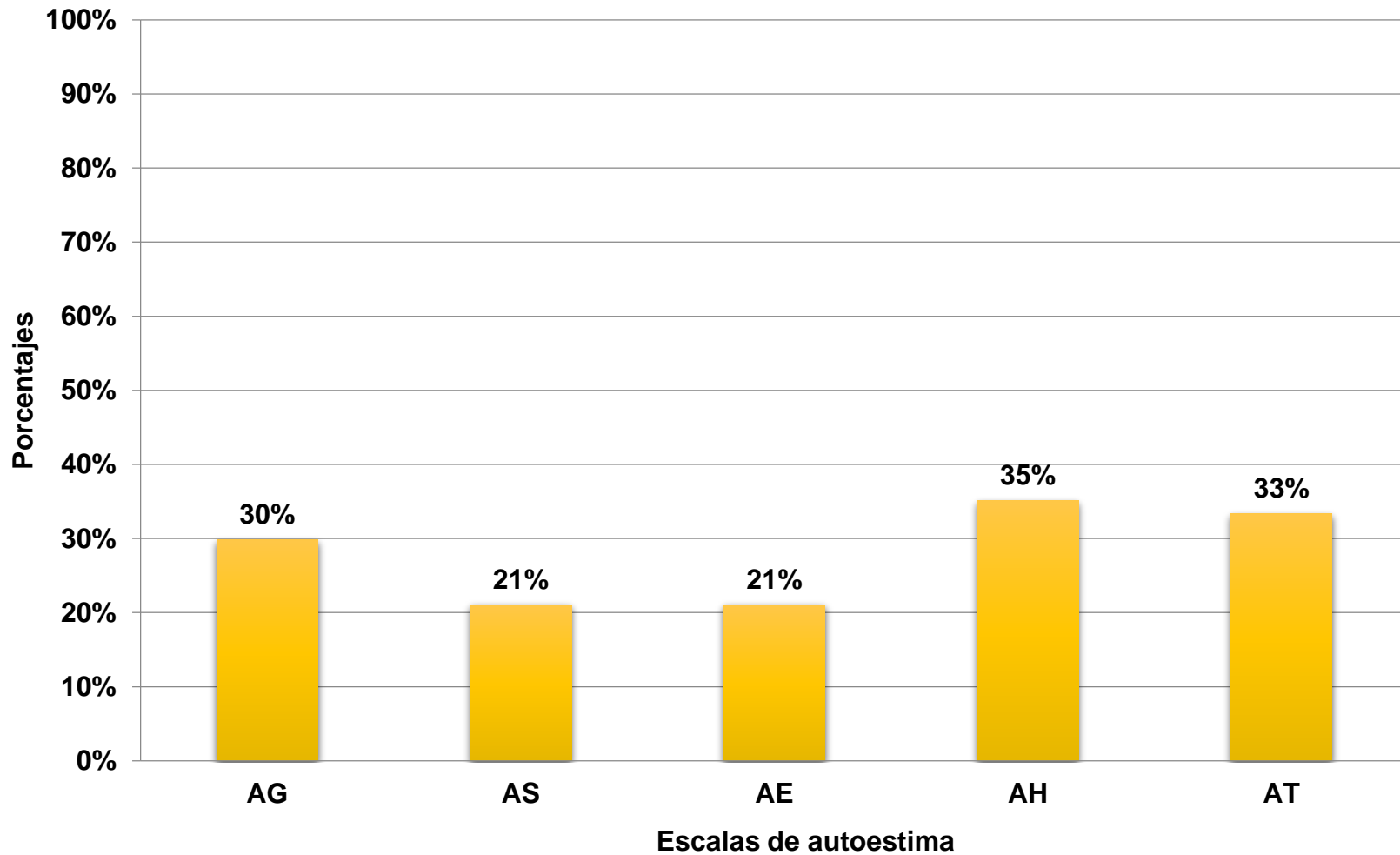
# ANEXO 1

## Media aritmética de las escalas de autoestima



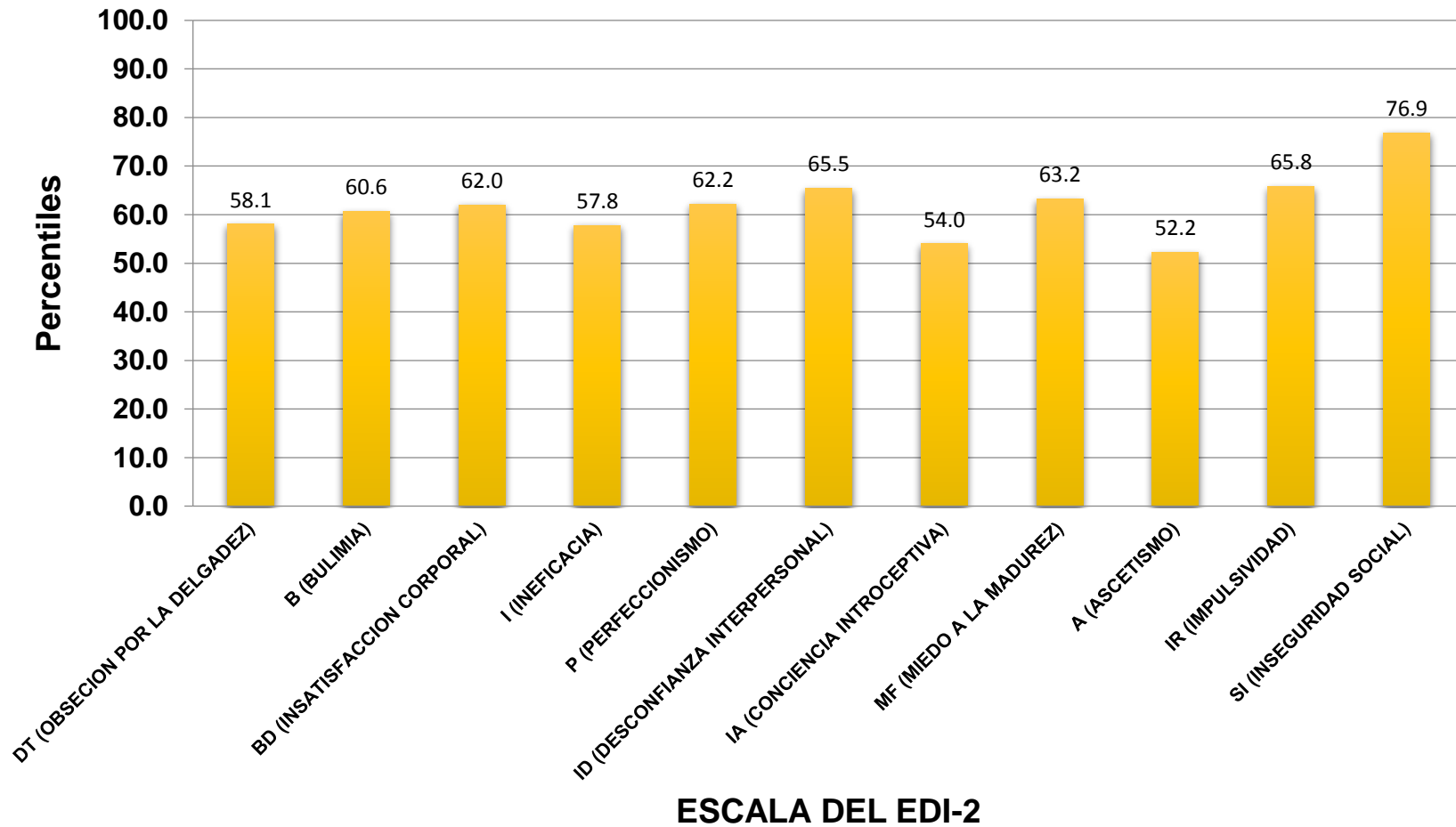
## ANEXO 2

### Porcentajes de sujetos con puntajes preocupantes en las escalas de autoestima



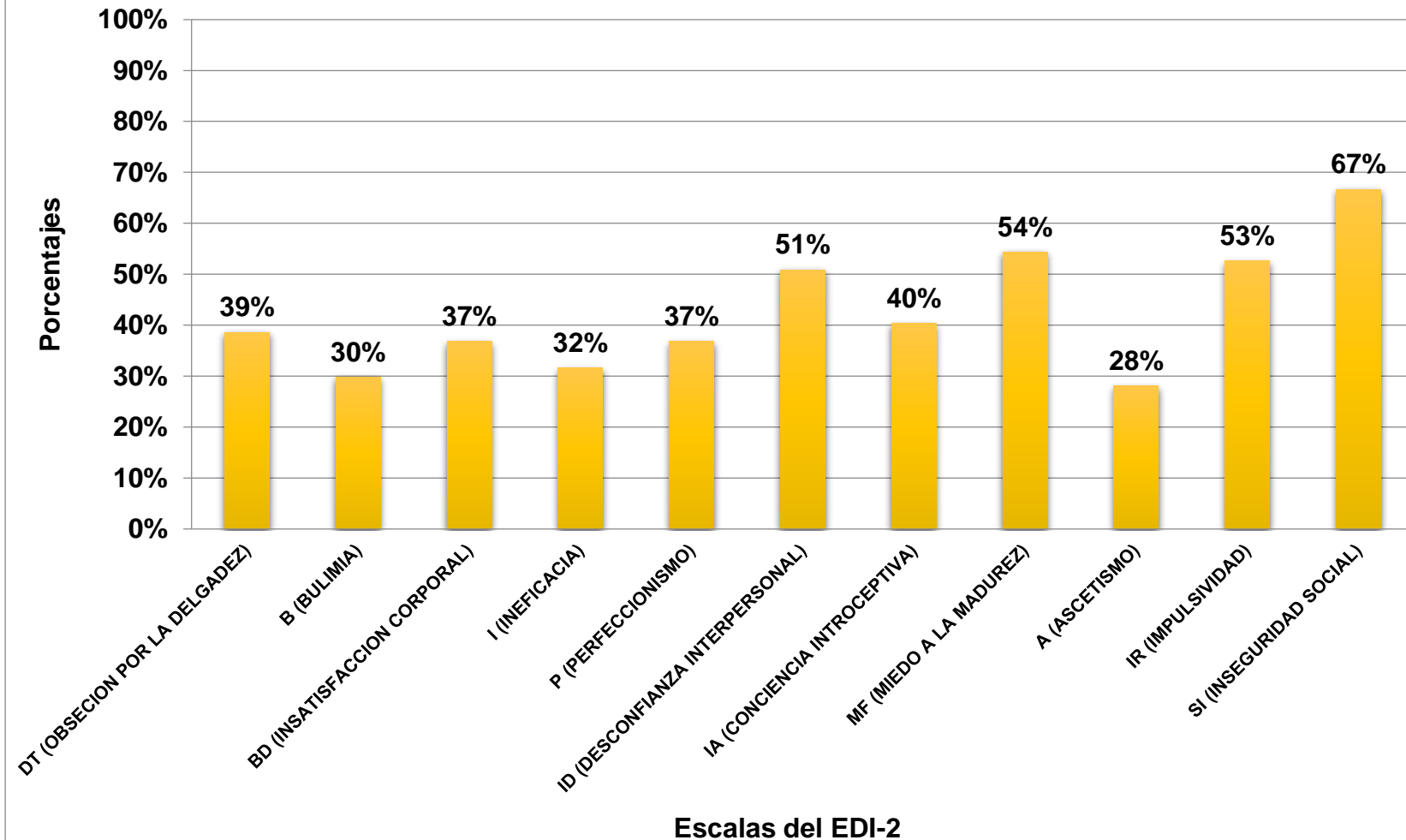
### ANEXO 3

## Media aritmética de las escalas de factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios



## ANEXO 4

### Porcentajes de sujetos con puntajes preocupantes en las escalas de factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios



## ANEXO 5

### Coeficiente de correlación entre la autoestima y las escalas del EDI-2

