



UNIVERSIDAD
DON VASCO, A. C.

UNIVERSIDAD DON VASCO, A.C.

Incorporación No. 8727-25 a la

Universidad Nacional Autónoma de México

Escuela de Psicología

**LA AUTOESTIMA Y SU RELACIÓN CON LOS INDICADORES
PSICOLÓGICOS DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN
ADOLESCENTES DEL COLEGIO CASA DEL NIÑO.**

Tesis

para obtener el título de:

Licenciada en Psicología

Yaretza Gutiérrez López

Asesor: Lic. Gisela Mayanin Tafolla Torres

Uruapan Michoacán. 13 de agosto de 2015.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE

Introducción.

Antecedentes	1
Planteamiento del problema	5
Objetivos	6
Hipótesis	7
Operacionalización de las variables	8
Justificación	8
Marco de referencia	9

Capítulo 1. La autoestima.

1.1. Concepto de autoestima	13
1.2. Importancia de la autoestima	15
1.3. Diferencia entre autoconcepto y autoestima	18
1.4. Origen y desarrollo de la autoestima	19
1.5. Componentes de la autoestima	26
1.6. Pilares de la autoestima	28
1.7. Niveles de la autoestima	32
1.8. Medición de la autoestima	38

Capítulo 2. Trastornos de la alimentación.

2.1. Antecedentes históricos de la alimentación	41
---	----

2.2. Definición y características clínicas de los trastornos alimenticios	42
2.2.1. Anorexia nerviosa	43
2.2.2. Bulimia nerviosa	45
2.2.3. Obesidad	47
2.2.4. Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas	47
2.2.5. Vómitos en otras alteraciones psicológicas	48
2.2.6. Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia	48
2.3. Esfera oroalimentaria en el infante	52
2.3.1. Organización oroalimenticia	52
2.3.2. Alteraciones en la esfera oroalimenticia	53
2.4. Perfil de la persona con trastornos de alimentación	55
2.5. Causas del trastorno alimentario	57
2.5.1. Factores predisponentes individuales	58
2.5.2. Factores predisponentes familiares	62
2.5.3. Factores socioculturales	64
2.6. Percepción del cuerpo en el trastorno alimentario	66
2.7. Factores que mantienen a los trastornos alimenticios	69
2.8. Trastornos mentales asociados a los trastornos alimenticios	70
2.9. Tratamiento de los trastornos alimentarios.	72

Capítulo 3. Metodología, análisis e interpretación de resultados.

3.1. Descripción metodológica	77
3.1.1. Enfoque cuantitativo	78
3.1.2. Investigación no experimental	79

3.1.3. Diseño transversal	80
3.1.4. Alcance correlacional	80
3.1.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	81
3.2. Población y muestra	83
3.2.1. Descripción y delimitación de la población	83
3.2.2. Descripción y delimitación de la muestra.	84
3.3. Descripción del proceso de investigación	84
3.4. Análisis e interpretación de resultados	87
3.4.1. La autoestima	87
3.4.2. Indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en la muestra estudiada	90
3.4.3. Relación entre el nivel de autoestima y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios	95
Conclusiones	102
Bibliografía	104
Mesografía	107
Anexos.	

INTRODUCCIÓN

En esta investigación se abordan las variables de autoestima y trastornos alimentarios, ya que representan una problemática que se ha ido incrementando en los últimos años. Lo que se pretende saber es si existe una relación significativa entre ambas variables en las alumnas adolescentes de la preparatoria del Colegio Casa del Niño. Para esto se requirió una definición explícita de cada variable en los capítulos correspondientes, así como describir la metodología de la presente investigación y abordar detalladamente la forma en que se recolectaron los datos y se presentaron los resultados obtenidos.

Antecedentes

Según Bonet, el concepto de autoestima tiene su origen a finales del siglo XIX, el término fue dado por William James en su obra “Los principios de la Psicología”, donde definía la autoestima como una descomposición entre un Yo-global, un Yo-conocedor y un Yo-conocido (citado por Sandoval; 2013).

De acuerdo con Branden (2010), la autoestima en el ser humano consiste en estar consciente de que es capaz y competente para enfrentarse a los desafíos que la vida tiene y de que merece la felicidad.

En cuanto a los trastornos alimentarios, esta investigación se enfocará en estudiar los más conocidos, que son la anorexia y la bulimia. Según Cobián (2014), el estudio de estos tiene su origen en 1973; en este año, la anorexia se definió por primera vez como un problema médico. Anteriormente, a finales del año 1950, la bulimia se presentaba como una conducta en las personas con sobrepeso, sin embargo, en el año de 1970 se relacionó con la anorexia nerviosa.

Según la APA (2002), los trastornos alimentarios son alteraciones graves en la conducta alimentaria. Existen diferentes tipos, los más comunes son la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. La primera perturbación es caracterizada por un rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, mientras que la bulimia nerviosa se distingue por tener episodios en donde la persona se atraganta de comida, para después realizar conductas inapropiadas como provocarse vómito, consumir laxantes u otros medicamentos, ayunar o realizar ejercicio excesivo.

Se encontró una investigación realizada por Moreno (2014), la cual tenía el objetivo de verificar la relación que existe entre la autoestima y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en las estudiantes de la Escuela Secundaria Don Vasco, de la ciudad de Uruapan, Michoacán. La población que se utilizó para este estudio fueron los estudiantes de la secundaria ya mencionada, con edades de 11 a 14 años. Para esta investigación se utilizó un enfoque cuantitativo, de tipo no experimental, extensión transversal y alcance correlacional. Para medir las variables se emplearon dos instrumentos: el primero fue la escala EDI-2, conocida como el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria, el cual fue

estandarizado para personas con un rango de edad de los 11 años en adelante, esta prueba cuenta con once escalas. El segundo instrumento fue el TAE- Alumno, para conocer el nivel de autoestima en alumnos de 8 a 13 años, este test está compuesto por 23 ítems. Los resultados que se obtuvieron tras la aplicación de estos instrumentos fueron los siguientes: no se encontró relación estadísticamente significativa entre la autoestima y los trastornos alimentarios en las escalas de bulimia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva, miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad e inseguridad social de la prueba EDI-2; por el contrario, sí se encontró relación estadísticamente significativa entre la autoestima y los trastornos alimentarios en las escalas restantes: obsesión por la delgadez, insatisfacción corporal e ineficacia.

Otra investigación encontrada, pero relacionando el estrés y los trastornos alimentarios, fue realizada por Barragán (2014). Dicho estudio tenía como objetivo analizar la relación que existía entre el nivel de estrés y los factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios en los estudiantes de primer grado de la Escuela Secundaria Casa del Niño, de Uruapan, Michoacán. La muestra para esta investigación fueron los alumnos del primer grado de la escuela secundaria ya mencionada, cuyas edades oscilaban entre los 11 y los 13 años. Este estudio contó con un enfoque cuantitativo, de tipo no experimental, con un diseño de investigación transversal y un alcance correlacional. Los instrumentos utilizados para este estudio fueron la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños (CMAS-R), y el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2). Los resultados que se obtuvieron de la aplicación de estas pruebas fueron los siguientes: se afirmó que el nivel de estrés

se relaciona de forma significativa con las siguientes escalas del EDI-2: bulimia, ineficacia, perfeccionismo, conciencia introceptiva e impulsividad.

En otra investigación hecha en una Universidad Veracruzana por Moreno y Ortiz (2009), titulada: “Trastorno alimentario y su Relación con la Imagen Corporal y la Autoestima en Adolescentes”. Se llevó a cabo con un grupo de alumnos de secundaria con una edad promedio de 13 años; se encontró, después de la aplicación del Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40), el Cuestionario de la figura Corporal (BSQ) y el Cuestionario de Evaluación de la Autoestima, que está en riesgo de trastorno alimentario un 8% de la población, mientras que en un 10% ya tiene instalada una patología, con mayor prevalencia en las mujeres. Ambos sexos presentan una preocupación por su imagen corporal, mientras que se encuentran con niveles medios y bajos de autoestima; por otro lado, en las mujeres existe una mayor tendencia a presentar trastornos alimentarios.

La presente investigación se realizó en la preparatoria del Colegio Casa del Niño, en la cual el Director, el Hermano Juan Paredes, comenta que ha venido notando el problema de los trastornos alimenticios en los alumnos, específicamente una obsesión por realizar ejercicio: están tan preocupados por su imagen corporal que realizan deportes o ejercicios a un nivel extremo, él menciona que esto lo observa también en los hombres, sin embargo, esta investigación se basó únicamente en las mujeres de la institución.

Planteamiento del problema

En la actualidad, en las personas ha aumentado la preocupación por su imagen corporal, a tal grado que llegan a obsesionarse por estar delgadas como las chicas y chicos que aparecen en las revistas y en la televisión. Se ha observado que este fenómeno aparece mayormente en la población femenina, por lo regular, en aquellas que se encuentran en la etapa de la adolescencia.

La autoestima es fundamental para la salud mental. Por lo regular, a las personas con un erróneo autoconcepto se les considera que tienen una baja autoestima. Al tener un autoconcepto equivocado, las personas suelen verse de una forma distinta a lo que en realidad son, usualmente, de manera negativa, ya sea que se vean gordas, tontas, feas, entre muchas otras características.

Los trastornos alimentarios constituyen un problema que va en aumento en la sociedad, está presentándose en personas cada vez menores, incluso en niños desde los 7 años de edad. Estos trastornos suelen asociarse a que las personas tienen un autoconcepto erróneo, lo cual incluye alteraciones perceptuales de su imagen corporal, como ya se mencionó.

La presente investigación se realizó tomando como sujetos de estudio a las adolescentes de entre 15 y 18 años de edad, que cursan la preparatoria del Colegio Casa del Niño, de Uruapan, Michoacán. Se pretendió identificar si existe una relación entre la autoestima y los indicadores psicológicos que están asociados a los

trastornos alimentarios, de manera que surgió esta pregunta de investigación: ¿Existe una relación significativa entre el nivel de autoestima y los indicadores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios que presentan las adolescentes de la preparatoria del Colegio Casa del Niño, de Uruapan, Michoacán?

Objetivos

A continuación se enuncian las metas que se pretenden cumplir al realizar la presente indagación.

Objetivo general

Analizar la relación que tiene el nivel de autoestima con los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios que presentan las adolescentes de la preparatoria del Colegio Casa del Niño, de Uruapan, Michoacán.

Objetivos particulares

1. Definir el concepto de autoestima.
2. Establecer las características de la autoestima.
3. Explicar los niveles de autoestima.
4. Determinar el concepto de trastornos alimentarios.
5. Identificar los indicadores de los trastornos alimentarios.
6. Describir los tipos de trastornos alimentarios.

7. Medir el nivel de autoestima en las adolescentes de la preparatoria del Colegio Casa del Niño, de Uruapan, Michoacán.
8. Evaluar la presencia de indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en las adolescentes del Colegio Casa del Niño, de Uruapan, Michoacán.

Hipótesis

En el presente apartado se describen las posibles explicaciones que se comprobaron al término de esta investigación.

Hipótesis de trabajo

Existe una relación significativa entre el nivel de autoestima y los indicadores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios que presentan las adolescentes de la preparatoria del Colegio Casa del Niño, de Uruapan, Michoacán.

Hipótesis nula

No existe una relación significativa entre el nivel de autoestima y los indicadores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios que presentan las adolescentes de la preparatoria del Colegio Casa del Niño, de Uruapan, Michoacán.

Operacionalización de las variables

En esta investigación se midió la variable autoestima con el Test de Autoestima de Coopersmith, que es una escala de autorreporte de 58 ítems. Este instrumento fue traducido, estandarizado y validado por Prewitt-Díaz en 1998 para la población latinoamericana (citado por Paz; 2010).

En cuanto a la variable de trastornos alimentarios, fue medida con la escala de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2) de David M. Garner (1998). El instrumento está conformado por once escalas que representan los principales síntomas que acompañan a la anorexia nerviosa y a la bulimia nerviosa.

Justificación

En esta investigación se pretende saber si existe una relación entre la autoestima y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en las adolescentes de la preparatoria del Colegio Casa del Niño. Se ha hecho una averiguación sobre este tema en esta institución, por lo que traería muchos beneficios saber si en realidad existe dicha relación.

Para la escuela, serviría saber qué porcentaje de alumnas presenta estos indicadores y si hay relación con su nivel de autoestima, para así emplear diversas estrategias que poco a poco resuelvan el problema o ayuden a sobrellevarlo, como apoyo psicológico o dinámicas grupales, entre otras.

A las jóvenes les beneficiará identificar estos indicadores psicológicos y darse cuenta si los presentan ellas o alguna persona cercana, para que así, acudan con un profesional de la salud que las pueda ayudar.

Para la sociedad, esto será benéfico hasta el punto de contar con información sobre las características de dicho problema, tanto de la autoestima como los trastornos alimentarios y así, poder identificar estos factores. Además de hacer conciencia sobre esta problemática que paulatinamente va en aumento.

La presente investigación se relaciona directamente con el campo de acción del psicólogo, porque los trastornos alimentarios conforman un problema que afecta la salud mental de las personas; además, como ya se mencionó anteriormente, la autoestima es fundamental para el equilibrio personal, por lo tanto, quien padece de una baja autoestima es un candidato para que un profesional de la salud, en este caso un psicólogo, la atienda. Esta investigación beneficia a dichos profesionistas, porque les ayuda a identificar más fácilmente, en algún paciente, los indicadores que se encuentran asociados con los trastornos alimentarios.

Marco de referencia

En este apartado se describirá detalladamente la institución en donde se realizó la investigación, algunos elementos de su historia, misión, visión, infraestructura, los servicios que ofrece, así como donde está ubicada, entre otras características.

La investigación se realizó en el Colegio Casa del Niño, en el nivel de preparatoria. Este centro educativo se encuentra ubicado en la Calle del Niño # 11, en la colonia Casa del Niño, en Uruapan, Michoacán. La escuela fue fundada por el Siervo de Dios, el Padre José Ochoa Gutiérrez, el 8 de diciembre de 1954. En un principio se fundó como una obra social, donde las personas podían encontrar empleo en algunos de los talleres que existían y para que se formaran religiosamente. Con el tiempo, se fue observando la demanda educativa, por lo que se comenzó a formar la primaria, así como preescolar y posteriormente, la secundaria; mucho después fue construida la preparatoria. En sus inicios, la escuela era únicamente para varones, pero con el tiempo se extendió el servicio educativo a las mujeres.

La misión del lugar es ser una institución comprometida en la formación integral mediante la calidad en el servicio, donde se promuevan y cultiven los valores de la Sagrada Familia. Su visión es consolidar su oferta educativa de formación integral centrada en el modelo de la Sagrada Familia, donde sus maestros y alumnos sean promotores de su propio desarrollo y vivan en mejora continua (casadelnino.edu.mx).

La institución se rige específicamente mediante los siguientes valores: responsabilidad, oración, trabajo, sencillez, silencio, solidaridad, respeto, tolerancia y fraternidad.

Esta institución educativa es de índole privada y católica, tiene alumnos con un nivel socioeconómico medio, algunos con nivel bajo y muy pocos, alto. A pesar de ser una institución católica, cabe mencionar que no todas las personas que acuden a la escuela lo son, algunas profesan otra religión y hay alumnos no creyentes.

La preparatoria atiende a jóvenes de entre 15 y 18 años de edad, haciendo un total de 420, que se reparten entre primero, segundo y tercer grado, este último se divide en diferentes bachilleratos, los cuales son: Químico 1, Químico 2, Físico-Matemático, Ciencias y Humanidades y Económico-Administrativo. Actualmente cuenta con 38 maestros, de los cuales tres son normalistas, dos pedagogos, dos psicólogos y todos los demás son profesionistas de diversas áreas.

La infraestructura está distribuida de la siguiente manera: la entrada de la preparatoria es por la parte de atrás del colegio, donde se encuentra el estacionamiento. Después de ingresar, al lado derecho se encuentra un jardín y el primer edificio que consta de tres pisos: el primero tiene seis salones en donde se encuentran tres grupos de primer grado, enseguida las escaleras y después los otros tres salones que corresponden a los grupos de segundo grado. Subiendo las escaleras se encuentran los baños de mujeres, en el segundo piso en el mismo orden de la entrada, se encuentra el salón de computación, después el salón del bachillerato Físico-Matemático, enseguida el de Ciencias y Humanidades, después de las escaleras se encuentra un salón en donde se encuentra un proyector tipo cañón para exposiciones y algunas computadoras, enseguida dos salones, que son los laboratorios. Al subir al tercer piso se encuentran los baños de hombres, los

primeros tres salones son Químico 1 y 2 y Económico-Administrativo, después de las escaleras se encuentran las aulas de modalidad audiovisual.

Frente a ese edificio se encuentran dos canchas de basquetbol y voleibol, seguidas por dos jardineras; frente a estas se encuentra la dirección, la cual está conformada por una mesa con sillas bajo la sombra de un árbol.

Al lado izquierdo del primer edificio se encuentra el segundo, en donde en la planta baja se observa la biblioteca, el departamento psicopedagógico, que cuenta con una psicóloga y una pedagoga, por la parte de enfrente en el mismo piso está la cooperativa, frente a esta se encuentra un kiosco tipo mirador, para que los alumnos puedan desayunar y por debajo de este, se encuentran otros baños para hombres y mujeres. Volviendo al edificio, en la parte de arriba se encuentran las oficinas administrativas y un salón de dibujo. La escuela cuenta con un auditorio, y un campo grande, donde se puede jugar futbol y realizar otras actividades.

La institución cuenta con materias optativas como artes plásticas y dibujo, entre otras. Se promueven, además, talleres de teatro, banda de guerra, danza y rondalla.

Para esta investigación se tomó en cuenta únicamente la población femenina de primero y segundo grado de preparatoria.

CAPÍTULO 1

LA AUTOESTIMA

En este primer capítulo se aborda el concepto de la autoestima y sus componentes; de igual manera, se definen los niveles de esta, cómo se origina y se desarrolla en las personas, así como la importancia que tiene para la salud mental de los individuos.

1.1 Concepto de autoestima

Desde que se dio origen al concepto de la autoestima, varios autores la han definido desde su perspectiva, por lo que a continuación se darán a conocer algunas de estas definiciones y asimismo, se retomará la que sea más adecuada para esta investigación.

Según Alcántara (1990), la autoestima es la forma en la que el individuo piensa, ama, se comporta y siente respecto a sí mismo; es una disposición según la cual se enfrenta consigo mismo permanentemente; es un sistema por el que se ordenan las experiencias, refiriéndolas a un “yo” personal. Se integra por líneas conformadoras y motivadoras de la personalidad del individuo, que la sustentan y le dan sentido.

La autoestima, según Coopersmith (referido por Crozier; 2001) es la evaluación que hace y mantiene el sujeto sobre sí mismo, expresa una actitud de aprobación o desaprobación, e indica el grado en el que el individuo se cree exitoso, capaz, destacado y valioso. Es un juicio personal sobre lo que el individuo cree que vale, que él mismo expresa con actitudes hacia sí.

Por otro lado, Branden (2010) señala que la autoestima radica en estar consciente de que los seres humanos son capaces y competentes para enfrentarse a los desafíos que la vida tiene y de que merecen felicidad.

De acuerdo con Clark y cols. (2000), la autoestima es el concepto que tiene el individuo de lo que vale, con base en todos los sentimientos, pensamientos, sensaciones y experiencias que ha ido recogiendo durante toda su vida; él puede creer que es tonto o listo, antipático o gracioso, en otras palabras, puede gustarse o no. Todas estas impresiones, evaluaciones y experiencias reunidas, conjuntan un sentimiento positivo de él mismo, o por el contrario, un sentimiento incómodo de no ser lo que se esperaba.

Por lo tanto, después de revisar estas definiciones, se tomará en cuenta la que se considera más adecuada para esta investigación: la de Coopersmith, quien expresa en resumidas palabras que la autoestima es “un juicio personal sobre la valía que se expresa en las actitudes que el individuo manifiesta hacia sí” (citado por Crozier; 2001: 205).

1.2 Importancia de la autoestima

Después de dar algunas definiciones de autoestima, en este apartado se dará a conocer la importancia que tiene esta característica para el individuo, haciendo referencia a algunos aspectos.

La persona con una autoestima saludable puede arriesgarse a realizar más actividades en su vida, ser más creativo, más productivo, desarrollar relaciones interpersonales más saludables y por consecuencia, disfrutar más de la vida (Montoya y Sol; 2001).

Por lo tanto, se enlistarán y explicarán algunos aspectos por los cuales es importante desarrollar la autoestima, de acuerdo con Alcántara (1990):

- Condiciona el aprendizaje: el adquirir nuevas ideas y aprendizajes, está subordinado a las actitudes básicas del individuo, ya que de estas depende que los umbrales de la percepción estén abiertos o cerrados y así se genere más energía para concentrarse y prestar atención. Según algunas investigaciones realizadas, se puede corroborar la influencia de la autoimagen en el rendimiento académico en los alumnos; se aprecia que quienes tienen un nivel bajo de autoestima, sienten impotencia y decepción por los resultados que obtienen y las nuevas experiencias

negativas, como los regaños de los padres y los profesores por las bajas calificaciones, graban un autoconcepto nocivo y refuerzan el autodesprecio, formando así un círculo vicioso destructivo. Por el contrario, cuando se posee una autoestima positiva, se observa un adecuado rendimiento académico.

- Supera las dificultades personales: el individuo que goce de una autoestima sana debe ser capaz de enfrentar las dificultades que se le presenten, ya que dispone de lo necesario para reunir fuerza y superar los obstáculos. Sin embargo, al individuo desvalido de autoestima, las dificultades lo quiebran, por lo que la educación tiene que capacitar a la persona para responder a los tropiezos que le esperan.
- Fundamenta la responsabilidad: como se sabe, la responsabilidad es uno de los valores fundamentales para un ser humano idóneo. Para que un individuo pueda comprometerse, debe tener confianza en sí mismo, creer en sus aptitudes y debe encontrar en su interior los recursos que se requieren para hacer frente a sus compromisos.
- Apoya la creatividad: una persona creativa surge al tener una fe en sí misma, en su originalidad y sus capacidades; en todas las facetas de la creatividad se exige una autovaloración.

- Determina la autonomía personal: la persona con una autoestima positiva es capaz de elegir las metas que quiere cumplir, tiene la capacidad de decidir qué actividades son significativas en su vida, puede conducirse a sí misma sin depender de otros.
- Posibilita una relación social saludable: el respeto y aprecio que tiene la persona hacia sí misma, es la base para relacionarse con el resto de los sujetos.
- Garantiza la proyección futura de la persona: cuando el individuo siente que tiene cualidades propias, las proyecta hacia su futuro, se impone aspiraciones y expectativas que quiere realizar y se siente capaz de escoger metas muy altas, dado que tiene esperanza para realizarlas.
- Constituye el núcleo de la personalidad: el hombre siempre está buscando respuesta a la pregunta: ¿Quién soy? Su dinamismo básico es su autorrealización, por lo que el hombre necesita tener estimación propia para comenzar a conocerse a sí mismo (Alcántara; 1990).

Por lo tanto, después de revisar estos puntos, se identifica fácilmente la importancia de la autoestima, ya que es el ámbito por el cual el individuo se proyecta, es la ruta para lograr lo que se quiere de sí mismo y en la relación con las demás personas.

1.3 Diferencia entre autoconcepto y autoestima

Se puede pensar que autoconcepto y autoestima son sinónimos, pero estos dos conceptos tienen significados diferentes, por lo que a continuación se dará una breve explicación en la cual se conocerá la diferencia entre ambos.

Según Lamb y cols. (2001), se entiende como autoconcepto a las percepciones, actitudes, creencias y evaluación que la persona tiene de sí misma. Mediante el autoconcepto, las personas logran definir su identidad y la mantienen, lo que les posibilita un comportamiento consistente. Este constructo combina la autoimagen real con la autoimagen ideal, cómo se percibe el individuo realmente y cómo quiere ser.

Crozier (2001) expresa que en el autoconcepto se incluyen datos como género, edad, afiliaciones, nacionalidad, entre otros, mientras que como se vio anteriormente, la autoestima es un juicio de evaluación. Respecto a esto, James (citado por De la Rosa y Díaz; 1991) afirma que el sí mismo es la suma de todo lo que se llama suyo, esto incluye familia, cuerpo, reconocimiento social y estados de conciencia.

Woolfolk (2006), por otra parte, considera al autoconcepto como los intentos que tiene el individuo de explicarse a sí mismo sobre sí mismo, crear un esquema

que organice las actitudes y sentimientos acerca de él mismo. Esta autora asevera que el autoconcepto es la estructura cognoscitiva, lo que la persona cree que es, en cambio, la autoestima es una reacción afectiva, el juicio acerca de lo que es.

Se puede concluir afirmando que el autoconcepto es el sentido de identidad, lo que la persona piensa de sí misma, como se percibe, mientras que la autoestima es la valoración que la persona se da a sí misma ante todas estas percepciones. En otras palabras, el autoconcepto es un complemento de la autoestima.

1.4 Origen y desarrollo de la autoestima

Después de diferenciar el significado de la autoestima frente al de autoconcepto, este documento se adentrará en los orígenes de la autoestima, un punto que se considera importante conocer, ya que se verá el proceso por el cual una persona puede desarrollar dicha característica.

Se sabe que no se nace con una autoestima, esta se aprende conforme el niño se va desarrollando, lo que significa que la autoestima puede ser enseñada (Kaufman y cols.; 2005).

Según Branden (2008), la herencia genética es uno de los factores importantes que contribuyen al desarrollo de un autoconcepto saludable, así como el entorno en el que las personas se crían es fundamental para el desarrollo de la autoestima. Es sabido que una de las mejores maneras en las que se disfruta dicha

característica, es la de tener unos padres que den el ejemplo de gozar de una sana autoestima.

Aquí se exponen algunas características que tienen los padres de los niños que tienen más posibilidades de poder disfrutar de una sana autoestima, según Branden (2008):

- 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 los bombardean con contradicciones.
- No recurren al ridículo, la humillación o el maltrato físico para controlarlos.
- Demuestran que creen en la competencia y bondad del niño.

Sin embargo, no se ha demostrado que la forma en como los padres crían a los hijos, por muy saludable que sea, tenga resultados iguales e inevitables.

El comprometerse con la comprensión del mundo da confianza en sí mismo, las personas que viven conscientemente son mucho más competentes en la vida que aquellas que viven sin pensar y sin esta comprensión. Para que una persona mantenga su autoestima, debe tener como requisito una inquebrantable voluntad de comprender todo lo que se encuentra a su alrededor, lo cual abarca su percepción.

Un niño pequeño puede considerar que el mundo en el que vive, el de sus padres o cualquier adulto, es incomprensible y lo considera amenazante. Muchas ideas creencias y exigencias de los adultos le pueden parecer absurdas y contradictorias, hasta como ya se mencionó, amenazadoras para él; intenta comprender la conducta del adulto, pero le es inútil y el niño tiende a rendirse y a asumir la culpa por no entender, de manera que considera que este fracaso de no comprender el mundo es el reflejo de él mismo, piensa que algo en él no funciona bien.

Un niño es más vulnerable porque aún no tiene la capacidad de reconocer que sus mayores son irracionales, pero mientras él siga luchando y no abandone la voluntad de comprender, va estar psicológicamente a salvo, por más angustia y confusión que sienta; cuando ocurre lo contrario, la autoestima queda dañada. El niño debe aprender que es preferible la razón que las emociones, aprenderá que el hecho de que sienta deseos de realizar algo, no quiere decir que deba hacerlo. Los padres deben enseñar al niño que algunas finalidades que desea son positivas y otras, no. Debe juzgar bien sus deseos.

Cuando un niño a cierta edad realiza una indebida acción guiada por su deseo, sin que haya juzgado antes, pudo ser un capricho que probablemente ya ni recuerde; por pequeño que haya sido, esta culpa lo acompañará en su vida adulta y puede ser causa de una falta de autoestima. Por otro lado, se habla de que se debe dejar fuera las situaciones que la persona no pueda controlar, ya que si se juzga según ciertos

criterios que implican factores fuera de su control volitivo, el resultado será una autoestima precaria.

Básicamente, Branden (2008) maneja que la base para desarrollar la autoestima está en no perder la voluntad de conocer, de pensar por sí mismo. Cuando un niño tiene miedo, se estanca, no avanza hacia la realidad, deja de lado la razón, no abre su mente a explicaciones, no juzga bien, abandona la responsabilidad de tener un pensamiento, por lo tanto, está renunciando a su autoestima.

Carrión (2007) señala que las personas tienen una esencia, que es la que las diferencia de los animales y otros seres vivos. Desde que una persona nace, primero se debe formar una autoimagen, para de aquí llegar a la autoestima; el niño a cierta edad todavía no comprende ciertas circunstancias, no hace uso de la razón, por lo que todo lo que vaya aprendiendo o adquiriendo, se le debe explicar o reforzar, por las personas cercanas o los padres, dado que si un niño por alguna situación, siente que es inútil, que es feo, que es tonto, que no merece atención, los padres deberían demostrar que no es así, de lo contrario, se crea una autoimagen negativa, lo que conduce a una baja autoestima.

Otra descripción importante sobre cómo se desarrolla la autoestima es la de Clark y cols. (2000), quienes puntualizan que el concepto del yo y la autoestima se desarrollan a la par, comenzando en la infancia hasta pasar por diversas etapas un tanto complejas; cada una aporta sentimientos, impresiones y complicados

razonamientos sobre el yo, pero como resultado general, se da un sentimiento de valía, o bien, de incapacidad.

Conforme un niño va creciendo, se pone a prueba en diferentes circunstancias y ve cómo reaccionan los demás hacia él, ahí es cuando comienza a desarrollar su sentido del yo. El primer concepto del yo se forma en las primeras etapas de vida y se basa en las reacciones que los demás tienen para el niño. Si a un menor le expresan comentarios positivos, aunado con estímulos físicos, como abrazos, besos, entre otros, él se adueña de estas palabras y estímulos para formar un concepto de su yo. Por lo tanto, esta primera idea del yo procede a las reacciones de aquellas personas importantes para el infante.

Esta impresión del yo forma el sentimiento de la propia valía, siempre y cuando esta primera idea sea positiva, de lo contrario, el niño crecerá pensando que es inútil; aunque las respuestas negativas de las personas hacia él no se basen en algo real, él creerá que sí lo son y crecerá pensando que le pasa algo, que es el malo, o como ya se mencionó anteriormente, algo en él no está bien.

Después de la primera infancia, el niño amplía su experiencia fuera de la familia, con amigos, vecinos, compañeros de escuela; la respuesta de todas estas personas se suma a su concepto del yo, incluso comienza a tener cierta capacidad de valorar las relaciones hacia sí antes de aceptarlas como suyas. El niño que tiene una autoestima bien desarrollada, puede ser capaz de rechazar reacciones negativas que algunas personas tengan sobre él (Clark y cols.; 2000).

La adolescencia es uno de los periodos más difíciles para el desarrollo de la autoestima, ya que conlleva muchos cambios, tanto físicos, como hormonales y psicológicos, es cuando el individuo necesita hacerse firme una identidad. Si ya adquirió una opinión de su propia valía en la infancia, esta se transforma casi por completo en esta etapa, añadiéndose nuevas impresiones que formarán un nuevo sentimiento de valía más personal. Hay una crisis de identidad en esta etapa, en la cual el adolescente se cuestiona por todo, puede rebelarse y rechazar cualquier valoración que haga otra persona sobre él, o por el contrario, puede estar tan confundido e inseguro que solo pida aprobación a los demás. Como se trata de un adolescente, debería hacerse una revaloración que mejore su autoestima (Clark y cols.; 2000).

Otra postura es la de Satir (2002), esta autora afirma que la entidad de donde el niño extrae su autoestima, es producto de las interacciones entre y con las personas que cuidan de él, el sentido de valor y valía del niño son resultados de las manipulaciones del adulto. Los menores aprenden la autoestima a través de las voces, las expresiones y las miradas de los adultos. La autora propone algunos puntos en los que los padres deben centrarse para fortalecer el autoestima de sus hijos: aprender a ser conscientes de sus caricias, a tomar consciencia de la expresión de su mirada, diferenciar con exactitud entre los acontecimientos que fueron provocados por el niño y los que no, apoyar la capacidad y libertad de sus hijos para emitir comentarios y formular preguntas. Esto quiere decir que los padres

deben estar al tanto de todo lo que hacen, ya que cada acto tiene repercusiones en el niño.

Satir (2002) propone algunas ideas de cómo los padres pueden contribuir a desarrollar una adecuada autoestima en sus hijos: comenta que los padres deben verbalizar y esclarecer cualquier acontecimiento que pase para que el niño entienda lo que sucede; de igual forma, deben hablarle directamente a su nivel, utilizando su nombre, caricias y una adecuada enunciación de los pronombres. En conclusión, los adultos son los modelos, iniciadores y maestros de la autoestima.

Otra perspectiva es la de Mora y Raich (2005). Estas autoras mencionan que hay actitudes parentales que tienen una importancia en el desarrollo de la autoestima, la primera es la implicación parental o padres responsables, esta sugiere que los hijos que tuvieron padres indiferentes o ausentes, de alguna manera suelen tener una autoestima más baja. Otra es la aceptación incondicional de los progenitores, que se refiere a la capacidad que tienen los padres de ver las virtudes y debilidades de sus hijos. Otra actitud es el respeto, ya que los padres deben ser capaces de comentar los problemas que se presenten y negociar la solución; la siguiente es la coherencia paternal, seguida por el orden de nacimiento, esto quiere decir que si es el único hijo o el primero, tiende a influir obteniendo así un nivel más alto de autoestima. Por último, el modelado paterno, es una actitud muy simple: como ya se ha venido explicando, los padres son el modelo para que el niño sepa comportarse y asuma las consecuencias de sus acciones. Los padres con una sana autoestima influyen para que los hijos también la desarrollen.

Ahora que se han revisado las posturas de diferentes autores, se puede concluir que la mayoría de estos sugieren que los padres son los mayores moldeadores y maestros, representan una de las más importantes influencias para enseñar a sus hijos a desarrollar la autoestima.

1.5 Componentes de la autoestima

Hablar de autoestima implica examinar la raíz de la propia conducta, el centro de la forma de pensar y actuar, dicha variable está formada por diversos componentes, los cuales se explican a continuación.

Alcántara (1990) señala que la autoestima cuenta con tres componentes: cognitivo, afectivo y conativo. Los tres se encuentran íntimamente correlacionados, de manera que si se da una modificación en uno de ellos, esto provoca una alteración en los otros.

El componente cognitivo es una opinión, creencias, percepción y procesamiento de la información, se refiere básicamente al autoconcepto, que es una opinión de la propia personalidad y su conducta.

Sin embargo, Branden (2010) afirma que la autoestima está compuesta por dos ideas básicas: la primera es la autoeficacia, es decir, la confianza en la capacidad de pensar, aprender, elegir o tomar decisiones adecuadas; la segunda es

el autorrespeto, que significa tener confianza en que todos los logros, la amistad, el éxito, el amor, el respeto y la satisfacción personal, son adecuadas para el individuo.

La eficacia personal o autoeficacia es la experiencia de poder que se asocia con una autoestima saludable. Ser eficaz significa ser capaz de producir el resultado que se ha deseado, la capacidad de que se puede aprender lo que se necesita y de hacer lo que se requiere para conseguir los objetivos planteados, pero solo en la medida en que el éxito dependa de los propios esfuerzos de la persona; no se juzga la competencia según factores que estén fuera de su control. Básicamente, la autoeficacia es confiar en los procesos que se realizan y como consecuencia, tener la disposición de esperar el éxito después del esfuerzo que se llevó a cabo.

El respeto a uno mismo, o autorrespeto, es la convicción de la valía personal. Entraña la expectativa de la amistad, el amor y la felicidad como un resultado de quien es la persona y de lo que hace. Es la convicción de que vale la pena tener acciones para apoyar, proteger y alimentar la vida y el bienestar del individuo, de que este es bueno y merecedor del respeto de los demás. “La necesidad del respeto a uno mismo es básica e ineludible” (Branden; 2011: 59).

Por otro lado, Carrión (2007), al igual que Branden, propone la eficacia personal y el respeto a uno mismo como componentes de la autoestima. La eficacia personal la define como la confianza que tiene la persona en sus procesos mentales, implica creer y confiar en uno mismo; se basa en tener un perfecto equilibrio entre la sinceridad, el valor y la prudencia, tres cualidades humanas fundamentales. La

sinceridad de la persona se requiere para reconocer tanto sus valores como sus defectos; el valor, para afrontar la realidad, darse cuenta de los defectos y ponerse a trabajar para cambiarlos; la prudencia, para tener el cuidado que se requiere ante cualquier acto.

Este autor indica que todo esto, englobado, se requiere para tener un desarrollo personal, el cual es lo mismo que la autorrealización, que es la sensación que se produce cuando la persona llega a vivir plenamente, cuando disfruta de una existencia que está integrada con el mundo que lo rodea.

Se puede concluir afirmando que los componentes de la autoestima son fundamentales para adquirirla. La persona debe sentirse bien consigo misma en todas las facetas de su vida; sentirse merecedora de amor, respeto y amistad; creer en sí misma, en su capacidad para decidir lo que sea mejor, para que tenga una vida plena.

1.6 Pilares de la autoestima

Además de los componentes que conforman la autoestima y que se deben implementar de forma continua para obtener una sana autoestima, existen seis puntos, considerados prácticas, las cuales son fundamentales para desarrollar una adecuada autoestima. A continuación se explican detalladamente.

Según Branden (2011), existen seis pilares, los cuales son cruciales para que la autoestima de una persona se vea fortalecida:

- 1) La práctica de vivir conscientemente: la consciencia puede considerarse como la más grande manifestación de la vida, es el instrumento básico de la supervivencia, esto significa la capacidad de ser consciente del entorno que rodea al individuo. La consciencia no tiene que ver con la inteligencia de la persona. El vivir de manera consciente no se ve afectado por el grado de inteligencia que presentan las personas. “Vivir de manera consciente significa intentar ser consciente de todo lo que tiene que ver con nuestras acciones, propósitos, valores y metas —al máximo de nuestras capacidades, sean cuales sean estas— y comportarnos de acuerdo con lo que vemos y conocemos” (Branden; 2011: 89).

Para que conste que la persona tiene una consciencia, debe actuar sobre lo que ve y conoce, de manera que si la consciencia no se traduce en acción, se considera una traición a esta. El aprendizaje humano es automático, si la persona consigue dominar lo que aprendió, ya no lo está recordado constantemente, el vivir de manera consciente no quiere decir que se tenga consciencia de todo lo que se ha aprendido.

El obrar de manera consciente no quiere decir que el individuo siempre ha de permanecer en el mismo estado mental, sino que debe estar en el estado adecuado según lo que se encuentre realizando, para así tener consciencia de lo que hace en

el preciso momento. La consciencia mantiene un proceso de selección: no se puede estar consciente de todo a la vez, como ya se mencionó, se tiene consciencia de lo que se encuentra haciendo en el momento justo.

- 2) La práctica de aceptarse a sí mismo: aceptarse a sí mismo es la virtud que tiene el individuo para comprometerse con el valor de su propia persona, es la voluntad de aceptar que se piensa lo que se piensa, se hace lo que se hace, se siente lo que se siente y se es lo que se es. Es rehusarse a tomar como algo ajeno, algo que es propio del individuo. La autoestima es imposible si la persona no se acepta a sí misma, esta acción y la autoestima están estrechamente vinculadas, pero tienen significados diferentes: la autoestima es algo que se experimenta, mientras que la aceptación de sí mismo es algo que se hace.

Aceptarse a sí mismo se refiere a darse valor y comprometerse consigo mismo. Supone una disposición para experimentar y aceptar los sentimientos, aunque sean negativos, esto no implica que una emoción va a tener la última palabra para la realización de una acción, simplemente se trata de aceptar lo que se siente. Por lo regular, cuando estos sentimientos negativos se aceptan, se tiene la capacidad de prescindir de ellos. Se trata de que la persona sea amiga de ella misma, admitir sus conductas negativas y ubicar las consideraciones que motivaron a esta conducta.

- 3) La práctica de la responsabilidad: la persona, para sentirse competente de vivir y ser digna de felicidad necesita, sentir que tiene el control de su existencia, debe estar dispuesta a asumir la responsabilidad de sus actos y logros, asumir la responsabilidad de su vida y su bienestar. Debe entender que nadie vendrá a cambiar su vida; si quiere un cambio, debe hacerlo ella misma.

- 4) La práctica de la autoafirmación: significa que el individuo debe respetar sus deseos, necesidades y valores para buscar una forma de expresarlo de acuerdo con la realidad; esto no significa que se debe pasar por encima de los otros o de querer ser el primero, solo es la disposición de valerse por sí mismo, ser quien es abiertamente y tratarse con respeto en todas las relaciones humanas. Ejercer la autoafirmación significa que el individuo deberá vivir de forma auténtica, hablar y actuar bajo sus convicciones prestando atención al contexto. El desafiar a la autoridad se considera un acto de autoafirmación, pero no debe confundirse con la rebeldía, es decir, no por ir en contra de lo algo, sino por estar a favor de lo que quiere. El practicar la autoafirmación de manera lógica y congruente consiste en saber que la vida del individuo no pertenece a los demás, que sus deseos e ideas son importantes.

- 5) La práctica de vivir con un propósito: consiste en vivir productivamente, el no hacerlo es vivir a merced del azar. Los propósitos son los derroteros que mueven al individuo, el vivir con un propósito le hace utilizar sus facultades

para realizar las metas que ha elegido. Los propósitos tienen que ser específicos, debe existir un plan para su realización, solo así se puede controlar el progreso, comparar los resultados por si se requiere un cambio en el plan. Por lo regular, los propósitos que no se relacionan con un plan de acción, no se llevan a cabo.

- 6) La práctica de la integridad: la integridad consiste en la unificación de convicciones, ideales, normas, creencias, por una parte, y por otra, la conducta. Se dice que se tiene integridad cuando los valores del individuo son congruentes con la conducta que realiza. Cuando esto no sucede, cuando el individuo realiza una acción para la que sus normas propuestas están en contra, tiende a respetarse menos, confía menos en sí mismo, o deja de confiar por completo. Por supuesto, la integridad solo se plantea para las personas que cuentan con normas y valores.

El que una persona tenga integridad no quiere decir que vaya a tomar las elecciones correctas, solo exige que sea auténtica con el esfuerzo que hace por tomar la mejor elección, lo que esté de acuerdo con las normas y creencias con las que ya cuenta. Básicamente, la integridad significa tener congruencia entre las palabras y el comportamiento.

Se concluye diciendo que la autoestima es una necesidad ante la cual el individuo necesita tener disposición y voluntad para realizar todo lo explicado en este apartado. Se requiere de esfuerzo para poner en práctica estos pilares, pero son de suma importancia para mantener una autoestima adecuada y sana.

1.7 Niveles de la autoestima

Como ya se explicó, la autoestima requiere de ciertos componentes y elementos para desarrollarse y de ciertas medidas que se deben practicar cotidianamente para que sea sana; no en todas las personas se desarrolla igual, se habla de que existen niveles que son los que se explican enseguida.

La autoestima se ve afectada por experiencias que vive la persona en el mundo externo, cuando un niño es pequeño y comienza a tener deseos de hacer algo, tiene la inquietud de demostrarse a sí mismo y a los demás que puede hacerlo; conforme va creciendo por los años escolares, es cuando los niveles de autoestima se ven afectados por la adquisición de las habilidades y de competencia, especialmente en el desempeño escolar y en las relaciones de amistad, en esta etapa la autoestima se ve profundamente afectada por los éxitos o fracasos que el niño puedan tener (Coopersmith, citado por González-Arratia; 2001).

Se considera que la autoestima oscila entre tres márgenes, los cuales son: alto, medio y bajo. El hecho de que existan estos niveles no quiere decir que se mantendrán así para siempre, puede crecer mediante el proceso de maduración o puede deteriorarse. “La autoestima puede aumentar y decrecer y aumentar otra vez a lo largo de la vida” (Branden; 2011: 52).

Enseguida se explica cada nivel para tener una mayor comprensión de sus implicaciones.

- 1) Nivel alto: Según González-Arratia (2001) el individuo tiene el pensamiento de que es bueno, siente que es digno de que los demás lo aprecien, se respeta por lo que es, además vive de ciertos valores como la honestidad, la responsabilidad, integridad, comprensión y amor, siente que es una persona importante, tiene la confianza de que es competente. La autoestima alta no significa un estado de éxito total, en realidad consiste en que la persona esté consciente tanto de sus capacidades como de sus limitaciones. El tener este nivel de autoestima se encuentra relacionado con la salud mental, ya que la persona funciona correctamente y se adapta. El individuo con una autoestima alta actúa independientemente, es capaz de asumir sus responsabilidades, afronta nuevos retos, está orgulloso de lo que logra, tolera bien la frustración y se siente capaz de influir en otros.

Para Branden (2008), un sujeto con una alta autoestima busca que las metas dignas y exigentes sean un reto y un estímulo. La persona tenderá a ser más ambiciosa aunque no solo en el sentido profesional, sino también en las experiencias que espera de la vida. Es más probable que las relaciones que entable sean las correctas, honestas y abiertas. Asimismo, estará más dispuesto a mantener relaciones que lo hagan crecer como persona.

Branden (2010) afirma que la persona busca los desafíos en los objetivos que considera difíciles y que vale la pena alcanzar. La persona con este nivel de

autoestima se encuentra mejor equipada para los problemas que se le presenten, puede recuperarse más rápido de una caída y comenzará de nuevo con más energía. Existirá un deseo mayor por expresarse, confirmando así la riqueza interior que tiene el individuo, su expresión será más abierta, sincera y adecuada, porque el individuo cree que sus pensamientos son valiosos. Establece relaciones positivas en vez de tóxicas, trata bien a los demás y exige esto mismo para su persona. Branden (2011) asevera que con una autoestima alta, es más probable que la persona se esfuerce ante las dificultades.

El autor menciona que el tener una alta autoestima se correlaciona con el realismo, la racionalidad, la intuición y la independencia, entre otras cualidades. El tener este nivel de autoestima pronostica una felicidad personal, además, las personas así tienden a sentirse atraídas por otras cuyo grado de autoestima también es alto. Como ya se mencionó, la persona puede derrumbarse por un sinfín de problemas, sin embargo, tiene la capacidad de reponerse rápidamente. El tener un nivel de autoestima alto no quiere decir que se sobreponen a los demás o que son superiores, simplemente se alegran de saber quiénes son. El contar con un nivel alto de autoestima significa que la persona se siente apta para la vida. Es una autoestima que está orientada a la realidad.

Por otro lado, Coopersmith especifica que las personas con un autoestima alta son activas, expresivas, consiguen éxitos tanto sociales como académicos, se interesan por asuntos públicos, confían en sus percepciones, se acercan a otras sin pensar que pueden ser rechazados, esperan ser bien recibidos, consideran que lo

que hacen siempre es de alta calidad, esperan tener gran éxito en el futuro y son populares entre las personas de su edad (citado por Steiner; 2005).

- 2) Nivel medio: González-Arratia (2001) afirma que una persona que se encuentra en este nivel de autoestima, es muy parecida a las que se encuentran en un nivel alto de autoestima en muchos aspectos, pero cuentan con diferencias marcadas: a pesar de que son optimistas, expresivos y capaces, suelen estar pendientes de lo que los demás opinen de ellos, y quieren que la gente los acepte para así quitar la incertidumbre que sienten acerca de lo que valen.

Coopersmith, sin embargo, señala que un individuo con autoestima media presentan similitudes con los individuos con alta autoestima, pero la hacen ver en menor magnitud, y en algunos casos muestran conductas que reflejan dificultades en el autoconcepto; sus conductas suelen ser positivas, pero tienden a sentirse inseguros y pueden depender de la aceptación social (referido por Steiner; 2005).

- 3) Nivel bajo: Coopersmith habla de que los individuos con niveles bajos de autoestima muestran desánimo, aislamiento, sienten que no son atractivos ni capaces para poder expresarse, sienten temor al provocar enfado en los demás. Son sensibles a la crítica, se encuentran preocupados por problemas internos, presentan dificultades para establecer relaciones amistosas, no están seguros de nada en ellos mismos, no confían en que son capaces y

piensan que otras ideas son mejores que las suyas (citado por Steiner; 2005).

González-Arratia (2001) menciona que las personas con baja autoestima cuentan con las siguientes características físicas: voz débil, suave apretón de manos, postura encorvada, ojos sin brillo, semblante tenso y por supuesto, no pueden mirar de frente a las demás personas. Entre sus rasgos comunes se encuentran el ser bastante sensibles, tímidos, usar el orgullo como máscara, desesperados por recibir atención, jactanciosos, perfeccionistas y convulsivos, entre otros. Sus características psicológicas abarcan las siguientes: son sujetos ansiosos, inseguros, piensan que son perdedores, que no son lo suficiente y que no sirven para nada, son celosos, envidiosos, desconfiados y se desprecian a sí mismos y a los demás.

De acuerdo con Satir (2002), quienes sufren de baja autoestima tienden a despreciarse a sí mismos, tienen una actitud negativa, hacen responsables a los demás por sus propios actos, no saben valorarse ellos mismos y necesitan que los demás les asignen un valor.

El individuo que se encuentra en el nivel de baja autoestima, según Branden (2011) tiene estas características: renuncia a enfrentarse a dificultades o puede que lo intente, pero no da lo mejor de sí. Se correlaciona con la irracionalidad y no ve la realidad, tiene miedo a lo nuevo y a lo que no conoce, está a la defensiva y es hostil con las demás personas.

Un sujeto así, busca la seguridad de lo que ya conoce y no se exige en nada. Surge la necesidad de que constantemente se esté probando a sí mismo, por lo tanto, vive mecánicamente. Es más probable que su forma de expresar sea opaca, evasiva e inapropiada, debido a que no está seguro de sus pensamientos y sentimientos. El sujeto con una baja autoestima, cree que nada de lo que hace es suficiente y se correlaciona con la infelicidad.

Se puede concluir expresando que depende de la persona el nivel de autoestima en qué se encuentre, ya que como se mencionó antes, no es que el sujeto siempre se vaya a encontrar en un solo nivel de autoestima, si quiere modificarlo, lo puede hacer con ayuda terapéutica.

1.8 Medición de la autoestima

En este apartado se conocerán los instrumentos mediante los cuales se puede medir la autoestima, primero se mencionará el que se utilizó para esta investigación y enseguida, algunos otros que resulta importante dar a conocer.

Para esta investigación se utilizó el Inventario de Autoestima de Coopersmith (SEI), el cual fue presentado por primera vez en 1959 por Stanley Coopersmith.

Originalmente fue un inventario consistente con 50 ítems referidos a las percepciones del sujeto en las áreas de: sus pares, padres, el colegio y sí mismo.

Esta prueba se estandarizó en la Universidad de Concepción, en Chile por H. Brinkmann y T. Segure, sobre una traducción ya antes hecha al español por J. Prewitt Diaz en 1988 (Paz; 2010).

Posteriormente, el inventario quedó compuesto por 58 ítems, en donde el estudiante se percibe en cuatro áreas: autoestima general, social, hogar, escolar-académica y además una escala de mentira (Paz; 2010).

Otra prueba que mide autoestima es el TAE-Alumno, este test fue estandarizado en Chile; sus normas están elaboradas en puntajes T, de manera que permiten ubicar a los niños de entre 8 y 13 años en categorías de normalidad, baja autoestima y muy baja autoestima. El test está compuesto por 23 ítems con dos opciones de respuesta, SI o NO (sicolog.com).

Por otro lado, está la Escala de Autoestima de Rosenberg, la cual es más utilizada en las ciencias sociales. Originalmente se desarrolló en 1960; a lo largo de los años se han realizado numerosas traducciones y validaciones en distintas poblaciones. La prueba consta de 10 preguntas que son puntuadas entre 1 y 4 puntos, por lo cual se obtiene una puntuación mínima de 10 y máxima de 40 (Tomas; 2011).

Una vez expuestas las características, tipos e implicaciones de la autoestima, resulta necesario efectuar lo propio con la segunda variable de investigación: los trastornos alimentarios. Dicha tarea se efectuará en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO 2

TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

En este capítulo se abordará la definición de los trastornos de la conducta alimentaria, así como cuáles son los más importantes y las características que presentan, también se hablará de cuáles son las causas de estos padecimientos; de igual manera, se dará una breve explicación de lo que es la esfera oroalimenticia, hasta llegar a definir el perfil que tiene una persona que lo hace vulnerable a padecer estas perturbaciones.

2.1 Antecedentes históricos de la alimentación

Desde muchos años antes, se encuentran conductas alimentarias desordenadas, las cuales eran atribuidas a diferentes circunstancias, estas se mencionarán a continuación,

Anteriormente según Jarne y Talarn (2000), se realizaban banquetes en donde la gente comía de forma exagerada, incluso recurrían al vómito para después volver a comer. Estas formas de alimentación tenían un carácter social, mediante el cual demostraban poder y en ocasiones, un simbolismo sagrado. Por otro lado, en la cultura cristiana el que las personas se restringieran de comida era asociada con un simbolismo religioso, ya que los primeros cristianos y místicos creían que si practicaban el ayuno como una penitencia, era una forma de expresión del rechazo

del mundo y un medio mediante el cual se podía conseguir un estado espiritual más elevado.

En el siglo XVII, se comenzaron a observar casos de inanición provocada por rechazar la comida. Las primeras teorías sugeridas para estos trastornos fueron hechas por Lassège y Gull, en 1873, ellos les atribuían un origen panhipopituitario, más adelante introdujeron las hipótesis psicológicas (referidos por Jarne y Talarn; 2000). Desde los años setenta se considera que en este trastorno influyen factores biológicos, sociales y psicológicos y se dan modelos de tratamiento, los cuales abarcan estas tres esferas.

En el año de 1979, Rusell describió un cuadro clínico en el que se presentaban cuadros de ingesta voraz, seguidos por conductas de purga y esto lo vinculaba con la anorexia nerviosa (Jarne y Talarn; 2000).

2.2 Definición y características clínicas de los trastornos alimenticios

Según la American Psychiatric Association (APA; 2002) los trastornos de la alimentación están caracterizados por alteraciones en la conducta alimentaria, los más específicos son la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa.

2.2.1 Anorexia nerviosa

Uno de los trastornos alimentarios más importantes es la anorexia nerviosa, por ello, a continuación se dará una descripción sobre esta.

La anorexia nerviosa es caracterizada por un rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, además de un miedo excesivo a ganar peso y una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo. La persona que padece este trastorno mantiene un peso corporal que es por debajo de lo recomendable para su edad y su talla. Si este trastorno se comienza en la niñez, en lugar de tener una pérdida de peso, existe una falta en el aumento de este.

La persona comienza excluyendo de su alimentación todo lo que contiene calorías, pero por lo regular termina con una dieta muy restringida y con muy pocos alimentos. Para perder peso, el sujeto también puede utilizar purgas, las cuales incluyen vómitos provocados o el empleo de laxantes, diuréticos o el ejercicio excesivo.

Igualmente, respecto a la alteración de la percepción del peso y de la silueta corporal, algunas personas creen que se ven obesas, mientras que otras saben que son delgadas, pero continúan con la preocupación porque algunas partes de su cuerpo les siguen pareciendo gordas. Emplean técnicas como pesarse constantemente o medir algunas partes de su cuerpo, pero de una forma obsesiva; adicionalmente, se miran constantemente en el espejo para ver las partes gordas de

su cuerpo. En las mujeres con este trastorno se da la amenorrea, que es la falta de periodo menstrual, y es una consecuencia de la pérdida de peso, puede darse la ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos (APA; 2002).

Es importante mencionar que según Belloch y cols. (1995), lo patológico del trastorno radica en que la persona tiene un deseo por seguir adelgazando aunque ya haya perdido un porcentaje elevado de peso.

Existen subtipos de anorexia nerviosa que, según la APA (2002), son dos: restrictivo y compulsivo o purgativo. La de tipo restrictivo consiste en cuadros clínicos donde la pérdida de peso se consigue mediante dietas, ayunos o haciendo ejercicio en exceso, además, se caracteriza porque el individuo no se vale de atracones ni purgas. La de tipo compulsivo consiste precisamente en recurrir a los atracones o purgas, incluso ambos; la persona se provoca vómito o utiliza diuréticos, laxantes o enemas en exceso; en este subtipo se incluyen las personas que no presentan atracones, pero que hacen uso de purgas aunque hayan ingerido pequeñas porciones de comida.

De igual manera y como último punto en lo que a la anorexia se refiere, es importante mencionar que existe la anorexia nerviosa atípica. Este término es utilizado para los casos en los que no se cumplen todos los criterios de la anorexia nerviosa, de modo que pueden faltar algunos signos como la pérdida de peso o la amenorrea, pero incluyen algunas otras de las características ya mencionadas (Castillo y León; 2005).

2.2.2 Bulimia nerviosa

Otro de los trastornos alimentarios de mayor relevancia es la bulimia nerviosa, en función de ello, enseguida se describirán sus características.

La APA (2002) señala que la bulimia nerviosa consiste en que la persona que la padece, realiza atracones y métodos compensatorios inapropiados para evitar subir de peso, estas acciones deben presentarse al menos dos veces a la semana en un periodo de tres meses. Se puede definir al atracón como el consumo de una cantidad de comida superior a la que la mayoría de los individuos comería, en un periodo corto de tiempo, por lo regular suele ser comida con alto contenido calórico, sin embargo son caracterizados por una cantidad anormal de comida más que una ansia de comer algún alimento determinado. Las personas que padecen este trastorno por lo regular realizan los atracones a escondidas y pueden durar hasta que la persona ya no pueda más, incluso llega a sentir dolor. Estos episodios por lo regular están acompañados por una sensación de una falta de control, pero cuando la enfermedad va avanzando se da una alteración en el manejo de los atracones, ya que la persona presenta una dificultad para evitarlos o para acabarlos.

Otra de las características más relevantes de este trastorno son las conductas compensatorias para evitar ganar peso, las cuales son inapropiadas, la más usual de estas es la provocación del vómito, en ocasiones este suele convertirse en el objetivo

principal, llevando a que el individuo solamente recurra a los atracones con el fin de vomitar. Otra conducta de purga es el uso en exceso de diuréticos y laxantes. Los individuos con este trastorno pueden pasar uno o más días sin comer o realizando ejercicio en exceso para tratar de compensar el alimento ingerido durante los atracones (APA; 2002).

Belloch y cols. (1995) señalan que la bulimia nerviosa es caracterizada por una necesidad irrefrenable de ingerir grandes cantidades de comida, por lo regular la que contiene un alto contenido de calorías, lo que como ya se mencionó constituye los atracones. Como consecuencia de esto, la persona siente una gran culpa, que es la que la orilla a recurrir al vómito.

Según la APA (2002), la bulimia nerviosa se subdivide en dos: la de tipo purgativo y la de tipo no purgativo. La primera se presenta en cuadros clínicos en los cuales la persona se ha provocado vómito y ha hecho un mal uso de laxantes, diuréticos y enemas. La de tipo no purgativo es cuando la persona ha recurrido a conductas como ayunar o realizar ejercicio intenso, pero no a vómitos ni al uso de laxantes, diuréticos o enemas.

Por último, es importante mencionar que existe la bulimia nerviosa atípica, la cual es caracterizada por un cuadro de bulimia nerviosa, en el cual pueden fallar algunos de los síntomas principales de este trastorno. En este se puede encontrar un peso normal o incluso superior al normal, con episodios de ingesta en exceso,

seguidos de vómitos o purgas. Con frecuencia en estos síndromes se pueden encontrar algunos síntomas de depresión (Castillo y León; 2005).

2.2.3 Obesidad

Brevemente se dará una descripción de lo que es la obesidad. Esta condición consiste en “una excesiva acumulación de tejido adiposo en el conjunto corporal” (Belloch y cols.; 1995: 544). Por lo regular los obesos comen de forma excesiva, y esto puede traer consecuencias graves para la salud (Jarne y Talarn; 2000), sin embargo, Ajuriaguerra (1973) señala que la obesidad es lo contrario a la anorexia nerviosa.

2.2.4 Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas

Existen otras alteraciones de menor importancia, una de ellas es la hiperfagia, la cual será descrita a continuación.

La hiperfagia, según Castillo y León (2005), es un término que se refiere a cuando la persona ingiere alimentos excesivamente después de que ha pasado por un acontecimiento estresante, lo que da lugar a la obesidad. Episodios como duelos, accidentes, intervenciones quirúrgicas, entre otros, pueden dar paso a una obesidad reactiva, por lo regular en personas que están predispuestas a ganar peso.

Dicha condición se diferencia de las personas que ya sufren de obesidad o las que la obesidad es un efecto secundario de un tratamiento farmacológico. A este trastorno se le conoce también como hiperfagia psicógena.

2.2.5 Vómitos en otras alteraciones psicológicas

Otra de las alteraciones son los vómitos. Castillo y León (2005) señalan que esta alteración es caracterizada por vómitos repetidos, los cuales no son autoprovocados; pueden aparecer en el embarazo, así como las náuseas recurrentes, debido a factores emocionales. Esta alteración también es conocida como vómitos psicógenos o hiperémesis gravídica psicógena.

Existe una alteración que se denomina trastorno por atracón la cual es caracterizada por atracones recurrentes de al menos dos veces en una semana durante un periodo de 6 meses y sin que se presente ninguna conducta compensatoria típica de la bulimia. La persona que lo padece no tiene el control de sí misma durante la ingesta, come hasta sentirse extremadamente llena, después experimenta disgusto y culpa, incluso depresión. La persona tiende a comer a solas para esconder su voracidad e incluso puede llegar a comer sin tener hambre y de forma rápida, de manera que siente malestar al recordar los atracones (Castillo y León; 2005).

2.2.6 Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia

Como último trastorno se verán los tipos de problemas que afectan a los niños, como característica principal del trastorno es que el infante rechaza los

alimentos o presenta algún tipo de conducta caprichosa en la que se aleja bastante de lo que es una conducta alimentaria normal para un niño (Castillo y León; 2005).

Los problemas alimentarios, según Jiménez (1997), son un conjunto de comportamientos problemáticos que están relacionados con la alimentación del niño, los cuales, en la mayoría de los casos, no suponen un riesgo para la salud de este. A continuación se describirán algunos de estos problemas menores:

- Comportamientos disruptivos durante la comida y hábitos alimentarios inadecuados: esto se refiere a todos los comportamientos que dificultan que se establezcan hábitos alimentarios adecuados, como la costumbre que tiene el niño por comer de pie o levantándose de la silla continuamente, comer solamente si está jugando, si el adulto le está hablando, cuando se niega a utilizar cubiertos, entre otras conductas.
- Rechazo de alguna clase de comida: aquí el problema es si el niño rechaza un alimento que puede ser sustituido por características iguales o si se niega a ingerir bastantes alimentos, lo que puede influir negativamente en la salud del niño. Los motivos de este rechazo puede ser por causa de sabores, olores o a una dificultad, por menor que sea, de ingerir los alimentos.

- Negación a tomar alimentos sólidos: este es un rechazo a comer alimentos consistentes y aparece cuando el niño pasa de las papillas y biberones a la comida de los adultos.
- Ingesta de comida mezclada: el niño solo come aquellos alimentos que están triturados y que dan una mezcla de sabores. Cuando el niño no quiere alimentos sólidos, el adulto se encarga de triturar la comida para él y mezcla los que considera que el niño debe tomar para estar bien alimentado. Por lo tanto, el niño se acostumbra a una mezcla de sabores y cuando se le intenta dar por separado los alimentos, no acepta el sabor propio de cada uno.
- Falta de apetito: es cuando el niño no tiene hambre; en condiciones normales, después de un año el apetito del niño disminuye, y los padres toman conductas en ocasiones inadecuadas, las cuales logran llegar a hábitos alimenticios inadecuados; cuando el menor entra en la edad escolar, incrementa el apetito, pero los hábitos alimenticios que haya adquirido en los años anteriores son los que se mantendrán. El problema puede aparecer de dos formas: que el niño coma poco o que la cantidad de comida se considere pequeña solo cuando ingiere determinados alimentos.
- Tiempo de comida excesivo: los motivos de la lentitud cuando el niño come son variados, pero entre los principales se encuentra un rechazo a ingerir comida, negación a pasar de la comida triturada a la sólida, rechazo a ingerir

la comida que los padres quieren que coma, exceso de estímulos que distraen al niño, en otras palabras, la lentitud para comer es resultado de otros problemas.

- Los vómitos: se producen como rechazo a la comida, que se debe a todos los problemas de los cuales se ha hablado. También pueden ocurrir como una reacción de rechazo hacia alguna situación determinada, el niño vomita para evitar pasar por esa circunstancia (Jiménez; 1997).
- Pica: trastorno en el que el niño ingiere de forma persistente sustancias que no son nutritivas, de hecho son materiales que no se consideran alimentos, como tierra, papel o gis, entre otros. Se considera anormal cuando se da por encima de los 18 meses y se puede referir a un síntoma de un trastorno psiquiátrico grave, como el autismo o el retraso mental, aunque también se presenta en niños pequeños con inteligencia normal y puede remitir en la adolescencia.
- Rumiación o mericismo: aparece en niños de entre tres y doce meses, es poco frecuente y consiste en la regurgitación repetida de la comida para después expulsarla o deglutirla de nuevo. Es acompañada por pérdida de peso o incapacidad para ganar el esperado para la edad del infante (Castillo y León; 2005).

- Potomanía: es la ingesta de líquidos, en especial el agua. Ajuriaguerra (1973) señala que es la necesidad de absorber líquidos, ya sea agua o cualquier otro, si la persona que padece esto no encuentra agua a su alcance, es capaz de llegar a beber agua sucia o su propia orina.

Es importante mencionar que para que estos trastornos se identifiquen en los niños, se debe descartar que el problema sea por una causa física.

2.3 Esfera oroalimentaria en el infante

Se dará en este apartado una definición muy concreta sobre lo que es la esfera oroalimenticia, cómo es la organización y algunas alteraciones de esta.

Según Ajuriaguerra (1973) la esfera oroalimenticia aparece desde que el niño nace y abarca una serie de reflejos en los que el niño succiona y deglute. Aparece una orientación hacia la fuente de excitación que es la boca; como reacción oral, aparece una de las formas en las que el infante se relaciona con el mundo externo. El niño descubre que no solo le satisface el comer, sino que la excitación de los labios y la boca le produce un auténtico placer, aunque no se acompañe de comida.

2.3.1 Organización oroalimenticia

La organización oroalimenticia es la forma en que el niño reacciona ante el pecho de la madre. R. Spitz (citado por Ajuriaguerra; 1973) señala que el infante pasa por distintas fases ante el pecho materno: a los ocho días, el niño responde a

señales de sensibilidad, al cogerlo en brazos acerca la cabeza hacia el pecho de la persona que lo tiene en brazos. Hasta el segundo mes, solo reconoce la señal de comida cuando tiene hambre. Cuando va a cumplir los tres meses, reacciona ante un estímulo interno, ante la presencia de un adulto deja de llorar, abre la boca y adelanta los labios, lo cual hace cuando va a comer. Hacia los tres meses, al tomar el biberón el niño reacciona con movimientos de succión.

Según M. Klein, la primera experiencia que tiene el niño sobre la alimentación es fundamental en su vida emocional: el hecho de perder y recuperar el objeto querido, en este caso el pecho bueno, ya que agradecerá tanto el alimento, como el objeto que lo proporciona (citado por Ajuriaguerra; 1973).

El alimento no es solo un acto nutritivo, es una entrega de sí misma por parte de la madre; no es solo porque le dé pecho, sino por la actitud que tiene cuando lo alimenta; el bebé encuentra en esta forma de alimentarse su comodidad, una posición acariciadora y un olor característico. No solo le satisface su hambre, sino todas sus necesidades. Las mejores madres son las mejores nodrizas (Ajuriaguerra; 1973).

2.3.2 Alteraciones en la esfera oroalimenticia

Ajuriaguerra (1973) señala que existen diferentes tipos de alteraciones, básicamente se habla de anorexia. Aquí se hablará de dos tipos: la del recién nacido

y la de la segunda infancia; en la anorexia del recién nacido se describen los siguientes cuadros:

- La anorexia esencial precoz: se da en el primer día o en las primeras semanas de nacido el bebé. Al respecto, J. Levesque (citado por Ajuriaguerra; 1973) señala que se da en bebés que tienen poco peso, que son nerviosos y muy despiertos. Primeramente muestran cierta pasividad ante la comida y después de algunos meses, se muestran reacios para comer.
- La anorexia del segundo semestre: aparece alrededor del quinto y del octavo mes y ocurre más frecuentemente al suprimir la leche e ir modificando el régimen; de acuerdo con el comportamiento infantil ante la comida, se señalan dos tipos de anorexia: la inerte, que es cuando el niño no come por iniciativa propia, en ocasiones ni siquiera ingiere; y la de oposición, en la cual el infante tiene una reacción casi de enojo hacia la comida, chilla, se agita, no quiere comer, entabla una lucha con los padres por rechazar el alimento. L. Kreisler (citado por Ajuriaguerra; 1973) distingue dos tipos de anorexia en este segundo semestre: la simple, que se da ante el cambio de alimentación, da origen a una interacción con la madre en donde ella se impone y el niño se opone, es un rechazo elemental y no se considera como falta de apetito; y la anorexia compleja, en la cual el niño hace saber que la comida no le interesa y se caracteriza por lo intenso de sus síntomas.

Ahora se describirá la anorexia de la segunda infancia: esta suele ser una secuencia de la primera, pero en ocasiones se presenta en niños que se han alimentado normal en los primeros años y lo que ocasiona su oposición a la comida, son los rituales que hace su familia para comer, por lo que es una oposición a la rigidez paterna, o el querer elegir caprichosamente su comida.

En conclusión, deben considerarse las condiciones en que el niño come, el ambiente, los horarios, la cantidad de comida y las veces que come, antes de considerar a la anorexia como un síntoma y tratarlo como tal.

2.4 Perfil de la persona con trastornos de alimentación

En este apartado se dará una descripción de cómo es la persona que llega a padecer un trastorno de la alimentación, así como las características con las que cuenta para desarrollarlo.

Costin (2003) señala que no es fácil detectar estas características en una persona, porque por lo regular se notan cuando el individuo ya ha desarrollado el trastorno, por lo tanto, resulta difícil identificar algunas particularidades cuando son normales de la persona, en contraste con las que presenta ya teniendo el trastorno. Sin embargo, existen algunos puntos con los que se identifica el perfil de una persona con un trastorno alimentario. Enseguida se explican.

- 1) Problemas con la autonomía: se trata de la dificultad que tiene la persona para funcionar de forma independiente, trata de cumplir con los ideales de los padres o de otros sujetos y satisfacerlos. No desarrolla un margen de seguridad para poder pensar por sí misma, quiere siempre ser adecuada. Como se ajusta a la imagen que otros tienen de ella, es inevitable que tenga una sensación de ineficacia personal, siempre termina dudando de sí misma.

- 2) Déficit en la autoestima: el grado en el que la persona se acepta a sí misma es la autoestima. Cuanto menos parecido esté el concepto de sí mismo con el que se tiene del concepto "ideal", más baja es la autoestima. Dicha característica en las mujeres está concentrada en la apariencia; una persona puede sentirse insegura respecto a no poder cumplir con estas expectativas que concentra el peso como el área de aceptación.

- 3) Camino a la perfección y el autocontrol: el buscar el perfeccionismo es bastante común en las personas con estos trastornos, la sensación de ineficacia personal las hace exigentes, creen que nada es suficiente. Por lo tanto, la perfección se desplaza al peso corporal, estas personas creen que para alcanzar la perfección deben contar con un cuerpo ideal, cueste lo que cueste, sin embargo, este perfeccionismo refuerza la sensación de inseguridad en la persona. Este control es por lo regular para compensar la impotencia que sienten ante situaciones que no pueden manejar. Este control termina volviéndose contra ellas.

- 4) Miedo a madurar: por lo regular, las personas con estos trastornos están en la pubertad, la adolescencia y hasta la juventud, por lo tanto, presentan una intolerancia a todos los cambios que experimenta el cuerpo durante estas etapas. Muestran una dificultad para aceptar que el cuerpo de un infante se convierte en el de un adulto, un temor a manejar la independencia que deja el crecer, además, las personas con estos trastornos pueden llegar a no encontrarse bien emocionalmente.

Es necesario dar a conocer que todo de lo que se ha hablado, no son causas que produzcan un trastorno alimentario, sino factores que predisponen y vuelven a la persona vulnerable para padecerlos. De hecho, lo que hace que un trastorno se mantenga es lo que se hace durante él, más que con lo que pudo comenzar (Costin; 2003).

2.5 Causas del trastorno alimentario

En este apartado se conocerán las causas de los trastornos alimentarios, pero como ya se mencionó anteriormente, tales perturbaciones cuentan con factores que predisponen a las personas a padecerlas. Como predisposición se entiende a la preparación anticipatoria para un fin, así, cuando se hable de factores predisponentes, se está diciendo que hay elementos que preparan a la persona para que prospere más fácil la idea de controlar el peso. Sin embargo, para que esto se acreciente, un factor no es suficiente, sino que se requiere de una combinación de distintos componentes para que la persona sea vulnerable para desarrollar un

trastorno, esta combinación cuenta con los factores individuales, familiares y socioculturales, los cuales serán explicados a continuación, con base en Ogden (2005) y Rausch (1996).

2.5.1 Factores predisponentes individuales

Ogden (2005) señala que la elección de la comida se ve influida por los factores individuales como el aprendizaje, las creencias, las actitudes y la constitución psicofisiológica de la persona. Además, los alimentos representan algunos aspectos de la identidad de la persona, como el sexo, género, conflictos y autocontrol e incluso comunican amor y poder. La comida cuenta con significados, clasificaciones, entre otras características, que son importantes para la persona, por eso a continuación se dará una breve descripción de esta.

En lo que concierne a la clasificación de la comida, Helman (citado por Ogden; 2005) señala que hay cinco criterios de categorización:

1. Comida frente a no comida: se refiere a las sustancias que son comestibles y las que no lo son.
2. Comidas sagradas frente a profanas: distinción entre los alimentos que son válidos por las creencias religiosas y los que no lo son.
3. Clasificaciones de comidas paralelas: señalan los alimentos considerados como calientes y fríos, esto no depende de la temperatura sino del valor simbólico adjudicado; respecto a la salud, hay un equilibrio entre alimentos

calientes y fríos, las enfermedades frías se tratan con alimentos calientes y viceversa.

4. Comida como medicina: separación y solapamiento de la comida y la medicina.
5. Comidas sociales: se trata de la función social de la comida, se entiende como una forma de desarrollar relaciones, simboliza estatus, crea la identidad de un grupo mediante patrones de tradición.

En lo que corresponde al significado de la comida, se definirán brevemente algunos tipos de alcances que se le dan.

1. La comida como afirmación del yo: la alimentación actúa como una comunicación de necesidades internas y de conflictos internos, prácticamente facilita la información de la identidad personal.
2. Comida y sexualidad: muchos de los alimentos están relacionados con el sexo y la sexualidad, esta vinculación se encuentra establecida en muchas culturas. Las personas ven el salir a cenar, como un precursor del sexo; Fieldhouse explica que las asociaciones entre estos dos conceptos, son de carácter biológico, siendo el sexo y la comida actos de supervivencia (referido por Ogden; 2005).
3. Comer frente a la negación: muchos de los conflictos personales se producen entre la comida y la negación de comer, ya que la mujer como ama

de casa es la encargada de alimentar a su familia saludable y nutritivamente, pero al mismo tiempo, se niega el comer de esta forma para mantenerse delgada y atractiva. Lawrence señala que “las mujeres tienen el control de la comida, pero, al mismo tiempo, se niegan a sí mismas el placer de comer” (citado por Ogden; 2005: 70).

4. Culpa que proviene de la comida placentera: los alimentos dulces por lo regular presentan un placer, el cual satisface una necesidad, pero tras el consumo de estos aparece la culpa y el sentimiento de vergüenza.
5. La comida y el autocontrol: la comida representa tener el control o la pérdida de este. Ogden (2005) asegura que en las últimas décadas la dieta se ha convertido en la actividad perfecta para el autocontrol, el cual es plasmado por el interés en la acción de comer, por lo tanto, la dieta es este vehículo por el cual se ejerce el control.
6. La comida como interacción social: en tanto un instrumento de comunicación familiar, el comedor se vuelve el lugar donde se cuentan las vivencias del día, además, los alimentos que se consumen y la forma de cocinarlos forman una identidad de grupo.
7. La comida como amor: Charles y Kerr señalan que los alimentos dulces son utilizados para mantener la armonía de la familia, además de que los alimentos sanos y sabrosos significan amor familiar. Lawrence afirma que la

mujer muestra el amor a sus seres queridos por medio de la comida (referidos por Ogden; 2005).

8. La comida que genera placer es poco saludable: existe un conflicto entre salud y placer respecto a la comida, por lo regular, las mujeres entran en este conflicto al querer proporcionar a sus seres queridos la comida que les gusta para demostrar su afecto, pero que no es tan saludable.
9. La comida refleja relaciones de poder: Millett refiere que en casi todos los grupos se da que el hombre dominante come primero y en más cantidad, incluso cuando el hombre y la mujer comen juntos, ella debe servir a él. Charles y Kerr afirman que la comida refleja las relaciones de poder y las divisiones sexuales que existen dentro de la familia; las porciones mayores son para los hombres (referidos por Ogden; 2005).
10. La comida como identidad cultural: es una forma de comunicación sobre la identificación cultural que tiene la persona.
11. La comida como identidad religiosa: las comidas familiares tienen un papel para que se establezca una consonancia religiosa; preparar, dar e ingerir alimentos es un medio por el cual se comunica la santidad de la familia.
12. La comida como poder social: puede representarse como símbolo de estatus social. Las personas con poder, como ya se mencionó, comen en grandes

cantidades y son alimentadas por otras personas. Pero también sirve como medio para recuperar el control social. Algunas personas realizan huelgas de hambre como forma de protesta política, dicha estrategia se considera un arma muy poderosa mediante la cual se puede recuperar el control político (Ogden; 2005).

La delgadez es vista por las personas como una forma de autocontrol. Si el individuo está delgado es porque logra controlar el peso, esto a la vez hace que se sienta libre, que nadie lo controla, además, las personas creen que el ser delgado les producirá éxito en todas las áreas de su vida.

2.5.2 Factores predisponentes familiares

En este apartado se explicaran cuáles son los factores respecto a la familia, que propician que una persona padezca un trastorno alimentario, lo que pasa en dicho grupo para que para que un integrante tenga predisposición a padecer un trastorno.

Rausch (1996) comenta que una persona que padece un trastorno es la que vive en una familia donde no existe una comunicación total, puede ser que la persona únicamente se comunique con la madre y deje al padre casi completamente fuera de su vida. Cuando esta comunicación se obstaculiza, a la persona le cuesta discernir y transmitir lo que siente, se crea un conflicto debido a que la persona cree que los demás saben mejor lo que desea que ella misma. Además, son familias que no tienen una forma correcta para resolver conflictos, temen expresar sus emociones

por no causar disgustos y desacuerdos, por lo tanto, si no existe una forma de expresar que se está en desacuerdo y que la persona tiene una opinión distinta, a ella le resulta difícil reconocer y valorar sus propias experiencias, incluso son familias que inhiben la agresividad y hostilidad; debido a esta falta de tolerancia, se presenta la incapacidad de reconocer problemas y resolverlos.

Otra característica es que la familia tiene antecedentes familiares de alcoholismo y depresión. Por lo regular, estos núcleos sociales muestran límites de crianza entre generación, aunque puede suceder que la abuela este inmiscuida en la familia como criadora de los nietos. Por el contrario, en estas familias puede ser que la madre sea muy exigente y controladora, incluso puede tener expectativas muy altas sobre sus hijos respecto a su desempeño; además, suele comparar a unos hijos con otros, logrando que se dé una rivalidad entre hermanos.

Otro factor predisponente es la tensión que se produce entre los padres e hijos respecto a las reglas que se han establecido en la familia, puede que las reglas impuestas hayan funcionado anteriormente, pero son poco flexibles para adaptarse a la situación que se está viviendo. También en estas familias existe un problema de fronteras, las cuales son reglas que van a determinar la participación de un miembro, puede que existan reglas o fronteras difusas o por el contrario, demasiado rígidas; de igual forma, las dos circunstancias son causantes de problemas, ya que las difusas se pueden interpretar de manera que cada miembro de la familia puede manejarse como quiera, mientras que las rígidas son tan poco flexibles que no dejan funcionar a la persona (Rausch; 1996).

Por lo regular, las familias de personas que padecen un trastorno alimentario suelen tener un descontrol en la jerarquía, ya que es usual que los hijos estén a cargo de funciones que deben asumir los adultos, esto genera una desorientación y sienten que todo se vale. Además, suele darse que el ambiente familiar este muy controlado impidiendo así el desarrollo de la autonomía en los miembros.

Como conclusión, se puede decir que en la familia hay ciertas características de organización y funcionamiento que pueden generar problemas en las familias y esto favorece que surja un trastorno alimentario o bien, que se mantenga (Rausch; 1996).

2.5.3 Factores socioculturales

Para concluir con los factores que predisponen a que una persona padezca un trastorno alimentario, se hablará de los factores socioculturales, esto incluye lo que la sociedad y los medios de comunicación promueven entre las mujeres.

Según Costin (2003), los medios de comunicación fomentan la idea de que una mujer que es delgada va a tener una vida sofisticada, de éxito y aceptación social, la mujer cree que mientras menos peso tenga, más logros obtendrá. Por lo general no es así, al contrario: la persona se encuentra tan concentrada en la comida y en perder peso, que no tiene las condiciones de estabilidad emocional para tener un satisfactorio desempeño en la escuela o en el trabajo, por otra parte, el contexto sociocultural en el que ella vive, premia la delgadez y presenta prejuicios sobre la

gordura. Cuando se habla de un cuerpo escultural, en el ámbito de los medios masivos, no significa que sea un cuerpo saludable, sino que esté de moda, dependiendo de la época.

La sociedad comunica que el papel más importante de la mujer es el de ser atractiva físicamente, en tanto que los medios de comunicación refuerzan esta idea sugiriendo que la mujer es solo una imagen corporal. La sociedad espera que la mujer tenga un cuerpo, una carrera y un matrimonio que resulten perfectos y sea una buena madre, deben tener un control sobre ellas mismas. Por todo lo anterior, la mujer que no siente que sea eficaz en una de estas áreas se concentra en su cuerpo y peso, porque cree que es lo único que puede controlar y que teniendo la figura esperada por la sociedad, podrá ser competente en las demás áreas. En estos tiempos, la delgadez es sinónimo de estatus social, pero el perseguirla no lleva a la felicidad, de modo que mientras más grave es el trastorno, menor es la posibilidad de lograr objetivos personales.

En la sociedad, como ya se mencionó, existen prejuicios respecto a la obesidad, se tiene la idea de que los obesos son así porque comen más que quienes no lo son, y esto no es así, ya que la persona no se vuelve obesa por comer lo esperado para su cuerpo. Otra idea es que los obesos tienen más problemas psicológicos, respecto a ello, está demostrado que la obesidad no produce ni más ni menos problemas emocionales. La obesidad está asociada con el incremento en la mortalidad, cuando la mayor mortalidad se produce en persona con bajo peso. Como último de los prejuicios, se encuentra que los tratamientos con dietas prolongadas

son satisfactorios, por lo regular no es así, ya que solo pocas personas logran mantener el peso bajo durante dos o más años después de haberlo perdido.

Como se puede apreciar, la sociedad lleva a las mujeres a realizar muchas actividades para perder peso, por lo tanto, las obliga a padecer un trastorno alimentario (Costin; 2003).

2.6 Percepción del cuerpo en el trastorno alimentario

La concepción del ideal de belleza en estos tiempos es un cuerpo esbelto, por lo tanto, la delgadez se ha convertido no solo en signo de belleza, sino de éxito y autocontrol, por lo que la mayoría de las personas se encuentra con una insatisfacción corporal, la cual será descrita a continuación, así como los factores que influyen en esta y las consecuencias que representa.

Como insatisfacción corporal se entiende el no estar conforme con la imagen corporal, con la manera en que luce el cuerpo. La imagen corporal es el propio cuerpo valorado desde las emociones y la mente. Respecto a esta insatisfacción corporal, se encuentran, según Ogden (2005), tres perspectivas diferentes en las cuales puede considerarse como tal: estimación deformada del tamaño corporal, o sea, la persona tiene una percepción de que su cuerpo es más voluminoso de lo que en realidad es; discrepancia del ideal, que se refiere a que la persona no coincide entre el ideal del peso con la realidad que percibe de ella misma; por último,

respuestas negativas al cuerpo, lo cual indica que la persona tiene pensamientos y sentimientos negativos hacia su cuerpo, esto surge de una inconformidad de la discrepancia del volumen real y el ideal de su cuerpo.

Por lo regular, son las mujeres quienes presentan mayor insatisfacción corporal y se muestran más preocupadas por su peso, esta insatisfacción suele ser respecto a partes específicas de su cuerpo como el estómago, las caderas, los muslos y las nalgas. Sin embargo, en los hombres también se presenta esta insatisfacción, aunque en menos cantidad y la presentan en relación con los brazos, la espalda, el pecho y el estómago. La insatisfacción corporal se da en todas las edades, tanto en hombres como mujeres, incluso se relaciona con las preferencias sexuales, aunque de manera contraria: las mujeres homosexuales presentan menor insatisfacción corporal, mientras que en los hombres hay una mayor insatisfacción, además, no existe una diferencia respecto a grupos étnicos y se da en la mayoría de las sociedades, de modo más frecuente en las clases sociales medias y altas (Ogden; 2005).

Otro de los factores de la insatisfacción corporal según Ogden (2005), son los sociales, en los cuales se encuentra que esta insatisfacción es una respuesta de los medios de comunicación, ya que en los periódicos, revistas, televisión, entre otros, se maneja una imagen de delgadez que influye para que la persona crea que ese perfil es el ideal. Además, existe el factor de la cultura: el ser una persona blanca, de clase social alta, se relaciona con la insatisfacción, el pasar de una cultura a otra también puede propiciar la aparición de esta. Como último factor social, se encuentra

la familia, afirmando que el papel de la madre es importante, ya que al no estar contenta con su propio cuerpo, transmite esta sensación a su hija, llevándola a padecer su propia insatisfacción corporal.

Otro factor es el psicológico, en este se considera que las creencias de la persona sobre la competitividad, el logro y el papel de las mujeres, actuarán en la insatisfacción corporal. Además, se retoma la influencia que tiene la madre respecto a que su hija presente insatisfacción, lo cual puede incluir una relación complicada; el que las hijas tengan una insatisfacción corporal puede deberse al hecho de que las madres no crean en su autonomía ni en la de las hijas, por lo que proyectan sus propias expectativas en ellas.

La insatisfacción corporal trae consigo consecuencias, según Ogden (2005): las mujeres se someten a un régimen estricto de alimentación e incluso llegan a fumar en vez de consumir algún alimento, además de hacer ejercicio, no por los beneficios saludables que esto conlleva, sino con el único fin de controlar el peso y alterar la forma corporal. Además, recurren a las cirugías estéticas para modificar su cuerpo.

Es importante mencionar en este apartado la existencia del trastorno de la imagen corporal, del cual se dará una breve definición. Según Jarne y Talarn (2000), quienes padecen este trastorno presentan una insatisfacción con su cuerpo y con ellos mismos, esto se asocia con una baja autoestima y con una obsesión por tener

un peso bajo o ser delgado en extremo. Como se aprecia, no se diferencia mucho de los trastornos que se han ido describiendo a lo largo de este capítulo.

2.7 Factores que mantienen a los trastornos alimenticios

Ya se han mencionado en esta investigación los factores que propician que una persona sea vulnerable a padecer un trastorno alimentario, por consiguiente, ahora se mencionarán cuáles son los factores que provocan que una perturbación se mantenga.

La práctica del control de peso y la obsesión por las dietas, favorecen que un trastorno alimentario permanezca. Costin (2003) asegura que la deficiente alimentación lleva consigo muchas complicaciones, primeramente psicológicas; el no comer adecuadamente causa un malestar anímico, la persona puede caer en una depresión y llega a ser pesimista sobre sí mismo, también sufren cambios de humor, son intolerantes y se irritan fácilmente. En cuanto a las complicaciones sociales, se señala que las personas se vuelven introvertidas y caen en un aislamiento, incluso llegan a sentir incomodidad cuando tienen que interactuar con otras personas. Además, como complicación cognitiva, la persona presenta dificultades en la concentración, no desarrolla adecuadamente el estado de alerta y tiene fallas en la comprensión.

De la misma manera, presentan complicaciones a nivel fisiológico como dolores de cabeza, molestias gastrointestinales, hipersensibilidad a la luz y ruidos,

problemas de visión y auditivos, adormecimiento de miembros, calambres, pérdida de cabello, enlentecimiento metabólico, disminución de la temperatura corporal, amenorrea, debilidad muscular, entre otras. Es importante mencionar que a menor ingesta, el organismo funciona de manera automática quemando menos calorías y deteniendo así la baja de peso, por lo tanto, mientras menos se come, menos se adelgaza. La deprivación alimentaria forma hábitos, por lo tanto, las personas que restringen su alimentación desarrollan modos para vincularse de la comida, de los cuales resulta muy difícil escapar. Además, se encuentra una marcada obsesión por todo lo que tenga que ver con la comida.

Hacer dieta es lo que lleva a todos los síntomas que ya se mencionaron, de los cuales se quiere salir para comenzar con nuevos esfuerzos y esta vez “sí lograrlo”, prácticamente, lo que hace que un trastorno alimentario se mantenga es la dieta (Costin; 2003).

2.8 Trastornos mentales asociados a los trastornos alimenticios

Los trastornos alimentarios en algunos casos suelen ser acompañados por alguna otra perturbación. A continuación se mencionarán los trastornos que se asocian, según Jarne y Talarn (2000).

- Trastornos de alimentación en la esquizofrenia: las alteraciones alimentarias en la esquizofrenia son muy frecuentes, por lo regular, los medicamentos de la persona con esquizofrenia producen más hambre o, por el contrario, el

esquizofrénico se niega a comer debido a una de sus ideas delirantes: puede creer que lo van a envenenar, sin embargo, en una esquizofrenia más crónica el paciente puede llegar a comer incluso sustancias como madera, tierra o cabello.

- Trastornos de alimentación en las depresiones: por defecto o por exceso, los trastornos alimentarios resultan en su totalidad un fenómeno habitual de los trastornos afectivos; van de la mano en gran medida, que incluso se encuentran descritos como síntomas en los criterios diagnósticos de los trastornos depresivos. En la mayoría de los casos, se observa una disminución del apetito, sin embargo, también se da una ingesta excesiva.
- Trastornos de alimentación en la manía: en una fase aguda de la manía, las personas pueden pasar mucho tiempo sin tener la necesidad de comer o por el contrario, ingerir una cantidad grande de alimento. Su alimentación suele ser muy desordenada y caótica.
- Trastornos de alimentación en las fobias: los trastornos fóbicos no tienen relación con los trastornos alimentarios, únicamente cuando las fobias son relacionadas específicamente a los alimentos o a los actos de deglución. En el caso de la comida, el sujeto desarrolla después de un trauma un cuadro fóbico en el que la evita y sufre ansiedad ante ella. La fobia puede ser ante un alimento en concreto o la experiencia de comer.

- Trastorno de alimentación en la ansiedad: no hay trastorno específico relacionado con la ansiedad, se observa la alteración por defecto o por exceso. El trastorno de ansiedad agudo suele causar una moderada pérdida de apetito, mientras que en la ansiedad crónica la pérdida de apetito es sostenida y llega a tener repercusiones. Es importante mencionar que cuando la persona ingiere comida fuera de las horas habituales y hay un efecto beneficioso de su ansiedad, se establecerá un hábito alimentario incorrecto y puede perder la capacidad para calmar su ansiedad.
- Trastornos de la alimentación en el trastorno obsesivo-compulsivo: este trastorno se asocia frecuentemente con las perturbaciones de alimentación. Únicamente se observa en ocasiones en estos pacientes que comen lentamente, escogen los alimentos meticulosamente, por otro lado, la contaminación y suciedad pueden modificar los hábitos de alimentación (Jarne y Talarn; 2000).

2.9 Tratamiento de los trastornos alimentarios

Existen diferentes formas en las que se trata un trastorno alimentario, por lo regular se plantean programas de intervención los cuales incluyen peso, figura y cognición. A continuación se describirán los tratamientos que se requieren para controlar estos trastornos.

Para la anorexia, Jarne y Talarn (2000) señalan que el tratamiento es multimodal e involucra médicos, psicólogos y enfermeras, además de la familia. Se comienza normalizando la dieta y los hábitos alimenticios. En general, se consideran los siguientes aspectos:

- 1) Recuperación ponderal: se tiene que lograr un equilibrio físico, la rehabilitación nutricional corrige las secuelas físicas y psicológicas, aunque estas últimas tarden un poco más.
- 2) Tratamiento dietético: la persona tiene que comenzar a comer, aunque no existe un acuerdo sobre si se debe partir con una dieta normal, o solamente aumentar la cantidad de calorías, sin embargo, se puede utilizar una sonda pero no de manera permanente.
- 3) Tratamiento psicológico: esto es fundamental para un eficaz tratamiento terapéutico, se debe emplear después de que la persona ya se ha recuperado un poco físicamente, ya que si se implementa cuando la persona aún esta baja de peso, no se logran observar grandes cambios. Aquí entra la terapia cognitivo-conductual, la cual es muy efectiva para el tratamiento.
- 4) Tratamiento farmacológico: en este caso funciona solamente como ayuda de la técnica psicológica y como tratamiento de otra patología asociada, en especial, la depresión.
- 5) Terapia familiar: se ha ido incluyendo tanto en el tratamiento ambulatorio como en el hospitalario.

- 6) Tratamiento en hospitalización: es obligatorio cuando se ha perdido mucho peso y cuando la paciente tiene un trastorno psiquiátrico asociado, inestabilidad psicológica, poca motivación y el ambiente familiar no coopera.

En cuanto al tratamiento de la bulimia, se identifican varios objetivos que se desean cumplir:

- 1) Restablecer las pautas nutricionales normales.
- 2) Recuperación física, la cual engloba: a) estabilización del peso, b) rehidratación y normalización electrolítica, c) corrección de anomalías físicas como: reflujo gastroesofágico, erosión de la mucosa digestiva, dilatación gástrica, erosión del esmalte dental e inflamación parótida.
- 3) Normalización del estado mental: incluye mejorar el estado de ánimo, tratar posibles trastornos de la personalidad, evitar el abuso de sustancias y corregir el estilo cognitivo erróneo.
- 4) Restablecer unas relaciones familiares adecuadas en donde se debe: aumentar la participación, la comunicación, restablecer las pautas y los roles, así como escapar de los sentimientos de fracaso.
- 5) Corregir las pautas de interacción social alteradas como: aceptar el trastorno, afrontar los fracasos, aceptar la responsabilidad, vencer la impotencia y no buscar marcos denigrantes (Jarne y Talarn; 2000).

Es importante hacer hincapié en que el modelo cognitivo-conductual y la terapia familiar serán de mucha utilidad para el tratamiento de estos trastornos, por eso, a continuación se dará una breve descripción de sus características.

El modelo cognitivo-conductual, según Rausch (1996), es un enfoque que relaciona el pensamiento, emoción, comportamiento y consiste en que el paciente identifique la validez de sus creencias presentes. Los procesos cognitivos de los pacientes son examinados cuidadosamente, enseguida son cuestionados con el fin de modificarlos.

El modelo sistémico o terapia familiar radica en intervenciones estratégicas que cambian la interacción que presenta la familia, para reemplazar patrones de esta interacción que sean disfuncionales. Su objetivo es mejorar las relaciones del paciente fuera del ámbito terapéutico individual. La terapia familiar parte de que la familia es un sistema biopsicosocial (Rausch; 1996).

En conclusión, se puede expresar que el tratamiento de la persona con un trastorno de la alimentación requiere de todo el apoyo que le sea posible, mucho más de la familia, ya que este problema afecta a todos los miembros, no solo a una persona. Además después de establecer un equilibrio físico, es muy importante recurrir a los tratamientos psicológicos para que la persona pueda salir adelante. Asimismo, es importante mencionar que estos tratamientos funcionan tanto para la anorexia nerviosa como para la bulimia nerviosa, incluso para algunas otras alteraciones de la alimentación.

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Después de haber cubierto los aspectos teóricos sobre las variables de esta investigación, este último capítulo se conformará por dos apartados: en el primero se detallarán los principales aspectos que caracterizan la estrategia metodológica mediante la cual se alcanzó el objetivo general de la investigación, además, el modo en que se dio respuesta a la pregunta formulada en el planteamiento del problema y se corroboraron las hipótesis de trabajo y nula. Asimismo, se describirá aquí tanto el alcance de la investigación como la técnica que se empleó para la recolección de datos. Se mostrará el proceso que se siguió para la determinación de los sujetos a quienes se administraron los instrumentos de medición.

En el segundo apartado de este capítulo se procederá a presentar los resultados obtenidos, es decir, se hará un análisis estadístico de los datos obtenidos de cada una de las dos variables, dándoles una interpretación desde la perspectiva teórico-conceptual descrita en los capítulos uno y dos de la presente investigación.

3.1 Descripción metodológica

En este apartado se explican las características metodológicas que se tomaron en cuenta para la realización de esta investigación, como el enfoque con el

que cuenta, el tipo de investigación, diseño y alcance del estudio, así como los instrumentos de medición que fueron empleados para obtener los resultados.

3.1.1 Enfoque cuantitativo

Algunas de las características fundamentales y que caracterizan al presente estudio desde un enfoque cuantitativo, son las siguientes:

1. El investigador plantea un problema que sea delimitado y concreto sobre el fenómeno que se estudiará. Las preguntas de investigación tratan sobre situaciones específicas.
2. Ya planteado el problema, se prosigue a la revisión de literatura para dar paso a la elaboración del marco teórico.
3. Enseguida se proponen una o varias hipótesis y estas se someten a prueba mediante diseños de investigación apropiados.
4. Estas hipótesis se generan antes de recolectar y analizar los datos.
5. El acopio de datos se lleva a cabo mediante la utilización de procedimientos estandarizados, es decir, deben tener cierta confiabilidad y validez.
6. Los resultados obtenidos son representados por números y analizados estadísticamente.
7. Los análisis se efectúan con base en las hipótesis y estudios previos para dar una explicación de cómo los resultados encajan con los conocimientos que ya existen.

8. La investigación debe ser lo más objetiva, evitando que se involucren creencias, deseos y temores, para que no influyan o interfieran en el estudio.
9. Se debe seguir un patrón que sea predecible y estructurado.
10. Para la investigación se sigue un proceso, generando validez y confiabilidad, así como conclusiones que aporten nuevos conocimientos (Hernández y cols.; 2014).

3.1.2 Investigación no experimental

En este apartado se dará una breve explicación de lo que es el diseño de investigación no experimental, el cual se define como la indagación en la cual ninguna de las variables que se están estudiando es manipulada, únicamente se observa el fenómeno como se da en el contexto natural.

Esta investigación se caracteriza por tener un diseño no experimental, ya que se observaron y se obtuvieron datos de situaciones que ya existen, que no se generaron, ni se provocaron intencionalmente; las variables simplemente ya habían ocurrido y no era posible manipularlas; no se tuvo un control directo sobre ellas, por el hecho de que ya sucedieron, al igual que sus efectos y por lo tanto, no se puede influir en ellas (Hernández y cols.; 2014).

3.1.3 Diseño transversal

Para esta investigación, se optó por el diseño de investigación transversal, ya que la recolección de datos que se realizó sobre la relación que hay entre las variables de autoestima y trastornos alimentarios, la información se obtuvo en un solo momento, no a lo largo del tiempo.

Según Hernández y cols. (2014), el diseño transversal o transeccional es el que se encarga de recolectar datos en un único momento. Además, tiene como propósito describir las variables, analizando su incidencia y relación en un momento dado.

3.1.4 Alcance correlacional

El alcance correlacional, según Hernández y cols. (2014) tiene la finalidad conocer la relación o asociación que existe entre una variable y otra en un contexto particular. Por lo general, se estudia la relación entre dos variables, pero con frecuencia se utilizan tres, cuatro o más. Para evaluar el grado en que una variable se asocia con otra, es necesario medir cada una de ellas, enseguida se analizan y se establecen las vinculaciones.

La utilidad que tiene un alcance correlacional es saber el comportamiento de una variable tras conocer el comportamiento de la otra variable vinculada, esto quiere

decir que se intenta predecir el valor aproximado que tendrá un grupo de personas respecto a una variable, a partir del valor que ya se tenga de la variable con la que se está relacionando.

A partir de este valor, la correlación puede ser positiva o negativa. En el primer caso se espera que el grupo de personas con valores altos en una variable, obtengan valores altos en la otra, mientras que si es negativa, si el valor en una variable es alto, en la otra variable los valores tenderán a ser bajos (Hernández y cols.; 2014).

3.1.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

En esta investigación fueron utilizadas pruebas estandarizadas para la recolección de datos, las cuales son adaptadas por algún investigador, para el contexto en el que van a ser aplicadas. Al ser estandarizadas, se debe corroborar que sean confiables y tengan la validez suficiente para que sean útiles. La confiabilidad es el grado en el que la aplicación repetida al mismo sujeto, arroja un mismo resultado, mientras que la validez se refiere al grado en que el instrumento mida realmente la variable que se pretende medir (Hernández y cols.; 2014).

Se utilizaron en este estudio dos instrumentos de medición, ya estandarizados, para la recolección de datos.

Para medir la variable de autoestima se aplicó el Inventario de Autoestima de Coopersmith, el cual fue creado por Stanley Coopersmith y fue adaptado y estandarizado por el Dr. Prewitt-Díaz en 1984 con adolescentes y jóvenes universitarios en Chile. El test está compuesto por 58 reactivos los cuales sirven para estimar el nivel de autoestima en adolescentes y jóvenes (Paz; 2010).

Se encuentra dividido en 5 subescalas: la de autoestima general está formada por 26 reactivos y está asociada al concepto que presenta el adolescente de sí mismo. La subescala de autoestima social está compuesta por ocho reactivos, asociada con una preocupación acerca de ideas que las demás personas manifiestan para el sujeto. La subescala de autoestima escolar-académica cuenta con ocho reactivos, asociados a pensamientos que el adolescente percibe en relación con el rendimiento que tiene en el área educativa. La subescala de autoestima familiar (en relación al hogar) consta de ocho reactivos, los cuales se refieren a la percepción que se tiene en cuanto a las funciones y relaciones del hogar. Por último la subescala de mentira está formada por ocho reactivos, diseñados para detectar la falsificación deliberada de respuestas.

El test de Coopersmith presenta una confiabilidad de 0.88, para establecer este índice, se utilizó un test-retest (Paz; 2010).

La segunda prueba utilizada fue el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2) elaborada por David. M. Garner en 1998. La prueba EDI-2 fue estandariza mediante distintos grupos de personas de 11 años en adelante, tanto en

individuos con anorexia y bulimia nerviosa, como en personas que no padecen trastornos alimentarios.

Esta prueba cuenta con once escalas que son: obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva, miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad e inseguridad social.

El EDI-2 cuenta con un confiabilidad de 0.83 en el alfa de Cronbach y una validez de contenido concurrente, de criterio y de constructo.

3.2 Población y muestra

En este punto se hace una breve descripción de lo que es población y muestra, añadiendo los sujetos que conforman cada uno de estos conceptos en esta investigación.

3.2.1 Descripción y delimitación de la población

La población en una investigación según Lepkowski, se entiende como el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones (citado por Hernández y cols.; 2014).

El presente estudio se realizó en el colegio Casa del Niño, que cuenta con una población total de aproximadamente 720 alumnos en primaria, 540 en secundaria y en la preparatoria, donde se realizó específicamente esta investigación, 420 alumnos entre hombres y mujeres, cuyas edades van de los 15 a los 18 años, la mayoría con un nivel socioeconómico medio.

3.2.2 Descripción y delimitación de la muestra

De acuerdo con Hernández y cols. (2014), la muestra es un subgrupo de la población. Existen dos tipos de muestra, la probabilística y la no probabilística. Para esta investigación se utilizó la no probabilística o dirigida, al juicio de la investigadora, ya que la selección de la muestra no fue tomada al azar, sino que se basó en las características que requiere la investigación. Una de las ventajas de la muestra no probabilística, es que se utiliza para poder seleccionar los casos con ciertas características específicas ya planteadas.

En función del permiso concedido por las autoridades de la institución, así como del tiempo y de los recursos con los que el investigador disponía, se seleccionó como muestra a 110 mujeres de entre 15 y 17 años, de segundo semestre A, B y C y cuarto semestre B y C, del nivel de bachillerato.

3.3 Descripción del proceso de investigación

Para realizar esta investigación se seleccionó un tema de interés, cumpliendo con las necesidades de la institución en donde se llevó a cabo este estudio,

posteriormente se planteó la problemática y asimismo, se buscaron antecedentes sobre los temas elegidos, para así comenzar con la elaboración de los objetivos, las hipótesis y por consiguiente, justificar el porqué de esta investigación. Después se realizó el marco de referencia en donde se incluye la información necesaria sobre la institución en donde se realizó esta investigación.

Se continuó con la elaboración del marco teórico, el cual contiene dos capítulos; el primero es sobre la variable denominada autoestima, en el cual se definió ampliamente el concepto de esta, la importancia que tiene, su origen y componentes, así como los niveles que mantiene. El segundo capítulo es sobre los trastornos alimentarios, en el cual se incluye la definición de los trastornos, el perfil de la persona que los padece, las causas, así como los factores predisponentes, entre otros elementos.

Enseguida se estructuró parte del capítulo tres, específicamente la descripción metodológica, en donde se aborda el enfoque, el tipo de investigación y el alcance. De igual manera, se describió la población de estudio y la muestra utilizada.

Posteriormente se prosiguió con la aplicación de instrumentos, para esto, se acudió a la institución en donde se acordó con el director los días en los cuales se aplicarían los tests. La aplicación se realizó dentro de la institución, por grupos en sus horas de clase. Las alumnas trabajaron de forma adecuada, hacían preguntas cuando tenían dudas e incluso se mostraban interesadas por el tema. La aplicación de los dos instrumentos llevo aproximadamente 50 minutos por grupo.

La calificación de los instrumentos se hizo de acuerdo con las plantillas indicadas en cada test, después se prosiguió a obtener los puntajes T, en el Inventario de autoestima de Coopersmith, mientras que en la prueba EDI-2, los percentiles, de acuerdo con el baremo.

Enseguida se hizo el vaciado de los resultados obtenidos en una hoja de cálculo, la cual contenía el número de sujeto y el nombre de este.

Finalmente, se procedió a realizar el análisis estadístico a partir de los datos que se obtuvieron, así como a dar una interpretación de estos. Además de la realización de gráficas en las cuales se representan estos resultados.

3.4 Análisis e interpretación de resultados

Ya concluido el encuadre metodológico, se procederá a realizar el análisis e interpretación de los resultados. En congruencia con la metodología científica, los resultados de la investigación se organizaron en tres categorías: la primera es la autoestima, la segunda son los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios y por último, se presenta la correlación entre las dos variables anteriores.

3.4.1 La autoestima

Una definición que satisface a la investigadora de este informe es la que establece Coopersmith, la cual señala que se entiende por autoestima “un juicio personal sobre la valía que se expresa en las actitudes que el individuo manifiesta hacia sí” (citado por Crozier; 2001: 205).

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

La media en el nivel de autoestima general fue de 44. La media es una medida de tendencia central y es la suma de un conjunto de datos, dividida entre el número de medidas (Elorza; 2007).

De igual modo, se obtuvo la mediana, que es el valor medio de un conjunto de valores ordenados: el punto abajo y arriba de cual cae un número igual de medidas (Elorza; 2007). Este valor fue de 46.

De acuerdo con este mismo autor, la moda es la medida que ocurre con más frecuencia en un conjunto de observaciones. En cuanto a esta escala, la moda fue de 48.

También se obtuvo el valor de una medida de dispersión: 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. El valor obtenido de la autoestima general es de 11.

Por otra parte, se obtuvo el puntaje de la subescala de autoestima social, encontrando una media de 53, una mediana de 56 y una moda representativa de 62. La desviación estándar fue de 10.

Asimismo, en la escala de autoestima escolar se encontró una media de 51, una mediana de 50 y una moda de 50. La desviación estándar fue de 13.

Adicionalmente en la escala de autoestima en el hogar se obtuvo una media de 47, una mediana de 47 y una moda de 38. La desviación estándar fue de 11.

Finalmente, se obtuvo el puntaje de autoestima total, encontrándose una media de 45, una mediana de 45, una moda de 36 y una desviación estándar de 12.

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 la muestra investigada, respecto a la media aritmética, se encuentra dentro de los parámetros de autoestima normal, los cuales oscilan entre 40 y 60 de puntaje T.

En función de la medida de dispersión denominada desviación estándar, se puede interpretar que los valores encontrados en la muestra investigada son heterogéneos, lo que indica que se encuentran levemente dispersos.

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

En la escala de autoestima general, el 34% de los sujetos se ubican por debajo de T 40; en la subescala de autoestima social, el índice es de 15%; mientras que en la subescala de autoestima escolar, es de 20%; el porcentaje en la subescala autoestima en el hogar es de 29%. Finalmente, el porcentaje de sujetos con nivel

bajo de Autoestima total es de 34%. Estos resultados se aprecian de manera gráfica en el anexo 2.

Los resultados mencionados anteriormente en la escala de autoestima general y en autoestima total resultan significativos, ya que están por encima del 30%.

3.4.2 Indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en la muestra estudiada

De acuerdo con lo señalado por la APA (2002) los trastornos de la alimentación están caracterizados por alteraciones en la conducta alimentaria, los más específicos son la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. La primera perturbación es caracterizada por un rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, mientras que la bulimia nerviosa se caracteriza por tener episodios en donde la persona se atraganta de comida, para después realizar conductas inapropiadas como provocarse vómito, consumir laxantes u otros medicamentos, ayunar o realizar ejercicio excesivo.

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

En la escala de obsesión por la delgadez, se obtuvo una media de 53, una mediana de 53, una moda de 18 y una desviación estándar de 27.

La escala de obsesión por la delgadez arroja información sobre la manifestación clínica de un intenso impulso por estar más delgado o un fuerte temor a la gordura; es un síntoma esencial para el diagnóstico de la anorexia y la bulimia nerviosa (Garner; 1998).

Asimismo, en la escala de bulimia se obtuvo una media de 67, una mediana de 57, una moda de 47 y una desviación estándar de 19.

La escala de bulimia evalúa la tendencia a tener pensamientos o a darse comilonas o atracones incontrolables de comida. La presencia de este tipo de conductas es una característica distintiva de la bulimia nerviosa y permite diferenciar entre los tipos de anorexia: bulímica y restrictiva (Garner; 1998).

Por otra parte, en la escala de insatisfacción corporal se obtuvo una media de 54, una mediana de 53, una moda de 53 y una desviación estándar de 20.

La insatisfacción corporal se considera uno de los aspectos de la perturbación de la imagen corporal, característica de los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria (Garner; 1998).

Por otra parte, en la escala de ineficacia se obtuvo una media de 60, una mediana de 70, una moda de 31 y una desviación estándar de 27.

La escala de ineficacia evalúa sentimientos de incapacidad general, inseguridad, vacío, autoexpresión y falta de control sobre la propia vida (Garner; 1998).

En la escala de perfeccionismo se obtuvo una media de 71, una mediana de 76, una moda de 68 y una desviación estándar de 26.

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

En la escala de desconfianza interpersonal se obtuvo una media de 63, una mediana de 75, una moda de 44 y una desviación estándar de 27.

La escala de desconfianza interpersonal evalúa el sentimiento general de alienación del sujeto y su desinterés por establecer relaciones íntimas, así como la dificultad para expresar los propios sentimientos y pensamientos (Garner; 1998).

En la escala de conciencia introceptiva se obtuvo una media de 64, una mediana de 72, una moda de 12 y una desviación estándar de 30.

Esta escala mide el grado de confusión o dificultad para reconocer y responder adecuadamente a los estados emocionales, se relaciona también con la inseguridad para identificar ciertas sensaciones viscerales relacionadas con el hambre y la saciedad (Garner; 1998).

En la escala de miedo a la madurez se obtuvo una media de 70, una mediana de 77, una moda de 99 y una desviación estándar de 28.

Esta escala evalúa el deseo de volver a la seguridad de la infancia y el temor a las experiencias psicológicas o biológicas relacionadas con el peso de la adultez (Garner; 1998).

En la escala de ascetismo se obtuvo una media de 58, una mediana de 61, una moda de 61 y una desviación estándar de 26.

La escala referida evalúa la tendencia a buscar la virtud por medio de ciertos ideales espirituales como la autodisciplina, el sacrificio, la autosuperación y el control de las necesidades corporales (Garner; 1998).

En la escala de impulsividad se obtuvo una media de 60, una mediana de 63, una moda de 14 y una desviación estándar de 29.

Esta escala valora la dificultad para regular los impulsos y la tendencia al abuso de drogas, la hostilidad, la agitación, la autodestrucción y la destrucción de las relaciones interpersonales (Garner; 1998).

Finalmente, en la escala de inseguridad social se obtuvo una media de 72, una mediana de 78, una moda de 78 y una desviación estándar de 23.

Esta escala mide la creencia de que las relaciones sociales son tensas, inseguras, incómodas, insatisfactorias y, generalmente, de escasa calidad (Garner; 1998)

En el anexo 3 se muestran gráficamente los resultados de la medida 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 la muestra investigada, respecto a la media aritmética, se encuentra dentro de los parámetros de normalidad, los cuales oscilan entre los percentiles 30 y 70, excepto en las escalas de perfeccionismo, miedo a la madurez e inseguridad social, las cuales se encuentran en el percentil 70 o pasan de este.

En función de la medida de dispersión denominada desviación estándar, se puede interpretar que los valores encontrados en la muestra investigada son heterogéneos, lo que indica que se encuentran dispersos.

Además de presentar los datos de las medidas de tendencia central y desviación estándar, a continuación se presentan los porcentajes de los sujetos que obtuvieron puntajes altos en la 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 29% de sujetos se encuentra por arriba del percentil referido; en la escala de bulimia, el porcentaje fue de 38%; en la de insatisfacción corporal, el 21%; en la ineficacia, el 42%; en la de perfeccionismo, el 55%; en la que respecta a la desconfianza interpersonal, 51%; en la de conciencia introceptiva, 51%; respecto a la de miedo a la madurez, 61%; en la de ascetismo, 35%; en la de impulsividad, 37% y finalmente, en la escala de inseguridad social, el 58%. 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, de acuerdo con las escalas de bulimia, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva, miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad e inseguridad son significativos, ya que están por encima del 30%, lo que hace necesario que las autoridades de la institución tomen medidas para tratar esta problemática con los alumnos con el fin de que el porcentaje disminuya, o en su caso, no aumente.

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

Diversos autores han afirmado la relación que se da entre los trastornos alimentarios y la autoestima. Moreno y Ortiz (2009) concluyeron en su estudio sobre los trastornos alimentarios y su relación con la imagen corporal y la autoestima en

adolescentes, después de la aplicación de los instrumentos, el Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40), Cuestionario de la figura Corporal (BSQ) y el Cuestionario de Evaluación de la Autoestima, que está en riesgo de trastorno alimentario un 8% de la población, mientras que en un 10% ya tiene instalada una patología, con mayor prevalencia en las mujeres

En la investigación realizada en la preparatoria del Colegio Casa del Niño, se encontraron los siguientes resultados:

Entre el nivel de autoestima y la escala de obsesión por la delgadez, existe un coeficiente de correlación de -0.28 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson.

Esto significa que entre la autoestima y la escala de obsesión por la delgadez existe una correlación negativa débil, de acuerdo con la clasificación de correlación que establecen Hernández y cols. (2014).

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

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

Por otra parte, entre el nivel de autoestima y la escala de bulimia existe un coeficiente de correlación de -0.41 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre estas características existe una correlación negativa media.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.17, lo que significa que entre la autoestima y la escala de bulimia hay una relación del 17%.

Adicionalmente, entre el nivel de autoestima y la escala de insatisfacción corporal existe un coeficiente de correlación de -0.37, obtenido con la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre la autoestima y dicha escala, 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 insatisfacción corporal hay una relación del 14%.

Conjuntamente, se encontró que entre el nivel de autoestima y la escala de ineficacia, existe un coeficiente de correlación de -0.73 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto permite afirmar que entre dichos atributos existe una correlación negativa fuerte.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.54, lo que significa que entre la autoestima y la escala de ineficacia hay una relación del 54%.

Por otra parte, entre el nivel de autoestima y la escala de perfeccionismo existe un coeficiente de correlación de -0.24, a partir de la prueba “r” de Pearson. Esto implica 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 perfeccionismo hay una relación del 6%.

Asimismo, se obtuvo que entre el nivel de autoestima y la escala de desconfianza interpersonal existe un coeficiente de correlación de -0.44 con base en la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre dichas características existe una correlación negativa media.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.19, lo que significa que entre la autoestima y la escala de desconfianza interpersonal hay una relación del 19%.

De igual manera, se puede saber que entre el nivel de autoestima y la escala de conciencia introceptiva existe un coeficiente de correlación de -0.51, de acuerdo

con la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre estos atributos 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 conciencia introceptiva hay una relación del 26%.

Adicionalmente, se calculó que entre el nivel de autoestima y la escala de miedo a la madurez existe un coeficiente de correlación de -0.25 en función de la prueba “r” de Pearson. Esto permite determinar entre dichas variables 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 miedo a la madurez hay una relación del 6%.

Entre el nivel de autoestima y la escala de ascetismo existe un coeficiente de correlación de -0.41 obtenido con la prueba “r” de Pearson, lo cual significa que entre la autoestima y la escala en cuestión, existe una correlación negativa media.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.17, lo que significa que entre la autoestima y la escala de ascetismo hay una relación del 17%.

Por otro lado, se encontró que entre el nivel de autoestima y la escala de impulsividad existe un coeficiente de correlación de -0.45, de acuerdo con la prueba

“r” de Pearson. Esto significa que entre tales características existe una correlación negativa media.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.21, lo que significa que entre la autoestima y la escala de impulsividad hay una relación del 21%.

Finalmente, se determinó que entre el nivel de autoestima y la escala de inseguridad social existe un coeficiente de correlación de -0.57 obtenido con la prueba “r” de Pearson, lo cual permite afirmar que entre la autoestima y la escala señalada, 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 inseguridad social hay una relación del 33%.

Es importante señalar que una correlación se considera significativa cuando la relación entre variables es de, al menos, el 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, desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva, ascetismo, impulsividad e inseguridad social.

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

En función de los resultados presentados, se confirma la hipótesis de trabajo, la cual afirma que existe una relación significativa entre el nivel de autoestima y los indicadores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios que presentan las adolescentes de la preparatoria del Colegio Casa del Niño, de Uruapan, Michoacán, para las escalas de bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva, ascetismo, impulsividad e inseguridad social.

Asimismo, se confirma la hipótesis nula para las escalas de obsesión por la delgadez, perfeccionismo y miedo a la madurez.

CONCLUSIONES

En el presente estudio, se logró cumplir con los objetivos que orientaron su desarrollo, tanto en la parte teórica-conceptual, como en la de campo.

Los objetivos uno, dos y tres, que se refieren a la descripción del fenómeno denominado autoestima, se cubrieron de manera suficiente en el capítulo uno, en donde se habló de la importancia de este concepto, así como de las causas y efectos en el desarrollo de la vida de las personas.

Los objetivos cuatro, cinco, y seis, relacionados con los trastornos alimentarios, se lograron a lo largo del capítulo teórico dos. Los principales conceptos, así como los pormenores teóricos referidos a tal variable, fueron expuestos con la profundidad que un informe de esta índole exige.

Por otra parte, el objetivo referido a la medición de la autoestima fue suficientemente cubierto como producto de la aplicación del test psicométrico conocido como Inventario de autoestima de Coopersmith.

De igual manera, el objetivo que establece la evaluación de los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios, se alcanzó con la aplicación de la prueba estandarizada EDI-2, la cual fue descrita, al igual que la anterior, en el capítulo tres.

El haber cubierto los objetivos particulares anteriores, permitió alcanzar el objetivo general del presente estudio, es decir, se pudo determinar la relación entre las dos variables de interés para la investigadora.

Como aspecto relevante, de acuerdo con los resultados obtenidos, se puede afirmar que en la variable denominada autoestima, se encontró que la muestra utilizada para la investigación, está dentro de un nivel normal. Con respecto a la segunda variable del presente estudio, es decir, los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios, los resultados indican que la muestra presenta niveles altos en las escalas de perfeccionismo, miedo a la madurez e inseguridad social.

Finalmente, es posible sostener que los resultados logrados van de acuerdo con lo que se establece en la literatura psicológica actual. Es decir, lo encontrado por la investigadora consolida lo establecido por la disciplina científica.

Como conclusión, para las autoridades educativas de la preparatoria del Colegio Casa del Niño, es importante resaltar que, como ya se mencionó, existen escalas de autoestima en las cuales existe un porcentaje preocupante, asimismo, en los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios hay escalas con puntajes altos, por lo cual es recomendable que las personas autorizadas en la institución aborden estos temas con los alumnos, con el fin de que estén más informados sobre esta problemática y de ese modo, puedan prevenirla.

BIBLIOGRAFÍA

Ajuriaguerra, J. (1973)

Manual de psiquiatría infantil.
Editorial Masson. Barcelona.

Alcántara, José Antonio. (1990)

Cómo educar la autoestima.
Ediciones CEAC, S.A. Barcelona, España.

American Psychiatric Association (APA). (2002)

DSM IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.
Editorial Masson. Barcelona.

Barragán Sánchez, Adriana. (2014)

Nivel de estrés y factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios en la escuela Casa del Niño, de Uruapan, Michoacán.
Tesis inédita de la Escuela de Psicología de la Universidad Don Vasco, A.C.
Uruapan, Michoacán, México.

Belloch, Amparo; Sandín, Bonifacio; Ramos, Francisco. (1995)

Manual de psicopatología.
Editorial McGraw-Hill. España.

Branden, Nathaniel. (2008)

La psicología de la autoestima.
Editorial Paidós Mexicana. Distrito Federal, México.

Branden, Nathaniel. (2010)

La autoestima de la mujer.
Editorial Paidós Mexicana. Distrito Federal, México.

Branden, Nathaniel. (2011)

Los seis pilares de la 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; Clemens, Harris; Bean, Reynold. (2000)
Cómo desarrollar la autoestima en los adolescentes.
Editorial Debate. Madrid, España.

Cobián García, Yuliana Lizeth. (2014)
El estrés y su relación con los trastornos alimentarios en adolescentes de una escuela particular.
Tesis inédita de la Escuela de Psicología de la Universidad Don Vasco, A.C. Uruapan, Michoacán, México.

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

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

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

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

Hernández Sampieri, Roberto; Fernández Collado, Carlos; Baptista Lucio, Pilar. (2014)
Metodología de la investigación.
Editorial McGraw-Hill. México, D.F.

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

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

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

Lamb, Charles W.; Hair, Joseph F. Jr.; McDaniel, Karl. (2001)
Marketing.
Editorial EDAMSA. Distrito Federal, México.

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

Mora, Marisol; Raich, Rosa María. (2005)
Autoestima, evaluación y tratamiento.
Editorial Síntesis. Madrid, España.

Moreno Ramírez, Karla Tamara. (2014)
La influencia de la autoestima en los factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios en la adolescencia.
Tesis inédita de la Escuela de Psicología de la Universidad Don Vasco, A.C.
Uruapan, Michoacán, México.

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

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

Sandoval Alvarado, Adrián. (2013)
Correlación entre el nivel de estrés y la autoestima de los alumnos de la Escuela Secundaria Federal Número Uno, de Uruapan, Michoacán.
Tesis inédita de la Escuela de Psicología de la Universidad Don Vasco, A.C.
Uruapan, Michoacán, México.

Satir, Virginia. (2002)
Nuevas relaciones humanas en el núcleo familiar.
Editorial Pax. México.

Woolfolk, Anita. (2006)
Psicología Educativa.
Editorial Pearson. México.

MESOGRAFÍA

Colegio Casa del Niño. (2012)
“Página oficial”.
Recuperado de
<http://www.casadelnino.edu.mx>

De la Rosa, Jorge; Díaz Loving, Rolando. (1991)
“Evaluación del autoconcepto: una escala multidimensional”.
Revista Latinoamericana de Psicología, vol. 23, núm. 1, 1991, pp. 15-33.
Fundación Universitaria Konrad Lorenz. Bogotá, Colombia. Recuperado de
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80523102>

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. México. Recuperado de
http://books.google.com.mx/books?id=iYPB8K-T14gC&pg=PA51&lpg=PA51&dg=medicion+de+la+autoestima+&source=bl&ots=cAZEb-Qh7B&sig=8mZ3mNGA3HsW_r5T2dvzqZjplcY&hl=es-419&sa=X&ei=YgVEUdyKOYOh2QWXoIDYBw&sqi=2&ved=0CDAQ6AEwAQ

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

Paz Gatica, M. (2010)
“Inventario de Autoestima de Coopersmith Adultos.”
Recuperado de
<http://es.scribd.com/doc/42684674/Inventario-de-Autoestima-de-Coopersmith-Adultos>

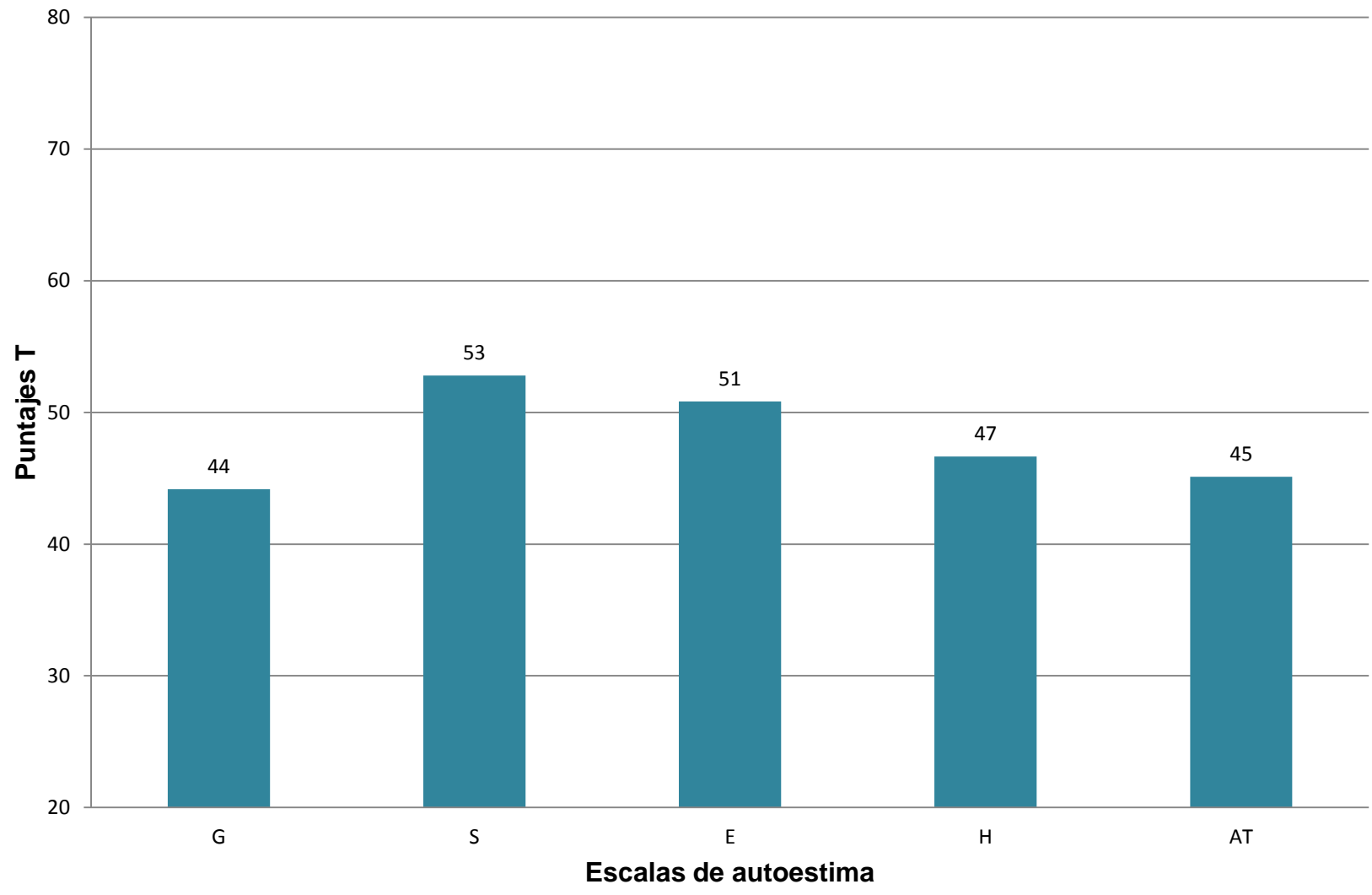
Sicolog. (2009)
“Escala de autoestima de Rosenberg – RSES”
Recuperado de
<http://sicolog.com/?a=1669>

Steiner Benaim, Daniela (2005)
“La teoría de la autoestima en el proceso terapéutico para el desarrollo del ser humano”.
Trabajo especial de grado para obtener el título de Bachelor of Arts in Psychology, Tecana American University. Maracaibo, Venezuela. Recuperado de
http://www.tauniversity.org/tesis/Tesis_Daniela_Steiner.

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

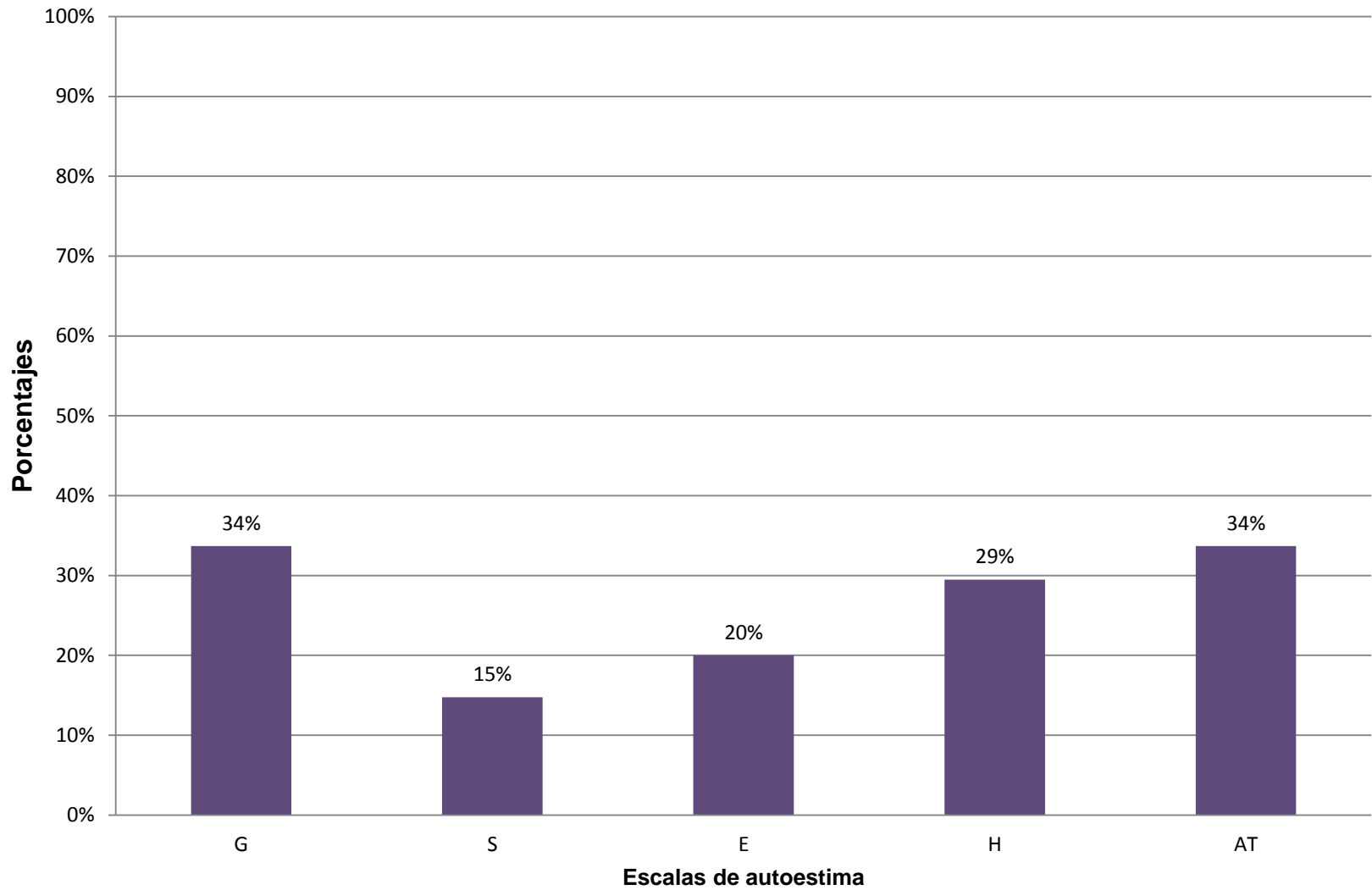
ANEXO 1

Media aritmética de las escalas de autoestima



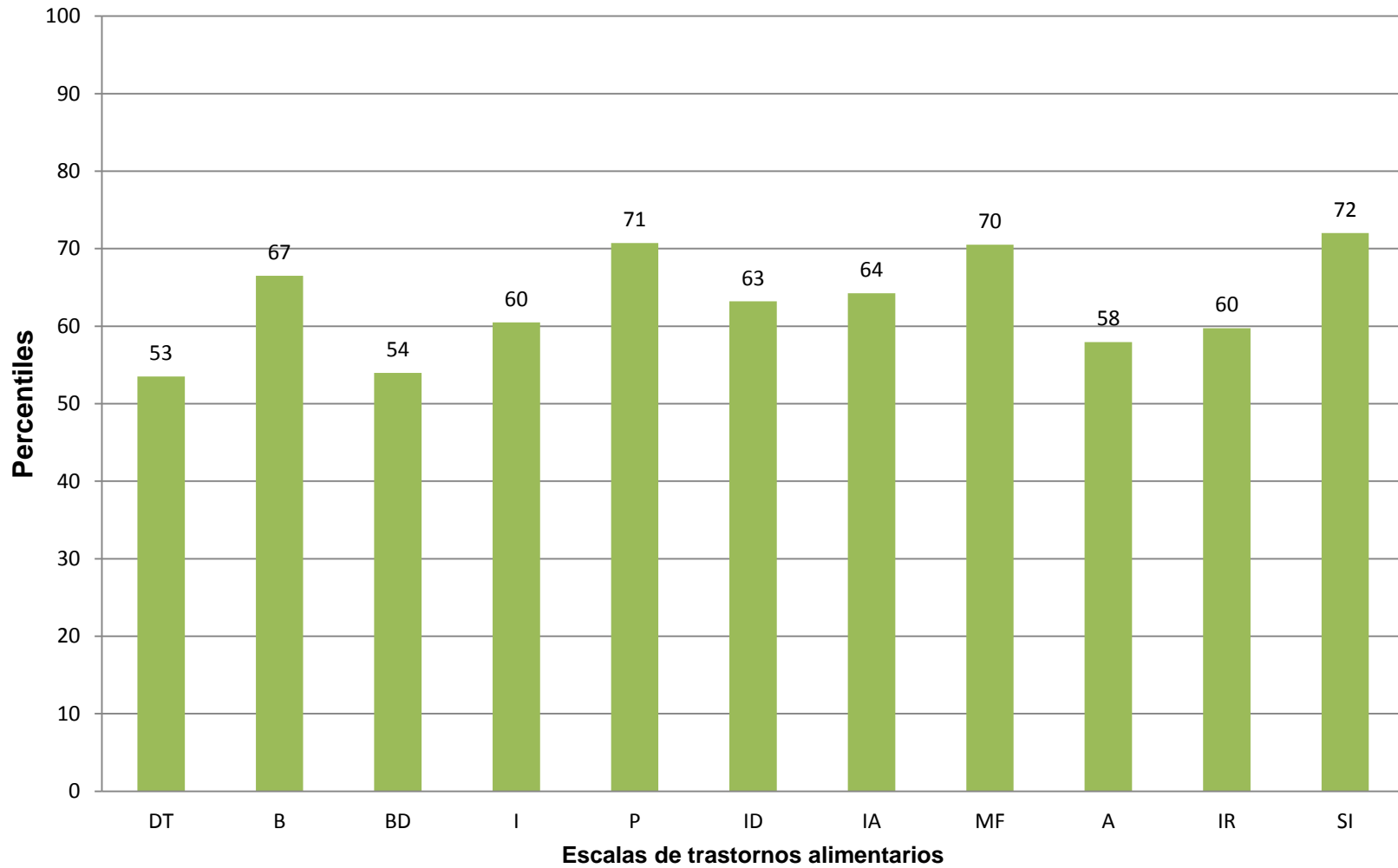
ANEXO 2

Porcentaje de sujetos con puntajes bajos en autoestima



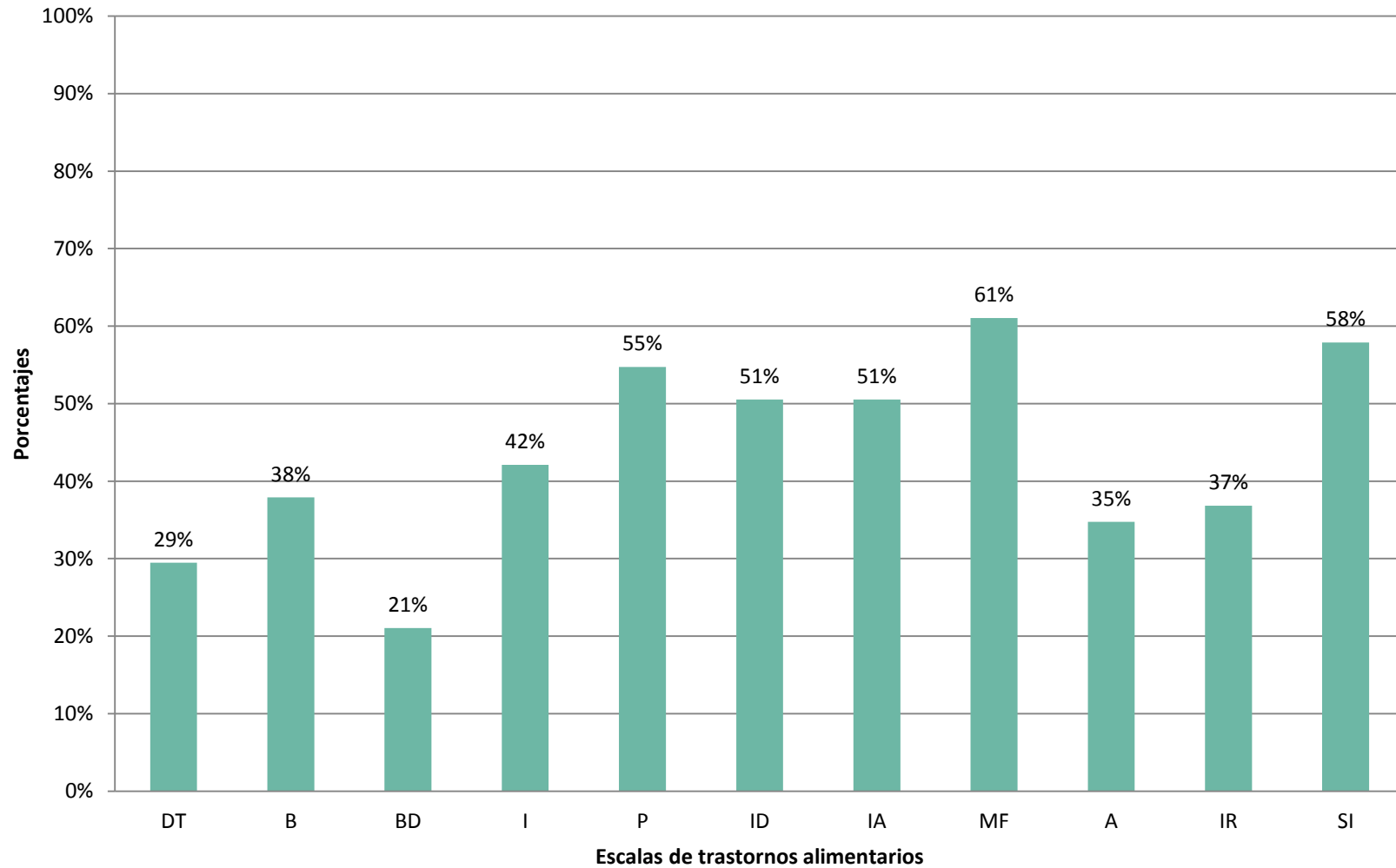
ANEXO 3

Media aritmética de los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios



ANEXO 4

Porcentajes de sujetos con puntajes altos en indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios



ANEXO 5

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

