



UNIVERSIDAD
DON VASCO, A. C.

UNIVERSIDAD DON VASCO, A.C.

INCORPORACIÓN N° 8727-25 A LA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

*RELACIÓN ENTRE AUTOESTIMA E INDICADORES
PSICOLÓGICOS DE LOS TRASTORNOS
ALIMENTARIOS EN UNA ESCUELA SECUNDARIA
DE URUAPAN, MICHOACÁN.*

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

Virginia Nayeli Hernández Calvillo

Asesora: Lic. Gisela Mayanin Tafolla Torres

Uruapan, Michoacán a 29 de noviembre de 2017.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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	3
Objetivos	4
Hipótesis	5
Operacionalización de las variables	6
Justificación	6
Marco de referencia	8

Capítulo 1. La autoestima.

1.1 Definición de la autoestima	10
1.2 Importancia de la autoestima	11
1.3 Diferencia entre autoconcepto y autoestima	15
1.4 Origen y desarrollo de la autoestima	17
1.5 Componentes de la autoestima	23
1.6 Pilares de la autoestima	25
1.7 Niveles de autoestima	28
1.8 Medición de la autoestima	33

Capítulo 2. Trastornos alimentarios.

2.1 Antecedentes históricos de la alimentación.	37
---	----

2.2 Definición y características clínicas de los trastornos alimenticios	39
2.2.1 Anorexia nerviosa	40
2.2.2 Bulimia nerviosa	41
2.2.3 Obesidad	42
2.2.4. Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas	43
2.2.5 Vómitos en otras alteraciones psicológicas	44
2.2.6. Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia	44
2.3. Esfera oroalimenticia en el infante	45
2.3.1 Organización oroalimenticia	45
2.3.2 Alteraciones de la esfera oroalimenticia	49
2.4 Perfil de la persona con trastornos de alimentación	51
2.5Causas del trastorno alimenticio	52
2.5.1 Factores predisponentes individuales	53
2.5.2 Factores predisponentes familiares	56
2.5.3 Factores predisponentes socioculturales	57
2.6 Percepción del cuerpo en el trastorno alimenticio	57
2.7 Factores que mantienen los trastornos alimenticios	58
2.8 Trastornos mentales asociados a los trastornos alimenticios	61
2.9 Tratamiento de los trastornos alimenticios	62
 Capítulo 3. Metodología, análisis e interpretación de resultados.	
3.1 Descripción metodológica	67
3.1.1 Enfoque cuantitativo	68
3.1.2 Investigación no experimental	70

3.1.3 Diseño transversal	70
3.1.4 Alcance correlacional	71
3.1.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	72
3.2 Población y muestra	74
3.2.1. Delimitación y descripción de la población	74
3.2.2. Proceso de selección de muestra	75
3.3 Descripción del proceso de investigación	76
3.4 Análisis e interpretación de resultados	77
3.4.1 Nivel de autoestima de los alumnos de la Escuela Secundaria Técnica 102	77
3.4.2 Indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en la muestra estudiada	80
3.4.3 Relación entre el nivel de autoestima y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios	86
Conclusiones	92
Bibliografía	94
Mesografía	97
Anexos.	

INTRODUCCIÓN

Actualmente, es posible observar que los trastornos alimentarios son cada vez más frecuentes en la sociedad, lo cual trae como consecuencia efectos desfavorables y en algunos casos, origina la muerte; de esta manera, dichos padecimientos se convierten en un problema social. Es común que las personas que presentan indicadores psicológicos de trastornos alimentarios también presenten un bajo nivel de autoestima, por lo cual, algunos autores consideran que existe una fuerte relación entre ambos factores.

Antecedentes

Se entiende como autoestima al “proceso de autoevaluación en la que el sujeto se define a sí mismo, concluyendo con la satisfacción o insatisfacción personal” (Delgado; 2010: 36).

La formación de la autoestima se lleva a cabo durante un proceso que inicia en la infancia y estará en constante evolución a lo largo de la vida, siendo influida por el contexto social en el cual cada persona se desarrolla.

Respecto a los trastornos alimentarios, de acuerdo con la APA (2002), son las variaciones y alteraciones que se presentan en la conducta alimentaria de los individuos; socialmente, los más comunes son la bulimia y anorexia nerviosa. A su

vez, según Zalagaz y cols. (2002: 2) también se pueden definir como “desordenes o trastornos del comer, de la ingesta, alimenticios, de la conducta alimentaria, etc.”

Según Pérez (2013), el primer caso de anorexia se presentó en 1689, tras lo cual, posteriormente, gracias a los estudios realizados por Gutting, se le denomina con el término anorexia nerviosa.

Una de las investigaciones encontradas respecto a los trastornos alimentarios, es la llevada a cabo por Gómez y Paresmitiré (citados por Pérez; 2013) realizada en México, con el objetivo de identificar las fallas en la conducta alimentaria de los mexicanos; se utilizó una muestra de población de hombres y mujeres estudiantes de preparatoria, licenciatura y posgrado. Los resultados obtenidos consisten en que un 2% no presenta obesidad, mientras que el 41% tiene sobrepeso.

Por otro lado, Gonzáles y cols. (2002) realizaron una investigación llamada “Relación entre factores individuales y familiares de riesgo de desórdenes alimenticios en alumnos de enseñanza media”, la cual explora la relación existente entre los diferentes factores de riesgo de la anorexia nerviosa, obteniendo como resultado durante el análisis, que el riesgo de la presencia de anorexia nerviosa está determinado por la depresión, autoestima, peso, conflicto, cohesión y altura.

Una investigación más, relacionada con la autoestima y los trastornos alimentarios, fue la realizada por Moreno y Ortiz en el 2009, la cual lleva por título “Trastorno Alimentario y su relación con la imagen corporal y la autoestima en

adolescentes”, fue aplicada en adolescentes de secundaria, obteniendo como resultado que ambos sexos presentan preocupación por la imagen corporal, aunque hay una mayor incidencia en las mujeres y existe un riesgo de trastorno alimentario en un 8% y un 10% con patología existente, presentando niveles medios y bajos de autoestima.

Planteamiento del problema

En la actualidad, al hablar sobre la autoestima se hace referencia a la valoración que el ser humano hace de sí mismo, lo cual sitúa a dicho término como un tema de suma importancia.

La autoestima determina las actitudes y conductas que el individuo presenta en diferentes situaciones de la vida cotidiana, modificando así de manera positiva o negativa el desempeño personal y social.

Esto se puede observar en el incremento de trastornos alimentarios que presentan los adolescentes, ya que la autoestima pudiera ser un factor influyente en los indicadores psicológicos que generan dichas perturbaciones, dado que la imagen física es un elemento importante para la formación de la autoestima durante la etapa de la adolescencia, por ello surge la siguiente pregunta de investigación;

¿Existe una relación estadísticamente significativa entre el nivel de autoestima y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en los alumnos de la Escuela Secundaria Técnica 102, de la ciudad de Uruapan, Michoacán?

Objetivos

El presente estudio, posee una serie de objetivos elaborados en torno a la investigación, con la finalidad de que se regulen las tareas necesarias. Dichos objetivos se encuentran en relación directa con los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios y con el nivel de la autoestima de los adolescentes de la Escuela Secundaria Técnica 102, y son los siguientes:

Objetivo general

Establecer la correlación existente entre la autoestima y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en los alumnos de la Secundaria Técnica 102, de Uruapan, Michoacán.

Objetivos particulares

1. Definir el concepto de autoestima.
2. Analizar las características de la autoestima.
3. Establecer los niveles de la autoestima.
4. Definir el concepto de trastornos alimentarios.

5. Determinar los tipos de trastornos alimentarios.
6. Conocer los indicadores de la presencia de los trastornos alimentarios.
7. Medir el nivel de autoestima en los alumnos de la Escuela Secundaria Técnica 102 de Uruapan, Michoacán.
8. Evaluar los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en los alumnos de la Escuela Secundaria Técnica 102 de Uruapan, Michoacán.

Hipótesis

Las explicaciones tentativas que se presentan a continuación, muestran los posibles resultados obtenidos a lo largo del proceso de investigación.

Hipótesis de trabajo

Existe una relación estadísticamente significativa entre el nivel de autoestima y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en los alumnos de la Escuela Secundaria Técnica 102, de Uruapan, Michoacán.

Hipótesis nula

No existe una relación estadísticamente significativa entre el nivel de autoestima y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en los alumnos de la Escuela Secundaria Técnica 102, de Uruapan, Michoacán.

Operacionalización de las variables

La variable autoestima, fue medida con el Inventario de Coopersmith, que es una escala de auto-reporte de 58 reactivos, en la cual el sujeto lee una sentencia declarativa y luego decide si esa declaración es “igual que yo” o “distinto a mi”. El inventario está referido a la percepción del estudiante en cuatro áreas: autoestima general, social, hogar y padres, escolar académica y una escala de mentira de ocho reactivos (Paz; 2010).

Este instrumento fue traducido, estandarizado y validado por Prewitt-Diaz en 1998 para la población de Latinoamérica, obteniendo los índices de confiabilidad suficientes que la hacen una escala confiable y válida para evaluar este fenómeno.

Por otra parte, para evaluar los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios, fue utilizado el Inventario de la Conducta Alimentaria (EDI 2) del autor David M. Garner (1998). Este instrumento está conformado por once escalas que representan los principales síntomas que normalmente acompañan a la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa.

Justificación

El presente estudio beneficiará a la población que fue investigada, ya que se podrán identificar a los individuos con indicadores psicológicos de trastornos

alimentarios, así como también el nivel de autoestima que cada uno de ellos posee, para que posteriormente reciban la atención psicológica adecuada de acuerdo con sus necesidades.

Además, será de gran utilidad para los directivos de la Escuela Secundaria Técnica 102, de la ciudad de Uruapan, Michoacán, ya que se podrán tomar medidas de prevención más certeras, enfocadas a los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios relacionados con la autoestima que presentan sus alumnos.

Para los padres de familia, el presente estudio resultará importante, debido a que podrán conocer tanto el nivel de autoestima como los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios presentes en sus hijos adolescentes, para posteriormente tomar las medidas de solución y/o prevención necesarias.

A su vez, se verá beneficiada la sociedad en general, debido a que la presencia de los indicadores psicológicos de los trastornos alimenticios ha ido en aumento, y el nivel de autoestima de los adolescentes no siempre es el adecuado, lo cual coloca a ambos temas como problemas sociales, pues deben ser atendidos de forma inmediata y cualquier miembro de la sociedad en general se puede ver inmerso en dicha problemática.

Beneficiará también a otros investigadores, que se encuentren interesados en conocer los niveles de autoestima en adolescentes que presentan indicadores

psicológicos de trastornos alimentarios, pues servirá como antecedente de futuros estudios.

Para la psicología será de gran interés, debido a que corroborará las teorías e investigaciones existentes relacionadas con la autoestima y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios, así como también, apoyará al acopio de evidencias empíricas a favor de la investigación psicológica, en relación con las variables antes mencionadas.

Marco de referencia

La presente investigación se realizó en la Escuela Secundaria Técnica 102, la cual es una institución gubernamental y se encuentra situada en la zona oriente de la ciudad de Uruapan, Michoacán, en la calle Emilio Zapata, sin número, en la colonia Tierra y Libertad y está basada en el modelo educativo integral.

Dicha institución tiene 1300 alumnos entre los turnos matutino y vespertino, los cuales poseen un nivel socioeconómico medio o bajo, por lo cual aproximadamente 15% de la población estudiantil es foránea, lo que ocasiona que su residencia en la ciudad y por lo tanto en la escuela, en ocasiones sea por periodos breves.

En la actualidad, cuenta con 24 salones de clases y una biblioteca, una cancha de voleibol y una de básquetbol, un área administrativa, dirección, departamentos de prefectura, de trabajo social y de enfermería.

Además, al tratarse de una secundaria técnica, cuenta con distintas tecnologías con el objetivo de que el alumno aprenda un oficio, así como también aprenda el uso y manejo de los instrumentos y herramientas referentes a su tecnología, para así, poder ejercer en un futuro determinado oficio, si así lo decide. Algunas de las tecnologías son: secretariado, electrónica, industria del vestido, computación, diseño arquitectónico y contabilidad, las cuales se encuentran a cargo por 6 de los 40 profesores pertenecientes a la institución.

Como muestra del interés de la institución hacia el alumnado, se ha eliminado toda la comida chatarra y poco balanceada de la cooperativa que se encuentra en la escuela, ofreciendo a los alumnos alimentos más sanos y nutritivos, aunque la trabajadora social de dicha institución reporta que se presentan, de manera recurrente, desmayos durante los actos cívicos, debido a la falta de alimento durante largos periodos.

Lo anterior incrementa el interés para llevar a cabo la investigación entre el nivel de autoestima y los factores psicológicos de los trastornos alimentarios en la institución referida.

CAPÍTULO 1

LA AUTOESTIMA

A lo largo del presente capítulo, se encuentra la información necesaria para comprender qué es la autoestima, su definición, importancia, origen y desarrollo, así como también los componentes que posee, cuáles son los niveles y su forma de medición.

1.1 Definición de la autoestima

Al hablar sobre autoestima, se pueden encontrar diversas definiciones que expresan cuál es el significado de este término, por lo cual, a continuación se mencionan algunas de estas, con la finalidad de comprender de la mejor manera que es la autoestima.

Carrión (2007) habla de la autoestima como la valoración que la persona posee de sí misma, debido a las cualidades y circunstancias que cada quien logra reconocer individualmente. Menciona la existencia de una relación estrecha de la autoestima con el autoconcepto, al igual que con los sentimientos y conocimientos que la persona tiene de sí misma.

Por otro lado, Clark y cols. (2000) definen la autoestima como el valor que cada quien otorga a su propia persona, y el cual se encuentra basado en los

pensamientos, sentimientos, sensaciones y experiencias que se han ido recopilando a lo largo de la vida. La gran cantidad de opiniones y evaluaciones que cada quien tiene, forman en conjunto un sentimiento positivo o negativo hacia sí mismo.

A su vez, Coopersmith (citado por Mora y Raich; 2005), menciona que la autoestima es la evaluación que cada individuo tiene de su propia persona, y la cual expresa una actitud aprobatoria o reprobatoria, hace referencia a la medida en que el individuo se cree capaz y exitoso, y transmite la valoración de sí mismo mediante expresiones verbales y su conducta abierta.

Como efecto de lo anterior, será posible comprender de manera clara qué es la autoestima y se logrará conocer el término con el cual se trabaja a lo largo de la presente investigación.

1.2 Importancia de la autoestima

Es muy importante que se conozca la importancia que posee la autoestima en la vida cotidiana, pues en esta radica la influencia positiva o negativa de las experiencias que se presentan a lo largo de la vida, pues la autoestima repercute de forma directa en todo el proceso de maduración personal.

La influencia de la autoestima tiene un gran alcance en diversas áreas de la vida diaria. Alcántara (1990) menciona distintos aspectos en los cuales cada variable puede influir, y son los siguientes:

- Condiciona el aprendizaje: La adquisición de nuevos conocimientos se ve influida por las actitudes que la persona posea, ya que la estructura interna puede perjudicar o favorecer a que se produzcan energías más intensas de concentración y de atención.
- Supera las dificultades personales: Cuando una persona tiene una autoestima adecuada, es capaz de afrontar las dificultades y fracasos que se puedan presentar, ya que presenta la fuerza interna para actuar buscando la resolución de conflictos y obstáculos, así logra una mayor madurez y mejor competencia personal.
- Fundamenta la responsabilidad: La palabra responsabilidad, hace referencia a la cualidad y capacidad de comprometerse, y resulta evidente que solo es capaz de asumir un compromiso el individuo que posee la suficiente confianza en sí mismo y que se considera apto, ya que encuentra interiormente las herramientas necesarias para superar y enfrentar las consecuencias positivas y negativas que trae consigo un compromiso.
- Apoya la creatividad: Una persona creativa suele surgir en alguien que tiene fe en sí mismo, que confía en su originalidad, al igual que en sus capacidades.

- **Determina la autonomía personal:** Uno de los principales objetivos que se deben cumplir en la etapa de la niñez, es formar personas autónomas y autosuficientes, seguras de sí mismas y capaces de tomar decisiones, para que en la etapa de la adolescencia puedan sobrellevar las crisis que se presenten y sepan orientarse en una sociedad que se encuentra en constantes cambios. Pero para que pueda cumplirse dicho objetivo, es necesario desarrollar en las personas una autoestima positiva, pues a partir de esto, el individuo podrá elegir y decidir metas y actividades por conseguir.
- **Posibilita una relación social saludable:** La base de una relación adecuada con el resto de las personas radica en el respeto y aprecio que cada quien posee hacia sí mismo, pues esto trae como consecuencia una mejor aceptación, permite la estimación hacia los otros y favorece el desarrollo de la autoconfianza de las demás personas.
- **Garantiza la proyección futura de la persona:** Conocer las cualidades con que una persona cuenta, la ayuda a proyectarse hacia el futuro, ya que se autoimpone metas, posee aspiraciones y presenta expectativas de realización, se considera capaz de elegir objetivos superiores y tiene la motivación para alcanzar bienes difíciles. Predecir el futuro personal, vivir el presente y dar un significado nuevo al pasado, son las herramientas necesarias para una dimensión que consiste en la plenitud humana. En conclusión, la proyección hacia el futuro de una persona se basa en la

autoconfianza; esta no consiste en satisfacción y conformismo, al contrario, ayuda a la persona a revestirse de energía espiritual y la motiva a crear sus propias ideas sobre el mundo.

- Constituye el núcleo de la personalidad: El ser humano se encuentra en búsqueda constante de su identidad, y su disposición más profunda consiste en llegar a ser él mismo. Posee una gran fuerza de voluntad que lo impulsa a encontrarse a sí mismo.

Desde otra perspectiva, Montoya y Sol (2001), determinan que la importancia de la autoestima constituye un escenario desde el cual se proyectan las diversas áreas de la vida cotidiana de la persona, por lo tanto, es importante que se trabaje para mejorarla. A su vez, indican que la importancia de la autoestima radica en la constante búsqueda de la felicidad en la cual se encuentra inmerso el ser humano. Dicha felicidad puede encontrar su respuesta en la autoestima, ya que centrar la búsqueda fuera de sí mismo, conduce al vacío y a la frustración.

La importancia de la autoestima, según Montoya y Sol (2001), reside que en la medida en que la persona se valore, en igual medida disfrutará de lo que le rodea, pues la autoestima nutre, beneficia y ayuda a la apreciación de las situaciones y momentos presentes; el fomentar dicha característica de manera adecuada, favorece el desarrollo íntegro de la persona, pues es el componente biológico, psicológico, social y trascendente que permite una vida mejor.

Finalmente, la autoestima constituye la base para el desarrollo adecuado de diversas áreas del ser humano, las cuales resultan de sumo interés, pues en ellas se puede observar la influencia positiva o negativa de la autoestima, es en dichas áreas donde radica su importancia.

1.3 Diferencia entre autoconcepto y autoestima.

Resulta común que, al hablar de autoestima, se confunda con el autoconcepto, por esto, a continuación se establecerá cual es la diferencia entre ambos vocablos.

De manera inicial, Mora y Raich (2005) definen el término autoconcepto como el propio sentido de identidad, es decir, que es lo que una persona piensa de sí misma como ser individual y qué le gustaría llegar a ser. El autoconcepto se refiere a percepción, mientras que la autoestima indica una valoración. A su vez, este término se encuentra formado por diversos aspectos, los cuales son: social, académico/laboral, familiar, corporal y global.

Por otra parte, McKay y Fanning (citados por Mora y Raich; 2005) establecen ocho áreas por medio de las cuales se puede describir el autoconcepto, y las cuales son:

- 1) Aspecto físico: Se refiere a todo lo corporal, como altura, peso, cabello, cara, cualidad de la piel, forma de vestir y zonas del cuerpo en específico.

- 2) Como se relaciona con los demás: Abarca sus fortalezas y habilidades en las relaciones interpersonales y la manera en que se relaciona con personas desconocidas en diferentes aspectos sociales.
- 3) Personalidad: Hace referencia a los rasgos de personalidad positivos y negativos.
- 4) Cómo le ven los demás: Engloba tanto sus cualidades positivas como las negativas que proyecta a las personas que le rodean por medio de sus conductas y actitudes.
- 5) Rendimiento en la escuela o trabajo: Este aspecto hace alusión al desempeño, ya sea escolar o laboral.
- 6) Ejecución de tareas cotidianas: Se refiere a cómo se llevan a cabo tareas cotidianas sencillas, como la higiene personal, preparación de alimentos, cuidado de los hijos y cualquier otra forma de cuidado de las necesidades del ámbito personal y familiar.
- 7) Funcionamiento mental: Indica la valoración que de lo bien que una persona razona y resuelve conflictos, la capacidad que posee para aprender y generar nuevas ideas, así como también de formación particular.

- 8) Sexualidad: Hace hincapié en cómo se percibe la persona a sí misma en el aspecto sexual.

Según James (citado por De la Rosa y Díaz-Loving; 1991) el autoconcepto está basado en la percepción, pues es la suma de todo lo que una persona puede considerar como de su propiedad, como su cuerpo, la familia, las posesiones, incluyendo los estados de conciencia y el reconocimiento; mientras que la autoestima se conforma por medio del autoconcepto y del ideal, logrando así “un juicio personal sobre la dignidad de uno, expresado en las actitudes que el individuo mantiene hacia sí mismo.” (Coopersmith, citado por De la Rosa y Díaz-Loving; 1991: 17).

Para concluir, Woolfolk (2006) describe el autoconcepto como una estructura cognoscitiva, la cual se refiere a las creencias que cada quien tiene de sí mismo, a diferencia de la autoestima, la cual describe como una reacción afectiva; en otras palabras, el juicio que alguien hace de sí mismo y la valoración afectiva que esto le trae como consecuencia.

1.4 Origen y desarrollo de la autoestima.

Después de conocer la importancia de la autoestima y la influencia que esta tiene en diversas áreas de la vida cotidiana del ser humano, resulta interesante conocer las raíces de la autoestima, es decir, su origen y por ende, el proceso por medio del cual se va desarrollando.

Branden (2008) considera que el contexto social en el cual una persona se desenvuelve desde la infancia, es crucial para el desarrollo de la autoestima, ya que desde entonces el individuo se ve influido por las personas que lo rodean, como sus padres.

Coopersmith “sugiere que una de las mejores maneras de disfrutar de autoestima es la de tener unos padres que ejemplifiquen una autoestima sana.” (citado por Branden, 2008: 17). Ya que ellos los crían con respeto y amor, les brindan una base en la cual pueden encontrar expectativas adecuadas y reglas que resultan razonables, evitan las contradicciones y por lo tanto, confusiones, confían en las capacidades del niño, lo cual les permite una aceptación coherente de sí mismos.

Branden (2008) menciona la existencia de diversas condiciones básicas para la autoestima, y una de ellas consiste en que la persona debe tener una inalterable voluntad de entender, es decir, deseos de obtener claridad, transparencia, comprensión de todo aquello que percibe, preocuparse por su salud mental y motivar su crecimiento intelectual. Dichas características resultan básicas para la madurez psicológica, de esta manera, su existencia es un factor inalterable para hablar de que se posee una autoestima plena.

Otra condición considerada como necesaria para adquirir la autoestima identificada por Branden (2008), es el conflicto que aparece durante la niñez, y el cual consiste en los momentos en que la mente y las emociones de la persona no están armonizadas de una manera simultánea y perfecta, experimentando anhelos y

temores, por lo tanto, el sujeto entra en conflicto con su entendimiento racional y sus emociones, pues la capacidad de distinguir entre los sentimientos y los conocimientos resulta esencial en el desarrollo de madurez mental, es importante para alcanzar y conservar la autoestima.

Branden (2008) menciona que la autoestima implica una autoafirmación cognitiva, ya que la razón es el factor dinámico, mientras que las emociones son el factor pasivo. Cuando una persona se deja llevar por sus sentimientos pierde el sentido de autorregulación, la cual es esencial para la autoestima, ya que una autorregulación sana y adecuada consiste en aceptar que toda emoción es un afecto, resultado de los juicios de valía.

Una condición más, de las destacadas por Branden (2008), es la experiencia del miedo. El autor menciona que si una persona que ha adquirido un conjunto de valores, de modo que su mente y sus emociones tienen equilibrio, no se verá en conflicto por sus deseos y sus conocimientos. Durante la niñez, es normal esperar cierto grado de miedo, el cual irá desapareciendo si se lleva un proceso de desarrollo normal y sano; conforme crecen sus capacidades y conocimientos, los miedos se irán superando, de tal manera que, durante el trascurso hacia la etapa adulta, cada vez habrá menos actividades y situaciones que le generen miedo.

Branden (2008), señala que la decisión entre juzgar lo que es cierto o falso, correcto o erróneo de acuerdo con la individualidad de la propia mente, resulta esencial para definir la autoestima de una persona, ya que el conocimiento implica

comprensión, la cual es necesaria para el desarrollo de un pensamiento independiente, pues el término comprender corresponde de forma exclusiva a la mente individual, y el abandonar la responsabilidad de adquirir un pensamiento independiente, representa renunciar a la autoestima.

La autoestima, de acuerdo con Branden (2008), se va formando de manera progresiva a lo largo del tiempo, ya que esta no se puede lograr en un lapso de tiempo determinado; la autoestima es la imagen que cada persona elabora de sí misma a través de su propio criterio.

Para Branden (2008), es importante destacar la diferencia que existe entre autoestima y orgullo, ya que la primera tiene que ver con la ideología que posee alguien de que es capaz y eficiente, mientras que el orgullo es la satisfacción que una persona tiene por ser quien es, como resultado de sus logros. A su vez, la autoestima no depende ni debería depender de los éxitos y fracasos.

La relación entre la autoestima con el trabajo productivo, el crecimiento y las capacidades mentales del hombre, resulta un aspecto importante. “Una persona puede poseer cierta habilidad de habilidades prácticas, sentir confianza en sí misma, en un determinado número de áreas delimitadas, manifestando un grado de eficacia particularizada y, sin embargo, carecer de ese sentimiento de eficacia fundamental que es propio de la autoestima” (Branden; 2008: 214).

La autoestima no es un valor que una vez que se adquiere permanecerá sin necesidad de ningún esfuerzo, por el contrario, deben realizarse acciones vitales para poder mantenerla.

Al respecto, Branden (2008) recalca la importancia del placer dentro del ámbito de la autoestima, pues menciona que el placer no es un lujo, sino una necesidad psicológica, pues a través del gozo, las personas son capaces de sentir el valor de la vida, la sensación de que vale la pena vivirla y por lo tanto conservarla, el placer es el motor emocional de la existencia humana.

“El trabajo productivo es el área más fundamental; es esencial para el sentido de eficacia que tenga una persona, y, por tanto, para su capacidad de disfrutar plenamente de los demás valores de su existencia”. (Branden; 2008: 222). Las principales características de una persona que tiene autoestima, es el goce que puede experimentar cuando lleva a cabo actividades como producto de su mente, la sensación que se produce al emplear su capacidad intelectual y creativa, pues una persona psicológicamente sana es capaz de sentir placer al momento de tener el control de su existencia.

Asimismo, cuando una persona con autoestima se siente enamorada de sí misma y de la vida, experimentará la necesidad de relacionarse con personas a las que pueda admirar y, por ende, encontrar a alguien espiritualmente igual a quien pueda amar, pues uno de los indicadores de que un individuo no posee la autoestima

adecuada, consiste en que las situaciones en las cuales busca el placer, le ayudan a escapar de la realidad y de su propia mente.

Por otro lado, Carrión (2007) menciona que la autoestima se conforma por dos factores esenciales, los cuales son: por una parte, las creencias, valores, identidad y espiritualidad; por otro, el ambiente en el que el ser humano se desenvuelve ordinariamente. Desde el momento del nacimiento, el ser humano se ve envuelto en mecanismos que son de utilidad para el crecimiento y el desarrollo.

Clark y cols. (2000) explican que el concepto del yo y el de la autoestima, se van desarrollando de forma paulatina a lo largo de la vida, comenzando desde la infancia; cada etapa del desarrollo aporta sentimientos y experiencias que favorecen la formación de la autoestima.

En cuanto al desarrollo de la autoestima, mencionan Clark y cols. (2000) que, inicialmente, el recién nacido no tiene un concepto de sí mismo como unidad, solamente experimenta sensaciones físicas y tiene una conciencia que resulta confusa y vaga, la cual se basa en sus sensaciones. Conforme se va desarrollando la persona, comienza a tener diferentes experiencias; esto ayuda a que se comience a desarrollar un sentido del yo y se tenga una sensación de autonomía. Estos conceptos son generados por las reacciones del resto de las personas que son importantes para el niño, esa impresión personal conforma la base del sentimiento del propio valor.

Mientras que durante la adolescencia, según Clark y cols. (2000), el adolescente debe tener la capacidad de entender situaciones no favorables, así como también las consecuencias y afrontarlas de la mejor manera para mantener la sensación de valor propio, y por lo tanto, tener una base estable para la formación de su autoestima.

Según Erik Erikson (citado por Clark y cols.; 2000), la adolescencia es una de las etapas más importantes para el desarrollo de la autoestima, pues es el periodo en el cual el ser humano necesita definir su identidad. Esto no resulta un trabajo fácil, ya que el adolescente se ve sometido a numerosas presiones de la vida cotidiana. Lo esperado es que el adolescente realice una profunda revalorización de sí mismo, ya que la imagen que forme de su persona, puede servirle como base para el desarrollo de su autoestima durante toda su vida.

1.5 Componentes de la autoestima

Después de conocer qué es la autoestima, la importancia que posee, su origen y desarrollo, resulta imprescindible conocer cuáles son los componentes de esta.

Según Branden (2008), la autoestima tiene dos componentes, los cuales se pueden separar conceptualmente, pero resultan inseparables dentro de la psicología humana, y son:

a) Eficacia personal: La cual consiste en confiar en sí mismo para pensar, aprender, tomar decisiones adecuadas, y por ende, superar los obstáculos que se presenten y poder producir cambios, los cuales están asociados a una autoestima sana. Pero esto no significa que no se puedan cometer errores, al contrario, es el reflejo de que la persona es capaz de pensar, realizar críticas, conocer y corregir sus propios errores, confiando en sus procesos mentales y en sus capacidades. La eficacia personal no asegura que el sujeto será capaz de afrontar y de superar todos los obstáculos que se presentan a lo largo de la vida, pero si representa la certeza de que los seres humanos son capaces de aprender lo que es necesario, y por lo tanto, la persona se encuentra obligada a razonar y a estar preparada lo mejor posible, para dominar las ocupaciones y los retos que traen consigo los valores de cada persona.

b) El respeto a uno mismo: El cual se refiere a la confianza y al derecho propio de ser feliz, por lo tanto, también la confianza en que cada persona es capaz de alcanzar logros y es merecedora del éxito, la amistad, el respeto y el amor. El respeto hacia la propia persona, es la evidencia del valor personal del ser humano. Branden (2011) menciona que el respeto a sí mismo no tiene una convicción comparativa ni competitiva, al contrario: es el convencimiento de que vale la pena actuar con el fin de apoyar, proteger y alimentar la vida propia y el bienestar personal; de que el ser humano es bueno y merece respeto por parte de los demás, pues si no se trabaja para conseguir el respeto a sí mismo, el ser humano no sabrá cómo cuidarse ni cómo cuidar sus intereses, tampoco sabrá satisfacer sus necesidades ni disfrutará de sus

éxitos. A su vez, esto afecta la experiencia de la persona respecto a la eficacia personal.

Branden (2011), destaca la necesidad del respeto a sí mismo como básica e ineludible, pues si una persona es capaz de respetarse a sí misma tiende a actuar de manera en que se confirme y se refuerce dicho respeto; por otro lado, si alguien no se respeta llevará a cabo acciones que rebajen su sentido de valor propio, por ello, si se desea elevar el nivel de respeto propio, la persona debe actuar de forma congruente y en orden con el objetivo de elevarlo.

La relación entre ambos aspectos “es la suma integrada de la confianza y el respeto en uno mismo. Es la convicción de que uno es competente para vivir y digno de ello” (Branden; 2008: 192).

1.6 Pilares de la autoestima

Existe una serie de elementos que resultan importantes para el desarrollo óptimo de la autoestima, los cuales son denominados como pilares de la autoestima, y que se abordan a continuación. Branden (2008) habla de la existencia de seis prácticas, mencionando que si alguna de ellas estuviera ausente, la autoestima se vería afectada, siendo estas las siguientes:

1. La práctica de vivir conscientemente: Se refiere a que el individuo debe pensar antes de actuar, hacer conscientes sus actos, no actuar o hablar de

una manera impulsiva, ya que al ser consciente de sus actitudes podrá ir adquiriendo diversas habilidades para la resolución de problemas y toma de decisiones.

2. La práctica de aceptarse sí mismo: Esta práctica consiste en que el individuo se acepte tal cual es, incluyendo cada aspecto de su vida, que sea una persona capaz de aceptar sus cualidades y habilidades, así como también sus defectos y debilidades; ya que esto permitirá el desarrollo de una autoestima sana, pues solo conociéndose y aceptándose íntegramente podrá desarrollar sanamente su autoestima.
3. La práctica de la responsabilidad: El individuo es digno de vivir y ser feliz, por lo tanto, debe sentir que posee autodominio, por ello, debe hacerse cargo de las decisiones que toma y perseguir sus metas y anhelos, pues ya que es el dueño de su propia vida. Debe aceptar las consecuencias positivas y negativas que sus acciones traigan consigo y, sobre todo, comprender que él es el único capaz de mejorar su propia vida.
4. La práctica de la autoafirmación: “Afirmarse a uno mismo es la virtud de expresarse adecuadamente, respetando las necesidades, deseos, valores y convicciones que tenemos como personas, y buscando formas racionales para expresarlas de forma práctica” (Branden; 2008: 23). La autoafirmación implica que el individuo se enfrente a los retos que la vida tiene, y no que intente evadirlos dejándose controlar por ellos.

5. La práctica de vivir con un propósito: Tener una vida con propósitos y metas es fundamental para el desarrollo de la autoestima sana, le permite al individuo tener el control de sí mismo y lo impulsa para alcanzar lo que se ha propuesto; el hecho de alcanzar metas y lograr propósitos representa una serie de prácticas generadas internamente que favorecen la formación de la autoestima.

6. La práctica de la integridad: Los valores que profesa el individuo deben ser congruentes con su manera de actuar, así se puede considerar que una persona es íntegra, pues de lo contrario, la autoestima se ve dañada, pues el individuo entra en un conflicto consigo mismo entre sus valores y acciones, y la falta de integridad perjudica de la misma manera en que lo hace un rechazo externo.

Estos son los seis pilares que Branden (2008) marca como prácticas constantes que el sujeto deberá realizar para mantener una autoestima sana; posteriormente Branden (2011) agrega un séptimo pilar, el cual es la disposición de vivir cada una de las prácticas antes mencionadas.

El autor hace referencia al séptimo pilar agregando que el compromiso únicamente proviene del amor a la vida de la siguiente manera: “Este amor es el principio de la virtud. Es el trampolín para nuestras aspiraciones más elevadas y

nobles. Es la fuerza motriz que impulsa los seis pilares. Es el séptimo pilar de la autoestima.” (Branden; 2011: 331).

Resulta evidente que dichos pilares poseen una importancia relevante en el desarrollo de la autoestima, ya que de ello depende que esta sea sana o, de lo contrario, se vea afectada por la falta de alguno, y a medida que se ejerciten estas prácticas, se podrá fortalecer y desarrollar la autoestima de manera óptima.

1.7 Niveles de la autoestima.

Existen diferentes niveles de autoestima, los cuales resultan de gran importancia, ya que a partir de esos, se puede tener un parámetro para indicar en el nivel que se encuentra la autoestima de una persona, y si esta es alta, media o baja, de acuerdo al autor al que se haga referencia. A continuación se dan a conocer algunos autores que proponen niveles de autoestima.

Branden habla de los niveles de autoestima, como positiva y baja, pues menciona que: “Sin una autoestima positiva, el crecimiento psicológico se encalla. Una autoestima positiva funciona, en la práctica, como el sistema inmunológico de la conciencia, ofreciendo una mayor resistencia, fuerza y capacidad regeneradora. Cuando el grado de autoestima es bajo, disminuye la resistencia frente a las adversidades de la vida. Los pacientes se hunden frente a unas vicisitudes que lograrían disipar si tuvieran sentimientos más sanos a cerca de sí mismos” (Branden; 2008: 15).

De acuerdo con Branden, el nivel de autoestima que posea un individuo le va a permitir enfrentarse a la vida, es decir, si una persona tiene autoestima positiva va a enfrentar los problemas o cualquier circunstancia de manera adecuada, ya que no verá las situaciones como obstáculos, sino como parte de la vida, sin embargo, el individuo que tiene autoestima baja, creerá que no tiene la capacidad de enfrentarse a las dificultades, y tenderá a ser menos creativo, ya que piensa que no es capaz de lograr metas por sí mismo.

Por otro lado Kaufman y cols. (2005), conciben los niveles de autoestima en los niños como tener o no tener autoestima auténtica o positiva, las cuales definen de la siguiente manera: “Cuando tienen autoestima, los niños se sienten seguros en su interior, están más dispuestos a arriesgarse y a ser responsables de sus actos, pueden enfrentar los cambios y desafíos de la vida y tienen la flexibilidad necesaria para enfrentar el rechazo, la decepción, el fracaso y la derrota.” (Kaufman y cols.; 2005: VII).

De no existir autoestima auténtica, mencionan que “la falta de autoestima positiva puede llevar a algunos niños a cometer actos inapropiados, hirientes o incluso desesperados.” (Kaufman y cols.; 2005: VIII).

De acuerdo con Kaufman y cols. (2005), la autoestima positiva ayuda a los niños a sentirse bien con ellos mismos, a enfrentarse a las experiencias de la vida cotidiana, pueden entender que la vida tiene circunstancias buenas, como adversidades y las ayuda a enfrentarlas; sin embargo, cuando a un niño le falta

autoestima puede llegar a ver el entorno de forma aversiva, por algún rechazo del pasado y presentar actitudes inconvenientes.

Desde otra perspectiva, Satir (2002) le da nivel a la autoestima como elevada o baja, asignándole características que permiten distinguir una de otra, por ejemplo, la personas con autoestima elevada se sienten bien consigo mismas, se aceptan como son, enfrentan la vida con una actitud de dignidad, con honestidad, con fuerza, con amor y realidad; sin embargo, una baja autoestima “hace que la persona sienta que no cuenta, que perciba la constante amenaza del rechazo y carezca de la capacidad para conservar una perspectiva de sí misma, de los demás y los acontecimientos.” (Satir; 2002: 45).

Branden (2011) habla sobre un cuestionamiento común en la sociedad, sobre si es posible o no tener excesiva autoestima, comentando que la autoestima nunca es demasiada, pero suele confundirse la baja autoestima con alta o demasiada autoestima, pues la persona dice y aparenta sentirse mejor que los demás, cuando en realidad no es así, solo se trata de baja autoestima disfrazada de demasiada.

Por otro lado, Clark y cols. (2000) resaltan la forma de identificar el nivel de autoestima que tiene un adolescente, pues aunque se trata de una etapa en donde se presentan diversidad de cambios y se dificulta la identificación de la presencia de la autoestima en el adolescente. Los autores lo hacen por medio de las siguientes características:

Adolescente con autoestima:

- Actuará de forma independiente, en cuanto a tiempo, actividades y amigos.
- Asumirá la responsabilidad de sus obligaciones, así como de sus actos, positivos o negativos.
- Afrontará los retos con entusiasmo y tendrá interés por aprender y conocer tareas nuevas.
- Se sentirá orgulloso de sus logros.
- Será capaz de mostrar sus emociones y sentimientos de manera espontánea.
- Será tolerante ante las frustraciones.
- Se sentirá capaz de influir en los demás.

Adolescente sin autoestima:

- No se sentirá capaz de lograr metas o actividades.
- Sentirá que no tiene valor para los demás.
- Sentirá impotencia ante los retos y dificultades sin pensar que podrá superarlos.
- Se dejará influir por los demás.
- No se sentirá capaz de mostrar sus sentimientos o emociones que tengan que ver con la felicidad, a excepción de los sentimientos de enojo, histeria e inflexibilidad.

- Evadirá las situaciones que le causen angustia, ansiedad o temor.
- Se pondrá a la defensiva, no aceptará la crítica y justificará su comportamiento.
- No se responsabilizará de sus actos o debilidades, culpando a los demás sus dificultades.

Clark y cols. (2000) también indican que estas son las pautas para poder identificar si un adolescente tiene o no autoestima, y es de utilidad para identificar el nivel de esta y,asimismo, poder proporcionar una adecuada intervención.

Según Coopersmith (citado por Steiner; 2005) hay tres tipos de autoestima: alta, media y baja, las cuales resultan evidentes en la forma en que las personas actúan en cuanto al futuro, reacciones afectivas y por su autoconcepto.

Coopersmith (citado por Steiner; 2005) señala que las personas con alta autoestima, son activas y expresivas, así como también son dadas al éxito tanto social como escolar; no evaden cuando las personas están en desacuerdo, pues son capaces de expresar sus opiniones, aun cuando alguno no esté de acuerdo.

Por otro lado, las personas que poseen un nivel de autoestima medio, presentan características similares a las personas con autoestima alta, pero en menor dimensión. Quienes tienen este nivel de autoestima, presentan dificultades en la elaboración de su autoconcepto, sienten inseguridad en cuanto a las apreciaciones

de su valía personal e incluso pueden sentirse dependientes de la aceptación social, pero son capaces de aceptar las críticas y ser optimistas.

“Las personas con un nivel de autoestima bajo, como aquellos individuos que muestran desánimo, depresión, aislamiento, se sienten poco atractivos, así como incapaces de expresarse y defenderse por si sienten temor de 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 sus ideas, dudan de sus habilidades y consideran que los trabajos e ideas de los demás son mejores que las suyas.” (Coopersmith, citado por Steiner; 2005: 32).

Después de conocer los niveles de autoestima que Coopersmith estableció, así como también los establecidos por el resto de los autores antes mencionados, es posible tener una pauta para medir el nivel de autoestima en una persona. A pesar de que los autores difieren en algunos aspectos sobre los niveles de esta variable, todos coinciden en que la persona que tiene un nivel bajo de autoestima, presenta dificultades de autoaceptación y sentimientos de poca valía.

1.8 Medición de la autoestima.

Existe una gran diversidad de formas para medir la autoestima, una de ellas son las pruebas psicométricas, por medio de las cuales se logra cuantificar los

diferentes niveles de la autoestima. Las pruebas más relevantes se explican a lo largo de este apartado.

a) Escala de autoestima de Rosenberg.

Desarrollada en 1960, en dicha escala la muestra consistía en 5,024 estudiantes de tercero y cuarto de secundaria de distintas escuelas, las cuales fueron seleccionadas al azar en la ciudad de Nueva York. Esta prueba tuvo alta fiabilidad de 0,82 hasta 0,88. A través de los años se han hecho varias traducciones, así como validaciones y se han obtenido resultados similares.

La escala consta de 10 preguntas, con valores de 1 a 4 puntos, con máxima puntuación de 40 y una mínima de 10; los reactivos están redactados de la siguiente manera, una mitad con ítems redactados de manera positiva y la otra mitad de forma negativa. Esta prueba ha sido traducida a más de 28 idiomas y validada interculturalmente en 53 países (sicolog.com; 2009).

b) Evaluación clínica de NevaMilicic.

“Neva M. presenta la evaluación clínica de la autoestima escolar basándose en 5 categorías que caracterizan a los niños con buena y mala autoestima: Autoestima Física, Autoestima Afectiva, Autoestima Social, Autoestima Académica y Autoestima Ética.” (Condemarín y cols.; 2001: 163-167).

c) Test de Autoestima Escolar (TAE)

Este test fue realizado por Teresa Marchant, Isabel Margarita Haeussler y Alejandra Torreti. Fue estandarizado en Chile y está bajo la norma de puntajes T, es para las edades de 8 a 13 años de edad, el test permite ubicar el nivel de autoestima del niño bajo la categoría que da resultado en puntajes T, de normalidad, baja autoestima y muy baja autoestima. (Tomas; 2011).

Se conformó a partir del test de Piers Harris, el cual está compuesto de 23 reactivos o ítems, con la opción de respuesta de Sí o No. El test da un único resultado, no tiene subescalas y los ítems que lo conforman pertenecen a las subescalas del test original que son 6: conducta, status intelectual, apariencia física y atributos, ansiedad, popularidad, felicidad y satisfacción (Tomas; 2011).

d) Inventario de autoestima de Coopersmith.

Este inventario fue realizado por Coopersmith en 1967, trabajando con una muestra de 1947 niños de 10 años, administrándoles el inventario denominado CoopersmithSelf- EsteemInventory (S.E.I), al igual que un cuestionario acerca del comportamiento social. Dentro de su trabajo estableció cuatro factores significativos para la autoestima:

- La aceptación, preocupación y respeto recibidos por las personas, y la significación que ellos tuvieron.

- La historia de éxitos y la posición (status) que la persona tiene en la comunidad.
- La interpretación que las personas hacen de sus experiencias; cómo estas son modificadas por las aspiraciones y valores que ellas tienen.
- La manera que tienen las personas de responder a la evaluación.

Este inventario de autoestima se trata de una medición cuantitativa y consta de 50 ítems referidos a las percepciones del sujeto en cuatro áreas: amigos, familia, escuela y sí mismo.

La prueba de Coopersmith fue traducida al español y se estandarizó en la Universidad de Concepción de Chile, por H. Brinkmann y T. Segure sobre la traducción de J. Prewitt Díaz en 1988 (referidos por Paz; 2010).

Estas son solo algunas de las formas que existen para la medición de la autoestima, siendo esta última la escala la utilizada a lo largo de esta investigación, ya que permitirá conocer el nivel de autoestima escolar en adolescentes que cursan la secundaria.

CAPÍTULO 2

TRASTORNOS ALIMENTARIOS

En el presente capítulo se expondrán diversos aspectos relativos a los trastornos alimentarios, tales como sus antecedentes y manifestaciones, entre otras características, para poder comprender de una mejor manera su relación con la autoestima y el impacto que tienen en esta.

2.1 Antecedentes históricos de la alimentación

La conducta alimentaria posee una gran relevancia en la sociedad, esto se debe al significado que se le ha otorgado desde las sociedades primitivas, pues la alimentación no radica en ingerir alimento únicamente, sino que lleva consigo un rito estructurado, acompañado de un simbolismo psicológico y emocional que repercute en el ser humano de manera positiva o negativa.

La alimentación ha ido evolucionando paulatinamente de forma paralela con la sociedad, ya que el hombre se ha ido adaptando a nuevos hábitos alimenticios y se ha visto obligado a consumir alimentos que tiene a su alcance. De acuerdo con Balboa (2008) los modos de alimentarse, así como los alimentos ingeridos, varían de una sociedad a otra, convirtiéndose en sociedades adaptables a las necesidades de acuerdo al entorno vital.

En la sociedad primitiva, la alimentación del hombre dependía de la caza, la pesca y la recolección, se agrupaban en pequeños grupos con el objetivo de realizar de una mejor manera dichas actividades. De acuerdo con Icaza (citado por Sánchez; 2004: 11.) “Las primeras organizaciones sociales sedentarias fueron posibles cuando el hombre aprendió a domesticar animales y a cultivar plantas para la obtención de sus alimentos; de ahí se ha progresado hasta la constitución de las grandes ciudades y naciones de millones de habitantes, tales como se conocen ahora gracias a los adelantos en los sistemas de producción, conservación y distribución de alimentos”.

Debido a lo anterior, se puede observar que la alimentación es la representación de un ritual en conjunto con una serie de costumbres. Balboa (2008) destaca que en la Edad Antigua, para los egipcios era muy importante la comida, pues se tienen antecedentes de que estos consumían una gran cantidad de carne, aves, verduras, pan y cerveza; para ellos era un verdadero placer realizar banquetes en los que podían compartir sus alimentos con amigos y familiares, ya que de forma ordinaria no era acostumbrado que se reunieran para alimentarse.

Durante la Edad Media, la alimentación se caracterizó por el uso de especias y frutos secos; para Balboa (2008), esto representa la preocupación de la sociedad medieval por consumir y ofrecer a los suyos alimentos refinados, debido al significado psicológico y emocional que tiene la comida, como una muestra de afecto.

Posteriormente, durante el periodo de la Edad Moderna, los hábitos alimenticios se unificaron en la mayoría de las sociedades, conservando su singularidad en cuanto a tipos de alimentos y forma de preparación. Balboa (2008) resalta la diferencia de alimentos que consumían las distintas clases sociales que existía y que en algunas sociedades aun predomina.

Como se puede observar, el acto de comer siempre ha represado algo más que solo nutrir el cuerpo. Balboa, (2008) lo define como “una práctica que se desarrolla más allá de su propio fin que sustituye, resume o señala otras prácticas sociales. Expertos del campo de la alimentación sugieren que se hace necesario comprender y entender las relaciones que los sujetos tienen con los alimentos y en las que predomina una lógica propiciada por las formas de economía, convivencia y socialización”.

2.2 Definición y características clínicas de los trastornos alimenticios

Dentro de los trastornos de la conducta alimentaria, se encuentra la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa debido a que son los más frecuentes, a lo largo de este apartado se puede encontrar su definición y las características que cada trastorno posee, así como también de otros trastornos menos comunes, pero importantes.

2.2.1. Anorexia nerviosa

Según la Asociación Americana de Psiquiatría (APA; 2002), la anorexia nerviosa es el rechazo de una persona a mantener un peso corporal normal, existe un miedo exagerado a subir de peso, así como una alteración en la percepción de la forma y tamaño de su cuerpo.

Es posible observar que gran parte de la población, principalmente las mujeres, presentan anormalidades en la conducta alimentaria, tienen un deseo recurrente por perder peso, mantener una figura estilizada y creen de manera excesiva en los mensajes enviados por los medios de comunicación, de acuerdo con Jarne y Tailor (2000) todas estas características en conjunto contribuyen a que la anorexia nerviosa vaya en aumento.

La APA (2002) destaca la existencia de una serie de características clínicas que son de gran utilidad para la detección de la anorexia nerviosa, ya que las personas que padecen dicho trastorno hacen todo lo posible por mantener un peso bajo, incluso por debajo del peso corporal normal esperado a su talla y edad. Las personas tienen un miedo excesivo por subir de peso, pues creen que si ganan un poco de peso corporal se convertirán en individuos obesos. La percepción de las personas con anorexia nerviosa se ve afectada, pues perciben de manera errónea la imagen, forma y medidas de su cuerpo. Cuando la anorexia la padece una mujer, se presenta amenorrea, a pesar de que ya haya pasado por la menarquia.

Por otro lado, la APA (2002) indica que existen dos tipos de anorexia nerviosa, los cuales son:

- Tipo restrictivo: Este tipo de anorexia se caracteriza porque la pérdida de peso corporal es posible mediante dietas, ayunos y hacer ejercicio de manera exagerada. Cuando se presenta un episodio de anorexia nerviosa de tipo restrictivo, los individuos que la padecen no recurren a atracones ni a purgas.
- Tipo purgativo: Quienes padecen esta tipología de anorexia recurren de forma constante a purgas, atracones y en ocasiones, ambos, provocándose el vómito con la finalidad de eliminar la comida que ingirieron, por mínima que sea la cantidad.

2.2.2 Bulimia nerviosa

Castillo y León (2005), definen la bulimia nerviosa como la ingesta excesiva de comida, posteriormente se suele recurrir a vómitos o purgas con determinada frecuencia, para evitar la ganancia de peso.

Para la APA (2002), la bulimia nerviosa cuenta con determinadas características que resultan esenciales, las cuales consisten en atracones que son generalmente de comida con alto contenido calórico, además de que dichos atracones se caracterizan por una cantidad anormal de comida y hay una sensación

de pérdida del control sobre la ingesta de los alimentos. Otra característica propia de la bulimia nerviosa es la presencia de conductas compensatorias para no subir de peso; estas personas recurren a provocarse el vómito, al uso excesivo de laxantes, diuréticos, purgas y enemas, ayuno y ejercicio exagerado. Las conductas antes mencionadas se presentan como mínimo dos veces por semana y la autopercepción es altamente influida por la imagen corporal.

A la vez, la APA (2002) indica que existen dos subtipos de la bulimia nerviosa, los cuales son:

- a) De tipo purgativo: En este tipo, la persona se provoca el vómito, usa laxantes, diuréticos y enemas de manera exagerada y recurrente.
- b) De tipo no purgativo: El individuo emplea otros métodos distintos al vómito o laxantes para compensar el sentimiento de culpa por la ingesta excesiva de alimento, como el ayuno y el ejercicio intenso.

2.2.3. Obesidad

Es común confundir la obesidad con el exceso de peso. Belloch y cols. (1995) mencionan que se trata de un trastorno de tipo crónico que debe ser atendido a largo plazo, ya que la obesidad es la acumulación exagerada de tejido adiposo en el cuerpo.

Para Ajuriaguerra (1973), la obesidad se trata del contraste a la anorexia nerviosa; destaca la poca importancia que se le da a la obesidad en la sociedad, ya que a una persona con sobrepeso se le relaciona con una buena salud, lo cual es algo erróneo. Menciona también que la obesidad en la mayoría de las ocasiones depende de las normas culturales distintas en cada sociedad, además de que están en constante variación, según la época.

Jarne y Tailor (2000) señalan que la psicología ha buscado formas de dar una explicación a las conductas alimentarias de sobreingesta que presentan las personas con obesidad. Algunos modelos explicativos indican que los individuos obesos tienen conflictos con su personalidad y lo compensan ingiriendo alimento de forma excesiva. Por otro lado, señalan que hay diferencias entre las personas con obesidad y las que no la tienen, pues hay niveles de autoestima bajos, en combinación con altos niveles de ansiedad y depresión, en las personas con obesidad.

2.2.4. Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas

El término hiperfagia, hace referencia a la ingesta excesiva de comida como consecuencia de situaciones emocionalmente estresantes.

El CIE-10 (Castillo y León; 2005) clasifica como hiperfagia a todas aquellas conductas relacionadas con ingerir alimento de forma excesiva, dejando de lado a la obesidad, ya que para codificar a esta como causa de alteración psicológica, debe existir relación con otras categorías, como trastornos del tipo afectivo.

2.2.5 Vómitos en otras alteraciones psicológicas

De acuerdo con el CIE-10, existen otras alteraciones en las que se puede presentar el vómito de manera repetitiva, adicionales a la bulimia nerviosa, entre las cuales se encuentra el vómito autoprovocado; dichas alteraciones se pueden presentar como consecuencia de los trastornos disociativos de conversión, la hipocondría y el embarazo, como una manifestación de los síntomas corporales y como reacción de los factores emocionales, generando náuseas y vómitos de forma constante y recurrente (Castillo y León; 2005).

2.2.6. Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia

Jurado y cols. (2009) mencionan que los trastornos de la conducta alimentaria son un conjunto de patologías observables en la población, especialmente durante la infancia.

De acuerdo con el DSM-IV (APA; 2002) existen tres categorías de los trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria durante la niñez, dichos trastornos son:

- Pica: Según el DSM-IV, es la ingesta de sustancias carentes de contenido nutricional, o bien, productos alimenticios en forma cruda, durante un lapso de tiempo mayor a un mes.

- Rumiación: Consiste en la regurgitación de los alimentos ingeridos, estos se vuelven a masticar y se escupen o se vuelven a ingerir, este proceso se repite varias veces. De acuerdo con el DSM-IV, esta conducta se lleva a cabo por un lapso de tiempo mayor a un mes, efectuándose en ausencia de náuseas o problemas gastrointestinales.
- Trastorno de la ingestión y la conducta alimentaria de inicio en la infancia: El DSM-IV los define como la falla continua en la alimentación, en la cual se presenta dificultad para aumentar o reducir el peso, no hay ninguna alteración asociada con problemas gastrointestinales ni alguna condición médica asociada, todo esto por un periodo mayor a un mes.

2.3. Esfera oroalimenticia en el infante

La esfera oroalimenticia hace referencia a la acción de succionar, la cual es innata en los seres humanos; por medio de este reflejo de succión las personas crean su primera forma de relación.

2.3.1. Organización oroalimenticia

Ajuriaguerra (1973) destaca que desde temprana edad, es posible observar el reflejo oroalimenticio y la orientación del recién nacido hacia la fuente de excitación, la cual es la boca, ya que mediante esto crea su primera relación con el mundo, aunque no se pueda comprender todavía como una relación objetal, ya que la madre

aún no representa el objeto amado, sino una dependencia por ser la proveedora del alimento.

Según Spitz (citado por Ajuriaguerra;1973), la conducta de succión ante el pecho materno pasa por diversas etapas, pues una semana después de su nacimiento el infante ya es capaz de girar la cabeza hacia el pecho de la persona si es colocado en posición horizontal, como si fuese a ser amamantado; al llegar al segundo mes de vida, el niño logra identificar la señal de comida cuando tiene hambre; aproximadamente a los tres meses de nacido, el niño cambia de conducta cuando tiene hambre y un adulto se le acerca, pues deja de llorar y abre la boca esperando el acto de tetar; poco después, el niño comenzará a observar a los ojos maternos mientras es amamantado; posteriormente, el niño reacciona para tomar el biberón con cambios motores y movimientos de succión.

Según Ajuriaguerra (1973), Anna Freud distingue dos tipos de satisfacciones en el acto de tetar, las cuales son: la satisfacción de saciar el apetito y la satisfacción erótica oral. En la primera, la actividad oral representa un medio por el cual cubre la necesidad biológica de nutrición, consecutivamente, la búsqueda de satisfacciones empezará a asociarse con la comida, la cual también simboliza una fuente de placer. En el segundo tipo de satisfacción, el niño se da cuenta que la excitación que se genera en los labios y la boca le resulta placentera, aunque no vaya acompañada de alimento, trayendo como consecuencia que al chupar el pulgar, el niño haga funcionar su automatismo succionador en ausencia del pecho materno.

La succión es considerada como un acto autoerótico, que posteriormente presenta ansiedad al querer apropiarse de los objetos. La boca, que se considera como una zona erótica, se convierte durante un tiempo en el único medio por el cual el niño se puede apropiarse de los objetos. Ajuriaguerra (1973) menciona que es así como se da el inicio al conocimiento de su propio cuerpo, el cual se completará al poder captar de manera visual y táctil el mundo que lo rodea, pudiendo identificar un cuerpo fuera de sí mismo.

Ajuriaguerra (1973) destaca que la succión tiene un papel representativo en el desarrollo de las primeras emociones y da la pauta para sus primeras fantasías. Posteriormente, el proceso de destete simboliza un proceso con significado ambiguo, pues “A. Freud señala que los rechazos alimenticios se manifestarán como cólera a la vista del alimento, como insatisfacción ante nuevos sabores y consistencias y como un no querer descubrir nada nuevo en cuanto a la comida se refiere y como falta de gusto en la zona oral. A veces el destete produce el fenómeno contrario, bulimia y temor de tener hambre.” (Ajuriaguerra; 1973: 181). Mientras que M. Klein indica que el proceso de destete puede simbolizar la pérdida del objeto amado, por lo cual aumenta el miedo de ser objeto de persecución y la angustia depresiva.

Debido a lo anterior, Ajuriaguerra (1973) deduce que el comportamiento oroalimenticio compone la base para la relación objetal durante el inicio de la vida infantil.

Para Ajuriaguerra (1973), el acto de alimentar a un niño no es solamente nutrir, sino que implica mucho más, pues por medio del acto de alimentar, la madre se entrega totalmente a su hijo, y no solo por el hecho, sino por su actitud. Cuando el niño está siendo amamantado, es capaz de lograr comodidad, encuentra una posición acogedora e identifica un olor característico de la madre, es decir, todas sus necesidades son satisfechas no solo su hambre.

M. Soulé (citado por Ajuriaguerra;1973) señala que las primeras formas de las relaciones madre e hijo van íntimamente ligadas a los actos de comer. También menciona que las sensaciones libidinales que surgen como efecto del acto de amamantar confrontan a la madre con sus propios instintos, dando origen a conflictos o a aceptadas satisfacciones.

La comida es algo que se ha instituido socialmente a lo largo de los años, es un ritual en el cual se involucra a toda la familia, contiene horarios y por la forma en que se realiza parece que es una obligación. Ajuriaguerra (1973) indica que el acto de comer tiene diferentes significados, los cuales son: alimentarse y sentir un placer, es un acto cuya última finalidad es crecer. Menciona que para el niño pequeño puede tener un arcaico sentido antropofágico, mientras que para el recién nacido posee un sentido simbiótico.

Ajuriaguerra (1973) señala que los movimientos de succión son las actividades motrices orales de mayor importancia, el chupeteo puede ser de los dedos, la parte dorsal de la mano o incluso de algunos objetos. La succión infantil es muy frecuente,

se manifiesta en diferentes situaciones, ya sea como una manera de descargar la tensión o como placer rítmico, resulta normal que con la edad vaya presentándose en menor cantidad y tiene una gran importancia hasta el segundo grado de vida del niño.

2.3.2 Alteraciones de la esfera oroalimenticia

Existen algunas alteraciones en la esfera oroalimenticia, las cuales aparecen a muy temprana edad, esto es, durante la primera infancia. A continuación se describirán.

La anorexia esencial precoz, aparece a lo largo de las primeras semanas de vida, o incluso, en el primer día. Para J. Levesque (citado por Ajuriaguerra;1973) es la anorexia del recién nacido y las características que presenta el niño con este tipo de anorexia consisten en bajo peso, son sujetos ansiosos y muy despiertos; al principio su actitud hacia la comida es pasiva, pero al pasar los meses son renuentes para comer.

Otra de las alteraciones es la anorexia del segundo semestre, Ajuriaguerra (1973) asegura que es más frecuente que la anterior, esta aparece entre el quinto y el octavo mes de vida, como consecuencia de ir quitando la leche materna de manera progresiva y comenzar a diversificar los alimentos que el niño recibe, cuando todavía es precario el apetito y se continúan produciendo cambios significativos en el desarrollo infantil.

De acuerdo con la conducta del niño respecto a los alimentos, Ajuriaguerra (1973) señala que es posible distinguir dos tipos de anorexia, los cuales son:

- a) La anorexia inerte: Hace referencia a cuando el niño no tiene iniciativa o incluso no ingiere la leche materna, deja que se tire por la comisura de sus labios o vomita la poca leche que haya tomado.
- b) La anorexia de oposición: En este tipo de anorexia el niño reacciona de manera enérgica ante la comida, según J. Cathala (citado por Ajuriaguerra;1973), el infante presenta llanto, gritos, agitación, rechaza la comida y tiene vómito, conformando así una serie de métodos con los cuales consigue rechazar la comida.

La única forma de establecer la relación entre madre e hijo es por vía oral, por lo tanto, la actitud de pasividad o rebeldía hacia la comida, es la manifestación de dicha relación, pues es la única manera en que el niño puede expresar su oposición o aceptación del adulto. Ajuriaguerra (1973) indica que, de manera inicial, su rechazo o pasividad corresponde a la forma de comportarse la madre.

L. Kreisler (citado por Ajuriaguerra;1973) señala que durante el segundo semestre se pueden presentar dos tipos de anorexia, los cuales son:

- a) La simple: Al inicio se da como reacción del destete, por el cambio de alimentación, o por algún incidente que cause de manera pasajera anorexia orgánica, esto a su vez da origen a conflictos con la madre, pues ella se

empeña en imponerse y el niño se opone rotundamente. Se trata de una conducta de rechazo y no es considerada como pérdida del apetito.

- b) La compleja: Se caracteriza por que su sintomatología es muy intensa, el niño no muestra ningún tipo de interés por la comida; la anorexia siempre se da como respuesta a un conflicto en la relación con la madre, es común que un niño anoréxico tarde más en aprender a regular esfínteres y que presente alteraciones en el sueño, además, durante el llanto tiene espasmos y sus comportamientos tienen dificultades de tipo caracterológico.

La anorexia también se puede presentar a lo largo de la segunda infancia, comúnmente, se da como consecuencia de la anorexia presente en la primera infancia, pero también se puede presentar en niños que durante la primera infancia se han alimentado con normalidad. Ajuriaguerra (1973) manifiesta que las causas de que la anorexia aparezca por primera vez en esta etapa, consisten en que hay ritualización en su comida dentro del ambiente familiar, o puede tratarse de una oposición hacia la rigidez paterna; durante esta etapa, la evolución de la anorexia tiene repercusiones más graves de manera fisiológica, dando la pauta de cómo será su conducta hacia el alimento en un futuro.

2.4. Perfil de la persona con trastornos de alimentación.

Al hablar de los trastornos de alimentación y las personas que los padecen, es frecuente encontrar características en común entre un individuo y otro, por este

motivo, a lo largo de este tema se identificará cuales son dichas similitudes entre las personas afectadas por trastornos alimentarios.

Para Ogden (2005) una de las características psicológicas recurrentemente encontradas en las personas que padecen algún trastorno alimenticio es la inseguridad, la cual es generada por el desagrado que sienten hacia su cuerpo, creando la idea errónea de que los sujetos que las rodean sienten rechazo hacia ellas por la dimensión y forma de su cuerpo.

Otra de las características identificadas por Ogden (2005), es la ausencia de una autoestima sana, pues el individuo es más vulnerable a críticas destructivas, dándole importancia a comentarios que vayan en relación con su cuerpo.

Ogden (2005) menciona que es frecuente encontrar síntomas de depresión en las personas con trastornos alimentarios, originada por constantes cambios y la dificultad para adaptarse a ellos.

2.5. Causas del trastorno alimenticio

Existen diversas causas para que una persona presente un trastorno alimenticio, sin embargo, no se puede ni se debe generalizar, ya que las características que muestre una persona pueden diferir de las características que originan el trastorno en otro individuo. A lo largo de este apartado, es posible

identificar las características predisponentes personales y familiares más representativas que puede presentar un individuo con un trastorno alimenticio.

2.5.1. Factores predisponentes individuales

Costin (2003), menciona que las características identificables en las personas que padecen un trastorno alimenticio, son las siguientes:

- Problemas con la autonomía:

Esta característica hace referencia a todas los individuos que se encuentran frecuentemente preocupados por lo que el resto de las personas espera de ellos y no lo que realmente quieren, se concentran en cumplir las expectativas de sus padres y no las propias, esto provoca que sean personas con poca confianza en sí mismas y sienten la obligación de ser y hacer lo que es adecuado para la sociedad. Por lo anterior, dejan de lado el desarrollo su pensamiento crítico y personal, ya que si lo desarrollan pueden presentarse conflictos y desacuerdos con el resto de las personas, lo cual generaría no satisfacer las expectativas de los otros y no adecuarse a la imagen que los demás esperan de esa persona, ocasionando de esta manera una sensación de ineficacia personal e incapacidad de resolución de conflictos usando recursos personales, pues existe una gran desconfianza en sí mismo. Los problemas con la autonomía son frecuentes en personas que presentan situaciones de inestabilidad y dificultades para relacionarse con los demás, esto ocasiona que se considere al cuerpo como un símbolo de autonomía, control,

eficacia personal e identidad, asociando así la delgadez y bajar de peso como indicadores de autocontrol.

- Déficit en la autoestima:

Como ya se revisó en el capítulo anterior, la autoestima es el valor que cada persona otorga a sí misma con base en el concepto que tiene de su propio ser. Costin (2003) menciona que si hay incongruencia entre lo que la persona considera como ideal y el concepto que posee de sí mismo, eso repercutirá en su autoestima de forma negativa. La autoestima se encuentra directamente asociada con factores como la imagen corporal, la apariencia física, la aprobación de los otros, satisfacción de expectativas y responder adecuadamente a las necesidades de la sociedad, trayendo esto como consecuencia, que una persona concentre el éxito de sus relaciones en el peso que posee. Nace una sensación de baja autoestima debido a que se juzgan a sí mismas debido a las apariencias de los demás.

- Camino a la perfección y el autocontrol:

Costin (2003) señala que la tendencia al perfeccionismo también es una característica presente en las personas con trastornos alimentarios, pues el sentido de ineficacia provoca que las personas se conviertan muy exigentes, incluso sienten que nada de lo que hagan es suficiente. La constante búsqueda de perfección, incluye el anhelo de alcanzar el peso corporal que considera el adecuado, pues para lograr alcanzar la perfección es necesario tener el cuerpo ideal a cualquier costo. Se

convencen a sí mismas que al alcanzar la silueta perfecta van a poder cambiarse a sí mismas, pero esta tendencia al perfeccionismo resulta contraproducente, ya que refuerza su inseguridad, pues no permite ningún tipo de error, lo cual resulta inalcanzable. Por otro lado, es muy frecuente que este tipo de personas tengan una constante tendencia por el control, lo cual incluye también la obsesión por el control de su cuerpo, y compensan el sentimiento que surge de no poder manejar determinadas situaciones, con la manipulación su propio peso corporal.

- Miedo a madurar:

Los trastornos alimenticios comúnmente se presentan durante la pubertad, adolescencia y juventud; de acuerdo con Costin (2003), en dicho período ocurren una serie de cambios físicos, sexuales, emocionales y sociales. Los cambios físicos traen como consecuencia un aumento en el peso corporal, siendo un factor precipitante en muchos casos de trastornos alimentarios, pues se manifiesta una intolerancia a la realidad y hay problemas para aceptar que su cuerpo representa el abandono de la infancia, pues tienen miedo a crecer y tener que dejar la dependencia que la niñez simboliza. Otro indicador de que existe miedo a la madurez es la presencia de un pensamiento infantil y extremista, lo cual los lleva a tomar la decisión de mantener su cuerpo como el de un niño, logrando esto por medio de un peso por debajo de lo normal.

2.5.2. Factores predisponentes familiares.

Al igual que en las características anteriores, no se puede generalizar y otorgar toda la responsabilidad de un trastorno alimenticio a algo en específico, lo mismo ocurre en la familia, sin embargo, Costin (2003) señala que hay una serie de características que comúnmente presentan las familias en las que uno de sus miembros padece un trastorno alimenticio, dichas características son las siguientes:

- Deficiente comunicación entre los integrantes de la familia.
- Limitada capacidad para resolver conflictos.
- Padres sobreprotectores.
- Rigidez y poca flexibilidad de los padres para enfrentar nuevas situaciones o para adaptar las reglas familiares a cada etapa de la vida.
- Inexistencia de límites generacionales.
- Expectativas muy altas de los padres puestas en sus hijos.
- Historias familiares relacionadas con depresión y alcoholismo.
- Antecedentes de abuso sexual y físico dentro de la familia.

Costin (2003) menciona también que cuando en la familia una de las principales preocupaciones es el peso y la imagen corporal, es muy difícil no verse sometido a esa influencia.

2.5.3. Factores predisponentes socioculturales

Como se ha mencionado anteriormente, para que un trastorno alimenticio se origine, es necesario que diversos factores se encuentren presentes para su desencadenamiento, algunos de esos elementos que ejercen influencia para que se desarrolle un trastorno del comer, son los aspectos sociales y culturales a los que se ve expuesto el ser humano y los cuales se abordan a lo largo de este apartado.

La multideterminación, según Costin (2003), consiste en el bombardeo psicológico que llevan a cabo todos los medios de comunicación a los que un individuo se ve expuesto diariamente, y que envían mensajes directos e indirectos sobre el peso corporal e imagen física de una persona, ejerciendo presión social para que alguien tome la iniciativa de bajar de peso, a tal grado de llegar a generar un trastorno alimenticio.

2.6 Percepción del cuerpo en el trastorno alimenticio

De acuerdo con Ogden (2005), la persona que padece un trastorno alimenticio tiene una percepción alterada de su cuerpo y una gran preocupación por su imagen corporal, dando demasiada importancia a su peso y cambios físicos a causa de esto, trayendo como consecuencia insatisfacción corporal; esto, a su vez, lo orilla a llevar a cabo dietas rigurosas y hacer ejercicio de forma excesiva, con el objetivo de modificar sus medidas corporales y percibirse a sí mismo de acuerdo con su imagen ideal.

Por otra parte y según lo anterior, Ogden (2005) destaca la existencia de tres perspectivas distintas para medir la insatisfacción corporal que posee cada persona, las cuales son: como una imagen corporal deformada, como una discrepancia del ideal y como la respuesta negativa del cuerpo.

Ogden (2005) define la insatisfacción corporal causada por una imagen corporal deformada, como una alteración en la percepción corporal como más voluminosa de lo que es en realidad. Esta característica es común en las personas con anorexia nerviosa.

Otro enfoque de la insatisfacción corporal, según Ogden (2005), es la discrepancia causada por la diferencia entre la imagen real y la imagen ideal, causando conflicto en el individuo por la falta de congruencia y el deseo de querer obtener la imagen ideal.

Finalmente, la última perspectiva destacada por Ogden (2005) es la que se manifiesta con respuestas negativas al cuerpo, generando sentimientos e ideas negativos hacia sí mismo.

2.7 Factores que mantienen los trastornos alimenticios

A lo largo de la investigación, se han analizado los diversos factores que favorecen a la aparición de los trastornos alimenticios, pero también es importante

mencionar los factores que mantienen a dichos trastornos, conocidos como factores perpetuantes.

Para Costin (2003), la dieta es el factor perpetuante principal, ya que si no existe una adecuada alimentación, las complicaciones fisiológicas y psicológicas estarán presentes, causando malestar emocional en el individuo, así como también falta de energía física, teniendo como consecuencia la apatía por querer alimentarse de una mejor manera, por lo tanto, no habrá una mejora en el estado de ánimo.

Es decir, una deficiente alimentación desarrollará una serie de situaciones que no favorecen al individuo, ya que se convierten en factores perpetuantes, los cuales se describen a continuación.

1. Transformaciones anímicas: Hay una decaída del estado emocional, orillando al individuo a padecer una depresión anímica, la cual puede ser profunda, teniendo una “visión pesimista sobre sí mismos, sobre el futuro y sobre las posibilidades de pensar o hacer algo diferente al respecto.” (Costin; 2003: 91).

En relación con lo anterior, Costin (2003) menciona la aparición de conductas hipocondriacas y diversas reacciones emocionales como irritabilidad, negativismo, obsesividad, desesperación, inseguridad y sensaciones de depresión y descontrol.

2. Transformaciones físicas: El cuerpo, al verse sometido a una restricción calórica severa, presenta un enlentecimiento general de las funciones corporales. Costin (2003) menciona que es observable reducción de la actividad física y se incrementa la sensación de cansancio, debilidad y falta de energía. Algunos otros síntomas físicos a causa de llevar una dieta reducida en alimentos son:

- Cefalea.
- Hipersensibilidad a ruidos y a la luz.
- Molestias gastrointestinales.
- Problemas de visión y audición.
- Adormecimiento de las extremidades corporales.
- Pérdida de cabello.
- Enlentecimiento del metabolismo.
- Disminución de la tolerancia al frío.
- Bradicardia y Taquicardia.
- Amenorrea (en el caso de las mujeres).
- Debilidad muscular.
- Deshidratación.

2.8 Trastornos mentales asociados a los trastornos alimenticios

Existen diversos trastornos y alteraciones mentales que se vinculan con la aparición de los trastornos alimenticios, debido a su estrecha relación y la sintomatología presentada.

De acuerdo con Díaz (2015), los trastornos de tipo afectivo son los que frecuentemente aparecen dentro de la comorbilidad con los trastornos de la conducta alimentaria, influyendo en el estado de ánimo del individuo, pero sin perjudicar ni entorpecer de manera significativa el proceso del tratamiento.

Por otra parte, Díaz (2015) menciona que los trastornos de ansiedad se encuentran ligados a los trastornos alimenticios, como lo es el trastorno obsesivo-compulsivo, la fobia social o incluso el trastorno de ansiedad generalizada. Ambos factores se retroalimentan, trayendo consigo consecuencias desfavorables, ya que el pronóstico puede empeorar, pues el individuo mostrará resistencia hacia el tratamiento.

Para Díaz (2015), el consumo de alcohol y drogas tiene una alta comorbilidad con los trastornos de tipo alimenticio, afectando directamente que el individuo logre apegarse al tratamiento.

Halmi y cols. (citados por Díaz; 2015), mencionan que las características temperamentales como el perfeccionismo, se encuentran altamente ligadas con los

trastornos alimenticios, ya que el perfeccionismo se asocia con querer obtener un peso más bajo y una mayor resistencia a seguir el tratamiento.

Halmi (citado por Díaz; 2015) manifiesta que los trastornos de personalidad también se encuentran en relación con los trastornos alimenticios, principalmente aquellos en los que predomine la impulsividad, afectando negativamente que el individuo se apegue fielmente al tratamiento.

2.9 Tratamiento de los trastornos alimenticios

La atención de los trastornos alimenticios no es fácil ni unívoca; debido a su complejidad, a la multitud de factores intervinientes y a la dificultad de su abordaje, “el manejo de los mismos es una tarea combinada que requiere la conformación de un equipo de profesionales de diversas disciplinas que trabajen conjuntamente. A su vez, es necesario rescatar la singularidad de cada caso y escuchar a cada paciente en su problemática específica” (Frenk y cols.; 2004: 23-24).

De acuerdo con Arrufat (2009) no basta una labor de equipo multidisciplinaria, sino que se requiere de un tratamiento interdisciplinario, esto es, que profesionales de distintas disciplinas diseñen y establezcan mecanismos de intercambio profesional, constantes y permanentes, que permitan el trabajo conjunto más allá de las esferas de acción de cada quien.

Por otra parte, Arrufat (2009) destaca que el equipo de tratamiento básico debe ofrecer atención médica y psicoterapéutica y, de acuerdo con el caso, proporcionar terapia familiar o grupal, consulta ginecológica, psiquiátrica, endocrinológica y nutricional con profesionales idóneos, que conozcan los trastornos alimenticios.

El objetivo del tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) se fundamenta según la revisión de Almeda (2012: 536) como “la restauración del peso y los hábitos alimentarios con conciencia de los principios de la dieta correcta”. Implicando de esta forma la necesidad de integrar al tratamiento interdisciplinario al nutricionista y psicólogo como ejes centrales del tratamiento.

En este sentido, Loria (2009) resalta que la manifestación de conocimientos, actitudes y conductas de pacientes con TCA con relación a su alimentación, ponen de manifiesto la necesidad de llevar a cabo la citada intervención dietético-nutricional.

Schebendach (2011) destaca que tras la normalización y estabilización de los pacientes con TCA, la intervención dietético-nutricional debe proseguir de cara a mantener el peso normal alcanzado y para profundizar en la adquisición de hábitos alimentarios saludables que prevengan futuras recaídas.

En relación con lo anterior, Arrufat (2009) indica que para alcanzar un tratamiento integral de los TCA, se deben establecer como principales objetivos de tratamiento:

- Restaurar o normalizar el peso y el estado nutricional.
- Tratar las complicaciones físicas.
- Proporcionar educación sobre patrones alimentarios y nutricionales sanos.
- Modificar o mejorar las disfunciones previas o adquiridas.
- Tratar las comorbilidades asociadas.
- Conseguir la integración familiar.
- Prevenir recaídas.
- Tratamiento oportuno en situaciones especiales como embarazos y partos.

Para la implementación de terapias interdisciplinarias, es importante reconocer los campos y áreas de tratamiento. Como lo mencionan Frenk y cols. (2004: 23-24) “las áreas de tratamiento interdisciplinario para los TCA son: la terapia psicológica, el tratamiento farmacológico, la intervención nutricional y una combinación de todos ellos”.

Ante el inminente riesgo de TCA es importante el diagnóstico oportuno para la implementación de un programa esquematizado de tratamiento. Según Arrufat (2009: 84) el primer síntoma por el que un individuo es referido a consulta es “la pérdida de peso medida por el índice de masa corporal ($IMC = kg/m^2$)”.

La referencia por los profesionales de primer contacto, es la causa más frecuente por la cual los pacientes/familias buscan ayuda de expertos. Una evaluación detallada y la referencia al experto, puede garantizar el mejor resultado para el paciente.

Para Banker (2012), la rehabilitación nutricional, la restauración y estabilización del peso, la completa restauración fisiológica, el manejo de las complicaciones de realimentación y la interrupción de los comportamientos compensatorios, deben ser los objetivos inmediatos de tratamiento para todos los pacientes con TCA. Además, deberán de plantearse en paralelo, objetivos psicológicos y objetivos terapéuticos, Pues alcanzar el peso corporal apropiado para cada individuo ayudará a mejorar el funcionamiento físico, psicológico, social y emocional del paciente.

Banker (2012) destaca que una vez que el individuo ha recuperado la salud física y el peso. La distorsión de la imagen corporal y/o pensamientos de TCA pueden persistir a pesar de la restauración del peso, por lo cual es necesario que continúe recibiendo atención psicológica y acompañamiento emocional a lo largo del proceso de rehabilitación.

En caso de comorbilidad con depresión mayor, Martín (2015) menciona que el médico puede iniciar manejo psicofarmacológico antidepresivo con inhibidores de la recaptura de la serotonina. Cabe mencionar que dichos medicamentos favorecen

durante el tratamiento de la bulimia nerviosa, ya que puede tener efectos favorables en la reducción de la frecuencia de los atracones.

En cuanto al proceso de tratamiento psicológico Jarne y Tailor (2000: 160) lo definen como “la piedra angular de un buen programa terapéutico”, implementando psicoterapia de refuerzo, técnicas de relajación y sesiones psicoeducativas, con el objetivo de facilitar que los pacientes con TCA continúen con el tratamiento y no lo perciban como restrictivo, y el individuo no genere la idea errónea que el único objetivo es lograr que gane peso.

Jarne y Tailor (2000) también resaltan la importancia de la terapia de tipo cognitivo conductual, ya que se considera que los trastornos de la conducta alimentaria se refuerzan debido a estímulos externos que resultan gratificantes, y que si no se reciben, generan ansiedad en el individuo.

Lo anteriormente expuesto, deja en evidencia la importancia de la intervención multidisciplinaria a lo largo del tratamiento de los trastornos alimentarios, que resultan actualmente relevantes en la sociedad principalmente entre los adolescentes, los cuales son la población más vulnerable ante estos padecimientos. De igual manera se destaca el trabajo psicológico que realiza el profesional de la salud mental y el valor de su intervención oportuna.

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

El presente y último capítulo estará conformado 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, se dio respuesta a la pregunta formulada en el planteamiento del problema y, de manera importante, se corroboró la hipótesis de (trabajo o nula). La estrategia metodológica incluye el enfoque o el tipo, y el diseño de la indagación. Asimismo, se describirá aquí tanto el alcance de la indagación como la técnica que se empleó para la recolección de datos. De igual manera, se mostrará el proceso que se siguió para la determinación de los sujetos a quienes se administraron los instrumentos de medición de las variables psicológicas relevantes en el presente estudio.

En el segundo apartado de este capítulo se procederá a la presentación de los resultados obtenidos, se hará un análisis estadístico de los datos obtenidos de cada una de las dos variables, y estos serán interpretados desde la perspectiva teórico-conceptual descrita en los capítulos 1 y 2 del presente informe de investigación.

3.1. Descripción metodológica

En este apartado se aborda el marco metodológico bajo el cual se rigió el presente estudio, partiendo de un enfoque cuantitativo, no experimental, un diseño

transversal y un alcance correlacional.

Asimismo, se describen las técnicas e instrumentos utilizados en la investigación de campo.

3.1.1. Enfoque cuantitativo

Algunas de las características fundamentales que posee el enfoque cuantitativo y que caracterizan a la siguiente indagación, son las siguientes, según Hernández y cols. (2014):

1. El investigador plantea un problema de estudio delimitado y concreto sobre el fenómeno, aunque en evolución. Sus preguntas de investigación versan sobre cuestiones específicas.
2. Una vez planteado el problema de estudio, el investigador considera lo que se ha investigado anteriormente y construye un marco teórico, del cual deriva una o varias hipótesis y las somete a prueba mediante el empleo de los diseños de investigación apropiados.
3. La recolección de datos se fundamenta en la medición. Esta recolección se lleva a cabo al utilizar procedimientos estandarizados y aceptados por una comunidad científica.

4. Debido a que los datos son productos de mediciones, se representan mediante números y se deben analizar con métodos estadísticos.
5. La investigación cuantitativa debe ser lo más objetiva posible. Los fenómenos que se observan o miden no deben ser afectados por el investigador, quien debe evitar en lo posible que sus temores, creencias, deseos y tendencias influyan en los resultados del estudio o interfieran en los procesos y que tampoco sean alterados por las tendencias de otros.
6. Los estudios cuantitativos siguen un patrón predecible y estructurado; se debe tener presente que las decisiones críticas sobre el método se toman antes de recolectar los datos.
7. Para este enfoque, si se sigue rigurosamente el proceso y se trabaja de acuerdo con ciertas reglas lógicas, los datos generados poseen los estándares de validez y confiabilidad; las conclusiones derivadas contribuirán a la generación de conocimiento.
8. Esta aproximación se vale de lógica o razonamiento deductivo, que comienza con la teoría, y de esta se derivan expresiones lógicas, denominadas hipótesis, que el investigador somete a prueba.
9. La investigación cuantitativa pretende identificar leyes universales y causales.

3.1.2. Investigación no experimental

Este tipo de investigación consiste básicamente en que las variables no se deben manipular ni alterar de ninguna manera, la investigación no experimental observa los fenómenos de la forma en que se dan en su contexto natural, para así poder analizarlos. Hernández y cols. (2014) destacan que no se genera ninguna situación de forma intencional, solamente se observan los fenómenos ya existentes.

La investigación no experimental, es sistemática y empírica, pues no es necesario que las variables independientes sean manipuladas, debido a que ya están presentes sin ninguna influencia.

El presente estudio, se trata de una investigación con un diseño de tipo no experimental, debido a que las variables con las que se trabajó a lo largo de la investigación no fueron alteradas de ninguna manera. La situación en la cual se indagó, fue observada y posteriormente, medida con los instrumentos psicológicos de medición adecuados.

3.1.3. Diseño transversal

Una investigación con un diseño de tipo transversal, es una investigación que se preocupa por la situación presente en un momento determinado, dejando de lado lo que ocurrió anteriormente y lo que ocurrirá al paso del tiempo.

Hernández y cols. (2014) destacan que el propósito de los diseños transversales radica en describir las variables y analizar el acontecimiento en un momento específico.

A su vez, los diseños transversales de investigación pueden tener tres tipos de alcance, los cuales son: exploratorios, descriptivos y correlacionales-causales. Debido a que la presente investigación se trata de una investigación con un diseño transversal y presenta un alcance correlacional, a continuación se describe este tipo de alcance.

3.1.4. Alcance correlacional

Este tipo de alcance describe la relación existente entre dos o más variables en una situación determinada.

Hernández y cols. (2014) mencionan que el principal objetivo de los estudios con alcance correlacional consiste en conocer la relación y el grado en que se encuentran asociadas dos variables dentro de un contexto en particular.

Los estudios con alcance correlacional, permiten conocer el comportamiento de una variable después de conocer el comportamiento de la otra variable con la que se encuentra vinculada. Hernández y cols. (2014) mencionan que dicha correlación puede ser positiva o negativa: la correlación positiva se identifica cuando una variable presenta valores altos y la otra variable también tiende a presentar valores

altos, por otro lado, la correlación negativa es posible observar cuando una variable presenta valores altos pero la otra variable presenta valores bajos.

Cuando se conoce la correlación que existe entre dos variables, es posible conocer la dimensión de la asociación; como mencionan Hernández y cols. (2014), se tienen bases para predecir los valores que presentará la muestra de personas ante una variable, al conocer los valores de la otra.

3.1.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

A lo largo del presente estudio, se hizo uso de los instrumentos de medición pertinentes, con el objetivo de medir de forma adecuada cada una de las variables. Dichos recursos se explican enseguida.

Inventario de autoestima de Coopersmith: El autor de dicha prueba es Stanley Coopersmith, y posteriormente, en el año 1984, el Dr. Prewitt-Díaz realizó la adaptación. El presente inventario posee una confiabilidad de 0.88 y fue estandarizado en adolescentes y jóvenes universitarios de Chile, con baremos en puntaje T. Este instrumento de medición fue diseñado para identificar el nivel de autoestima de los adolescentes y jóvenes; está conformado por 58 reactivos que a su vez, están divididos en escalas de autoestima general, autoestima social, autoestima escolar-académica, autoestima familiar y una escala de mentira (Paz; 2010).

La subescala de autoestima general se conforma de 26 reactivos y se asocia con el concepto que tiene el adolescente de sí mismo. Por otro lado, la subescala de autoestima social se forma por 8 reactivos y está asociada con la preocupación acerca de ideas que los demás personas manifiestan para sí mismo. A su vez, la subescala de autoestima escolar-académica, se compone de 8 reactivos en relación a lo que el adolescente percibe en función al rendimiento que presenta en el área educativa. La subescala de autoestima familiar, consta de 8 reactivos que van relacionados a la percepción que el adolescente tiene respecto a las relaciones y funciones del hogar. Por último, la subescala de mentira consiste en 8 reactivos diseñados para detectar la conformidad o la falsificación deliberada en las respuestas (Paz; 2010).

Por otro lado, la escala que fue utilizada fue el inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2), el cual fue creado por David M. Garner en 1998. Este inventario esta estandarizado para personas de 11 años en adelante, durante su proceso de estandarización se realizaron diversas aplicaciones en distintos grupos, con personas que padecen bulimia y anorexia nerviosa, así como también, en personas que no presentan dichos trastornos alimenticios. Para esta investigación, se utilizó el baremo obtenido en la aplicación a hombres y mujeres adolescentes sin trastornos de la conducta alimentaria.

El EDI-2, tiene una confiabilidad de 0.83 en el alfa de Crobach y validez de contenido concurrente, de criterio, así como de constructo. Este instrumento cuenta como once escalas de medición, las cuales son: obsesión por la delgadez, bulimia,

insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia interceptiva, miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad e inseguridad social.

3.2 Población y muestra

Dentro de este apartado, se profundiza acerca de qué es la población, así como las características de la muestra que se utilizó para el desarrollo óptimo de la presente investigación.

3.2.1. Delimitación y descripción de la población

Según Hernández y cols. (2014), la población es el conjunto de todos los casos que reúnen determinadas características en común.

Para realizar la delimitación de la población, es necesario especificar cuáles son las características que son tomadas en cuenta dentro del presente estudio, dichas características son: alumnos de la Escuela Secundaria Técnica 102 y que tengan entre 13 y 15 años de edad.

La población que fue seleccionada para trabajar a lo largo de este estudio, se trata de un conjunto de adolescentes estudiantes de la Escuela Secundaria Técnica 102, que cursan tercer grado de secundaria, por lo cual se encuentran dentro del

rango de edad entre los 13 y 15 años de edad, son adolescentes hombres y mujeres que pertenecen a la clase baja y media baja de la ciudad de Uruapan.

3.2.2. Proceso de selección de muestra.

La selección de la muestra se llevó a cabo basada en la edad y el grado escolar de los individuos, se eligieron adolescentes entre 13 y 15 años de edad, que cursan segundo grado de secundaria.

El presente estudio emplea una muestra de tipo no probabilístico, pues las características que posee la muestra utilizada, no son generalizadas, sino que se trata de 112 alumnos de segundo grado de secundaria, entre 13 y 15 años de edad, entre los cuales se encuentran hombres y mujeres, la mayoría pertenece a la clase socioeconómica baja y media.

Se entiende que la principal limitación de este tipo de muestreo, es que los resultados son aplicables exclusivamente a los sujetos seleccionados, y no a la población a la cual pertenecen (Hernández y cols.; 2014).

A su vez, este tipo de investigaciones posee un alto grado de confiabilidad, y resulta favorable que no sean generalizadas de manera estadística, ya que con el paso del tiempo las características de la población tienden a cambiar y por lo tanto, arrojan resultados diferentes.

3.3 Descripción del proceso de investigación.

Para llevar a cabo la presente investigación, fue necesario cumplir con determinados requisitos, como identificar a la población estudiada y hacer un análisis teórico de datos relevantes que fueran útiles a lo largo del estudio.

El primer paso a llevar a cabo consistió en elegir y delimitar el tema en el cual se profundizaría, el tema elegido fue la correlación existente entre el nivel de autoestima y los trastornos alimentarios, como lo son la anorexia y la bulimia.

Posteriormente, se procedió a leer bibliografía relacionada con el tema de interés y se revisaron textos teóricos de diversos autores para enriquecer la información, asimismo, se realizó un resumen y análisis de los contenidos a abordar, para destacar los puntos más importantes sobre el tema y evitar divagar durante la redacción.

Una vez estructurados y concluidos los capítulos teóricos que contiene la investigación, se seleccionó la población que fue objeto de estudio, por lo cual, se acudió a la Escuela Secundaria Técnica 102, ubicada en la colonia Tierra y Libertad de la ciudad de Uruapan, Michoacán, y se solicitó de forma verbal un permiso para realizar la aplicación de una serie de pruebas psicométricas a los alumnos de dicha escuela pertenecientes a los grupos de tercer grado, obteniendo una respuesta positiva por parte de la Institución, en base a esto se programó el día y la hora en que se asistió a realizar las pruebas psicométricas necesarias para la investigación.

El día jueves 20 de abril de 2015, a las 9:00 horas, se acudió a la escuela para comenzar con la aplicación de los instrumentos de medición, comenzando por el grupo de 3ºD, al cual se le aplicó primero el Inventario de autoestima de Coopersmith y posteriormente, el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2). Una vez que la selección de alumnos concluyó con ambas pruebas, se procedió con el resto de los grupos de tercer grado del turno matutino, consiguiendo al finalizar una muestra de 94 alumnos en total.

El siguiente paso fue calificar las hojas de respuesta obtenidas de la aplicación y capturar los resultados para su análisis y medición, y así obtener la información certera para concluir con el proceso de investigación.

3.4 Análisis e interpretación de resultados.

Los resultados de la investigación se clasificaron en tres categorías: la primera se determina la autoestima y la segunda, los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios. Se presenta, en la última, la correlación entre las dos variables anteriores.

3.4.1 Nivel de autoestima de los alumnos de la Escuela Secundaria Técnica 102

Una definición que satisface a la investigadora, es aquella que establece Coopersmith (citado por Mora y Raich; 2005), menciona que la autoestima es la evaluación que cada individuo tiene de su propia persona, y la cual expresa una

actitud aprobatoria o reprobatoria, hace referencia a la medida en que el individuo se cree capaz y exitoso, y transmite la valoración de sí mismo mediante expresiones verbales y su conducta abierta.

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

La media en el nivel de autoestima general fue de 45. La media es la suma de un conjunto de datos, dividida entre el número de mediciones (Elorza; 2007).

De igual modo, se obtuvo la mediana, que es el valor medio de un conjunto de valores ordenados, a partir del cual hay 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 58.

También se obtuvo del valor de una medida de dispersión, específicamente de la desviación estándar, la cual es la raíz cuadrada de la suma de las desviaciones al cuadrado de una población, dividida entre el total de observaciones (Elorza; 2007). El valor obtenido en la escala de autoestima general es de 10.

Por otra parte, se obtuvo el puntaje de la subescala de autoestima social, encontrando una media de 50, una mediana de 50 y una moda representativa de 50. La desviación estándar fue de 9.

Asimismo, en la escala de autoestima escolar, se encontró una media de 51, una mediana de 50 y una moda de 57. La desviación estándar fue de 11.

Adicionalmente, en la escala de autoestima en el hogar se obtuvo una media de 45, una mediana de 47 y una moda de 47. La desviación estándar fue de 11.

Finalmente, se obtuvo el puntaje de autoestima total, encontrándose una media de 44, una mediana de 44, una moda de 44 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 el nivel de autoestima en la muestra de estudio se encuentra dentro del rango normal, en función de los niveles en que se muestran las medidas de tendencia central de las escalas. Asimismo, se puede afirmar que el grupo es heterogéneo, ya que la desviación estándar es relativamente alta.

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 32% de los sujetos se ubica por debajo de T 40; en la subescala de autoestima social, el porcentaje de sujetos es de 24%, mientras que en la subescala de autoestima escolar es de 28%; el porcentaje de sujetos con puntajes por debajo de T 40 en la subescala autoestima en el hogar es de 18%. Finalmente, el porcentaje de sujetos con nivel bajo de autoestima total es de 36%. Estos resultados se aprecian de manera gráfica en el Anexo 2.

Los resultados mencionados anteriormente muestran que hay un número considerable de casos preocupantes, por lo que se deben implementar medidas a nivel institucional para el desarrollo de la autoestima.

3.4.2 Indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en la muestra estudiada.

Una conceptualización actual que satisface los requisitos del presente estudio, con respecto a los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios, es la sustentada por Zagalaz y cols. (2002: 2), los trastornos alimentarios son “desordenes o trastornos del comer, de la ingesta, alimenticios, de la conducta alimentaria, etc.”

Zagalaz y cols. (2002) definen la anorexia nerviosa como un trastorno de la conducta en relación con la alimentación, el cual se caracteriza principalmente por la pérdida importante del peso corporal, ocasionado por el deseo recurrente de adelgazar, presentando fobia hacia la obesidad y un descontrol de los hábitos alimenticios, acompañado de una percepción alterada de la imagen física, ya que la base psicológica de la anorexia nerviosa radica en una autoestima decadente.

Por otra parte, Zagalaz y cols. (2002) hacen referencia a la bulimia nerviosa como propia de las personas consideradas comedoras compulsivas, las cuales recurren a provocarse el vómito después de la ingesta exagerada de comida, esto con el objetivo de subsanar la culpa moral ocasionada por la necesidad psicológica de mantenerse delgadas.

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 56, una mediana de 58, una moda de 18 y una desviación estándar de 23.

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 por 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 65, una mediana de 67, 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 dos tipos de anorexia: bulímica y restrictiva (Garner; 1998).

Por otra parte, en la escala de insatisfacción corporal se obtuvo una media de 49, una mediana de 47, una moda de 14 y una desviación estándar de 24.

En 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 63, una mediana de 62, una moda de 55 y una desviación estándar de 22.

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 70, una mediana de 76, una moda de 76 y una desviación estándar de 22.

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

En la escala de desconfianza interpersonal se obtuvo una media de 76, una mediana de 82, una moda de 82 y una desviación estándar de 22.

La escala de desconfianza interpersonal evalúa el sentimiento general de alineación 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 55, una mediana de 55.5, una moda de 31 y una desviación estándar de 26.

Esta escala mide el grado de confusión o dificultad para reconocer y responder adecuadamente a los estados emocionales y 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 73, una mediana de 77, una moda de 65 y una desviación estándar de 21.

La escala referida evalúa el deseo de regresar a la seguridad de la infancia. En especial, se identifica el temor a las experiencias psicológicas o biológicas relacionadas con el peso de la adultez.

En la escala de ascetismo se obtuvo una media de 55, una mediana de 54, una moda de 40 y una desviación estándar de 26.

La escala de ascetismo 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 las escala de impulsividad se obtuvo una media de 67, una mediana de 66, una moda de 60, y una desviación estándar de 23.

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 77, una mediana de 84, una moda de 91 y una desviación estándar de 21.

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 media aritmética de cada una de las subescalas mencionadas anteriormente.

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 cada escala, esto es, por arriba del percentil 70, Así, se ubicarán las escalas en las que hay mayor incidencia de casos preocupantes sobre el problema de trastornos alimentarios.

En la escala de obsesión por la delgadez, el 41% de sujetos se encuentra por arriba del percentil 70; en la escala de bulimia, el porcentaje fue de 54%; en la de insatisfacción corporal, el 36%; en la ineficacia, el 59%; en el perfeccionismo, el 67%; en la que respecta a la desconfianza interpersonal, 79%; en la conciencia introceptiva, el 40%, en el miedo a la madurez, en el ascetismo, 47%; en la de impulsividad, 54% y, finalmente, en la escala de inseguridad social, el 80%.

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, resultan sumamente preocupantes, porque las medidas de tendencia central en varias de las escalas se ubican en rangos altos. Asimismo, en la mayoría de las escalas el porcentaje de puntajes preocupantes es elevado, lo cual habla de un problema generalizado en la población.

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

A lo largo de los años diversos autores han afirmado la relación que se da entre los trastornos alimentarios y la autoestima.

Según Way (citado por Zagalaz y cols.; 2002: 3) “la base de la anorexia nerviosa radica en un nivel insuficiente de autoestima, polémica que gravita en el fondo de muchos problemas psicológicos femeninos”. Ya que si la autoestima se ve afectada, la insatisfacción corporal y el temor a la gordura se hacen presentes, originando que las personas creen que lograr el ideal estético será un factor determinante para alcanzar sus metas.

Otros indicadores que muestran la relación entre ambas variables son “los trastornos de autopercepción del tamaño corporal, estados afectivos y emocionales, y factores socioculturales” (Zagalaz y cols.; 2002: 5) pues estos favorecen a la creación de estereotipos, haciendo que las personas que presentan dichos rasgos quieran cumplir con estos, dejándose influir por valores estéticos y culturales respecto al cuerpo femenino, creados por la cultura de la delgadez.

Lo anterior es corroborado por medio de la investigación realizada en la Escuela Secundaria Técnica 102, en la cual se encontraron los siguientes resultados:

Entre el nivel de autoestima y la escala de obsesión por la delgadez, existe un coeficiente de correlación de -0.02, de acuerdo con la prueba “r” de Pearson.

Esto significa que entre la autoestima y la escala señalada, existe una correlación muy débil, de acuerdo con la clasificación de correlación que indican 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 únicamente 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 0.00, lo que significa que entre la autoestima y la escala de obsesión por la delgadez no hay relación.

Por otra parte, entre el nivel de autoestima y la escala de bulimia existe un coeficiente de correlación de -0.16, de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto significa que la autoestima y la escala mencionada existe una correlación positiva débil.

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

Asimismo, entre el nivel de autoestima y la escala de insatisfacción corporal existe un coeficiente de correlación de -0.04 . Esto significa que entre la autoestima y esta escala, existe una correlación negativa muy débil. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.00 , lo que significa que entre la autoestima y la escala de insatisfacción corporal no hay una relación.

Adicionalmente, se encontró que entre el nivel de autoestima y la escala de ineficacia existe un coeficiente de correlación de -0.37 , de acuerdo con la prueba "r" de Pearson. Esto significa que entre la autoestima y la ineficacia 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 ineficacia hay una relación del 14% .

Por otra parte, entre el nivel de autoestima y la escala de perfeccionismo existe un coeficiente de -0.10 de acuerdo con la prueba "r" de Pearson. Esto significa que entre la autoestima y la escala mencionada, existe una correlación negativa débil. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.01 , lo que significa que entre la autoestima y la escala de perfeccionismo hay una relación del 1% .

Asimismo, se obtuvo que entre el nivel de autoestima y la escala de desconfianza interpersonal, existe un coeficiente de correlación de -0.19 de acuerdo con la prueba "r" de Pearson. Esto significa que entre la autoestima y la escala en cuestión, existe una correlación negativa débil. El resultado de la varianza de

factores comunes de $-.04$, lo que significa que entre la autoestima y la escala de desconfianza interpersonal hay una relación del 4%.

De igual manera, se pudo saber que entre el nivel de autoestima y la escala de conciencia introceptiva existe un coeficiente de correlación -0.38 , de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre la autoestima y tal escala, existe una correlación negativa media. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.15 , lo que significa que entre la autoestima y la escala de conciencia introceptiva hay una relación del 15%.

Adicionalmente, se calculó que entre el nivel de autoestima y la escala de miedo a la madurez existe una correlación de -0.21 , de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre la autoestima y dicha escala, existe una correlación negativa débil. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.04 , lo que significa que entre la autoestima y la escala de miedo a la madurez hay una relación del 4%.

Por otra parte, entre el nivel de autoestima y la escala de ascetismo existe un coeficiente de -0.19 , de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre la autoestima y el ascetismo existe una correlación negativa débil. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.04 , lo que significa que entre la autoestima y la escala de ascetismo hay una relación del 4%.

Asimismo, se obtuvo que entre el nivel de autoestima y la escala de impulsividad, existe un coeficiente de correlación de -0.18 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre la autoestima y la escala mencionada existe una correlación negativa débil. El resultado de la varianza de factores comunes de 0.03, lo que significa que entre la autoestima y la escala de impulsividad hay una relación del 3%.

De igual manera, se pudo saber que entre el nivel de autoestima y la escala de inseguridad social existe un coeficiente de correlación -0.34, de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre la autoestima y tal escala existe una correlación negativa media. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.12, lo que significa que entre la autoestima y la escala de inseguridad social hay una relación del 12%.

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

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

En función de los resultados, presentados se confirma la hipótesis de trabajo, que afirma que existe una relación estadísticamente significativa entre el nivel de autoestima y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en los alumnos de la Escuela secundaria Técnica 102, de Uruapan, Michoacán, para las escalas de ineficacia, conciencia introceptiva e inseguridad social.

Asimismo, se confirma la hipótesis nula para las escalas de obsesión por la delgadez, insatisfacción corporal, bulimia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, miedo a la madurez, ascetismo e impulsividad.

CONCLUSIONES

En la presente investigación se estableció la correlación existente entre el nivel de autoestima y los trastornos alimentarios, por medio de la aplicación de pruebas psicométricas y su posterior evaluación, a partir de lo cual se corroboraron las hipótesis planteadas.

Los objetivos se cumplieron en los distintos apartados, que este documento se presentan:

- Se definió el concepto de autoestima, a partir del análisis teórico de diversas fuentes.
- Se realizó un análisis sobre las características de la autoestima, obtenidas por medio de la revisión de diferentes fuentes de investigación para obtener información certera.
- Se establecieron los niveles de la autoestima de acuerdo con la teoría encontrada y el instrumento de evaluación utilizado para la investigación.
- Se definió el concepto de trastornos alimentarios, fundamentándolo en las diversas teorías existentes sobre el tema.
- Se determinaron los tipos de trastornos alimentarios que existen, para proceder en función de estos durante el proceso de investigación.

- Se dieron a conocer los indicadores de la presencia de los trastornos alimentarios, una vez que se realizó la aplicación del instrumento de evaluación enfocado a la medición de dichos indicadores.
- Se realizó la medición del nivel de autoestima en los alumnos de la Escuela Secundaria Técnica 102 de Uruapan, Michoacán, por medio de la aplicación de pruebas psicométricas, todo esto con la previa autorización de la institución.
- Se pudo identificar la presencia de los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en los alumnos de la Escuela Secundaria Técnica 102 de Uruapan, Michoacán, ya que al realizar la valoración de los resultados obtenidos, dichos indicadores estuvieron presentes en las pruebas realizadas por los adolescentes que estudian en dicha escuela.

Asimismo, se corroboró la hipótesis de trabajo, la cual menciona que existe una relación estadísticamente significativa entre el nivel de autoestima y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en los alumnos de la Escuela Secundaria Técnica 102, de Uruapan, Michoacán, pues al realizar la medición y evaluación de los instrumentos de medición que fueron aplicados a la muestra de la población, resultaron positivos, afirmando de esta manera la hipótesis de trabajo.

Es importante continuar investigando sobre la correlación existente entre ambas variables, ya que durante la aparición de los trastornos alimentarios, se presentan conductas que tienen relación psicológica y emocional, y que una vez identificadas pueden favorecer a la prevención de la aparición de los trastornos alimentarios en una etapa temprana.

BIBLIOGRAFÍA

Ajuriaguerra, H. Manuel (1973).
Manual de psiquiatría infantil.
Editorial Masson. Barcelona, España.

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

Almeda Cruz, Belén (2012).
Trastornos de Conducta Alimentaria.
Instituto de Ciencias de la Conducta. Sevilla España.

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

Arrufat, Francisco; Badia Georgina; Benítez Dolores; Cuesta, Lidia; et al (2009).
Guía de práctica clínica sobre trastornos de la conducta alimentaria.
Ministerio de Sanidad y Consumo. España.

Banker, Judith D; Becker, Anne E; Bermudez, Ovidio; Berthou, Karine (2012).
Trastornos de Conducta Alimentaria.
AcademyforEatingDisorders. USA.

Belloch, Amparo; Sandin, Bonifacio y Ramos, Francisco (1995)
Manual de Psicopatología
Editorial Mc. Graw Hill, España.

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

Branden Nathaniel (2010).
La autoestima de la mujer.
Editorial Paidós Mexicana, Mexico, Distrito Federal.

Branden Nathaniel (2011).
Los seis pilares de la autoestima.
Editorial Paidós Mexicana, Mexico, Distrito Federal.

Carrion López Salvador (2007).
Autoestima y desarrollo personal con PNL.

Ediciones Obelisco 4ta. Edición, Barcelona España.

Castillo, S. Maria Dolores y León, E. María Teresa (2005)
Trastornos del comportamiento alimentario: anorexia y bulimia nerviosa.
Editorial Formación Alcala SL: España.

Clark Amina, Clemens Harris y Bean Reynold (2000).
Como desarrollar la autoestima en los adolescentes.
Editorial Debate, Madrid, España.

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

De la Rosa, Jorge y Diaz-Loving Rolando (1991).
Evaluación del autoconcepto. Una escala multidimensional.
Revista Latinoamericana de psicología, Vol. 3 No. 1, Bogotá, Colombia.
Woolfolk Anita (2006). Psicología Educativa (9na. Edición). Editorial Pearson,
México.

Frenk Mora, Julio; Ruelas Barajas Enrique; Tapia Conyer Roberto; De Leon-May, Ma
Eugenia; et al (2004).
Guía de trastornos alimenticios. Centro Nacional de Equidad de Genero y Salud
Reproductiva.

Hernández Sampieri, Roberto, Fernández Collado, Carlos, Baptista Lucio, Pilar.
(2014).
Metodología de la investigación (4ta. Edición).
Editorial Mc. Graw Hill, España

Icaza, S. y M. Béhar. (1981)
Nutrición. 2ª. Edición.
Nueva Editorial Interamericana S.A. México, D. F.

Jarne, Adolfo y Tailor, Antonio (2000).
Manual de psicopatología clínica.
Editorial Paidós Ibérica, Buenos aires, Argentina.

Loria Kohen V, Gómez Candela C, Lourenço Nogueira T. (2009)
Evaluation of the utility of a Nutrition Education Program with Eating Disorders.

Martín Murcia Francisco M (2015).
Manual de Psicología: Trastornos de la Conducta Alimentaria.
Instituto de Ciencias del Comportamiento. Almería España.

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

Mora Marisol y Raich Rosa Maria (2005).
Autoestima, evaluación y tratamiento
Editorial síntesis, Madrid, España.

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

MESOGRAFÍA

Balboa Olivia (2008)

La alimentación necesidad fundamental o enemiga mortal

León, Guanajuato, México. Sitio Web:

http://www.tecnociencia.es/especiales/alimentacion_y_salud/historia.htm

Díaz Atienza., Joaquin (2015).

Comorbilidad y resistencia al tratamiento en los trastornos alimentarios.

Psiquiatría infantil Sitio web: [http://diazatienda.es/2015/12/14/comorbilidad-y-](http://diazatienda.es/2015/12/14/comorbilidad-y-resistencia-al-tratamiento-en-los-trastornos-alimentarios/)

[resistencia-al-tratamiento-en-los-trastornos-alimentarios/](http://diazatienda.es/2015/12/14/comorbilidad-y-resistencia-al-tratamiento-en-los-trastornos-alimentarios/)

Schebendach JE, Mayer LE, Devlin MJ, Attia E. (2011)

Food choice and diet variety in weight-restored patients with anorexia nervosa.

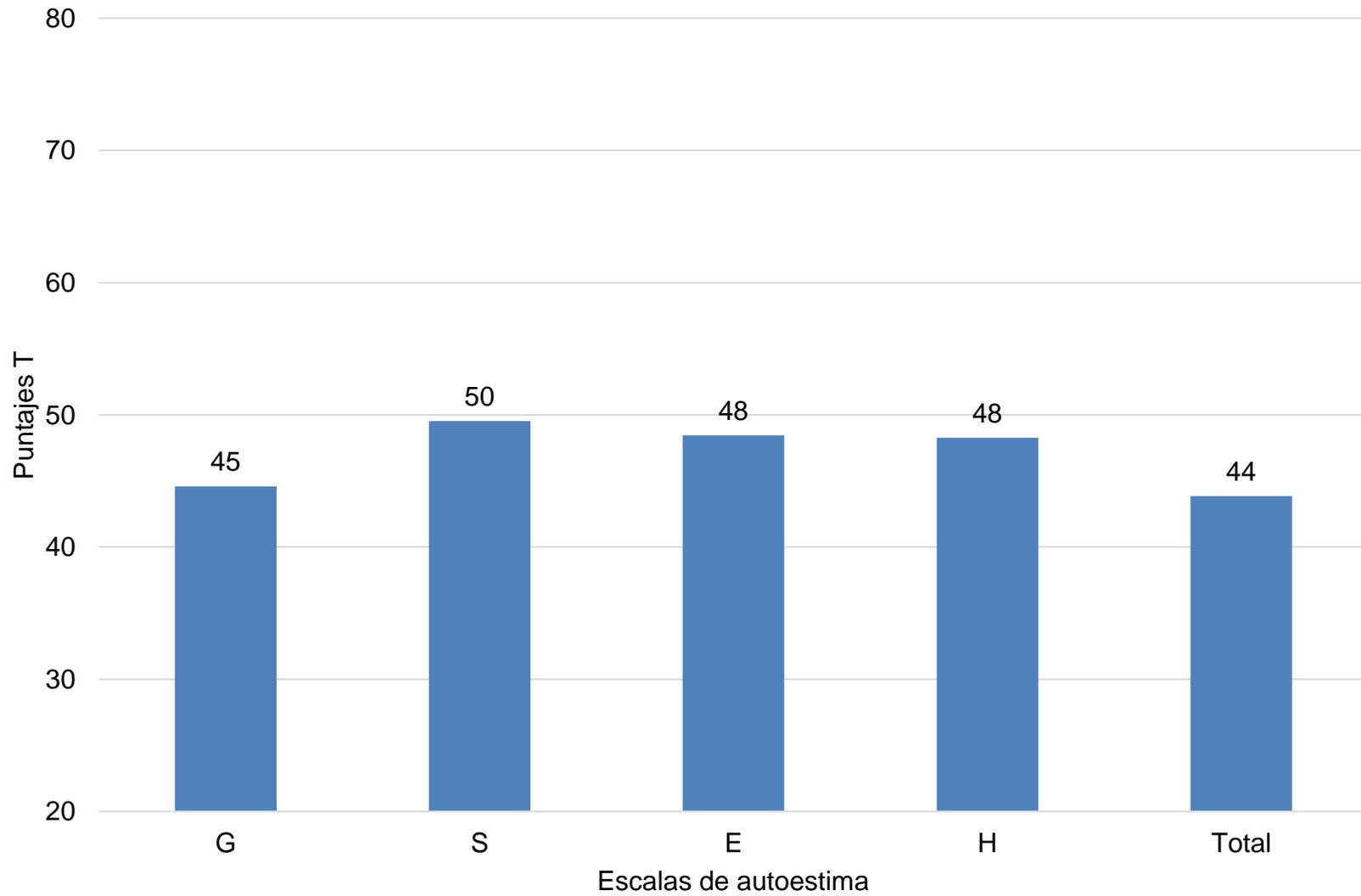
J Am Diet Association

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

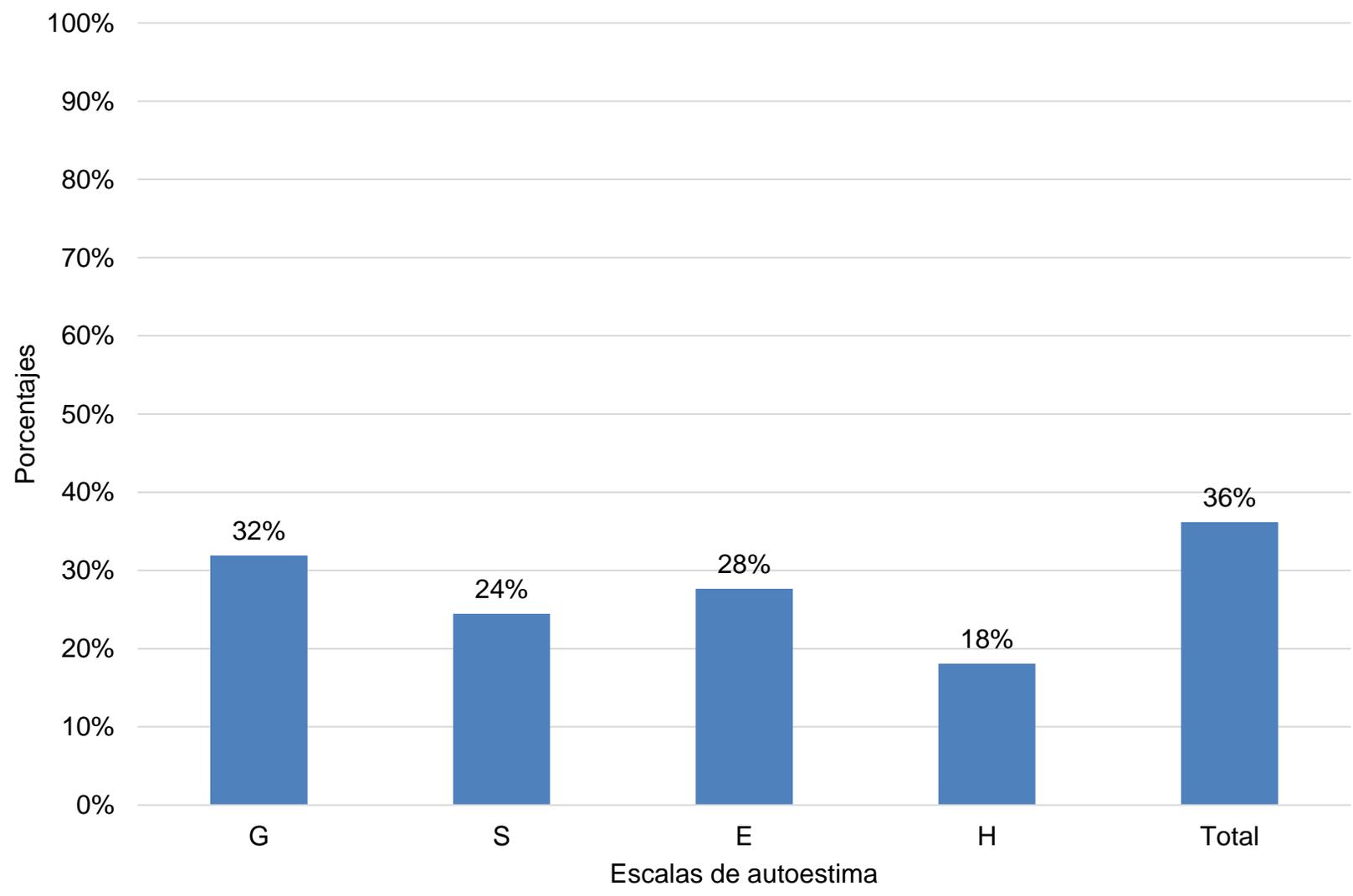
La anorexia nerviosa como distorsión de la imagen corporal. España Sitio Web:

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

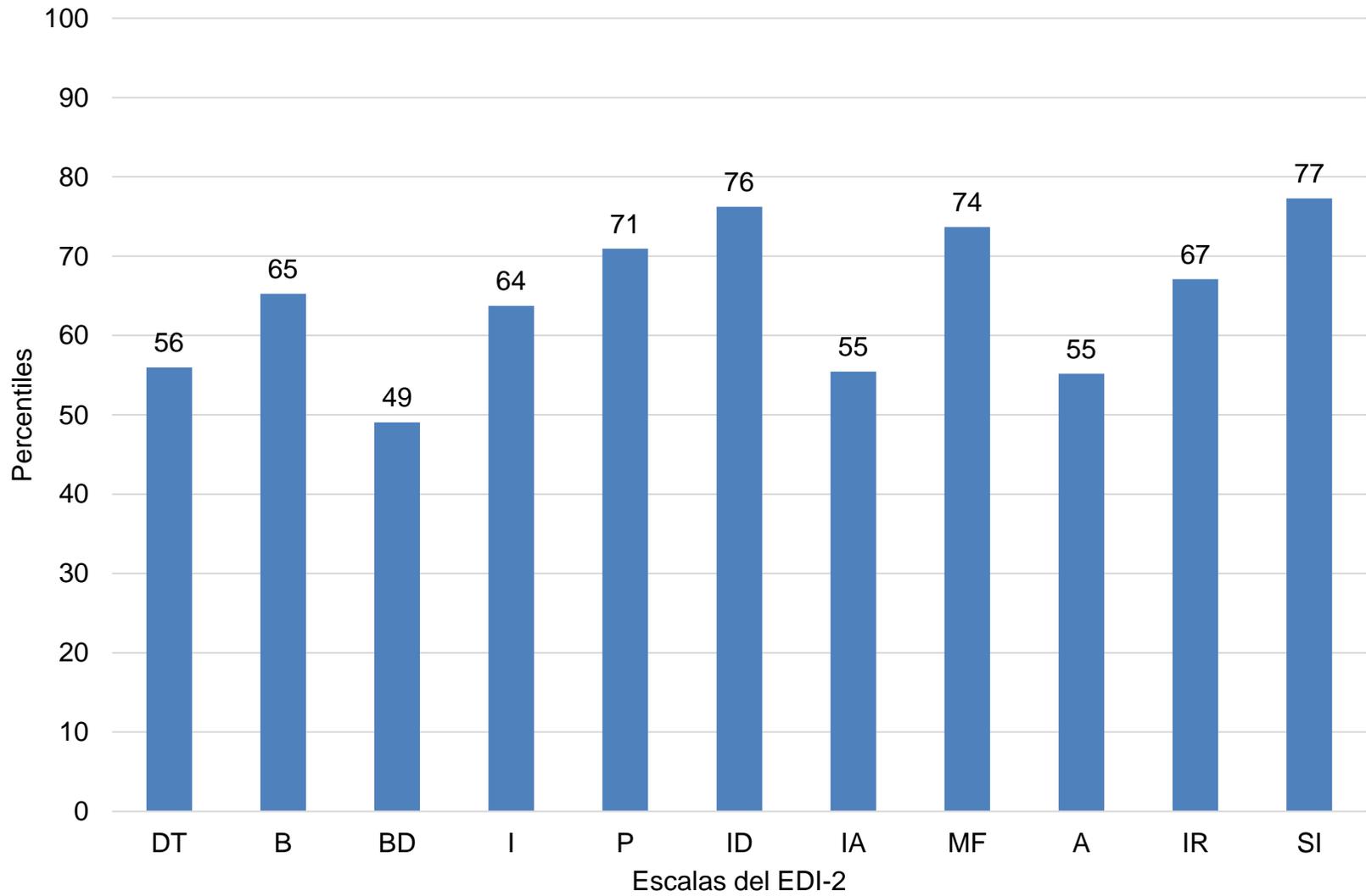
Anexo 1
Media aritmética de las escalas de autoestima



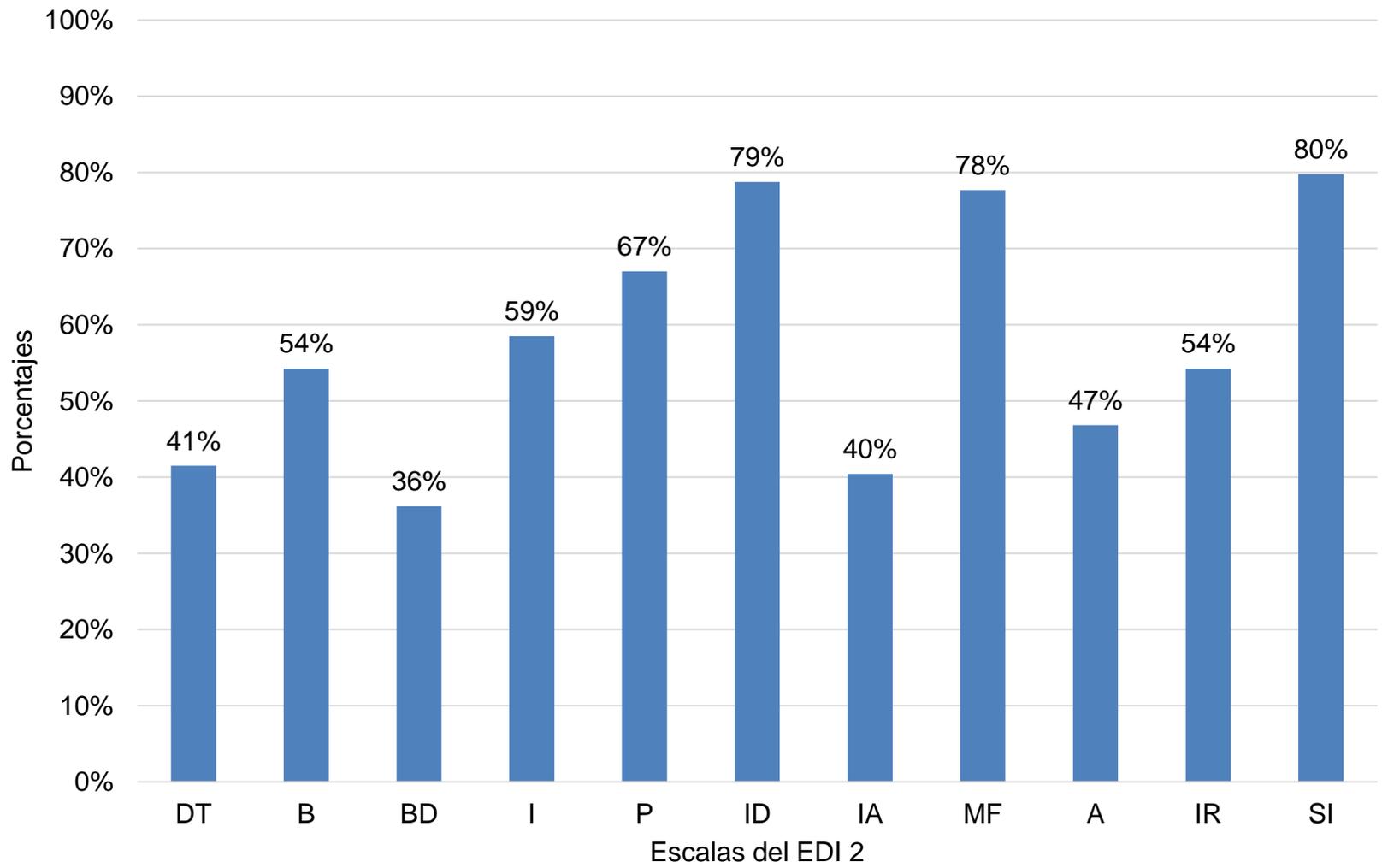
Anexo 2
Porcentaje de puntajes preocupantes en autoestima



Anexo 3
Media aritmética de las escalas de trastornos alimentarios



Anexo 4
Porcentaje de puntajes preocupantes en los Indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios



Anexo 5

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

