



**UNIVERSIDAD
DON VASCO**

UNIVERSIDAD DON VASCO, A.C.

Incorporación No. 8727-25 a la

Universidad Nacional Autónoma de México

Escuela de Psicología

**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE AUTOESTIMA Y LA EXISTENCIA
DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN LA SECUNDARIA
INSTITUTO TANCÍTARO**

Tesis

Para obtener el título de:

Licenciada en Psicología

Arisbeth Pardo Guzmán

Asesora: Lic. Gisela Mayanin Tafolla Torres

Uruapan, Michoacán. A 23 de marzo de 2015.



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.	4
Objetivos.	5
Hipótesis.	6
Operacionalización de las variables.	7
Justificación.	8
Marco de referencia.	9

Capítulo 1. Autoestima.

1.1 Conceptualización de la autoestima	10
1.2 Diferencias entre autoconcepto y autoestima.	11
1.3 Origen y desarrollo de la autoestima.	13
1.4 Componentes de la autoestima.	18
1.5 Pilares de la autoestima.	22
1.6 Niveles y medición de la autoestima.	29
1.7 Alternativas de investigación en la autoestima.	32

Capítulo 2. Trastornos de alimentación.

2.1 Antecedentes históricos de la alimentación.	36
2.2 Definición y características clínicas de los trastornos alimentarios.	38

2.2.1 Anorexia nerviosa.	39
2.2.2 Bulimia nerviosa.	40
2.2.3 Obesidad.	41
2.2.4 Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas.	42
2.2.5 Vómitos en otras alteraciones psicológicas.	42
2.2.6 Trastorno de la conducta alimentaria en la infancia.	42
2.3 Esfera oroalimenticia.	45
2.3.1 Organización oroalimenticia.	46
2.3.2 Alteraciones en la esfera oroalimentaria.	47
2.4 Perfil de las personas con trastornos de alimentación.	49
2.5 Causas del trastorno alimenticio.	51
2.5.1 Factores predisponentes individuales.	51
2.5.2 Factores predisponentes familiares.	54
2.5.3 Factores socioculturales.	55
2.6 Percepción del cuerpo en el trastorno alimenticio.. . . .	57
2.7 Factores que mantienen los trastornos alimenticios.	59
2.8 Trastornos mentales asociados a los trastornos alimenticios.	61
2.9 Tratamiento de los trastornos alimenticios.	65

Capítulo 3. Metodología, análisis e interpretación de resultados.

3.1 Descripción metodológica.	70
3.1.1 Enfoque cuantitativo	71
3.3.2 Investigación no experimental.	72
3.1.3 Diseño transversal.	73

3.1.4 Alcance correlacional.	73
3.1.5 Técnicas de recolección de datos .	74
3.2 Delimitación y descripción de la población..	78
3.3 Descripción del proceso de investigación .	79
3.4 Análisis e interpretación de resultados.	81
3.4.1 Autoestima.	81
3.4.2 Indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios.	84
3.4.3 Relación entre el nivel de autoestima y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios.	87
Conclusiones	93
Bibliografía .	96
Mesografía .	99
Anexos.	

INTRODUCCIÓN

En el presente documento se examina relación entre el nivel de autoestima y la existencia de trastornos alimentarios en una secundaria del sector particular. Para ello, se presentan enseguida los elementos contextuales necesarios.

Antecedentes

En el presente estudio se tomaran en cuenta dos variables, las cuales son autoestima y trastornos alimenticios.

Una forma clara de entender el concepto de autoestima es la que plantea Branden (2011: 73), correspondiente a que “la autoestima, plenamente consumada, es la experiencia fundamental de que podemos llevar una vida significativa y cumplir sus exigencias.” También habla sobre la suma integrada de confianza y de respeto hacia uno mismo. De tal manera que se explica que la autoestima influye directamente o indirectamente, en los actos de los seres humanos y es recíproca.

Que de igual, manera varios autores tienen su definición como lo es la Real Academia Española, que la define como la “Valoración generalmente positiva de sí mismo” (lema.rae.es).

Por lo que se puede entender, la autoestima lleva un proceso desde el día del nacimiento hasta la vida adulta, por lo que depende de la forma de relaciones personales significativas.

La autoestima es el valor que cada persona genera con base en los pensamientos, sentimientos y las experiencias vividas a lo largo de la vida, pues son aspectos importantes que se involucran para que todo individuo tenga una valoración de sí mismo.

Por otro lado, el origen del concepto de desórdenes alimenticios es diverso, ya que influyen diferentes causas, las cuales pueden ser sociales, culturales, psicológicas e incluso familiares.

De acuerdo con la Guía de Salud del Gobierno Federal, se menciona que los “trastornos alimenticios se presentan cuando una persona no recibe la ingesta calórica que su cuerpo requiere para funcionar de acuerdo con su edad, estatura, ritmo de vida” (2004: 10).

Por lo que se puede decir, los trastornos alimentarios incluyen un conjunto de síntomas, conductas de riesgo y signos que se pueden presentar en diferentes entidades y niveles. Los principales trastornos alimentarios son anorexia y la bulimia.

Según el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V) define la anorexia nerviosa como “rechazo a mantener un peso mínimo... Restricción

de la ingesta energética con relación a los requerimientos que lleva a una significativa pérdida de peso teniendo en cuenta la edad, sexo, etapa de desarrollo y salud física.” (APA; 2002: 86).

Según el DSM-IV, las características esenciales de la bulimia nerviosa son los atracones y los métodos compensatorios inadecuados para evitar la ganancia de peso. “los atracones se definen como el consumo, a lo largo de un periodo de tiempo corto, de una cantidad excesiva de comida, y se acompañan de una sensación de pérdida de control sobre la ingesta”. (APA; 2002: 90).

A continuación se mencionaran algunos estudios donde se han tomado en cuenta las variables de las que se ha hablado.

García (2012) estudió el nivel de autoestima en los estudiantes obesos de educación media de la Escuela Secundaria Federal No. 2 de Uruapan, Michoacán.

El enfoque de su investigación fue cuantitativo, no experimental, de extensión transversal y de alcance descriptivo. Para la obtención de los datos se utilizó como técnica el método de índice de masa corporal (IMS) de Korbman (2007), la prueba de autoestima juvenil (PAJ) de Benítez y García (2008), además de una encuesta.

Para la muestra seleccionaron 45 alumnos con un IMC igual o mayor a 30. Resultó que el 65% de la muestra presentó un nivel de autoestima bajo, el 33% se encontraba con una autoestima normal y el otro 2% manifestó una alta autoestima.

La conclusión del estudio fue que los alumnos con problemas de obesidad tienden a presentar baja autoestima.

Por otra parte, en la Universidad Abierta Interamericana Sede Regional Rosario, se realizó otra investigación con el nombre de “Trastornos de alimentación, imagen corporal y autoestima en adolescentes” (Cetraro; 2011).

La investigación fue de orientación cuantitativa y cualitativa, el tipo de estudio no experimental, donde las técnicas de recolección de datos fueron las siguientes, cuestionario, test de la figura humana, test de autoestima AT-5 Auto concepto forma-5 de F, García y G, Musitu (TEA).

La investigación se llevó a cabo con 40 jovencitas de segundo y tercer año de secundaria. En conclusión el 51% de las adolescentes presentan una autoestima baja y media baja, y el 49% autoestima alta y media alta.

Planteamiento del problema

Se ha encontrado en algunos referentes teóricos que los desórdenes alimentarios tienen estrecha relación con la autoestima, sin embargo, actualmente no se ha realizado un estudio a profundidad dentro del Instituto Tancítaro, el cual pueda confirmar la preocupación de los estudiantes por su imagen física.

En la etapa de la adolescencia, los individuos presentan un mayor riesgo a ser persuadidos con facilidad, ya que con su poca experiencia de vida, vinculada con los cambios hormonales, físicos, psíquicos, sociales y familiares, es una mezcla propicia para generar conflictos en la vida social del sujeto.

En el Instituto Tancítaro no se cuenta con información relevante sobre los factores que están generando baja autoestima e inclinación hacia los trastornos alimentarios.

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

¿Existe una relación significativa entre los indicadores psicológicos de los trastornos desórdenes alimentarios y la autoestima en los alumnos del Instituto Tancítaro?

Objetivos

Los objetivos son los fines que se persiguen con la investigación, plasmando su intencionalidad. Estos enunciados permiten tener un seguimiento cercano del proceso de análisis, a la vez que se conservan el carácter científico del trabajo.

Objetivo general

Determinar estadísticamente el grado de correlación existente entre el nivel de autoestima y los indicadores psicológicos de trastornos alimenticios en los adolescentes de tercero de secundaria del Instituto Tancítaro.

Objetivos particulares

1. Definir el concepto de autoestima.
2. Describir las consecuencias que el sujeto tiene en relación con la baja o alta autoestima.
3. Definir el concepto de trastornos alimentarios.
4. Describir las principales aportaciones teóricas en relación a los trastornos alimenticios.
5. Evaluar el nivel de autoestima que poseen los adolescentes del Instituto Tancítaro.
6. Medir los principales indicadores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios en los sujetos de estudio.

Hipótesis

De acuerdo con la información que se conoce sobre las variables enunciadas en el título de esta tesis, se elaboraron las siguientes predicciones en torno a la realidad esperada.

Hipótesis de investigación

Existe una relación significativa entre los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios y la autoestima de los alumnos de secundaria del Instituto Tancítaro.

Hipótesis nula

No existe una relación significativa entre los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios y la autoestima de los alumnos de secundaria del Instituto Tancítaro.

Operacionalización de las variables

Para la autoestima se tomó como indicador de la presencia de esta variable el puntaje normalizado que arrojó la administración del test psicométrico denominado “Inventario de Autoestima” del autor Stanley Coopersmith (Brinkmann y cols.; 1989). Esta prueba psicométrica posee los estándares de validez y confiabilidad exigidos por la comunidad científica de la psicología.

En cuanto a los trastornos alimenticios, se retomaron los resultados obtenidos del inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI 2) del autor David M. Gardner, que mide los indicadores psicológicos asociados a los trastornos de la conducta alimentaria en once escalas, presentando los resultados en percentiles.

Justificación

La presente investigación resulta de gran importancia, debido a que la autoestima influye en el comportamiento en distintos ámbitos de la vida.

Este trabajo será de gran ayuda para los alumnos, ya que se podrán dar cuenta de la problemática real que se está viviendo y si alguno se encuentra inmerso en ella, de igual manera, puede ser de gran apoyo como evitar caer en alguna problemática relacionada, así como para poder conocer más sobre esta temática.

De igual manera, con el conocimiento obtenido, se podrá ayudar a la sociedad en cualquier problema existente o en las necesidades que puedan enfrentar.

La sociedad se verá beneficiada, debido a que se amplía el conocimiento acerca de la importancia que tiene en cada persona la autoestima, y de la necesidad de considerarse en un nivel saludable, sin importar sexo, edad ni cultura.

Esta investigación es de apoyo para los profesores de la institución que sirvió como escenario de estudio, porque podrán contar con fundamentos para atender de mejor manera a sus alumnos y personas externas, de igual manera, será de gran apoyo para la institución porque no se ha realizado ninguna investigación como esta, la cual pude ayudar a tener una visión más clara de la dimensión del problema.

Los padres de familia se pueden dar cuenta de realmente como se encuentran sus hijos y darse una idea de clara de las condiciones de la educación y sociedad actuales.

Marco de referencia

La presente investigación se llevó a cabo en el Instituto Tancítaro, fundado en el año 2008, con clave económica EMS-3/667, ubicado en Km. 1 carretera Tancítaro-Peribán #15, en Tancítaro, Michoacán.

Es una secundaria de control privado, que solo cuenta con turno matutino, la cual tiene entre sus instalaciones, una cooperativa escolar, un estacionamiento, un patio cívico, una cancha de básquetbol, una cancha de futbol soccer y un área de recreación.

El personal de la escuela está conformado por 15 docentes, un prefecto y el director, que atienden a 82 alumnos de ambos sexos en la secundaria, la escuela es relativamente nueva: apenas cuenta con 6 años de ser creada.

CAPÍTULO 1

AUTOESTIMA

Antes de hablar de autoestima, se comenzará por definirla desde su origen, su formación, sus componentes, sus características, para tener en cuenta la importancia de su papel en los individuos.

1.1 Conceptualización de la autoestima

Para Alcántara (1990), la autoestima es la forma de ser, actuar, amar y expresarse, porque se va construyendo desde la infancia. En ello influyen diferentes factores como la familia, amigos y los diferentes contextos, por lo cual puede crecer. De igual manera, puede ser al contrario debilitarse, empobrecerse y desintegrarse; es pues, una carga emocional más fuerte que las aptitudes y los hábitos, se considera una gran estructura que se fortalecida toda la vida, que se ve reflejada en el actuar de las personas.

“La autoestima es la meta más alta del proceso educativo y el quicio y centro de nuestra forma de pensar, sentir y actuar.” (Alcántara; 1990: 18).

Otra investigación encontrada que define la autoestima es la de Branden, (2011) quien menciona que es la experiencia fundamental que puede llevar a tener una vida significativa, para la cual se puedan cumplir las propias exigencias, por lo

cual él define autoestima como: “la confianza en nuestro derecho a triunfar y a ser felices: el sentimiento de ser respetables, de ser dignos, y de tener derecho a afirmar nuestras necesidades y carencias, a alcanzar nuestros principios morales y a gozar del fruto de nuestros esfuerzos.” (Branden; 2011: 22).

Continuando con esta misma idea se encuentra que “la autoestima es lo que cada persona siente por sí misma, la medida en que le agrada su propia persona en particular.” (Euroméxico; 2005: 114). En gran parte se podría decir que es todo lo que la persona piensa, siente, es y vale.

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

1.2 Diferencias entre autoconcepto y autoestima.

Dentro de este apartado, se hablará de la diferencia que existe entre autoconcepto y autoestima, de acuerdo con las definiciones que mencionan los diversos autores.

Para Charles, el autoconcepto es la “forma en que los consumidores se consideran a sí mismos. Incluye actitudes, percepciones, creencias y autoevaluaciones. Aunque puede cambiar, la transformación a menudo es gradual. Mediante el autoconcepto las personas definen su identidad, lo que a su vez ofrece un comportamiento consistente y congruente.” (citado por Lamb y cols.; 2011: 216).

Para Makeliunas (2001), el autoconcepto es la creencia de la capacidad propia, básicamente por comparación con otros individuos o consigo mismo, de acuerdo con algún rendimiento. En cuanto la autoestima, se define como una respuesta afectiva.

Para Crozier (2011), la diferencia radica en que el autoconcepto incluye datos concretos del yo, como el género, la edad o la nacionalidad, mientras que la autoestima se limita a una actitud o juicio de evaluación.

Desde la perspectiva de Woolfolk (2006), aunque autoconcepto y autoestima incluyen un juicio hacia sí mismo, el primero lo hace desde una estructura cognitiva, es decir, las creencias acerca de quien cree ser, mientras que la autoestima lo hace como una reacción afectiva, es decir, el juicio acerca de quién es el sujeto y cómo se siente al respecto.

1.3 Origen y desarrollo de la autoestima

De acuerdo a Branden (2008) cabe preguntarse: ¿De qué depende una autoestima sana? Como respuesta encuentra que en este mundo existen ciertas diferencias, las cuales pueden facilitar o complicar el goce de una autoestima sana, esto incluye aspectos como la energía y la disposición a disfrutar de la vida.

También se considera relevante que el entorno en el que se crían las personas es crítico para el desarrollo de la autoestima, aún no se puede saber cuántas personas han sufrido heridas en su infancia antes de que se encuentre formado su ego, dentro de los primeros años de su vida, en estos casos es prácticamente imposible que gocen de la autoestima en años futuros.

De acuerdo con las investigaciones realizadas, se sugiere que de la mejor manera que se puede disfrutar de autoestima es al tener unos padres que ejemplifiquen una sana autoestima de acuerdo con la obra de Coopersmith (citado por Crozier; 2001).

Los niños que cuentan con más posibilidades del gozo al poder contar con los cimientos necesarios para una autoestima sana, son aquellos cuyos padres:

- “Les crían con amor y respeto.
- Les permiten expresar una aceptación coherente y benevolente.

- Les ofrecen la estructura de respaldo que suponen unas reglas razonables y unas expectativas adecuadas.
- No les bombardean con contradicciones.
- No recurren al ridículo, la humillación o el maltrato físico para controlarles.
- Demuestran que creen en la competencia y bondad del niño.” (Branden; 2008: 17-18).

En la investigación que realizó Coopermith (retomado por Branden; 2008) encontró que no todos los niños que son criados de una forma ideal, de acuerdo con los puntos mencionados anteriormente, y que sin, embargo, se crean personas inseguras, con dudas de sí mismas.

Por otra parte, se encontró que algunas personas que crecieron en un entorno terrible, cuyos padres no cumplieron ningún punto de los mencionados anteriormente, durante su desarrollo, fueron sujetos que les va bien en la escuela, establecen buenas y satisfactorias relaciones, disfrutan de una gran sensación, de su propio valor y dignidad; cuando se encuentran en la etapa adulta satisfacen cualquier criterio racional propio de una sana autoestima.

Branden (2008) menciona que si el hombre quiere mantener y conseguir la autoestima, el primer y fundamental requisito es una inquebrantable voluntad de comprender, el deseo de obtener claridad, inteligibilidad y comprensión de todo lo que cae dentro de su percepción. Es el motor y el guardián de la salud mental

humana, por lo que le da un crecimiento intelectual, por lo que el potencial de la conciencia humana depende de su inteligencia.

“A veces, el motivo es alguna limitación volitiva por parte del niño, que no se siente inclinado a generar esa energía necesaria para pensar, y que mantiene una actitud de irresponsable pasividad y dependencia. A veces, la causa es el deseo del niño de poner en práctica deseos que sabe que son irracionales, actitud que le exige que establezca una política de evasión, y que suspenda, por tanto, la voluntad de comprender.” (Branden; 2008: 198).

Sin embargo, el niño considera que el mundo que lo rodea se limita sus padres y otros adultos, el cual es difícil de comprender, por lo cual supone una amenaza por parte de los adultos, por el hecho de que no comprende muchas de las acciones y actitudes de ellos como emociones, expectativas, exigencias e ideas, es por ello que al no comprender, él se siente culpable de algunas de las conductas que toman los padres, por lo que puede reaccionar con ira, ansiedad, hostilidad, evasión y depresión.

La autoestima tiene su origen en la infancia, con base en aspectos que la familia potencia en el niño como la calidez, la coherencia, los elogios y el respeto.. Asimismo, Coopermith y Mruk (citado por Wiscarz y Laraia; 2006) mencionan que las formas en las que se puede estimular la autoestima en el niño consisten en proporcionarle experiencias para el éxito, inculcarle ideales, animarle en sus

aspiraciones y ayudarle a construir defensas contra el ataque que recibirán sus percepciones sobre sí mismo.

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

Es por eso que la esencia se va formando desde la infancia, desde el nacimiento, con cuidado, protección, alimento, caricias, aseo y aceptación.

La formación de la autoestima es todo un proceso que posteriormente la interacción del niño con su contexto en el que se desenvuelve como lugar, religión, personas, atención y estímulos; será el que definirá una parte de su personalidad.

Siguiendo el proceso evolutivo, de los cuatro a los siete años, aproximadamente, superada la fase anterior, el niño descubre el nivel del desarrollo conductual, aprende a moverse coordinadamente, a caminar, apresar, articular sonidos y hablar.

En esta etapa ya habrá recibido tantos impactos externos de otras personalidades, tantos condicionamientos, familiares, sociales, culturales, que pierde contacto con su esencia, es aquí donde el niño está obligado a pensar

organizadamente, a experimentar y reconocer sus propias emociones, a desarrollar habilidades para convivir de forma sana con su entorno.

El siguiente paso en el proceso es la construcción de la autoimagen, que finaliza aproximadamente a los veintidós años.

Para empezar, el sujeto tendrá que darse cuenta que ya no es el foco principal de atención, como consecuencia, buscará nuevas fuentes de placer; necesita compensar para no sentirse rechazado y entonces obtendrá como consecuencia el comienzo de mundos internos de fantasía, idealizaciones, se interioriza en busca de satisfacciones que no dependan de terceros.

El sujeto tendrá que encontrar entonces, nuevas estrategias que le permitan codificar su mente y entender que la idea, generalmente falsa, de que nadie lo entiende, es producto de su imparcialidad.

Por lo tanto, lo único que le queda al individuo es continuar el proceso de evolución y autodefinirse.

Tendrá que buscar qué hacer y cómo para restablecer una imagen real, ya que la que tiene a estas alturas es completamente subjetiva y está rodeada de distorsiones y generalizaciones absurdas, ridículas sobre sí mismo y sobre el mundo que lo rodea, tiene que ser consciente que dicha autoimagen, además de viciada, en definitiva, es falsa.

La desconexión sufrida a lo largo de los años con su esencia, ha permitido que la falsa imagen de él, también se haya deformado, por lo tanto, tiene que madurar emocionalmente, creer y confiar en sí mismo, para esto tiene que ponerse nuevamente en contacto nuevamente con su ser.

De acuerdo con lo mencionado por Wiscarz y Laraia (2006), conforme se va avanzando en edad, la autoestima va aumentando, y el momento en que se aprecia mayormente perturbada es durante la adolescencia, debido a los múltiples cambios por los que se atraviesa el sujeto, como la modificación en el concepto del yo.

Con la llegada de la edad adulta, la autoestima se estabiliza, pues el autoconcepto está más maduro, por lo que proporciona una idea más clara del propio yo.

Por ello, comienza una mejor autoadaptación, cabe mencionar que la autoestima siempre está cambiando, pues incluso en la vida adulta se ve afectada por los nuevos desafíos a los que se enfrenta el individuo constantemente, tales como la jubilación, pérdida del cónyuge, el cambio en el estilo de vida, por mencionar algunos.

1.4 Componentes de la autoestima.

En el presente apartado se hablará de los componentes de la autoestima desde tres puntos de vista de acuerdo con varios autores, los tres componentes son:

cognitivo, afectivo, conductual, los tres operan inminente relacionados, por lo cual si uno se ve afectado, perjudica al resto.

De acuerdo con Alcántara (1990), dice que la autoestima está conformada por tres componentes que se mencionarán enseguida:

El primer componente para este autor, es el cognitivo, que se refiere a las ideas, creencias, percepciones y al proceso de información; se refiere al autoconcepto, que cuenta con un lugar privilegiado dentro del crecimiento y estabilidad de la autoestima.

Las dimensiones afectiva y conductual funcionan por medio de la luz que les proyecta el autoconcepto, el cual hace servir y acompañar la autoimagen para la vitalidad de la autoestima, para el cual se tiene que plasmar el autoconcepto por medio de imágenes intensas, ajustadas, ricas y actualizadas al espacio tiempo en el que se encuentran para mostrar su máxima eficacia en sus comportamientos. Es una manera de expresar las experiencias vividas.

El segundo componente de la estructura de la autoestima es el afectivo es decir, la dimensión que en el individuo hay de positivo y negativo, favorable o desfavorable, el sentirse a gusto o disgusto consigo mismo, es la admiración hacia el propio mérito.

Se podría decir que se ha llegado al corazón de la autoestima, a la valoración, el sentimiento, la admiración o desprecio, el afecto el gozo o el dolor, a lo que Alcántara menciona “A mayor carga afectiva, mayor potencia de la autoestima”. (1990: 20).

El tercer elemento que conforma la autoestima es el conductual. Que significa tensión, propósito y decisión de actuar, de llevar a la práctica un comportamiento consecuente y coherente. Es la autoafirmación dirigida hacia el propio yo en busca de consideración y reconocimiento por parte de los demás. Es el esfuerzo por alcanzar fama, honor y respeto ante los demás.

Por otra parte, Branden (2008) menciona solo dos componentes de la autoestima, los cuales son los siguientes:

El primero hace énfasis en la eficacia y la confianza, que se entiende por considerarse eficaz, confiar en la capacidad de sí mismo para pensar, aprender, elegir y tomar decisiones correctas, superar los retos y producir cambios positivos.

El segundo componente se enfoca en el respeto por uno mismo, la confianza en el derecho a ser feliz, y como consecuencia, la confianza en que las personas son dignas de logros, éxito, amistad, respeto, el amor y la realización de sus objetivos.

Para Carrión (2007), existen dos componentes fundamentales para conformar la autoestima, los cuales son:

Uno de los componentes es la eficacia personal, que consiste en la confianza en el funcionamiento eficaz de los procesos mentales, es la capacidad de creer y confiar en uno mismo; la eficacia personal, también conocida como excelencia, se basa en un equilibrio de las tres cualidades humanas, que son las siguientes.

- Sinceridad: que es la capacidad de reconocer tanto los valores como los defectos, sin exaltaciones resultantes de las pasiones, ni baja estima fruto del miedo y pereza.
- Valor: para poder afrontar la realidad, el trabajo y el esfuerzo que se hace para darse cuenta de los defectos, limitaciones o imágenes deterioradas y con esto poder modificarlas.
- Prudencia: es poder realizar todo paso a paso sin sacudidas bruscas o “sin prisas pero sin pausas, sin arrancadas de cabello y paradas de asno” (Carrión; 2007: 26).

El otro componente es el respeto a sí mismo o sentido del valor personal, consiste en la reafirmación del valor personal, del derecho a vivir y ser feliz, es la satisfacción de la actividad personal.

No se puede decir que se tiene una autoestima sana para que el individuo se sienta bien, sin antes realizar un trabajo previo relacionado con la conciencia, la responsabilidad y elección moral, sin que exista un desarrollo personal, que es lo mismo que autorrealización, que se compone de dos significados: uno que es el más “occidentalizado, es lo que se produce cuando la persona llega a vivir plenamente, a sentir su vida conscientemente, experimenta su realidad como ser humano disfrutando de una existencia integrada con el mundo que le rodea” (Carrión; 2007: 26-27).

El segundo significado es la autorrealización o desarrollo personal, que se enfoca en llegar a descubrir la identidad existencial y la esencia que significa en los sujetos quiénes son o qué son realmente, al poder alcanzar ese estado de reconocimiento, que surge en cada individuo al sentirse uno mismo.

1.5 Los pilares de la autoestima

En el presente apartado se detallarán los pilares de la autoestima desde la perspectiva de Branden (2010), ya que aborda el tema con claridad, de esta manera se cumplirá el objetivo de entender de forma clara y sencilla el tema.

- 1) El primero que es la práctica de vivir conscientemente; Branden (2010) menciona que para tener una autoestima saludable, es necesario vivir la vida de manera consciente, es respetar la realidad, aceptarla, es saber lo que se hace en el momento preciso en que se hace.

Es esforzarse por comprender tanto el mundo externo como el mundo interno, es saber por qué se toman las decisiones que se toman, es saber que cada una de ellas tendrá un resultado, una consecuencia, es actuar con un propósito, persiguiendo algo.

Es el poder emocionarse al reconocer el desencadenante de esa emoción, es tener claridad de conciencia, es pues, vivir reconociendo que la vida tiene un significado.

Es en otras palabras, la necesidad de opción de poder ejercitar las facultades, es poder vivir con los medios que se tienen para contar con supervivencia y bienestar.

“Nuestra mente es nuestro instrumento básico de supervivencia. Si se traiciona esta, se resiste la autoestima.” (Branden; 2011: 88).

Existe algunos aspectos para este autor, que considera concretos para poder vivir de manera consciente:

“Una mente que está activa en vez de pasiva.

Una inteligencia que goza de su propio ejercicio.

Estar ‘en el momento’ sin desatender el contexto más amplio.

Salir al encuentro de los hechos importantes en vez de rehuirlos.

Preocuparse de distinguir los hechos de las interpretaciones y de las emociones.

Estar dispuesto a ver y a corregir los errores.” (Branden; 2011: 91-92).

- 2) El segundo pilar es la práctica de aceptarse a sí mismo, para obtener dicho pilar es necesario experimentar, pero más importante aún, comprender los pensamientos, emociones y acciones, de esta manera se logrará el respeto y compasión con uno mismo. Sin esta cualidad la autoestima es imposible, el sujeto crearía un hábito de conducta de autorrechazo, el crecimiento personal se vería reprimido y la felicidad sería inalcanzable.

El poder aceptar es experimentar la realidad de manera completa, sin negarla ni evitarla.

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

Por lo tanto, para lograr dicho crecimiento es necesario permitir la experimentación de los sentimientos y pensamientos, sabiendo que estos se producen de manera temporal, viviendo sin la preocupación por juzgar el propio mundo y el de los demás, simplemente esforzándose por comprenderlo.

“Cuando aceptamos nuestras experiencias, sin que por ello tengan que gustarnos necesariamente, nos convertimos en aliados de la realidad y, nos fortalecemos. Cuando no lo hacemos, nos ponemos en contra de la verdad y nos volvemos más débiles”. (Branden; 2010: 32).

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

Este pilar se conforma por tres niveles, los cuales se detallarán a continuación:

Primero: es aceptarse a sí mismo es para estar para sí mismo, es la aceptación de sí mismo, es decir, es una orientación de su misma valoración y del

compromiso con uno mismo, que es el resultado del hecho de estar vivo y estar consciente. “La aceptación de mí mismo es mi negativa a estar en una relación de confrontación conmigo mismo”. (Branden; 2011: 112).

Segundo nivel: consiste en el hecho de lo que las personas puedan hacer realidad para sí mismas, sin negación o evasión. En el momento en que se aceptan los sentimientos negativos, en el que se es capaz de prescindir de ellos.

Tercer nivel: consiste en la aceptación de sí mismo, que conlleva la idea de compasión de poder ser amigo de sí mismo, es el querer conocer porque lo inadecuado se consideró deseable o adecuado o incluso necesario. El interés en actitud de aceptación y compasión no fomenta la conducta no deseada sino que reduce la probabilidad de que acontezca.

- 3) En tercer lugar se encuentra la práctica de asumir la responsabilidad de uno mismo que es otro de los pilares con la misma importancia que los anteriores que se puede entender como la manera de en la que los seres humanos modifican su forma de pensar, su conciencia; con la finalidad de mantenerse en un ambiente social, de adaptarse con éxito al mundo.

La práctica de la responsabilidad implica hacerse cargo adecuadamente de uno mismo en todas las acciones que componen una decisión propia. No significa que tengan que aceptar la responsabilidad por lo que está fuera de control.

No son responsables de las acciones de los demás sino de las acciones de cada persona.

- 4) El cuarto pilar es la práctica de la autoafirmación, que consiste en aprender a respetar los deseos, necesidades, valores y pensamientos además de buscar formas adecuadas de expresarlos a la realidad, es estar dispuesto a defenderse de uno mismo, a no tener miedo a ser quien es, a tratarse con respeto y a propiciar los encuentros con los demás.

Significa no fingir que es otra persona, no desviar los valores inculcados, las creencias o las opiniones para ganar la aprobación de los demás.

“La autoafirmación significa la disposición a valerme por mí mismo, a ser quien soy abiertamente, a tratarme con respeto en todas las relaciones humanas”.
(Branden; 2011: 139).

Una persona con autoafirmación trata sus necesidades como algo importante, no renuncia a su inteligencia.

La autoafirmación comienza en el momento en que se pone a trabajar la conciencia, al poder darse cuenta de las circunstancias y de pensar, implica reconocer la propia vulnerabilidad, las necesidades y los problemas de la vida, poder ser sincero con los propios sentimientos, tratar a las propias ideas con respeto y luchar de forma adecuada por ellas, expresarse con naturalidad, mostrar entusiasmo

por conocer tanto el interior como los detalles del exterior, compartir emociones y conocimientos, poder llegar a ser realmente sincero consigo mismo, que pueda decir sí o no cuando se siente la necesidad de ello.

A ello obedece el siguiente pensamiento: “mi vida no pertenece a los demás y yo no estoy en la tierra para vivir de acuerdo con las expectativas de otra persona.” (Branden; 2011: 141).

- 5) El quinto pilar es la práctica de vivir con propósito. “Si quieres que funcione debes tener el propósito consciente de que funcione”. (Branden; 2011: 149). Este pilar consiste en utilizar las facultades para poder cumplir con las metas que cada persona se ha establecido es bien, tomar el control, se debe perseguir algo, formular objetivos, metas y, un plan de acción para llegar a ellas, competir de forma inteligente con los demás y consigo mismo, perseguir tareas que permitan ser mejores seres humanos.

- 6) El sexto pilar es el de la práctica de integridad personal de la integridad. Consiste en la integración de ideales, una de las fuentes más importantes de la autoestima es la integridad con la que se hacen las actividades diarias, la congruencia entre lo que se dice y se hace; la manera en la que se respetan los compromisos, la forma de expresar respeto a los otros, de ser honesto, de confiar en uno mismo.

Si las personas se llegan a comportar de una forma que entra en conflicto sus criterios relacionado con lo que es adecuado, se llegan a respetar menos, y en el momento en que esta conducta se vuelve habitual, se llega a confiar menos en uno mismo o se deja de confiar por completo.

En este sentido, “la mayoría de las cuestiones relativas a la integridad que afrontamos no son grandes cuestiones, sino cuestiones menores, pero el peso acumulado de nuestras elecciones tiene una incidencia en nuestro sentido de identidad”. (Branden; 2011: 166).

1.6 Niveles y medición de la autoestima

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

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

- Branden (2008) señala que el individuo es consciente de que es capaz de ser competente para enfrentar desafíos y presenta confianza en sí mismo.
- Carrión (2007) dice que la persona se siente valiosa, eficaz y se siente motivado. Siente una plena confianza en su capacidad para pensar.

- Crozier (2001) cita a Coopersmith diciendo que la persona siente respeto de por ella misma.
- González-Arratia (2001) afirma que la persona piensa que es buena, se siente digna, asume responsabilidades, se siente importante y siempre es positiva.

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

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

Finalmente la lista con las características de la autoestima baja incluye lo siguiente:

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

Existen instrumentos para medir la autoestima, los más usados han sido estandarizados en poblaciones diversas y se dirigen a la identificación de los niveles de la autoestima escolar, mientras otros se enfocan a las áreas como familia, social o

padres, algunos test son específicos para niños, mientras otros se dirigen a adolescentes.

Uno de los estudios más influyentes es el realizado por Coopersmith en 1967 elabora un cuestionario llamado Self- Steem Inventory para evaluar la autoestima de los niños (Brinkmann y cols.; 1989).

En la prueba de Coopersmith, el inventario quedó compuesto por 58 ítems y permite la percepción del estudiante en cuatro escalas: autoestima general, social, hogar o padres, escolar-academica y una escala de mentira.

- Autoestima general: es el nivel de aceptación con el que una persona valora sus conductas autodescriptivas.
- Autoestima social: es el nivel de aceptación con el que la persona valora sus conductas autodescriptivas en relación con sus pares.
- Autoestima hogar y padres: se refiere al nivel de aceptación con que la persona valora sus conductas autodescriptivas en relación con sus profesores.

Se han creado otras pruebas estandarizadas para medir la autoestima, como el test estandarizado de Rosenberg, que se presentó por primera vez en 1965 y fue revisado en 1989. Este test es una escala profesional utilizada en la práctica clínica para valorar el nivel de autoestima (psicolog.com).

También existe la batería de test de autoestima escolar (TAE). Este test se conformó a partir de una selección de ítems del test americano Piers Harris. El test está compuesto de 23 afirmaciones frente a cada una de las cuales el niño debe contestar SÍ o NO. El test da un resultado único, no tiene subescalas y los reactivos que lo conforman pertenecen a las 6 subescalas del test original (conducta, estatus intelectual, apariencia física y atributos, ansiedad, popularidad, felicidad y satisfacción), según Marchant y cols. (2005).

1.7 Alternativas de investigación en la autoestima

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

El Taller de Salud Sexual y Reproductiva para Madres y Embarazadas Adolescentes (UNICEF; 1999) ofrece una alternativa de intervención con un enfoque cognoscitivo. Menciona que se puede hacer de cuanta que la persona tiene dentro de su cabeza dos tipos de voces; una que es negativa, pesimista y acusadora, y otra que es positiva, realista y saludable. Para que el individuo desarme a la voz acosadora, que es la que le provoca distorsiones cognitivas, es necesario que la voz positiva le haga ver al sujeto que está en un error, que existen muchas posibilidades de resolver los problemas, que se analice y sea positivo.

Branden (2008) propone un ejercicio para trabajar con la autoestima, el cual consiste en la conclusión de frases para potenciar la autoestima con una duración de

31 semanas. Se le pide al paciente que en una libreta escriba las frases que el terapeuta le proporcione. Cada semana cuenta con 4 a 5 frases, en la primera semana el paciente (preferentemente al inicio del día) va a tomar su libreta y va a leer las 5 frases enlistadas que tiene para esa semana, las completará y esto le ayudará a que con el paso de los días, valore si su autoestima está cambiando.

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

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

Se ha llegado al final de este capítulo, logrando entender que la autoestima, de acuerdo con Carrión (2007), es la conciencia que tiene el individuo sobre quién es, el potencial con el que cuenta, su seguridad, la habilidad que tiene para resolver problemas y la conciencia de reconocerse a sí mismo por sus valores, principios, sentimientos y capacidades, y sobre todo, el reconocer que merece ser feliz.

No se debe dejar atrás el autoconcepto, que es un complemento esencial de la autoestima. De acuerdo con Lamb y cols. (2011), el autoconcepto es la manera en que las personas se consideran a sí mismas gracias a sus actitudes, percepciones, creencias y la autoestima que tengan. Esta percepción a menudo es cambiante.

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

En este capítulo fueron mencionados los seis pilares de la autoestima que propone Branden (2010). Estas prácticas son sumamente importantes para el individuo, ya que le marcan una pauta a seguir para su camino en el desarrollo de la autoestima.

En el trayecto de este capítulo se mencionaron las características que permiten al individuo distinguir si cuenta con autoestima alta, media o baja, y los instrumentos con los cuales se puede medir dicha variable. Se concluyó proponiendo algunas alternativas a los psicólogos y profesores para trabajar con sus clientes o alumnos dentro de un enfoque constructivista.

CAPÍTULO 2

TRASTORNOS ALIMENTARIOS

En el presente capítulo se habla acerca de los trastornos alimentarios y sus conceptos. Se desarrollarán particularmente la anorexia y la bulimia, así como algunas perturbaciones asociadas a estas, solo como referencia de los problemas más comunes que abarca este tema en la actualidad.

2.1 Antecedentes históricos de la alimentación

Desde la antigüedad, en la historia de la cultura, la comida ha sido un símbolo de convivencia, como lo eran los banquetes en donde se comía en exceso y de una manera exagerada, debido al carácter social y la demostración de poder. En esos tiempos, el vómito era una táctica usada para volver a comer.

La restricción alimentaria se encontraba asociada a la cultura cristiana, y a los simbolismos religiosos, por lo que los primeros cristianos y místicos practicaban el ayuno como una penitencia, la cual se representaba por medio de una expresión del rechazo al mundo y medio para conseguir un estado espiritual más elevado.

Por otro lado, es de suma importancia mencionar que en la historia de la cultura se han encontrado conductas alimentarias desordenadas. “Quizá la más famosa anorexia de la historia es la de Catalina de Siena. Nacida en 1347, hija de

artesanos acomodados, recibiendo una exquisita educación religiosa. A los 7 años comenzó a rechazar la comida, imponiéndose penitencias. Ya desde la adolescencia únicamente se alimentaba de hierbas y un poco de pan” (Jarne y Talarn; 2000: 142).

En el siglo XVII se conservan documentos escritos donde se detallan casos de inanición provocada por el rechazo de alimentos, existen muchos comentarios que proceden de terceras personas que no habían conocido directamente a los pacientes implicados.

Existió el caso de una joven llamada Marthe Taylor, la cual presentó un cuadro de inanición. Ella era visitada por médicos, con la finalidad de convencerla de que abandonara el ayuno. Tiempo después presentó amenorrea, limitando más su alimentación y vomitando todo lo que ingería.

Posteriormente en 1873, Gull en Londres, y Lassege, médico de un hospital de París, hicieron descripciones completas de cuadros anoréxicos. Gull se inclinó por una etiología psicógena. Los cuadros descritos por estos autores son muy semejantes a los que se ven actualmente, aunque hay variaciones en la interpretación etiopatogénica.

Las primeras teorías sugerían una afección con origen panhipopituitario. Más adelante se impusieron las hipótesis psicológicas, especialmente de tipo psicoanalítico.

No fue hasta 1979 que Rusell describió un cuadro caracterizado por episodios de ingesta voraz y conductas de purga, en las que consideraba que había un vínculo con la anorexia nerviosa. Algunos pacientes progresaban e su trastorno e iniciaban conductas de ingesta voraz y de purga, la cual se denominó bulimia nerviosa y sería una forma funesta de evolución de la anorexia.

2.2 Definición y características clínicas de los trastornos alimenticios

Los trastornos de la conducta alimentaria son enfermedades mentales que están caracterizadas por alteraciones relacionadas con la alimentación, el peso y la imagen corporal. Los trastornos más conocidos son la anorexia y la bulimia nerviosa.

La primera perturbación es caracterizada por el peso corporal elevado en los valores mínimos normales; mientras tanto, la bulimia nerviosa se caracterizó por conductas inapropiadas como el vómito provocado, el abuso de laxantes, el ayuno o el ejercicio excesivo.

De acuerdo con lo mencionado por Castillo y León (2005), señalan a la bulimia nerviosa y la anorexia nerviosa como los trastornos más frecuentes de la conducta alimentaria, sin embargo, en la práctica clínica es posible encontrar otras alteraciones del comportamiento alimentario.

2.2.1 Anorexia nerviosa

La anorexia es un problema que se encuentra en la sociedad, el cual no distingue raza, sexo ni edad, este problema es frecuente principalmente en las mujeres, pero no descarta a los hombres de presentar este trastorno.

De acuerdo con lo mencionado por Jarne y Talam (2000), la anorexia nerviosa se caracteriza por un deseo intenso de pesar cada vez menos, un gran miedo por no estar obeso y un peculiar trastorno del esquema corporal que hace que las personas se vean más gordas de lo que en realidad están. Por lo cual acuden a algún método para conseguir esta pérdida progresiva de peso, que consiste en una intensa restricción alimentaria, ejercicio físico y conductas de purga.

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

- **Restrictivo:** durante el episodio de anorexia nerviosa, se caracteriza por una limitación de alimentos, uso de dietas rigurosas, ejercicio excesivo y provocación del vómito; no se emplean atracones ni purgas.
- **Compulsivo o purgativo:** durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas, hay provocación de vómito; después del atracón hay sentimiento de culpa.

Hay otro tipo de anorexia, la cual se le conoce nerviosa atípica, ya que no cumple con todas las características clínicas, el individuo no presenta pérdida significativa de peso o, en el caso de las mujeres, la amenorrea.

2.2.2 Bulimia nerviosa

La bulimia nerviosa es considerada como un trastorno alimentario que se caracteriza por la presencia de atracones recurrentes; de acuerdo con lo mencionado por la APA (2002), un atracón es la ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo, en cantidades superiores a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo de tiempo similar en las mismas circunstancias; incluye sensación de pérdida de control, dolor intenso del estómago, preocupación por el peso, existe sentimiento de vergüenza y culpa que hacen que el individuo oculte su conducta.

En algunos casos las personas complementan los laxantes con el ayuno o el ejercicio excesivo. Estos comportamientos duran más de tres meses. Con una frecuencia de al menos dos veces por semana.

Entre los episodios bulímicos, la alimentación puede no ser normal, es decir, ser restringida o bien, presentarse en un ciclo de grandes ingestas y vómito.

De igual forma que la anorexia, la bulimia nerviosa también es clasificada por el DSM-IV (APA; 2002) en dos tipos:

- Purgativo: el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes y diuréticos.
- No purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias, como el ayuno o el ejercicio intenso.

En la bulimia, la frecuencia de los atracones varía en función del estado de ánimo. Los alimentos ingeridos durante la crisis bulímica no obedecen a preferencias específicas, sino a condiciones circunstanciales.

Por último el trastorno por atracón es la aparición de hartazgos recurrentes, en los cuales el sujeto come de forma rápida, sin hambre y con una desagradable sensación de plenitud.

2.2.3 Obesidad

La obesidad es un tema que ha permanecido a través de los años y cuya importancia ha ido aumentando cada vez más, ya que se va incrementando el índice de personas que se encuentran padeciendo esta enfermedad.

Se afirma que un componente que influido en la obesidad es el nivel socioeconómico, al respecto, se han realizado estudios los cuales han empleado una teoría que afirma que a mayor nivel socioeconómico o educación, menor obesidad.

2.2.4 Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas

Según el CIE-10 (referido por Castillo y León; 2005), la hiperfagia se refiere a la ingesta excesiva como una reacción a acontecimientos estresantes y que da lugar a la obesidad. Duelos, accidentes, intervenciones quirúrgicas y acontecimientos emocionalmente estresantes, pueden dar lugar a una obesidad reactiva, en especial en pacientes predispuestos a la ganancia de peso.

Este trastorno recibe también el nombre de hiperfagia psicógena.

2.2.5 Vómitos en otras alteraciones psicológicas

Se le conoce también con el término de vómitos psicógenos e hiperémesis gravídica psicógena.

De acuerdo con lo mencionado por Castillo y León (2005), los vómitos repetidos se pueden presentar en otras alteraciones psicológicas, como en el embarazo, donde factores emocionales pueden facilitar la aparición de náuseas o vómitos recurrentes, al igual en la hipocondría como un sistema experimentado.

2.2.6 Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia

El CIE-10 (mencionado por Castillo y León; 2005) menciona un trastorno que se presenta por lo general en la infancia y en la niñez. La característica fundamental

es que el niño rechaza los alimentos o presenta conductas muy caprichosas, que se alejan bastante de lo que es una conducta alimentaria considerada normal y lo hace frente a su cuidador actual.

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

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

- Rechazo de alguna clase de comida: esto es un comportamiento frecuente en la infancia. Puede ser incluso considerado como un comportamiento normal, ya que todas las personas se niegan a ingerir algún tipo de comida. El problema radica cuando el niño no quiere probar ninguna clase de alimento, lo cual atenta contra su salud.

Los motivos de esa negativa pueden deberse al olor, al sabor o a dificultad de ingerir tales alimentos.

- Negación a tomar alimentos sólidos: este tipo de rechazo surge cuando los niños comienzan a cambiar los líquidos por papillas o comidas un poco más consistentes, se va dando de una manera progresiva hasta llegar a

comer comidas trituradas y rechazan el alimento, hasta que se acostumbran a una nueva forma de alimentación.

- Ingesta de comida mezclada: el niño come únicamente aquellos alimentos que están triturados y con mezcla de sabores, por lo regular el problema lo genera el adulto que se encarga de dar la comida al niño.
- Por otra parte, el infante se habitual a una mezcla de sabores y, más adelante, cuando se le intenta dar por separado los alimentos, no acepta el sabor propio de cada comida.
- Falta de apetito: se da de dos maneras; en una de ellas, la apetencia del niño disminuye de forma natural y es cuando sus preferencias alimenticias pueden variar, o bien, se produce una reducción de apetito, pero dependiendo de los hábitos que tenga en ese momento, los cuales son los que se han aprendido en los años anteriores.
- Tiempo de comida excesivo: este es el tipo de problema más frecuente, pero depende de cada niño, debido a que no todos tardan el mismo tiempo en terminar sus alimentos; se caracteriza por lentitud al comer, negación para pasar de la comida triturada a la sólida y rechazo a comer toda la comida que los padres le imponen. El resultado final suele ser que el niño acaba por echar la comida fuera, ya que no es posible tragarla.
- Los vómitos: es un problema que también puede darse en la infancia, aunque con menor frecuencia. Quizá este es el conflicto que más preocupa a los padres cuando se presenta, normalmente porque lo relacionan con un problema físico.

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

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

2.3 Esfera oroalimenticia

De acuerdo con lo mencionado por Ajuriaguerra (1973), la esfera oroalimenticia es el automatismo de succión y deglución, el cual aparece muy tempranamente, por lo cual los movimientos de succión labial, provocados al tocar con los dedos, existen desde el momento del nacimiento: desde muy temprano se puede ver un reflejo oroalimenticio y una orientación hacia la fuente de excitación,

como una reacción oral, aparte una de las principales formas de poder relacionarse con el mundo externo.

El reflejo oroalimenticio es una de las primeras formas de formas de relación con el mundo externo puesto que la madre aún no es objeto amado, sino que es una dependencia infantil; para el recién nacido, la madre es alimento.

2.3.1 Organización oroalimenticia.

Sobre este rubro, “el automatismo oroalimenticio de succión y deglución aparecen muy tempranamente. Los movimientos de succión labial, provocados al tocar con dedos existe ya desde el nacimiento” (Ajuriaguerra; 1973: 178).

En este sentido, el reflejo de oroalimenticio se presenta primitivamente y con ciertas orientaciones a una fuente de excitación. Esta reacción oral aparece unificada a las primeras formas de relación con el mundo exterior por medio de la madre, y aunque ella no es distinguida por el infante como un ser amado, es percibida y necesitada como fuente de satisfacción de necesidades; la madre es igual a alimento.

De acuerdo con lo mencionado por Ajuriaguerra (1973), dar alimento a un lactante no solo implica el acto de satisfacer sus necesidades nutrimentales. No es únicamente el acto de nutrición y proveer el alimento, es la entrega de la madre hacia

su hijo, es la actitud en la que se muestra y de esta forma, su cariño y atención satisfacen necesidades emocionales de la criatura.

En los niños, los hábitos orales incluyen chuparse el dedo pulgar cuando son retirados de una manera precoz del pecho o el biberón, las acciones de succión son las actividades motrices orales más importantes, ya que chupar el pulgar está relacionado con el hambre.

2.3.2 Alteraciones en la esfera oroalimenticia

De acuerdo con lo mencionado por Ajuriaguerra (1973), se distinguen tres tipos de alteraciones oroalimenticias, que se presentan de acuerdo con la edad, las cuales se mencionan a continuación:

La anorexia esencial precoz, que se considera poco común y aparece en las primeras semanas o en el primer día de vida. Se da en niños con poco peso, nerviosos y muy despiertos. Al inicio muestran una pasividad ante la comida y pasados algunos meses, se muestran reacios a comer.

De acuerdo con el comportamiento del infante en su primer semestre de vida, se presentan dos subtipos de anorexia de acuerdo con el comportamiento ante la comida.

- Inerte: es cuando el niño deja de comer, no tiene iniciativa e incluso llegar a vomitar la poca comida que haya ingerido.
- De oposición: reacciona ante la comida con chillidos, agitaciones, intensa rotación tónica; la rechaza intensamente y vomita.

A continuación, Ajuriaguerra (1973) cita a Kreisler para distinguir dos tipos de anorexia durante el segundo semestre de vida del infante.

- Simple: semejante a la reacción del destete o cambio de alimentación; como consecuencia del empeño por la madre a imponerse, el niño reacciona oponiéndose.
- Compleja: es en la cual la comida no es de interés para el infante, por lo que existe una resistencia a probar alimentos.

La anorexia de la segunda infancia, por otra parte, es más frecuente que la esencial precoz, aparece en la primera infancia, puede originarse en niños que en su primer año de vida se alimentan con normalidad y se da un rechazo posterior; los mecanismos de rechazo son causados tras cierta ritualización de su comida en el ambiente familiar o por ser una forma caprichosa de elegir la propia comida.

En lo que respecta a la anorexia mental esencial de los adolescentes, suele producirse hacia la pubertad, en jóvenes que se desenvuelven en un medio dominante y de altas exigencias. Los jóvenes reducen su comida por varias causas,

al principio en un nivel consciente, evitando lo que no les gusta o atendiendo a la cantidad, pueden hacerlo por quejas digestivas o como régimen para adelgazar.

La evolución de la anorexia es grave fisiológicamente y, es un importante punto de partida para elegir la conducta a seguir en cuanto a la comida en el futuro; en cuanto a lo anterior, mencionado por Ajuriaguerra (1973) es importante considerar que las conductas en un principio corresponden a un intento de establecer su personalidad, ante la rigidez, y en su mayoría obedecen a conflictos con la madre.

2.4 Perfil de la persona con trastornos de alimentación.

Aunque se pueden tener características en común, no todas las personas presentan los mismos síntomas, por lo que “la inanición aguda provocada por una dieta restrictiva genera cambios de personalidad y comportamientos aberrantes con la comida, igual a los que se observan en las personas con anorexia o bulimia nerviosa” (Costin: 2003: 69).

Cabe aclarar que solamente son características que permiten una predisposición al trastorno, por lo que existen factores individuales, así como familiares, que afectan a las personas que padecen el trastorno alimentario, los cuales se presentan a continuación.

- Problemas con la autonomía: esta dificultad la presentan jóvenes que viven muy pendientes de lo que las demás personas esperan de ellos, intentan cumplir los ideales de sus padres más que los de ellos mismos. Existe un sentimiento de obligación de ser siempre “adecuado”. La seguridad está puesta exclusivamente en el exterior, en cumplir con lo que se supone que se espera de uno, en adecuarse a la imagen que otros puedan tener, más que a la propia. Son personas muy inseguras, ya que intentan adecuarse a las expectativas de los otros y terminan teniendo un sentimiento de insatisfacción personal.
- Déficit en la autoestima: generalmente, la sensación de baja autoestima nace de juzgarse a sí misma desde lo que los demás consideran valioso, o bien, califican como algo positivo o agradable. Por lo tanto, la persona hará que el peso y la figura cobren esencial importancia para lograr elevar la autoestima.
- Camino a la perfección y el autocontrol: los jóvenes con trastornos alimenticios tienden al perfeccionismo, ya que tienen sentimientos de ineficiencia que los hace muy exigentes y controladores en todos los aspectos de su vida, sobre todo con sus cuerpos, esto suele ser más dañino, ya que por esto sufren al no poder lograr nunca ese dominio por el cual han luchado siempre.
- Miedo a madurar: los trastornos de alimentación se desarrollan por lo general, en el periodo que va desde la pubertad, pasando por la adolescencia hasta la juventud. Debido a que es un periodo de muchos cambios a nivel físico, sexual, emocional y social. Es por eso que los

jóvenes tienden a sentirse poco hábiles para convivir con los otros, de modo que experimentan temor a crecer y manejar la independencia que esos cambios implican.

2.5 Causas del trastorno alimenticio

Existen rasgos de personalidad que suponen cierta tendencia a crear más fácilmente en un entorno de alimentación, pero dichos aspectos por si mismos no causan o producen el padecimiento, es la combinación de múltiples factores lo que darán lugar a ello.

Costin (2003), menciona que existen factores predisponentes, los cuales se refieren a los socioculturales, familiares e individuales; en conjunto contribuyen para que se den los trastornos alimenticios.

Es así que tanto la familia como la sociedad, son parte fundamental de la vida del ser humano, porque influyen en las decisiones que este toma, como la elección de rechazar o no la comida, al tener la capacidad de cambiar la forma del cuerpo, así como su tamaño.

2.5.1 Factores predisponentes individuales

Estos componentes influyen en la conducta de comer de acuerdo con lo mencionado por Ogden (2005), quien describe que las teorías psicológicas hacen

énfasis en los factores predisponentes como el aprendizaje, conexiones psicológicas y fisiológicas de la persona, las creencias y actitudes, debido a que los alimentos representan aspectos de identidad del sujeto en términos de género, sexualidad, conflictos y autocontrol; asimismo, comunican amor y poder, además de tener distintos significados.

Se tiene que contemplar la comida como el medio a través del cual se comunica una gran serie de significados, como es transmitir el sentido del yo, como medio de comunicación entre los individuos o el establecimiento de una identidad cultural. Enseguida se describe a cada uno de ellos.

- El significado de la comida: Hunter (citado por Ogden; 2005) señala que la comida, además de ser un signo de prestigio, implica estatus y representa riqueza; es también un medio de comunicación y de relaciones interpersonales. Asimismo, describe que es un medio de placer y gratificación personal; una demostración de amistad, afecto, buena vecindad, comodidad y simpatía en momentos de tristeza y peligro.
- La comida como afirmación del yo: facilita la información sobre la identidad personal y actúa como una comunicación de necesidades y conflictos internos. El sentido del yo está íntimamente ligado a la identidad de género y la idea de ser.
- Comida y sexualidad: las explicaciones de la asociación entre la comida representan una vía para la satisfacción sexual. Existe semejanza biológica entre la comida y la sexualidad, debido a que en ambos casos se

da un impulso básico para la sobrevivencia; son placenteros e implican una vulnerabilidad, al violar los límites corporales normales.

- Comer frente a la negación: el alimento es un medio de conflictos intrapersonales. “La comida es una fuente de placer, pero con frecuencia no para las personas que tienen la responsabilidad principal de facilitarla. Las mujeres por lo general tienen el control de la comida, pero al mismo tiempo, se niegan a sí mismas el placer de comer”. (Ogden; 2005: 70).
- Culpabilidad frente a placer: después de haber comido placenteramente se genera un sentimiento de culpabilidad por la vergüenza, desesperación y perversidad. En consecuencia, la comida es foro para los conflictos entre la culpa y el placer.
- La comida y el autocontrol: de acuerdo con lo mencionado por Ogden “la comida comunica aspectos del yo, en relación con la sexualidad, los conflictos entre culpabilidad y el placer, el comer y la negación, y es una declaración del autocontrol” (2005; 73).
- La comida como interacción social: la comida constituye un instrumento de comunicación, ya que es el único lugar en el cual la familia se reúne y se convierte en el espacio para poner en común lo que se ha vivido durante los días; asimismo, los tipos de alimentos que se toman y la forma de cocinarlos, pueden crear un sentido de identidad de grupo.
- La comida como amor: De acuerdo con Ogden (2005), con frecuencia, los alimentos dulces se utilizan para tranquilizar a los niños y mantener una armonía familiar, ya que son signos de amor familiar y de la determinación de agradar y satisfacerse. Se afirma que las mujeres demuestran su amor

y preocupación a los hijos, esposos, amigos y otros seres estimados, en el momento de preparar los alimentos, por lo que se considera un acto de amor.

- Salud frente al placer: Ogden (2005) menciona que un alimento agradable y nutritivo es lo que todas las madres saben que necesitan sus hijos.
- Relaciones de poder: el reparto de la comida refleja las relaciones de poder y las divisiones sexuales dentro de la familia, en concreto, se otorgan las porciones mayores a los hombres, mientras que a las mujeres y niños se asignan las menores.
- La comida como identidad cultural: es una forma de comunicación que se produce en el contexto social más amplio, la comida puede interpretarse como información relativa de la identidad cultural.
- La comida como identidad religiosa: comer, preparar la comida y darla a los demás se convierte en un medio a través del cual puede comunicarse la santidad dentro de la familia.
- La comida como poder social: Las personas poderosas comen bien. Como menciona Ogden (2005), la comida es el símbolo primordial del valor social, pero también una muestra de poder social a través de las huelgas que se han realizado como rechazo hacia el alimento.

2.5.2 Factores predisponentes familiares

Según Rausch (1997), no es fácil realizar investigaciones sobre los factores familiares de mujeres bulímicas, ya que tienden a generar mucha tensión entre los

padres y las hijas; otros cuadros de dichos núcleos incluyen el que ambos padres son más exigentes, las madres son las que tienen más problemas relacionados con el control de las conductas de sus hijas, los padres muestran rigidez, autodisciplina excesivas y distancia emocional, exigen grandes expectativas de las madres hacia sus hijas, por lo que los padres presentan depresión, rigidez y ambos padres incrementan la rivalidad entre hermanos. Por lo que se obtiene un nivel alto de tensión familiar.

Desde otra perspectiva, Costin (2003) enfatiza que es difícil diferenciar cuáles son los factores característicos de las familias que tienden a presentar trastornos de alimentación en uno de sus miembros, aunque destaca algunas características que pueden dar origen a la presencia de un trastorno.

Tanto un autor como otro, al hablar de los factores predisponentes familiares, señalan la importancia de la comunicación entre sus miembros y las dificultades que conlleva el no llevarla a cabo de manera efectiva.

2.5.3 Factores socioculturales

Según Costin (2003), existen factores socioculturales predisponentes de los trastornos alimentarios, los cuales se describen a continuación:

Existe la presión social para ser delgada, ya que el contexto sociocultural premia la delgadez y tiene prejuicios contra la gordura. Por lo general, se piensa que el cuerpo ideal no es el sano, sino el bello.

En las últimas décadas, las mujeres se han dejado llevar por la moda, por lo tanto, consideran la delgadez y belleza como sinónimos de éxito, logros y felicidad, buscando así perder peso a costa de lo que sea, incluso su propia salud.

Respecto a la presión social para ser súper mujer, los estereotipos por parte de la sociedad y medios de comunicación establecen que una mujer tiene que ser delgada, saludable, sensual, hermosa, triunfadora y con un cuerpo perfecto. Por lo tanto, aquellas que no cumplen con todas estas expectativas, se sienten inseguras y poco valiosas. He aquí uno de los orígenes de las dietas.

A continuación se nombrarán algunos de los prejuicios en torno a la obesidad:

- Los obesos comen más.
- Los obesos tienen más problemas psicológicos.
- La obesidad está asociada con un incremento de la mortalidad.
- Para los obesos, los tratamientos con dietas prolongadas les producen satisfacción.

Para terminar con los factores socioculturales, en resumen, se puede tomar en cuenta lo siguiente:

- El contexto sociocultural premia la delgadez y tiene prejuicios contra la gordura.
- La sociedad comunica que el papel más importante de la mujer es ser atractiva físicamente.
- La delgadez es sinónimo de estatus social.

2.6 Percepción del cuerpo en el trastorno alimenticio

De acuerdo con Jarne y Talam (2000) la imagen corporal se define como la representación diagramática del propio cuerpo en la conciencia. Esta definición hace más referencia en los aspectos emocionales ligados a esta representación: los sentimientos y actitudes hacia el propio cuerpo.

Se perfilan así los dos aspectos que forman la imagen corporal: uno cognitivo, asociado a la percepción del propio cuerpo, y otro emocional, unido al sentimiento que ello provoca.

Los trastornos de alimentación se pueden presentar en mayor medida en todos los trastornos psicopatológicos. A pesar de ellos, su forma de representación es por episodio, espontánea y muy ligada a la enfermedad base.

De acuerdo con Ogden (2005) existen tres perspectivas dentro de la enfermedad, ligadas a la insatisfacción corporal, las cuales se mencionan a continuación:

- Imagen corporal deformada: hay una estimación alterada del tamaño corporal y una percepción de que el cuerpo es más voluminoso de lo que es en realidad.
- Discrepancia del ideal: existe inconformidad entre la percepción de la realidad y la del ideal, por lo cual dicha perspectiva no lleva a la comparación con el volumen real de la persona.
- Respuestas negativas del cuerpo: son los sentimientos y pensamientos negativos, la percepción que tiene el individuo de su propio cuerpo y su volumen real o la discrepancia entre la percepción de este y el ideal.

Por otro lado, existen factores mencionados por Ogden (2005) de tipo social, que influyen en la insatisfacción corporal, los cuales enseguida se explican.

- Los medios de comunicación: la insatisfacción corporal en la mayoría de las ocasiones es la respuesta en televisión, revistas o cine, ya que se intenta representar un mundo irreal, donde predomina la delgadez.
- La cultura: por su parte, ejerce influencia dependiendo de carácter étnico; investigaciones diversas han revelado que la cultura occidental se encuentra más vulnerable a padecer trastornos de alimentación, de igual forma, se afirma que es más frecuente diagnosticar estos padecimientos en la clase social media.

- La familia: se considera otro factor que influye en la satisfacción corporal, principalmente porque las madres insatisfechas con su imagen comunican esa sensación a sus hijas añadiendo a los factores predisponentes.

La insatisfacción corporal también es el resultado de la combinación de factores psicológicos, como las creencias, en las cuales aparecen temas como la competitividad, el valor del logro, el éxito material, el cumplir con expectativas, los padres y los estereotipos de belleza, feminidad y en sí, el papel de la mujer dentro de la sociedad contemporánea.

2.7 Factores que mantienen los trastornos alimenticios

Respecto a este punto, “la dieta es el factor perpetuante por excelencia” (Costin; 2003: 90), ya que el cuerpo se encuentra subalimentado, causa el malestar anímico y emocional, así como la falta de fuerzas en la persona, por ello se ve afectado el organismo y el estado de ánimo.

En este sentido, “el conocimiento de los efectos que provoca la mala alimentación, ya sea en el campo orgánico como en el anímico, ayuda a normalizar muchas de las causas que están pasando” (Costin; 2003: 90).

Una investigación en Minnesota en los años 40, ha servido para evidenciar algunos de los malestares anímicos y físicos que surgen durante el trastorno, como consecuencia de una dieta y un ayuno restrictivo:

- Los pensamientos son fatalistas y obsesivos, hay dificultad para concentrarse, para comprender y el estado de alerta se encuentra disminuido.
- Los problemas de tipo psicológico: son transformaciones anímicas, las cuales se pueden describir como un descenso general en el estado de ánimo y puede suceder que en ocasiones las personas llegan a estados depresivos graves.
- En el área social: es cuando las personas cuentan con conductas extrovertidas y sociales, pueden cambiar repentinamente a un estado de aislamiento y ensimismamiento, y ya no participar en las actividades grupales, y es por esto que presentan incomodidad al interactuar con otros.
- En lo que concierne a las transformaciones físicas que se destacan en un periodo de semiinanicion son: cefaleas, hipersensibilidad a la luz y ruidos, molestias gastrointestinales, calambres, pérdida de cabello, disminución de la tolerancia al frío, cambios cardiacos, interrupción de la menstruación, debilidad muscular, deshidratación, entre otros, lo que se considera en general la actividad física se ve afectada.

También en el tipo cognitivo, se pueden presentar dificultades en la concentración, en la comprensión y en el estado de alerta.

Con lo anterior, se puede concluir que resulta esencial afirmar que las prácticas ejercidas como las dietas, además de generar cambios y problemas físicos, pueden perpetuar un trastorno, debido a que la persona que lo presenta tiende a modificar además de su alimentación, otros hábitos y con el paso del tiempo, se acostumbra a dicha situación, haciendo cada vez más difícil establecer una rutina sana.

2.8 Trastornos mentales asociados a los trastornos de alimentación.

Los trastornos alimenticios son problemas multidimensionales, las presentaciones clínicas, son en la mayoría de los casos, complejas, los síntomas de varios cuadros se superponen, complicando las decisiones diagnosticadas y terapéuticas.

Existen algunas evidencias en algunas investigaciones, de que los trastornos alimenticios aparecen aunados a otro tipo de padecimientos. Esto, según sugieren Kirszman y Salgueiro (2002), puede estar relacionado con algunos neurotransmisores como es el caso de la serotonina, que se relaciona con la ansiedad, la irritabilidad, la violencia y variaciones de orden anímico.

Es de esta forma que dichas autoras emplean el término de comorbilidad para poder describir la aparición de uno o más trastornos simultáneamente. Dicho de esta manera, destacan que los pacientes con trastornos de alimentación, por lo general además padecen ansiedad, estrés o depresión.

- Trastornos alimenticios y esquizofrenia.

La presencia de alteraciones alimenticias en las psicosis esquizofrénicas es muy frecuente, el rechazo absoluto de alimentación que en ocasiones se observa en pacientes catatónicos, la falta de contacto existente con el medio ambiente que caracteriza este trastorno como negativa a ingerir alimentos.

Es por eso que de acuerdo con lo mencionado por Jarne y Talarn (2000). Es más visible la negativa por parte del paciente en el momento de ingerir algunos o todos los alimentos que se le ofrecen debido a la presencia de ideación delirante de envenenamiento y prejuicios.

- Trastornos de la alimentación en las depresiones.

De acuerdo con lo mencionado por Jarne y Talarn (2000) los trastornos de alimentación son por exceso o por defecto, como resultado de un fenómeno habitual, tanto es así que en la depresión mayor con melancolía, la pérdida ponderal junto con la presencia de anorexia, son síntomas que forman parte de los criterios de diagnóstico, es por ello que en la mayoría de los casos es notable una disminución de la ingesta, pero algunas veces se evidencia una ingesta excesiva.

Según Kirzman y Salgueiro (2002) los trastornos alimentarios se ubican en un terreno invaluable para el estudio del diagnóstico de la depresión, puesto que van

acompañados de cambios físicos y psicológicos, como resultados del ayuno excesivo, que se asemejan a la depresión.

Otros síntomas similares entre ambos padecimientos, incluyen baja de peso debido a la inanición, aunque por razones diferentes, en la depresión existe pérdida del apetito, mientras que en la anorexia no existe deseo de comer. En ambos trastornos existe un ánimo disfórico de autorreproche, tendencias obsesivas, aislamiento en relaciones interpersonales, pensamientos negativos e inseguridades al enfrentar problemas.

Una diferencia entre los padecimientos es que en pacientes con presencia de anorexia, los deseos de muerte e ideación suicida no aparecen, como en el caso de los pacientes depresivos.

Otra diferencia evidente entre los síntomas que pueden llegar a confundirse para el diagnóstico de un paciente con trastornos de alimentación y depresión es la acción: un anoréxico tiene un propósito y lo efectúa, se encuentra rodeado de significados referentes a la comida, mientras que un depresivo carece de todo propósito.

- Trastornos alimentación y manía.

De acuerdo con lo mencionado por Jarne y Talam (2000), en la fase aguda de la manía, los pacientes pasan durante un periodo largo de tiempo sin la necesidad

de alimentarse, o puede ser lo contrario: requieren de una gran cantidad de comida, aunque la ingesta sea normal y no se haga uso de ella. En otros casos, puede ser que coman poquito de aquí y otro de allá, sin terminar con ningún plato, como sucede en la mayoría de las actividades.

- Trastorno de la alimentación de las fobias.

Desde lo citado por Jarne y Talarn (2000) la persona, a partir de una experiencia traumática, puede desarrollar un cuadro fóbico en el que aparecen las conductas de evitación y la ansiedad anticipatoria. Cuando la fobia afecta a líquidos y sólidos, el paciente no acepta ningún tipo de alimento oral, lo cual puede desencadenar una situación de riesgo.

- Trastornos alimentarios en la ansiedad.

“El trastorno ansioso de presentación aguda, suele cursar con pérdida del apetito de moderada intensidad, mientras que en los de curso cronificado la pérdida, aunque moderada, es sostenida y puede llegar a tener repercusiones ponderales estimables.” (Jane y Talarn; 2000: 147).

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

- Trastornos alimentarios en el trastorno obsesivo – compulsivo.

Las personas que padecen de trastornos de la alimentación en este trastorno, comen lentamente, escogen sus alimentos muy meticulosamente. Existen ideas de contaminación y suciedad, lo cual puede modificar de manera significativa los hábitos alimentarios (Jane y Talarn; 2000).

2.9 Tratamiento de los trastornos alimentarios

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

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

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

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

Hay dos tipos de tratamiento: uno es ambulatorio, que se da en la mayoría de los casos y otro es la hospitalización, a la cual se recurre cuando la pérdida del peso corresponde de un 25 a un 30%.

Las indicaciones de hospitalización se pactan de acuerdo con las complicaciones médicas que existan en el paciente, se deben atender en las áreas médicas correspondientes, en algunos casos en medicina intensiva; estas

complicaciones pueden ser psíquicas o manifestarse como crisis en las relaciones familiares.

De acuerdo con la terapia, el primer objetivo para el profesional a cargo es establecer un plan terapéutico constituido por la familia, el escenario clínico y el mismo. El tratamiento es multimodal, ya sea en régimen de ingreso hospitalario, hospital de día o tratamiento ambulatorio.

El tratamiento ambulatorio, por otra parte, es aquel en el cual el paciente no permanece hospitalizado, ya que se limita la internación hasta donde lo permitan las circunstancias.

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

Ajuriaguerra (1973) señala que para el tratamiento de la anorexia y la bulimia nerviosa, algunos médicos emplean terapia electroconvulsiva en la fase inicial en la mayor parte de los casos, con el fin de minimizar la angustia y actuar en los mecanismos reguladores del hambre. El tratamiento finaliza en momentos diferentes para cada persona, el indicador para concluir es asegurarse de que el paciente esté participando y desenvolviéndose adecuadamente en la etapa de su vida en la que se encuentra

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

1. Restablecer las pautas nutricionales normales.

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

3. Normalización del estado mental.
 - Mejorar el estado de ánimo.
 - Tratar posibles trastornos de la personalidad.
 - Evitar abusos de sustancias.
 - Corregir el estilo cognitivo erróneo.

4. Restablecer las relaciones familiares adecuadas.
 - Aumentar la participación.
 - Incrementar la comunicación.
 - Restablecer las pautas y roles.
 - Escapar de los sentimientos de fracaso.

5. Corregir las pautas de interacción social alteradas.

- Aceptar el trastorno.
- Afrontar los fracasos.
- Aceptar la responsabilidad.
- Vencer la impotencia.
- No buscar marcos sociales denigrantes.

Todo ello como parte del modelo cognitivo-conductual.

Como se pudo apreciar, los trastornos alimentarios presentan una abundante variedad de tipos, si bien, para la presente indagación, los que se consideraron más a detalle fueron la anorexia y la bulimia.

De esta manera finaliza el marco teórico. Por otra parte, en las páginas que restan, se explica el plan metodológico que se siguió y los resultados obtenidos mediante el correspondiente procesamiento estadístico.

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

El presente capítulo se expondrá en dos partes. En la primera se presentará la descripción metodológica del estudio; en la segunda se expondrán los resultados obtenidos en la investigación de campo y se efectuará un análisis de interpretación de resultados.

3.1 Descripción metodológica

En el campo de la investigación científica han existido dos grandes enfoques: el cualitativo y cuantitativo, si bien ambos son diferentes, comparten ciertas características Según Hernández y cols. (2014):

1. Llevan a cabo la observación y evaluación de fenómenos.
2. Establecen suposiciones o ideas como consecuencia de la observación y evaluación realizadas.
3. Demuestran el grado en que las suposiciones o ideas tienen fundamento.

Enseguida se explica la orientación metodológica que se siguió y sus particularidades principales.

3.1.1 Enfoque cuantitativo

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

- Refleja la necesidad de medir y estimar magnitudes de los fenómenos o problemas de investigación.
- El investigador plantea un problema de estudios delimitados y concretos sobre el fenómeno, aunque en evolución.
- Una vez definido el problema de estudio, el investigador considera lo que se ha investigado anteriormente y construye un marco teórico.
- Del marco teórico se deriva una o varias hipótesis y las somete a prueba mediante el empleo de los diseños de investigación apropiados.
- Al apoyar las hipótesis, se genera confianza en la teoría que las sustentan, si no es así, se rechazan las hipótesis y, eventualmente, la teoría.
- La recolección de los datos se fundamentan en la medición al llevar a cabo al utilizar procedimientos estandarizados y aceptados por una comunidad.
- Debido a que los datos son producto de mediciones, se representan mediante números y se deben analizar con métodos estadísticos.

- Los estudios cuantitativos siguen un patrón predecible y estructurado y se debe tener presente que las daciones críticas sobre el método se toman antes de recolectar los datos.

3.3.2 Investigación no experimental

El diseño experimental se caracteriza porque manipula deliberadamente las variables con la necesidad de obtener la información que se requiere.

En el caso de la presente investigación, se escogió un diseño no experimental, ya que haciendo referencia a Hernández y cols. (2014), es un estudio que se realiza sin manipular las variables, es decir, se observan los fenómenos en su ambiente natural para posteriormente poder analizarlos.

Dentro de los estudios no experimentales se observan situaciones o contextos ya existentes, y no ocurre la manipulación de variables, ya que no se controlan ni se influye sobre las mismas.

A través de primeras observaciones de un fenómeno, se pueden comenzar a generar hipótesis y objetivos, para construir investigaciones de tipo no experimental.

3.1.3 Diseño transversal

Los diseños de investigación transeccional o transversal recolectan datos en un solo momento, en un tiempo determinado, porque su propósito es describir variables y analizar la incidencia o interrelación en un momento único.

Se puede decir que en los diseños transeccionales se da un corte en el tiempo, donde se explora cómo afecta una variable a determinada población o grupo, a diferencia de los estudios longitudinales, donde durante un lapso prolongado se estudia un fenómeno para examinar sus cambios.

En la presente investigación se realizó la medición de las variables en un solo momento, por lo cual se puede caracterizar como estudio transversal.

3.1.4 Alcance correlacional

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

Estas conexiones entre variables se sustentan a través de hipótesis, las cuales son sometidas a prueba.

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

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

3.1.5 Técnicas de recolección de datos

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

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

La presente investigación utilizó técnicas estandarizadas para la recolección de los datos. Los tests psicométricos son técnicas estandarizadas basadas en investigaciones estadísticas, que garantizan la confiabilidad y la validez en la medición.

La utilización de los recursos mencionados obedece a varias razones:

- Tiempo.
- Facilidad.
- Confiabilidad.
- Utilidad.

La confiabilidad garantiza que mide un fenómeno estable a través del tiempo y no un factor temporal o de momento.

La validez garantiza que se mide efectivamente lo que se pretende medir y no una característica distinta.

La estandarización garantiza que la medición se da en función de un parámetro similar y no con base en criterios arbitrarios

La primera prueba, de Stanley Coopersmith, está dividida en escalas de autoestima general, autoestima social, autoestima escolar – académica, autoestima familiar y una escala de mentira. Su aplicación puede ser de manera grupal o individual (Brinkmann y cols.; 1989).

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

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

La segunda subescala es la de autoestima social, está compuesta por 8 reactivos asociados a la preocupación acerca de las ideas que las demás personas manifiestan acerca del sujeto que contesta el test.

La siguiente subescala es la referente a la autoestima escolar – académica y consta de 8 reactivos. Dicha subescala describe la forma en la que el adolescente se percibe en función del rendimiento que tiene en el área educativa.

La cuarta subescala identifica la autoestima familiar, consta de 8 reactivos que permiten identificar la imagen que tiene el sujeto de sí mismo en relación con el hogar.

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

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

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

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

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

- Ascetismo.
- Impulsividad.
- Inseguridad social.

3.2 Delimitación y descripción de la población

La población es el conjunto de elementos, individuos o entes sujetos a estudio y de los cuales se quiere obtener un resultado (Hernández y cols.; 2014).

El nivel de estudios en el que se encuentran los jóvenes es medio, porque se encuentran cursando la secundaria, la edad varia de los 12 años a los 15, la secundaria cuenta con un total de 74 alumnos, de los cuales 44 son mujeres y 30 son hombres, que se encuentran en un nivel socioeconómico medio, la secundaria cuenta solo con un turno que es el matutino.

En la mayoría de las investigaciones, se establece una muestra para economizar tiempo y recursos. No obstante, en este trabajo no hubo necesidad, ya que el tamaño de la población permitió considerar a todos los sujetos de este escenario.

3.3 Descripción del proceso de investigación

El presente apartado que se realiza una pequeña explicación de cómo se realizó la investigación el proceso que se requirió de manera general con base en información teórica acerca del tema de investigación, la relación entre el nivel de autoestima y la existencia de trastorno alimentarios .

Una vez establecido el tema se realizó la recaudación de información para formar los antecedentes, se definió un objetivo general y 6 objetivos particulares, las hipótesis y la justificación, los cuales pueden observarse al inicio de esta investigación.

Como segundo paso se realizaron dos capítulos teóricos de los cuales el primero pertenece a la variable autoestima, que se dividió en 7 apartados; en segundo lugar, el de la variable indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios, el cual se integra por 9 partes.

A continuación, con información sólida sobre el tema, se realizó un tercer capítulo de metodología e análisis de resultados para el cual se requirió de instrumentos estandarizados y confiables para comprobar las variables estudiadas, en este caso se utilizó el test psicométrico denominado Inventario de Autoestima, del autor Stanley Coopersmith y el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI 2) del autor David M. Garner.

Con todo lo anterior, el siguiente paso en la investigación fue definir el lugar y la población a ser investigada, además de justificar el motivo por el cual se eligió dicho lugar para llevar a cabo la presente indagación.

Posteriormente se aplicaron los instrumentos anteriormente mencionados y se comparó la información obtenida de los mismos. Dicha información se encuentra graficada a detalle en los anexos 1, 2, 3, 4 y 5 del presente trabajo. Por último, con análisis de los resultados obtenidos de las pruebas, se estructuraron conclusiones.

3.4 Análisis e interpretación de resultados.

En el presente apartado expondrán los hallazgos obtenidos en el presente estudio. Se describirán organizados en tres categorías: en primer lugar se presentarán los datos referidos a la variable denominada autoestima; enseguida se hará mención a las mediciones obtenidas de la población en lo que se refiere los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios; finalmente, la tercera categoría estará referida a la relación estadística entre las variables.

3.4.1 Autoestima.

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

Respecto a los resultados obtenidos a partir de la aplicación de la prueba Inventario de Autoestima de Coopersmith, se muestran 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 el promedio de un total de datos obtenidos a través de una medición, es decir, es el valor

característico de una serie de datos cuantitativos y se obtiene a partir de la suma de todos los valores, dividida entre el número de sumandos (Hernández y cols.; 2014).

En el presente estudio también se obtuvo la mediana, que representa el valor de la variable de posición central en un conjunto de datos ordenados. Este valor fue de 46.

De acuerdo con estos mismos autores, la moda es el valor con mayor frecuencia en una distribución de datos. En cuanto a esta escala, la moda fue de 48.

Por otra parte, se obtuvo el valor de una medida de dispersión: la desviación estándar, la cual es la raíz cuadrada de la varianza de la variable. El valor obtenido en la escala de autoestima general es de 7.79.

Asimismo, se obtuvo el puntaje de la subescala de autoestima social, encontrando una media de 44, una mediana de 44 y una moda representativa de 39. La desviación estándar fue de 8.17.

De igual forma, en la escala de autoestima escolar se encontró una media de 52, una mediana de 57 y una moda de 57. La desviación estándar fue de 18.

También se encontró, en la escala de autoestima en el hogar, una media de 45, una mediana de 47 y una moda de 43. La desviación estándar fue de 8.89.

Finalmente, se obtuvo el puntaje de autoestima total, encontrándose una media de 43, una mediana de 44, una moda de 38 y una desviación estándar de 8.4

En el anexo 1 se pueden observar los datos gráficamente los resultados de la media aritmética de cada una de las subescalas mencionadas anteriormente.

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

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

En la escala de autoestima general, el 28% de los sujetos se ubica por debajo de T 40; en la subescala de autoestima social, el porcentaje es de 43%; mientras que en la de autoestima escolar es de 14%; en la de autoestima en el hogar, es del 27%; finalmente, el porcentaje de sujetos con nivel bajo de autoestima total es de 39%. Estos resultados se aprecian de manera gráfica en el anexo 2.

Los resultados mencionados anteriormente, muestran que se debe poner especial atención en lo que concierne a la autoestima social y autoestima total, dado

que sus porcentajes rebasan el 30%. Conviene, ante este panorama, ahondar en la problemática de los sujetos que resultaron con puntajes altos, para establecer un diagnóstico más completo y tomar las medidas pertinentes.

3.4.2 Indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios

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

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

- 1) En la escala de obsesión por la delgadez se obtuvo una media de 59, una mediana de 58, una moda de 58 y una desviación estándar de 22.
- 2) Asimismo, en la escala de bulimia se logró una media de 64, una mediana de 57, una moda de 47 y una desviación estándar de 20.

- 3) Igualmente, en la escala de insatisfacción corporal se estableció una media de 57, una mediana de 57, una moda de 57 y una desviación estándar de 21.
- 4) Al igual, en la escala de ineficacia se cuantificó una media de 65, una mediana de 62, una moda de 55 y una desviación estándar de 21.
- 5) Asimismo, se calcularon los resultados en la escala de perfeccionismo, en los cuales se obtuvo una media de 63, una mediana de 69, una moda de 76 y una desviación estándar de 26.
- 6) En la escala de desconfianza interpersonal se obtuvo una media de 71, una mediana de 75, una moda de 66 y una desviación estándar de 22.
- 7) De igual manera, en la escala de conciencia introceptiva se determinó una media de 65, una mediana de 68, una moda de 66 y una desviación estándar de 25.
- 8) En la escala de miedo a la madurez se estableció una media de 79, una mediana de 92, una moda de 94 y una desviación estándar de 24.
- 9) En la escala de ascetismo se calculó una media de 36, una mediana de 32, una moda de 9 y una desviación estándar de 26.
- 10) En la escala de impulsividad se cuantificó una media de 69, una mediana de 79, una moda de 83 y una desviación estándar de 25.
- 11) Finalmente, en la escala de inseguridad social se logró una media de 83, una mediana de 88, una moda de 94 y una desviación estándar de 18.

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

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

En la escala de obsesión por la delgadez, el 35% de sujetos se encuentra por encima del percentil 70; en la escala de bulimia, el porcentaje fue de 35%; en la de insatisfacción corporal, 23%; en la de ineficacia, 35%; en la de perfeccionismo, 46%; en la correspondiente a la desconfianza interpersonal, 54%; en la de conciencia introceptiva, 47%; respecto a la de miedo a la madurez, se obtuvo un 77%; en la de ascetismo, un 16%; en la de impulsividad, 62% y finalmente, en la de inseguridad social, 77%. 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 población, se encuentran en niveles ligeramente altos en términos generales, sin embargo, hay algunos indicadores en los que resulta preocupante el porcentaje de casos que presentan puntajes altos, particularmente en las escalas de inseguridad social y miedo a la madurez.

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

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

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

Entre el nivel de autoestima y la escala de obsesión por la delgadez existe un coeficiente de correlación de 0.01 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre estos atributos existe una ausencia de correlación, de acuerdo con la clasificación que plantean Hernández y cols. (2014).

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

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.00, lo que significa que entre la autoestima y la obsesión por la delgadez es de 0%, por lo que no existe relación.

Por otra parte, entre el nivel de autoestima y la escala de bulimia existe un coeficiente de correlación de -0.13 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto indica que entre la autoestima y la escala mencionada, existe una correlación negativa débil.

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

En cuanto al nivel de autoestima y la escala de insatisfacción corporal, existe un coeficiente de correlación de -0.16 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto denota que entre estas variables existe una correlación negativa débil.

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

En cuanto al nivel de autoestima y la escala de ineficacia, existe un coeficiente de correlación de -0.25 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto permite afirmar que entre la autoestima y tal escala, existe una correlación negativa débil.

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

En cuanto al nivel de autoestima y la escala de perfeccionismo, existe un coeficiente de correlación de -0.10 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson, lo cual significa que entre estas particularidades existe una correlación negativa débil.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.03, lo que significa que entre la autoestima y la escala de perfeccionismo hay una relación del 3%.

En cuanto al nivel de autoestima y la escala de desconfianza interpersonal existe un coeficiente de correlación de -0.46 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto conduce a expresar que entre la autoestima y la escala referida, existe una correlación negativa.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.22, lo que significa que entre la autoestima y la escala de desconfianza interpersonal hay una relación del 22%.

En cuanto al nivel de autoestima y la escala de conciencia introceptiva, existe un coeficiente de correlación de -0.21 a partir de la prueba “r” de Pearson. Esto implica que entre la autoestima y la escala en cuestión, existe una correlación negativa.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.04, lo que significa que entre la autoestima y la escala de conciencia introceptiva hay una relación del 4%

En cuanto al nivel de autoestima y la escala de miedo a la madurez, existe un coeficiente de correlación de 0.17 obtenido con la prueba “r” de Pearson, lo cual denota que entre dichas variables existe una correlación positiva.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.03, lo que significa que entre la autoestima y la escala de miedo a la madurez hay una relación del 3%.

En cuanto al nivel de autoestima y la escala de ascetismo, existe un coeficiente de correlación de -0.12 obtenido con la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre tales variables 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 ascetismo hay una relación del 1%.

En cuanto al nivel de autoestima y la escala de impulsividad, se cuantificó un coeficiente de correlación de 0.02 con base en la prueba “r” de Pearson. Esto representa que entre la autoestima y la escala citada, no existe una correlación.

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

Finalmente, en cuanto al nivel de autoestima y la escala de inseguridad social, se calculó un coeficiente de correlación de -0.30 según la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre estas variables existe una correlación negativa débil.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.09, lo que significa que entre la autoestima y la escala de inseguridad social hay una relación de 9%.

Es importante señalar que para considerar una relación significativa entre dos variables, el porcentaje de relación debe ser al menos del 10% (Hernández y cols.; 2014).

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

En función de lo anterior, se puede afirmar que el nivel de autoestima se relaciona de forma significativa, únicamente con la escala de desconfianza interpersonal.

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

En función de los resultados presentados, se confirma la hipótesis de trabajo, la cual afirma que existe una relación significativa entre los desórdenes alimentarios y la autoestima de los alumnos de secundaria del Instituto Tancítaro, únicamente para el caso de la desconfianza interpersonal.

Asimismo, se corrobora la hipótesis nula, que afirma que no existe una relación significativa entre los desórdenes alimentarios y la autoestima de los alumnos de secundaria del Instituto Tancitaro, para el resto de las escalas.

CONCLUSIONES

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

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

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

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

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

Es importante observar que la hipótesis de trabajo se corroboró en el caso de la relación entre el nivel de autoestima y la escala de desconfianza interpersonal.

Por su parte, la hipótesis nula se corroboró merced a los resultados obtenidos en los casos de la relación entre la escala de autoestima y el resto de las escalas de la prueba EDI 2.

Es necesario enfatizar que los resultados son aplicables únicamente a la población de los alumnos del Instituto Tancítaro sección secundaria. Es decir, no se pueden generalizar a estudiantes de un nivel educativo similar.

Es importante subrayar que como hallazgos significativos, se encontró que el 39% de la población investigada, obtuvo puntajes preocupantes en el fenómeno de autoestima general y un 43% en la autoestima social. En el caso de la segunda variable, aparecen porcentajes altos en las escalas de perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva, miedo a la madurez, impulsividad e inseguridad social.

La investigación efectuada posee valor en el ámbito de la disciplina psicológica, ya que conduce a resultados en un contexto en el cual no se había

realizado ninguna investigación en esta línea. Por lo anterior se asume que ofrecerá información relevante para futuras investigaciones que se efectúen en este contexto.

BIBLIOGRAFÍA

- Alcántara, José Antonio. (1990)
Cómo educar la autoestima.
Ediciones CEAC, S.A. Barcelona, España.
- Ajuriaguera, J. (1973)
Manual de psiquiatría infantil.
Editorial Masson. Barcelona.
- American Psychiatric Association. (APA). (2002)
DSM IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.
Editorial Masson. Barcelona.
- Branden, Nathaniel. (2008)
La psicología de la autoestima.
Editorial Paidós Mexicana. Distrito Federal, México.
- Branden, Nathaniel. (2010)
La autoestima de la mujer.
Editorial Paidós Mexicana. Distrito Federal, México.
- Branden, Nathaniel. (2011)
Los seis pilares de autoestima.
Editorial Paidós Mexicana. Distrito Federal, México.
- Carrión López, Salvador. (2007)
Autoestima y desarrollo personal con PNL.
Ediciones Obelisco. Barcelona, España.
- Castillo S., María Dolores; León E., María Teresa. (2005)
Trastornos del comportamiento alimentario: anorexia y bulimia nerviosa.
Editorial Formación Alcalá, S.L. España
- Costin, Carolyn. (2003)
Anorexia, bulimia y otros trastornos de la alimentación: diagnóstico, tratamiento y
prevención de los trastornos alimentarios.
Editorial Diana. México.
- Crozier, Ray W. (2001)
Diferencias individuales en el aprendizaje.
Editorial NARCEA, S.A. de Ediciones. Madrid, España.
- Euroméxico. (2005)
¡Auxilio! ¿Qué hago con mis hijos...o con mis alumnos?
Editorial Euroméxico. México.

- Garner, David M. (1998)
Inventario de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2).
TEA Ediciones. Madrid.
- González-Arratia López Fuentes, Norma Ivonne (2001)
Autoestima: medición y estrategias de intervención a través de una experiencia en la
reconstrucción del ser
Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca, México.
- Hernández Sampieri, Roberto; Fernández-Collado, Carlos; Baptista Lucio, Pilar.
(2014).
Metodología de la investigación.
Editorial McGraw-Hill. México.
- Jarne, Adolfo; Talarn, Antoni. (2000)
Manual de psicopatología clínica.
Editorial Paidós Ibérica. Buenos Aires.
- Jiménez H., Manuel. (1997)
Psicopatología infantil.
Editorial Aljibe. Granada.
- Kirszman, Diana; Salgueiro, María del Carmen. (2002)
El enemigo en el espejo.
Ediciones TEA. México.
- Lamb, Charles W.; Hair, Joseph F. Jr.; McDaniel, Karl. (2011)
Marketing.
Editorial Edamsa. México.
- Mankeliunas, Mateo. (2003)
Psicología de la motivación.
Cuadernos de la Facultad de Comunicación Social. Bogotá, Colombia.
- Marchant O., Teresa; Haeussler P. de A., Isabel Margarita; Torretti Hoppe, Alejandra.
(2005)
TAE: batería de tests de autoestima escolar
Ediciones Universidad Católica de Chile, Santiago.
- Ogden, Jane. (2005)
Psicología de la alimentación.
Ediciones Morata. España.
- Rausch Herscovici, Cecile. (1996)
La esclavitud de las dietas.
Editorial Paidós. Argentina.

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

MESOGRAFÍA

Brinkmann, H.; Segure, T.; Solar, M.I. (1989)
“Inventario de autoestima de Coopersmith, concepto de confiabilidad y validez”.
Revista Chilena de Psicología.
http://www2.udec.cl/~hbrinkma/articulo_coopersmith.pdf

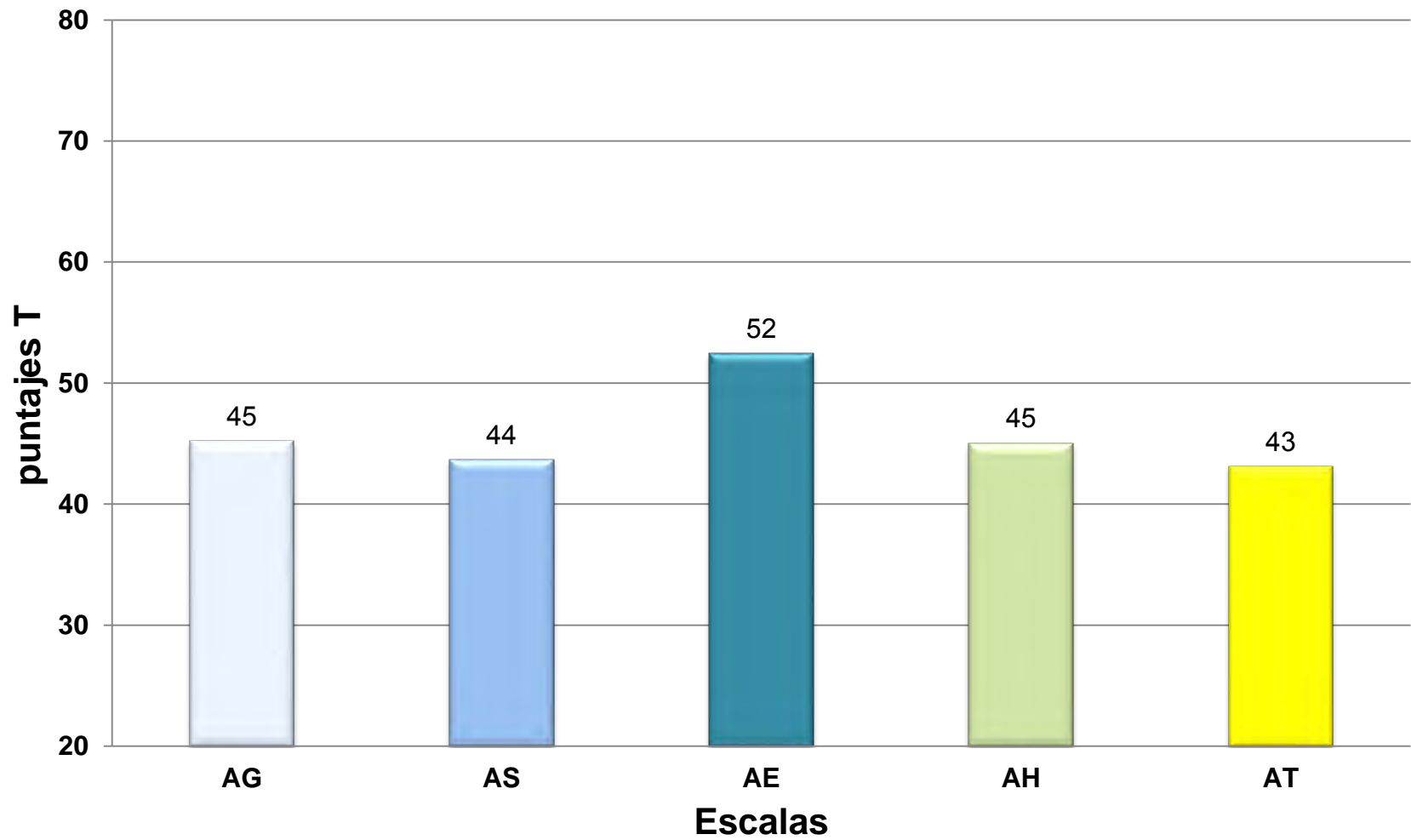
Cetraro, Paola. (2011)
“Trastornos de alimentación, Imagen corporal y Autoestima en adolescentes”
Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad Abierta Interamericana. Sede
Regional Rosario, Argentina.
<http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC111817.pdf>

Real Academia Española. (2015)
“Definición de autoestima”
Diccionario de la Lengua Española.
<http://lema.rae.es/drae/?val=autoestima>

Sin Autor. (2009)
“Escala de autoestima de Rosenberg – RSES”
The Rosenberg Self-Esteem Scale Translation and Validation in University Students.
<http://sicolog.com/?a=1669>.

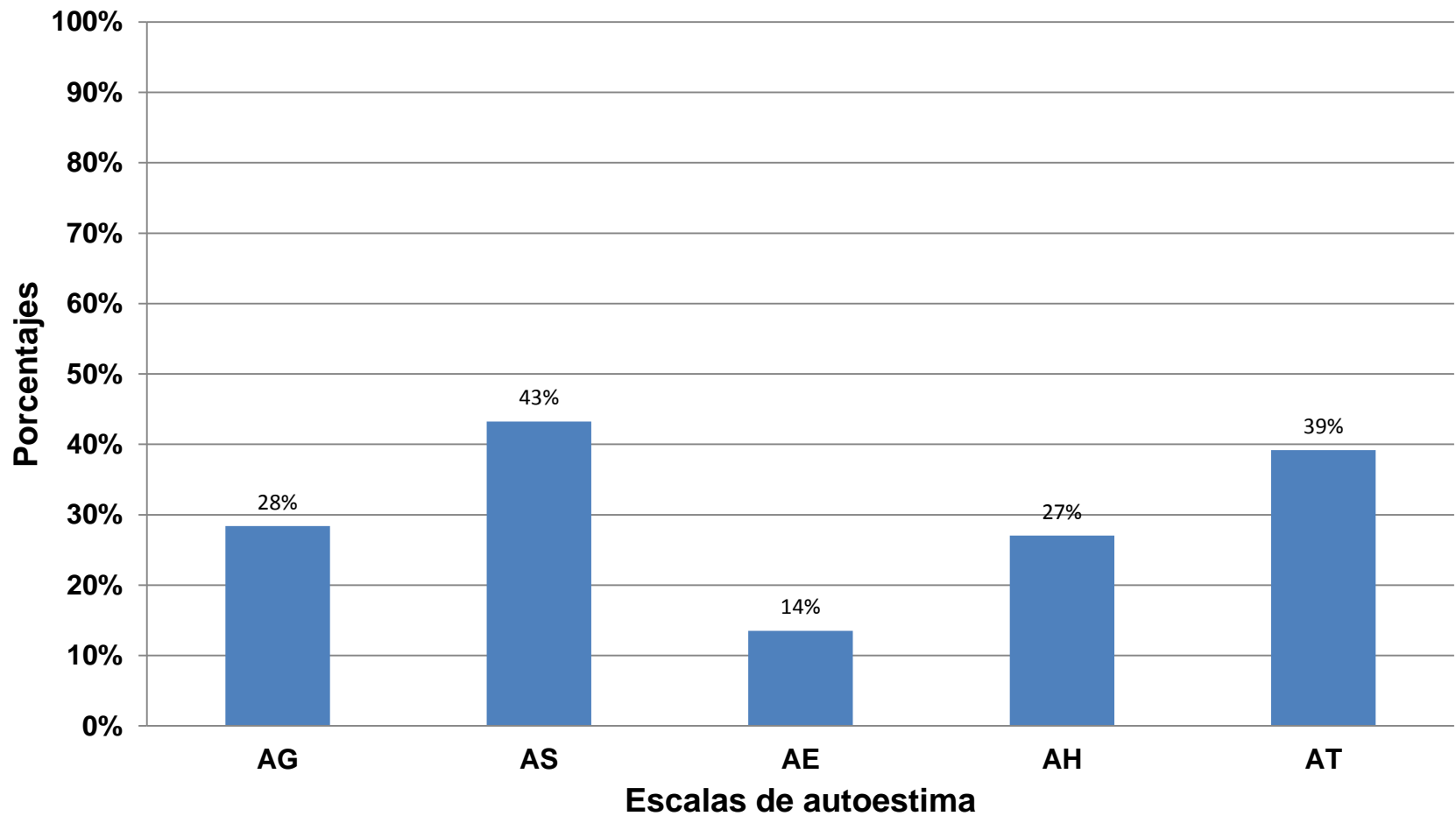
Sin autor (2004)
Guía de salud del Gobierno Federal
Centro nacional de Equidad y Género y Salud Reproductiva
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/guiatrastornos.pdf>

ANEXO 1
Media aritmética de las escalas de autoestima



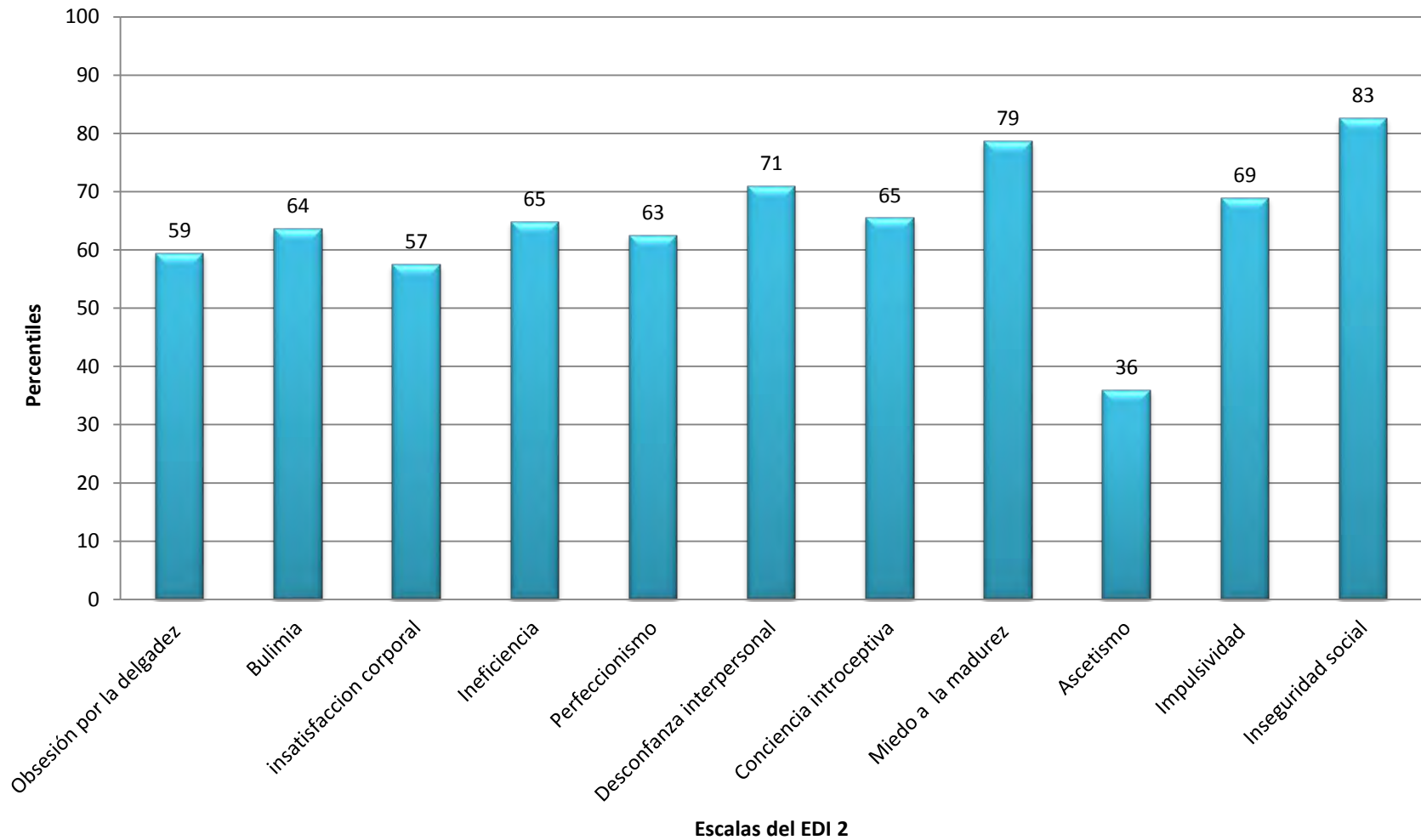
ANEXO 2

Porcentajes de sujetos con puntajes preocupantes en las escalas de autoestima



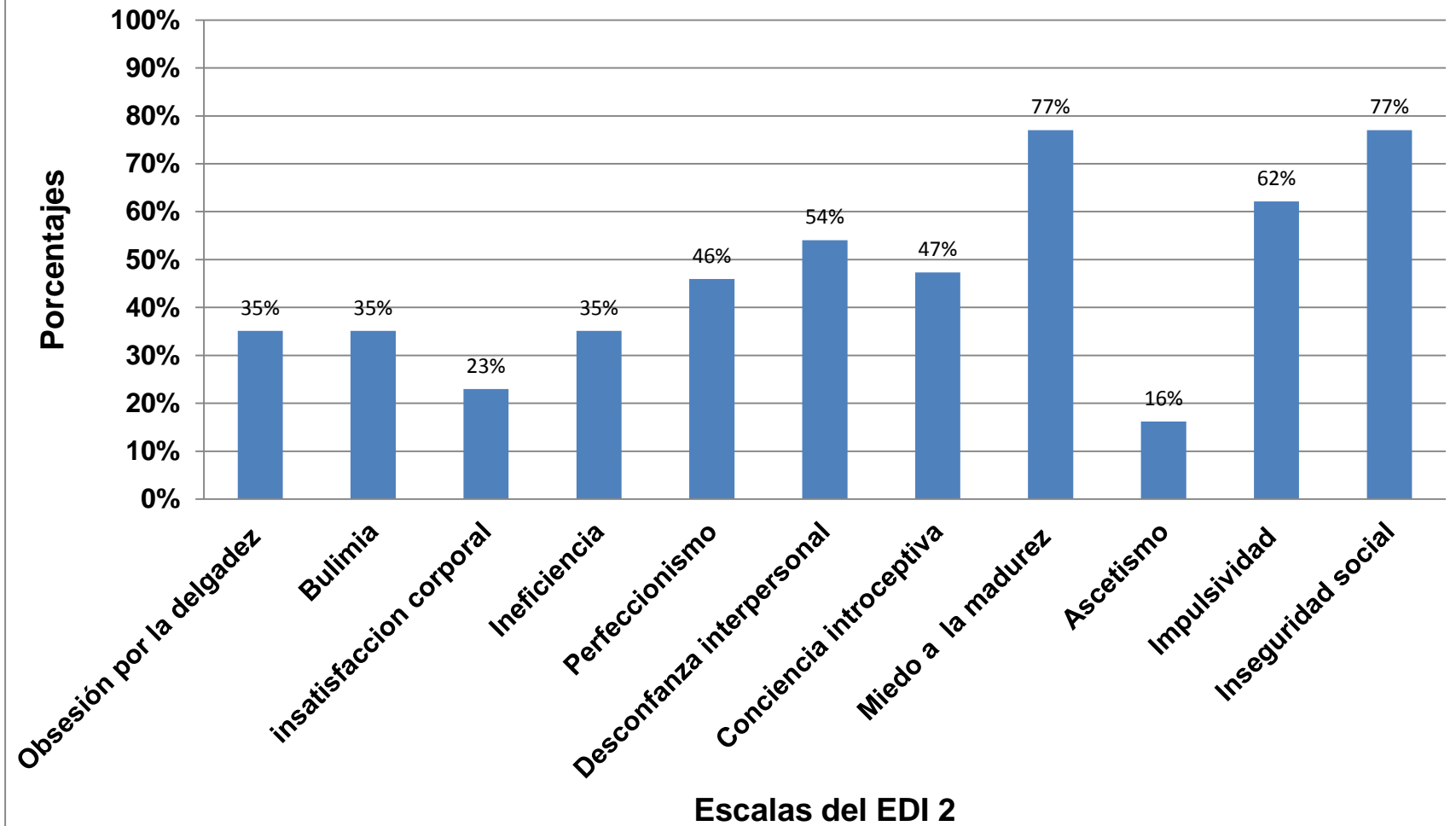
ANEXO 3

Media aritmética de las escalas de autoestima



ANEXO 4

Porcentajes de sujetos con puntajes altos en el EDI 2



ANEXO 5

Coeficientes de correlación entre la autoestima y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios

