



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

UNIVERSIDAD DON VASCO, A.C.

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

Escuela de Psicología

**NIVEL DE AUTOESTIMA Y TRASTORNOS ALIMENTARIOS
PRESENTES EN ADOLESCENTES DE SECUNDARIA, DE LA CIUDAD
DE LÁZARO CÁRDENAS, MICHOACÁN**

Tesis

para obtener el título de:

Licenciada en Psicología

Cristina Del Río Barragán

Asesora: Lic. Gisela Mayanín Tafolla Torres

Uruapan, Michoacán. 13 de enero de 2017.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

Introducción.

Antecedentes	1
Planteamiento del problema	5
Objetivos	6
Hipótesis	8
Operacionalización de las variables	8
Justificación	9
Marco de Referencia	10

Capítulo 1. Autoestima.

1.1 Conceptualización de la autoestima	13
1.2 Diferencias entre autoconcepto y autoestima	15
1.3 Origen y desarrollo de la autoestima	17
1.4 Componentes de la autoestima	26
1.5 Pilares de la autoestima	30

Capítulo 2. Trastornos alimentarios.

2.1 Antecedentes históricos de la alimentación.	38
2.2 Definición y características clínicas de los trastornos alimentarios	39
2.2.1 Anorexia nerviosa	39

2.2.2	Bulimia nerviosa	42
2.2.3	Obesidad	45
2.2.4	Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas	46
2.2.5	Vómitos en otras alteraciones psicológicas	46
2.2.6	Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia	47
2.3	Esfera oroalimentaria en el infante	54
2.3.1	Organización oroalimentaria	55
2.3.2	Alteraciones en la esfera oroalimentaria	57
2.4	Perfil de la persona con trastornos de alimentación	59
2.5	Causas del trastorno alimentario	61
2.5.1	Factores predisponentes individuales	62
2.5.2	Factores predisponentes familiares	64
2.5.3	Factores predisponentes sociales	65
2.6	Percepción del cuerpo en el trastorno alimentario	65
2.7	Factores que mantienen los trastornos alimentarios	67
2.8	Trastornos mentales asociados a los trastornos alimentarios	68
2.9	Tratamiento de los trastornos alimentarios	70

Capítulo 3. Metodología, análisis e interpretación de resultados.

3.1	Descripción metodológica	73
3.1.1	Enfoque cuantitativo.	74
3.1.2	Investigación no experimental	75
3.1.3	Diseño transversal	75
3.1.4	Alcance correlacional	75

3.1.5 Técnicas de recolección de datos	76
3.2 Población y muestra	80
3.2.1 Delimitación y descripción de la población	80
3.2.2 Proceso de selección de muestra	81
3.3 Descripción del proceso de investigación	81
3.4 Análisis e interpretación de resultados	84
3.4.1 Nivel de autoestima	84
3.4.2 Trastornos alimentarios	87
3.4.3 Relación entre el nivel de autoestima y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios	89
Conclusiones	95
Bibliografía	98
Mesografía	100
Anexos.	

INTRODUCCIÓN

En el presente documento se revisa la presunta relación entre la autoestima y los trastornos alimentarios. Previo a su análisis teórico y metodológico, enseguida se muestran los elementos contextuales básicos para la comprensión de la problemática estudiada.

Antecedentes

En este apartado se darán a conocer estudios previos relacionados con el tema de investigación. Como primer punto, a continuación se mencionan los conceptos de ambas variables.

Hablar de autoestima se ha convertido en un tema de interés para la sociedad y de gran utilidad para los estudios en psicología. Esta variable se ha hecho muy común y se puede obtener amplia información del tema, sin embargo, mucha gente tiene una idea incompleta de lo que la autoestima representa en sí.

La sociedad tiene la idea que la autoestima corresponde únicamente a la valoración de uno mismo en cuanto al conjunto de rasgos corporales y como se acepta el individuo a sí mismo de acuerdo con ello. En contraparte, Acosta y Hernández y cols. (2014) mencionan que el término autoestima abarca el sentimiento valorativo del ser, de quién es el sujeto, cómo es, sus rasgos físicos,

mentales y espirituales que definen su personalidad y lo hace único y diferente al resto de la sociedad.

Por otra parte siempre han existido desórdenes alimentarios en los seres humanos, según refieren Jarne y Talarn (citados por Juárez; 2012), pues en la antigüedad se llegaban a organizar banquetes con un carácter social y de poder. En estas reuniones se consumía comida en grandes cantidades, ya que para algunos tenía un significado sagrado y durante estos eventos, se recurría al vómito provocado para después continuar con el banquete.

Sin embargo, en la religión cristiana, practicar el ayuno era una forma de practicar la penitencia y de esta forma, un medio para elevar el espíritu y obtener el perdón por sus fallas (Juárez; 2012).

Jarne y Talarn (citados por Juárez; 2012) señalan que no en todos los casos similares eran interpretados como actos de sacrificio y penitencia, pues se comenzaban a identificar síntomas de este fenómeno como una manifestación de un verdadero caso clínico.

Los trastornos alimentarios se definen como alteraciones graves en la forma de alimentarse que presentan las personas. La American Psychiatric Association (APA; 2002) hace referencia a la anorexia y la bulimia nerviosas como los trastornos alimentarios más comunes.

Por otra parte se encontró una investigación en relación con las variables que se están estudiando elaborada por Moreno y Ortiz (2009), que lleva por título “Trastornos alimentarios y su relación con la imagen corporal y la autoestima en adolescentes”. Se planteó como objetivo ayudar a reducir el riesgo de la anorexia nerviosa en las adolescentes, a través de un programa de prevención desde los ámbitos sanitarios y educativos en la materia de educación física.

En primer lugar, la investigación tuvo como base la delimitación de la población, la cual se redujo a adolescentes de secundaria por la creciente incidencia, en edades más tempranas, de los trastornos asociados a la conducta alimentaria.

A partir de ello, se estudió la relación entre las conductas de riesgo de trastorno alimentario, la imagen corporal y autoestima en un grupo de adolescentes de secundaria, con una edad promedio de 13 años y un total de 298 alumnos, de los cuales 153 eran mujeres y 145, hombres.

Se aplicaron tres instrumentos: el Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40), el Cuestionario de la Figura Corporal (BSQ), el Cuestionario de Evaluación de la Autoestima y un cuestionario de datos sociodemográficos.

Finalmente, se obtuvo un 8% en riesgo de trastorno alimentario y un 10% en la patología ya establecida, con mayor prevalencia en las mujeres; en conclusión, ambos sexos presentan preocupación por su imagen corporal, niveles medios y

bajos de autoestima y una mayor tendencia a presentar trastornos alimentarios en las mujeres.

Asimismo, se encontró otra investigación de la Universidad Abierta Interamericana, Sede Regional Rosario, relacionada con las variables de estudio de esta investigación; elaborada por Cetraro (2011), que lleva como título “Trastornos de alimentación, imagen corporal y autoestima en adolescentes”.

Esta investigación se basó en los principales trastornos alimentarios como anorexia y bulimia, el objetivo de este estudio fue identificar las conductas de riesgo de trastornos alimentarios y analizar la relación existente con la autoestima y su insatisfacción con la imagen corporal, su población de estudio fue en adolescentes correspondientes al nivel secundario de la escuela de enseñanza media N° 1427 de Alvear, Argentina. Para ello se trabajó con una muestra de 40 adolescentes mujeres, 20 alumnas del 2° grado y 20 del 3° grado.

La metodología utilizada fue un cuestionario para detectar conductas alimentarias de riesgo, el Test de Autoestima AF- 5 de los autores Musitu y García y el test de la Figura Humana de Karen Machover, estos fueron analizados y puntuados estadísticamente.

Como consecuencia de ello, se encontraron hallazgos que sugieren que las conductas de riesgo de trastornos de alimentación, como anorexia y bulimia en la adolescencia, se relacionan positivamente con la distorsión de la imagen corporal,

por lo cual se concluye que a menor distorsión, menores conductas de riesgo que se asocian negativamente con la autoestima física, por lo que a menores conductas alimentarias de riesgo mayor, va a ser la autoestima y viceversa.

Para finalizar los antecedentes de la presente investigación se hará una descripción breve de la situación que se vive en la secundaria Ricardo Flores Magón.

Los alumnos de la institución llevan una formación con un promedio de 8 horas diarias de estudio y de esta forma, los maestros pueden observar conductas de inseguridad a la hora de participar, así como la intimidación por los demás compañeros; de igual forma, en los tiempos de descanso, ya sea el recreo o cambios de hora, se puede observar la alimentación de los adolescentes y se ha podido observar que muchos de ellos no comen en un horario adecuado o sustituyen los alimentos por comida chatarra.

Planteamiento del problema

Se ha establecido, a un nivel teórico, que los trastornos alimentarios tienen una relación con la autoestima, sin embargo, no se ha llegado a resultados concluyentes.

A través de estos estudios, se ha podido encontrar que los factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios en la etapa de la adolescencia, se ven afectados por la autoestima.

En la Escuela Secundaria Ricardo Flores Magón, se han podido observar conductas en los hábitos de alimentación que pudieran relacionarse con la preocupación de los jóvenes con su imagen física.

En la actualidad, ha aumentado la incidencia de trastornos alimentarios entre los adolescentes de secundaria, por lo que es una preocupación cada vez mayor en la sociedad. Por otra parte, los profesores han podido observar en algunos de los alumnos que cada vez hay mayor inseguridad, como cuando se les pide que expongan un tema entre sus compañeros o, simplemente, cuando se les pide que den su opinión respecto a algún tema tratado en clase.

Considerando lo anterior, en esta investigación se pretende dar respuesta a la siguiente interrogante:

¿En qué medida influye la autoestima en los factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios en la Escuela Secundaria Ricardo Flores Magón, de Lázaro Cárdenas, Michoacán?

Objetivos

Todo estudio necesita lineamientos en los cuales se expliciten las metas a seguir, de manera que se administren adecuadamente los recursos. Para el presente caso, se estructuraron los que a continuación se mencionan.

Objetivo general

Determinar la medida en que se relaciona la autoestima con los factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios, en los adolescentes de la Escuela Secundaria Ricardo Flores Magón, de la ciudad de Lázaro Cárdenas, Michoacán.

Objetivos particulares

1. Definir el concepto de autoestima.
2. Describir las consecuencias causadas en un sujeto con baja autoestima.
3. Definir el concepto de los principales trastornos alimentarios.
4. Conocer las principales causas de los factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios.
5. Analizar las principales teorías que abordan el estudio de los trastornos alimentarios.
6. Evaluar el nivel de autoestima que poseen los adolescentes de la Escuela Secundaria Ricardo Flores Magón, de la ciudad de Lázaro Cárdenas, Michoacán.
7. Medir los principales indicadores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios en los adolescentes de la Escuela Secundaria Ricardo Flores Magón, de la ciudad de Lázaro Cárdenas, Michoacán.

Hipótesis

La realidad esperada sobre un problema de estudio, puede plasmarse en enunciados que sirvan como explicaciones tentativas. En la presente indagación, se consideraron las siguientes.

Hipótesis de investigación

El nivel de autoestima está relacionado significativamente con los factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios, en los alumnos de la Escuela Secundaria Ricardo Flores Magón, de la ciudad de Lázaro Cárdenas, Michoacán.

Hipótesis nula

No existe una relación significativa entre el nivel de autoestima y los factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios, en los alumnos de la Escuela Secundaria Ricardo Flores Magón, de la ciudad de Lázaro Cárdenas, Michoacán.

Operacionalización de las variables

En esta investigación se consideró como indicador del nivel de autoestima en los alumnos de secundaria, los puntajes obtenidos a través del Test de Autoestima de Coopersmith (TAC), el cual es una escala de auto-reporte de 58 ítems, en la que

el sujeto lee una sentencia declarativa y luego decide si esa información es “igual que yo” o “distinta a mí”, el inventario está referido a la percepción del estudiante en cuatro áreas: autoestima general, social, hogar y padres, escolar académicas y una escala de mentira de 8 ítems (Brinkmann y cols.; 1989).

Por otra parte, se consideró como puntaje de la variable factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios, los obtenidos por el sujeto en el inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI 2) del autor David M. Garner (1998). Este instrumento está conformado por once escalas que representan los principales síntomas que normalmente acompañan a la anorexia nerviosa y a la bulimia nerviosa.

Justificación

Esta investigación corresponde al campo de la psicología, pues pretende aportar un estudio objetivo sobre la influencia de la autoestima en los factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios, ya que tiene una relación con esta rama, pues todo trastorno o variable correspondiente a la percepción de sí mismo, es de interés psicológico.

La presente investigación beneficiará directamente a los alumnos, maestros, y padres de familia de la Escuela Secundaria Ricardo flores Magón, debido a que esta población tendrá una idea más clara de las posibles problemáticas que pueden presentar sus alumnos, a su vez, para establecer de qué manera prevenir estos

trastornos, en caso de estar presentes, así como intervenir para que estas variables no causen daño en los adolescentes.

Por otra parte, el estudio será de gran apoyo para los padres de familia, ya que al tener un panorama más claro de los indicadores psicológicos que se asocian a los trastornos alimentarios, podrán contribuir en la intervención y mejora de esta variable.

Como efecto de lo anterior, los alumnos podrán tomar conciencia de las características que presentan en cuanto a su nivel de autoestima, del mismo modo será con los indicadores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios, por lo tanto, podrán ayudarse a sí mismos y detectar indicadores de este problema en algunos de sus compañeros.

Finalmente se aportará a la psicología un nuevo conocimiento de las variables en este contexto en específico, que sumado a otras investigaciones, enriquecerá aún más esta ciencia.

Marco de referencia

La presente investigación se llevó a cabo en la ciudad de Lázaro Cárdenas, del estado de Michoacán. Esta población es reconocida por su recinto portuario, que es uno de los más importantes a nivel mundial.

Inicialmente, se tomó como muestra de estudio a los adolescentes de la Escuela Secundaria Federal #1, Ricardo Flores Magón. Este centro educativo se ubica en la Avenida Ejército Mexicano, de la Colonia Lotes y Servicios, en la ciudad de Lázaro Cárdenas. Es una escuela pública y laica, basada en el plan de estudios de la Secretaría de Educación Pública, cuya misión es buscar la formación reflexiva, crítica y analítica de los alumnos.

La institución tiene una antigüedad de 30 años, está constituida por 10 edificios, 10 espacios de área verde, tres canchas deportivas y cuatro oficinas, las cuales atienden a los turnos matutino y vespertino de igual forma.

A su vez, los 10 edificios están divididos según su uso: tres de ellos para aulas de clase, compuestos por seis salones cada uno; cuatro edificios más para los talleres que se imparten, como dibujo técnico, computación, electrónica, taquimecanografía, corte y confección y artes plásticas; uno para biblioteca, otro para oficinas y un décimo como laboratorio. Todos con una infraestructura de block de tabique, cemento, enjarre y pintura.

Esta escuela tiene la capacidad de impartir educación a 1200 adolescentes repartidos en ambos turnos, sus alumnos tienen un nivel socio-económico de medio a bajo, lo cual también será un punto clave para determinar la incidencia de las variables y diferenciar entre un turno y otro. Cabe mencionar que la institución está atendida por 55 docentes capacitados para el cargo con una profesión a nivel licenciatura.

Finalmente, la escuela cuenta con una cooperativa que ofrece excelente servicio de alimentación y a precios accesibles para los estudiantes.

CAPÍTULO 1

AUTOESTIMA

En este apartado se pretende dar una explicación sobre los subtemas que se abarcan en este capítulo. Para iniciar, resulta importante mencionar la definición de la variable autoestima y establecer las diferencias entre autoconcepto y autoestima, así como el origen y desarrollo de esta.

Por otra parte, se explican los componentes de la autoestima, los pilares de esta variable, los niveles establecidos para su medición y posibles alternativas de intervención.

1.1 Conceptualización de la autoestima

En este apartado es necesario dejar en claro la definición de la variable, por lo que se tomaron bases teóricas de algunos autores especialistas en este rubro.

Inicialmente, la autoestima, según Alcántara (1990), se define como una estructura que aunque tiene un origen difícil de modificar, se encuentra en constante cambio para ramificarse y de este modo, arraigarse con otras actitudes personales, es decir, puede perfeccionarse en menor o mayor grado.

La autoestima es una forma de actuar que define a una persona, ya que se origina de los niveles más hondos de las capacidades, engloba hábitos y aptitudes adquiridos según el estado en que se encuentre el sujeto.

La autoestima resulta ser la meta más alta a nivel educativo, pues impulsa o hace desertar a una persona a realizar una conducta, “es sin duda el principio de la acción humana” (Alcántara; 1990: 18).

Por otra parte define la autoestima como un “conjunto de creencias y valores que el sujeto tiene acerca de quién es” (Carrión; 2007: 18). Estos a su vez, pueden ser limitantes o enriquecedores en su desempeño, habilidades, recursos y potencialidades pasadas, presentes y futuras, que explican el lugar donde se encuentra y que le permitirán llegar hasta donde se lo permita.

La autoestima no se reduce a un sentimiento o idea, sino que es una fuerza que impulsa la motivación e inspiración de la persona hacia la conducta.

Asimismo, Lamb y cols. (2011) explican la autoestima como esa habilidad que tiene la persona de relacionarse consigo misma y percibirse dentro del mundo de una forma positiva o, por el contrario, negativa, de acuerdo con el estado en que se encuentra.

La autoestima se definiría como “un acontecimiento interior, un movimiento que ocurre en todo nuestro ser y que nos hace vivir de determinada manera” (Lamb y cols.; 2011: 4).

De igual forma, la autoestima es lo que una persona puede sentir por sí misma, aceptándose con sus particularidades que “en gran parte depende de lo que pensamos que somos y valemos” (Euro México; 2005: 114).

Finalmente, Coopersmith se refiere a la autoestima como una evaluación constante de sí mismo: “Expresa una actitud de aprobación o desaprobación e indica el grado en el que el individuo se cree capaz, con éxito y valioso” (Crozier; 2001: 205).

Para concluir con las definiciones de autoestima, se tomará como referencia la de Coopermith, pues habla de una evaluación que la persona tiene consigo misma y que mantiene regularmente, expresando de este modo su autoaprobación o autodesaprobación, lo cual resulta de mayor utilidad para el presente estudio, pues en este se busca medir el nivel de autoestima.

1.2 Diferencias entre autoconcepto y autoestima

En este subtema se busca facilitar al lector la comprensión de este trabajo, haciendo una diferenciación entre la autoestima y el autoconcepto, ya que se suelen

tomar como sinónimos en función de que existe una falta de coherencia en el uso de estos términos.

Para hacer un uso adecuado de estos términos Coopersmith redujo la autoestima a una actitud o juicio de evaluación, a diferencia de Crozier (2001: 206), quien menciona que el auto concepto incluye datos concretos del yo, como el género, la edad, las afiliaciones de grupo o la nacionalidad.

Para Mankeliunas (mencionado por Crozier; 2001) el autoconcepto es la propia capacidad de formar la comparación consigo mismo y con otros individuos, a partir de algún tipo de rendimiento, en lo cual coincide con Crozier al referirse a un concepto de lo que es el individuo, pero a un nivel cognitivo. Cabe aclarar que dichos conceptos no son lo mismo, pero se complementan.

El autoconcepto combina la autoimagen ideal, es decir, cómo quiere ser el individuo, y la verdadera imagen que percibe la persona de sí misma.

Esto se ve reflejado en los consumidores, como mencionan Lamb y cols., a un nivel de negocios y comercio que el consumidor nunca comprará productos que puedan dañar su imagen. En palabras más sencillas el autoconcepto es lo que mueve el comportamiento de las personas pues “los consumidores buscan proteger su identidad como individuo” (Lamb y cols.; 2011: 216).

1.3 Origen y desarrollo de la autoestima

Es importante, para esta investigación, informar a los lectores cuál es el origen de la autoestima y cómo se ha ido desarrollando, por lo cual, en este apartado se explicará a detalle sobre el tema.

Según Branden (2008), se ha venido pensando que el ser humano llegó al mundo compuesto de ciertas diferencias que le pueden hacer gozar de una sana autoestima y que tienen que ver con la energía, la resistencia y la disposición de disfrutar la vida.

Se sospecha que en los próximos años, la herencia genética será un factor importante en el desarrollo de un autoconcepto saludable, que se refiere a lo que se sabe de sí mismo a nivel cognitivo.

También es importante mencionar que el entorno en el que una persona se desarrolla desde pequeña, es crítico para el desarrollo de la autoestima, no se puede saber cuántas personas han tenido una problemática en su ego en sus primeros años de vida, sin que este estuviera plenamente formado; en estos casos resulta prácticamente imposible que no se vea dañada su autoestima en años posteriores.

“La investigación sugiere que una de las mejores maneras de disfrutar de autoestima es la de tener unos padres que ejemplifiquen una sana autoestima” (Coopersmith, retomado por Branden; 2008: 17)

Asimismo, tienen mayores posibilidades de tener una sana autoestima los niños cuyos padres los crían con amor y respeto, les permiten una aceptación coherente y benevolente, les ofrecen estructuras como normas razonables y expectativas adecuadas; “no les bombardean con contradicciones, no recurren al ridículo, la humillación o el maltrato físico para controlarle y demostrar que creen en la competencia y bondad del niño” (Branden; 2008: 18).

Sin embargo, no se ha llegado a concluir que la forma de criar de los padres pueda dar un resultado inevitable, pues en la misma investigación de Coopersmith se pudo encontrar que adultos que cumplían con la calidad de estándares para una sana autoestima, se convirtieron en personas inseguras y con dudas acerca de sí mismas.

Por el contrario, continuando con Branden (2008), existen personas que vienen de un entorno terrible, pero a quienes les va bien en la escuela, crean relaciones estables y satisfactorias, así como una poderosa valía de sí mismos y cuando son adultos, pueden satisfacer cualquier criterio racional propio de una sana autoestima.

Aunque no se conocen todos los factores biológicos que influyen en el desarrollo de la autoestima, se sabe bastante sobre las prácticas específicas que la pueden aumentar o menguar; se sabe que el compromiso personal en la comprensión, integración, competencia... en sí, el saber, inspira confianza en sí mismo.

Por otra parte, el autor referido también menciona que” la amplitud potencial de la conciencia humana depende del grado de su inteligencia, es decir, la amplitud de su capacidad abstracta” (Branden; 2008: 198). Pero el principio de voluntad centrada en comprender es el mismo, sin importar el grado de inteligencia que posee el individuo, pues exige la integración e identificación de lo que entra en el campo mental de la persona, hasta llegar a un punto más alto en su capacidad de conocimiento.

Desgraciadamente, esta actitud se deja de lado a una edad muy temprana de la vida, debido a que la persona se ve afectada al vivir en un mundo amenazante, que lo único que aporta al individuo es desconfianza, logrando únicamente que este se adapte a tal estilo de vida.

Aparte de lo mencionado en el párrafo anterior, lo que causa esta actitud en las personas es “el deseo de niño de poner en práctica deseos que saben que son irracionales” (Lamb y cols.; 2002: 198), lo cual provoca que el niño establezca evasión y voluntad de aprender y esto a su vez, desarrolle cimientos para una adecuada autoestima.

Sin embargo, frecuentemente los motivos son más complicados, un ejemplo son los niños que se enfrentan a la irracionalidad humana y no saben cómo superarla. Esto es provocado porque consideran que el mundo que los rodea, el de sus padres y otros adultos, les resulta incomprensible, pues le resultan absurdas, contradictorias se convierten para el en una amenaza; después de varios intentos

por entender, el niño se rinde y esto afecta su seguridad, echándose la culpa por su sensación de indefensión ante el mundo; puede reaccionar hostilmente, ansioso o incluso expresándolo a través de la depresión conscientemente o no, considera que su fracaso a la hora de comprender es un reflejo de sí mismo.

El infante “acepta una culpa que no se ha ganado, concluye que hay algo en él que no funciona bien, que es deficiente de alguna manera inexplicable a nivel intelectual o moral” (Branden; 2008: 199).

Un niño es vulnerable porque no es capaz de reconocer que sus mayores son irracionales; así, cuando estos en ocasiones son sensatos, justos y afectuosos, no logra entender sus motivos, pues de alguna manera el niño es consciente de que los adultos saben más que él y esto provoca confusión en él, pues tiene la sensación de que algo no está bien en ellos, en él mismo o en otra parte.

“Mientras un niño siga luchando, mientras no abandone la voluntad de comprender, está psicológicamente a salvo, por grande que sea su duda o confusión (Branden; 2008: 199).

Todo niño tiene la capacidad de saber o darse cuenta que existen situaciones que no podrá entender hasta crecer, esto no resulta un problema para su desarrollo individual, lo que representa un problema es lo que siente que nunca sabrá y sin embargo, necesita saber para funcionar con éxito. Esto consigue que se vea ante el mundo como algo externo o fuera de la realidad.

Un niño que se aferra de una manera tenaz a comprender todo lo que no está al alcance de sus conocimientos o posibilidades, sufre mucho en sus primeros años, pero estará a salvo psicológicamente.

Por el contrario, un individuo joven se encuentra en peligro psicológicamente cuando llega a la conclusión de que el problema de su cognición es él mismo. La manera de que no corra peligro su autoestima, es el identificar las causas del problema y así elegir superarlas o no, valiéndose de los medios que tiene en su contexto.

Una vez que se establece la relación de los pros y los contras de la falta de cognición, resulta más fácil extenderse en más temas y darle solución a otros problemas.

Resulta conveniente mencionar que el hombre es quien controla su crecimiento a medida que se fija metas; si esto no pasara y no mantuviera esa voluntad de comprender y considera que la eficacia cognitiva es un absoluto, su mente, reacciona como consecuencia bajando los niveles más altos de eficiencia cognitiva y esto a su vez, causara problemáticas en su autoestima.

“A medida que una persona joven madura, mantiene la voluntad de comprender, al final descubrirá inevitablemente, la política de conceptualizar” (Branden; 2008: 2001), es decir, buscar por sus propios medios la manera de encontrar la claridad cognitiva.

La conceptualización de principio es la base de la madurez psicológica, ya que es un denominador de una autoestima plena, así que en conclusión, estas características son fundamentales para alcanzar la autoestima.

Retomando otro tema relacionado con el desarrollo humano a nivel de autoestima, se ha inculcado que los sentimientos y la mente deben estar en sincronía para funcionar de manera adecuada, este es un problema que aparece por primera vez en la niñez y al que toda persona se enfrenta en algún momento de su vida.

Cuando la mente y los sentimientos llegan a perder armonía, o simplemente no se conectan en determinado momento de manera adecuada, es cuando una persona se enfrenta a temores y entra en conflicto con su entendimiento racional, es aquí donde debe tomar la decisión de dejarse llevar por este o por las emociones.

“Una de las cosas más importantes que debe aprender un niño es que las emociones no son una buena guía para la acción. El hecho de que sienta deseos de hacer algo no quiere decir que deba hacerlo” (Branden; 2008: 201-202); respecto a ello, el hecho de que tenga miedo de hacer algo tampoco significa que no deba hacerlo, suena en parte contradictorio, pero a lo que se busca llegar es a hacerle ver al niño o a cualquier persona que los sentimientos no son un instrumento de cognición viable, pues en ocasiones bloquean la perspectiva real de las situaciones.

En conclusión sobre lo anterior, la capacidad de distinguir entre el sentimiento y el conocimiento es un factor esencial en el proceso de madurez saludable de la mente y esto, a su vez, resulta vital para conseguir y mantener la autoestima.

Continuando con los orígenes de la variable autoestima, se destaca que para poseerla es necesaria la autoafirmación cognitiva y esto es posible a través del control de los actos de consecuencia.

Hechos como “suprimir la autoridad de nuestra comprensión racional” (Branden; 2008: 202) anteponiendo así nuestra mente a favor de sentimientos que aparentemente no tienen una base sólida para defender o justificar, hacen que como consecuencia, se afecte la autoestima, ya que de esa forma el sujeto suprime lo que piensa de sí mismo y de lo que lo rodea.

La razón de lo anterior deja por entendido que las emociones son recibidas y actúan de modo automático en los sucesos que pasan en la vida del individuo, organizándolos en periodos o lapsos en la mente y que en determinado momento, pueden ser adecuadas o no para resolver problemáticas reales.

El poder determinar o juzgar la validez de las respuestas emocionales, constituye la raíz de un eficiente funcionamiento mental, pues cuando una persona se deja llevar por una respuesta emocional sin juzgarla, pierde el sentido de autorregulación de su existencia, en sí, pierde el sentido esencial para la autoestima.

La sana autorregulación que forma parte de la autoestima, no significa que el individuo deba reprimirse en su sentir como algo que no tiene importancia, lo correcto es que se reconozcan las emociones como un efecto o consecuencia de sus propios juicios de valor y no como una causa.

El control de la autorregulación resulta algo positivo, pues quien la mantiene podrá conducirse con mayor seguridad, al demostrar sus emociones dentro de contextos adecuados que son únicamente juzgados por la razón.

Anteponiéndose a la autorregulación, se puede llegar a la conclusión de que la persona puede llegar a un punto de desenfrenar sus emociones, lo cual indiscutiblemente solo puede conducir a las personas hacia el desastre, al grado de tenerle temor sus propios sentimientos, ya que solo les resultan fuentes de peligro y culpabilidad, por eso se hace énfasis en que debe existir un equilibrio entre la razón y las emociones, ya que esto conlleva un desarrollo adecuado de la autoestima.

Cabe aclarar que al principio un niño no distingue entre una idea válida y no válida, pues para lograrlo es necesario haber adquirido conocimientos a los que aun él no tiene acceso.

Esto no quiere decir que todos los niños van a aprender de la misma forma y en el mismo momento, pues esto depende de las experiencias que viven y de las enseñanzas que sus padres les brindan, y que muchas de las situaciones que

sucedan pueden ser de su agrado o no; de igual manera, muchas de las metas que desea pueden ser positivas para él, pero otras no.

Más adelante continuando con Branden (2008), el niño aprende otra distinción más sutil al saber que tiene el derecho a algunas de las metas que desea, pero también logra la distinción de que a muchas de ellas no tendrá acceso. Y es así como el niño va formando y entendiendo la validez de sus emociones para en un futuro, fortalecer la seguridad de expresarse correctamente.

Esto se puede representar a manera de ejemplo cuando el niño, a una edad mayor, ya sabe el significado del robo. Experimenta la tentación del robo de un juguete a un amigo, duda en cometer el hurto, pues él mismo sabe que no tiene derecho a ese juguete al ponerse en el lugar del otro niño y pensando que él mismo estaría muy molesto si le hicieran algo así.

En concreto, el niño quiere el juguete, así que opta por ignorar su conocimiento sobre ese valor, dejándose llevar por lo que está sintiendo y comete el robo. Pero toda acción tiene una consecuencia y al cabo de unos meses, el niño registra ese acto deshonesto que tuvo y lo va almacenando en su inconsciente, pero le dará un uso adecuado o tal vez no, en determinado momento, comprendiendo que a veces es permisible saltarse el conocimiento por satisfacer un deseo; por otra parte, en su interior alimenta una vaga culpabilidad indefinida, que causa que el menor comience a desconfiar de sí mismo y como consecuencia, está en su derecho de querer expulsar de su psicología el principio que menciona el ignorar la razón por

las emociones, es aquí donde la persona entra en una constante lucha en la cual se busca un equilibrio entre ambas, es decir, la autorregulación.

1.4 Componentes de la autoestima

En este subtema se darán a conocer los componentes básicos de la autoestima. Como paso previo, en el apartado pasado se mencionó el autoconcepto y este es un componente basado en lo cognitivo, pero permite a la persona llegar a lo afectivo, que conformará la estructura completa de la autoestima, para esto se hablara de un componente cognitivo, un afectivo y conductual.

Para dar inicio, se explica que estos componentes se interrelacionan para lograr un desarrollo óptimo a nivel autoestima. El componente cognitivo según Alcántara (1990), se refiere a la percepción u opinión que se tiene de sí mismo y esto dependerá de las convicciones de cada individuo, en sí, esto alude a lo que es el autoconcepto, que lleva bases cognitivas, es decir, lo que se aprende del exterior, este componente también está relacionado con la autoimagen, que representa lo que la persona tiene de sí misma en el presente y en las aspiraciones y expectativas futuras.

También menciona el autor que la autoestima rechaza dos cualidades, que son la transferencia y la generalización, es por ellas que se puede responder a diferentes operaciones, representando de distintas formas la conducta y a su vez, la persona se capacita para enfrentarse a la vida compleja y con cambio que se espera.

Por otra parte, existe el componente afectivo, que ocupa el segundo puesto dentro de los componentes de la autoestima; es la valoración de sí mismo, ya sea positiva o negativa, bien o mal consigo, lo cual implica un sentimiento favorable o desfavorable y por lo tanto, la admiración que existe ante la propia valía.

La frustración o el gozo de lo que es la persona llega a un punto donde enraíza dolor y tristeza, logrando juicios de valor sobre las cualidades personales, que engloban esa parte afectiva, es aquí donde se puede decir que “hemos llegado al corazón de la autoestima” (Alcántara; 1990: 20).

Continuando con este componente se explica que existe una ley que gobierna la dinámica de la autoestima: “a mayor carga afectiva, mayor potencia de la autoestima” (Alcantara; 1990: 20).

Para concluir con los componentes, se llega al último, que se conoce como conductual, este se basa en la intención y decisión de realizar una conducta, es decir llevar a la práctica un comportamiento coherente, en conclusión, este componente es el proceso final de toda su dinámica interna.

Por otra parte, Branden (2010) describe otros componentes: considerarse eficaz y confiar en las capacidades que tiene para de ese modo, confiar, aprender y tomar decisiones acertadas.

También menciona que la eficacia que no es la idea tajante de que nunca se podrá cometer un error, sino que es la convicción de que se es capaz de pensar, de juzgar y reconocer los propios errores, es esa certidumbre de que se es capaz. y el respeto a sí mismo, que representa la dignidad y cómo se experimenta la valía personal que conforma un pilar firme en la autoestima, ya que si se falla en una de las dos partes la autoestima se verá afectada.

La persona experimenta deseos de tener una autoestima impecable como una necesidad básica y llegando a dos aspectos que se relacionan entre sí, como son: el sentimiento de eficacia personal y otro de valor propio.

Continuando con otra perspectiva de los componentes de la autoestima, Carrión (2007) menciona que existen dos componentes de la autoestima: el primero lo considera como eficacia personal, que es la confianza que el individuo ha podido desarrollar sobre sí mismo a través de sus experiencias, que va relacionada con las cuestiones mentales como esa capacidad de comprender.

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 resultante de las pasiones, ni baja estima fruto del miedo y pereza.

- Valor: para poder afrontar la realidad, el trabajo y el esfuerzo que 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 caballo 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 a ser feliz, es la satisfacción de la actividad personal.

No se puede decir que se puede tener una autoestima para que la persona 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).

La segunda es la autorrealización o desarrollo personal, que se enfoca en llegar a descubrir la identidad existencial y la esencia, que significa quienes son o lo que son realmente, al poder alcanzar ese estado de reconocimiento, que surge en cada persona al sentirse uno mismo.

1.5 Los pilares de la autoestima

Es importante mencionar que existen 6 pilares para que la autoestima de una persona esté bien estructurada, por eso se explicará cada uno de acuerdo con Branden (2010).

Los pilares son:

- 1) La práctica de vivir conscientemente.
- 2) La práctica de aceptarse a sí mismo.
- 3) La práctica de asumir la responsabilidad de uno mismo.
- 4) La práctica de la autoafirmación.
- 5) La práctica de vivir con propósito.
- 6) La práctica de la integridad personal.

- La práctica de vivir conscientemente

La mayoría de las personas pueden estar conscientes de qué y quiénes son, el problema resulta cuando no se detienen a observar y evaden las situaciones, pensando únicamente en lo que les gustaría, creando una fantasía de la que tarde o temprano terminan decepcionadas.

Cuanto más consciente vive la persona y logra visualizar todos los ángulos de la vida, se crea mayor confianza de la propia mente y logra profesar más respeto por

el valor propio, por consecuencia cuanto más confíe en su mente y se respete el valor propio, se vivirá conscientemente sin esfuerzo.

Muchas veces, al no estar de acuerdo con realizar este esfuerzo de vivir conscientemente, los individuos prefieren no enfrentarse sino desistir, quedándose con un pensamiento ciego.

- La práctica de aceptarse a sí mismo

De acuerdo con Branden (2011), la autoestima no es posible si no existe la práctica de este pilar de autoaceptación, muchas veces llegan a confundirse los términos, pero la realidad es que la autoestima se experimenta y la aceptación de sí mismo se hace.

En un primer nivel, aceptarse a sí mismo es lograr entender que se debe estar para sí mismo, es una básica orientación de la valoración que se otorga una persona y el compromiso individual de poder decir que se encuentra viva. A pesar de ello, muchas personas se rechazan a un nivel tan profundo que no podrán empezar con una labor de crecimiento hasta abordar este problema.

Un segundo nivel la aceptación de sí mismo es la disposición que el individuo tiene a experimentar sin negaciones o evasiones lo que está sintiendo, deseando o pensando realmente; en cierta forma, es la negativa de aceptar cada parte que lo conforma.

En un tercer nivel, la autoaceptación lleva al sujeto a ser amigo de sí mismo, por ejemplo, cuando se avergüenza de algo que hizo y se reprocha por el acto, demuestra que no tiene una aceptación de sí mismo.

Pues “la aceptación no niega la realidad, no niega que sea en realidad correcto lo que está mal, sino que indaga el contexto en el que se llevó a cabo la acción” (Branden; 2011: 114-115).

Es importante aclarar que la actitud de aceptación y compasión no promueve la conducta inadecuada, sino que reduce la posibilidad de que suceda.

- La práctica de la responsabilidad de sí mismo

Este pilar refleja en la persona el sentirse competente para vivir y merecedora de felicidad, lo cual le exige tener la disposición para asumir la responsabilidad de sus actos y a la vez, el logro de las metas fijadas.

Este pilar se puede entender como la manera en 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 se tenga que aceptar la responsabilidad por lo que está fuera de control.

Las personas no son responsables de las acciones de los demás, sino de las propias.

La relación entre la autoestima y sus pilares siempre resulta recíproca, pues la práctica de la responsabilidad de sí mismo implica aceptar lo siguiente:

- Ser responsable de las consecuencias de sus actos.
- Responsable de sus elecciones y acciones.
- Responsable del nivel de conciencia en la dedicación laboral.
- Grado de conciencia que aporta a sus relaciones.
- Responsabilidad de sus conductas con otras personas.
- Responsable de la forma en que distribuye su tiempo.
- En la calidad de su comunicación.
- Responsable de su felicidad personal.
- Ser responsable de aceptar o elegir los valores por los que se regirá.
- Finalmente, el ser responsable de elevar su autoestima.

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

- 1) Primer nivel: es aceptarse a sí mismo, es para estar para sí mismo, 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).

- 2) Segundo nivel: consiste en el hecho de que las personas puedan hacer realidad para sí mismas, sin negación o evasión. En el momento en que se aceptan los sentimientos negativos, se es capaz de prescindir de ellos.
- 3) 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, 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.

- La práctica de la Autoafirmación

Esta consiste en aprender a respetar los deseos, necesidades, valores y pensamientos, además de buscar formas adecuadas de expresarlos en la realidad, es estar dispuesto a defenderse de uno mismo, a no tener miedo a ser quien es, a tratarse con respeto a sí mismo y a 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 cuando se quiere decir sí y no cuando se siente la necesidad de decir no.

“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).

- 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, implica 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.

- La práctica de la integridad.

Este pilar 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 lo que 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 sí mismo. Si las personas se llegan a comportar de una forma que entra en conflicto sus criterios, relacionada 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.

“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).

Una vez examinado el papel de la autoestima en el ser humano, se explicarán en el siguiente capítulo las circunstancias vinculadas con los trastornos alimentarios.

CAPÍTULO 2

TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Es importante para esta investigación dar una explicación de los temas que se abordan en este capítulo para que resulte más sencillo al lector ir comprendiendo cada subtema contenido.

Para empezar, se dará una reseña sobre los antecedentes históricos de los trastornos alimentarios, definiciones y características clínicas de los trastornos alimentarios, se tomarán dos trastornos como principales: la anorexia y la bulimia nerviosa. Sin dejar de lado definir y aclarar el término obesidad, la hiperfagia y otras alteraciones psicológicas, vómitos en otras alteraciones psicológicas y trastornos de la conducta alimentaria.

Por otra parte, también se tratarán brevemente temas como la esfera oroalimentaria en el infante, así como sus características y alteraciones. Posteriormente se tratarán temas como el perfil de una persona con trastornos alimentarios, causas y factores predisponentes tanto individuales como familiares y socioculturales.

También se explicará la percepción del cuerpo en el trastorno alimentario, los factores que mantienen los trastornos alimentarios y para concluir el capítulo, se

hablará de los trastornos mentales asociados a los trastornos alimentarios y el tratamiento para dichos trastornos.

2.1 antecedentes históricos de la alimentación

Como ya se mencionó en los antecedentes de la presente investigación, según Jarne y Talam (2000), desde años atrás la alimentación ha sido a nivel personal y social un evento de mucha importancia, pues los banquetes que se realizaban eran en grandes cantidades y esto generaba grandes desórdenes alimentarios.

Incluso existía restricción en la comida como símbolos religiosos o por lo contrario, se comía en exceso, luego se recurría al vómito para continuar con el banquete.

Más adelante se clasificaron cuadros clínicos ante la posibilidad de que existieran personas que pudieran sobrevivir sin alimento ante mandatos religiosos.

Un caso conocido fue el de Marthe Taylor en 1667, la joven presentó un cuadro de inanición, precedido de amenorrea y finalmente, restringió todavía más la alimentación y vomitaba lo poco que comía.

Según se refiere, “la paciente pasó más de un año subsistiendo con bebidas azucaradas. Se dijo que durante este tiempo la muchacha no orinó ni defecó” (Jarne y Talam; 2000: 142).

En 1979, Russell describió un cuadro caracterizado por ingesta voraz y conductas de purga después de dicha ingesta, que consideraba en relación con la anorexia nerviosa, ya que algunas pacientes anoréxicas con el fin de recuperarse, recurrían a esos métodos siendo, inútil la finalidad buscada, a la cual denominó bulimia nerviosa, la cual sería una forma ominosa para la evolución de la anorexia.

Independientemente de lo anterior, se detectaron muchas pacientes que sin tener antecedentes de anorexia nerviosa, presentaban episodios de ingesta incontrolable, luchan contra el miedo de ganar peso y tienen que recurrir a la purga y el vómito con frecuencia.

2.2 Definición y características clínicas de los trastornos alimentarios

En el presente apartado se definen y describen las perturbaciones alimentarias más comunes, para brindar un panorama más completo al respecto.

2.2.1 Anorexia nerviosa.

Algunas de las características diagnósticas de una persona con anorexia nerviosa de acuerdo el DSM-V (APA; 2002), incluyen el rechazo a mantener el peso

igual o por encima del valor mínimo normal considerando edad y talla, miedo intenso a ganar peso, alteraciones de la percepción del peso y la silueta corporales; en las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea.

Continuando con la anorexia nerviosa, es importante compartir que existen no solo alteraciones de percepción, sino que están presentes clínicamente alteraciones cognitivas como son la distorsión del peso, la comida y figura, así como “trastornos de la imagen corporal y alteraciones interoceptivas” (Jarne y Talarn; 2000: 153).

También existen otro tipo de alteraciones, como son las conductuales, las cuales comienzan desde el momento en que la paciente realiza la dieta restrictiva y otra alteración conductual es la hiperactividad; con la finalidad de reducir su peso, las anoréxicas dejan de utilizar medios de transporte, no utilizan ascensores, prácticamente prefieren realizar sus actividades diarias a pie.

Por otra parte, los autores Belloch y cols. (1995) señalan que la anorexia nerviosa es definida como falta de apetito, lo cual es un término común para describir un síntoma que aparece en muchos trastornos como son la gripe o depresión. Pero hablando netamente de la anorexia nerviosa, se encuentra la discrepancia de que la persona, lejos de carecer de apetito se comporta como “un organismo hambriento” (Bruch, citado por Belloch y cols.; 1995: 533), pues no come, pero no deja de pensar en qué tipo de alimentos son los apropiados para no estar gorda y es en ese punto donde radica su patología.

La anorexia nerviosa está dividida en dos subtipos episódicos:

- Tipo restrictivo: En esta clase de anorexia la persona realiza ayunos, dietas y ejercicio intenso, no recurre regularmente a grandes ingestas o purgas mediante vómitos, laxantes, diuréticos o enemas.
- Tipo compulsivo/negativo: En esta categoría, por lo contrario, recurre a los atracones, purgas y diuréticos para lograr perder peso.

Existe un subtipo que no cumple con todas las características de la anorexia nerviosa, que es la atípica, la cual tiene como diferencia que el individuo no logra perder peso, “no presenta amenorrea y además no es debida a una alteración somática conocida” (Castillo y León; 2005: 224).

Para finalizar con la anorexia nerviosa, es de suma importancia especificar al lector sobre la epidemiología de esta, para que pueda tomar sus precauciones y detectar dicho trastorno.

La anorexia nerviosa ha aumentado de forma acelerada en los últimos 50 años, se sabe que gran parte de la población con esta incidencia son mujeres con un nivel socioeconómico alto y medio alto, cuyas edades se ubican al final de la infancia, durante la adolescencia y juventud.

2.2.2 Bulimia nerviosa

La etimología del vocablo bulimia proviene de las raíces griegas *bus-buey* y *limos-hambre*, el cual tiene como significado hambre desmesurada. Según Belloch y cols. (1995), en el ámbito clínico se le aplica a los episodios caracterizados por un deseo inmenso de ingerir alimentos en grandes cantidades, generalmente con un contenido alto de calorías.

La consecuencia de esos actos es que la persona se ve invadida de culpa y tiene la necesidad de disminuir esos sentimientos y lo encuentra induciéndose el vómito.

Otra definición, de acuerdo con Jarne y Talarn (2000), señala que la bulimia nerviosa es también conocida como síndrome bulímico y se caracteriza por un tipo de alimentación anormal, con presencia de atracones caracterizados por la ingesta de alimento en un tiempo relativamente menor al que lo haría una persona normal.

El sujeto, no satisfecho con los resultados del atracón, lo acompaña con métodos para eliminar las calorías ganadas durante dicha ingesta como ejercicio. El sujeto comienza a sentirse triste y malhumorado por dicha conducta, lo cual lo lleva a un sentimiento de autocompasión y desprecio.

Al igual que la anorexia nerviosa, la bulimia es clasificada en dos tipos de episodios presentes:

- Tipo purgativo: Durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o recurre a la toma de laxantes, diuréticos o enemas en exceso.
- Tipo no purgativo: Por el contrario, durante este tipo de episodio, el individuo no utiliza regularmente laxantes, diuréticos o enemas en exceso, sino que recurre a otras conductas compensatorias inadecuadas, como el ayuno o el ejercicio intenso.

Continuando con la bulimia, existen indicadores que diferencian este trastorno de la anorexia nerviosa, como son: el inicio es más tardío, sus dietas son variables, no existen variaciones en el peso, por el contrario, aquí sí existe impulsividad y se tienen antecedentes de obesidad.

Existe otro tipo de alteraciones en las enfermas bulímicas, como son las conductas purgativas, que son cuando la paciente es consciente de que la comida le provocará ganar peso y pensar en esta posibilidad le produce ansiedad y temor, de tal forma que este miedo las lleva a vomitar rápidamente lo que comió.

Existe un abuso de laxantes y el ejercicio excesivo. Otra alteración es la cognitiva, en la cual, al igual que en la anorexia, la persona tiene una percepción errónea en relación con la comida, el peso y figura.

De igual manera, “el rechazo a la posibilidad de ser obesa es una actitud común en ambas patológicas” (Jarne y Talarn; 2000: 168).

En cuanto a las características diagnósticas de la bulimia nerviosa, de acuerdo con la APA, la particularidad esencial de la bulímica “consiste en atracones y métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso” (2002: 559).

Además de lo anterior, la autoevaluación del individuo con este trastorno está fuertemente influida por el peso corporal y la silueta. Otras de las características incluyen que la persona con este problema termina por tener la necesidad de provocarse el vómito, ya que este se convierte en un objetivo y se recurre al atracón para lograrlo; en sí, se vuelve una conducta automática.

Dicha conducta puede llevar al individuo a malestares físicos, pues las personas con este trastorno pueden estar durante uno o más días sin comer o realizar ejercicio físico intenso, en un intento por compensar el alimento ingerido durante el atracón.

“Estos sujetos se parecen a los que padecen anorexia nerviosa, por el miedo a ganar peso, el deseo de adelgazar y el nivel de insatisfacción respecto a su cuerpo” (APA; 2002: 560); sin embargo, no se debe realizar un diagnóstico de bulimia nerviosa; si la alteración aparece durante episodios de la anorexia nerviosa, es importante diferenciar esta parte.

2.2.3 Obesidad

La obesidad es un trastorno crónico que requiere atención a largo plazo, aunque muchas veces es confundida con exceso de peso; es importante aclarar, según Belloch y cols. (1995), que la obesidad es una acumulación excesiva de tejido adiposo en el conjunto corporal, es decir, un contenido de grasa superior al normal.

Las características de una persona obesa es que come en forma excesiva, para esto, la psicología ha intentado crear modelos explicando el por qué esa conducta de sobreingesta.

Algunos de esos modelos establecen que puede ser a causa de problemáticas en relación con la personalidad que compensan comiendo en exceso. Otros modelos determinan a la ansiedad como un factor determinante. “Con relación a esto último se piensa que la sobrealimentación puede aparecer como respuesta a tensiones emocionales no específicas” (Jarne y Talarn; 2000: 174).

Sin embargo, las conclusiones en torno a la posibilidad de la existencia de rasgos de personalidad en la obesidad son, en términos generales, confusas y contradictorias.

La obesidad, a diferencia de la anorexia y la bulimia nerviosa, no es considerada un trastorno psiquiátrico, en este caso se trata de un cuadro médico que puede poner en riesgo la salud de la persona a partir de cierto nivel de peso.

2.2.4 Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas

De acuerdo con Castillo y León (2005), este tipo de trastorno se caracteriza por una ingesta excesiva a consecuencia de situaciones estresantes, lo cual da lugar a la obesidad. Se considera dicho padecimiento como “obesidad reactiva” se desata por causa de duelos, accidentes, intervenciones quirúrgicas y acontecimientos emocionalmente estresantes.

Cabe resaltar que estas consecuencias serán mayores en personas predispuestas a la ganancia de peso. También es importante diferenciar este trastorno en situaciones cuando el paciente ya padece de obesidad y esta desencadenará falta de confianza en relaciones interpersonales, así como baja autoestima.

Por lo contrario, existe la situación de que esas situaciones propicien y den lugar a la obesidad por cuestiones secundarias, como son los tratamientos farmacológicos, lo cual también es conocido como “hiperfagia psicógena” (Castillo y León; 2005: 225).

2.2.5 Vómitos en otras alteraciones psicológicas

Este tipo de alteración está caracterizado por vómitos repetidos, aparentemente no provocados por la persona, principalmente en cuadros disociativos y en la hipocondría, como un síntoma corporal experimentado.

También puede verse cómo se facilita este padecimiento en el embarazo, en el cual los factores emocionales pueden propiciar náuseas recurrentes o vómito. Este trastorno es también conocido “con el término de vómitos psicógenos e hiperémesis gravídica psicógena.” (Castillo y León; 2005: 225).

2.2.6 Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia

Como su nombre lo expresa, este tipo de trastornos aparece por lo general en la infancia y en la niñez, una de las características principales de este trastorno es que el niño rechaza los alimentos y toma actitudes muy caprichosas.

Para poder diagnosticar un trastorno de este tipo, es importante descartar que sea causado por una enfermedad orgánica y como dato importante, tampoco debe confundirse con pequeños caprichos que son tan frecuentes en la etapa de la infancia y la niñez, así como las variaciones en los altibajos de su alimentación, según mencionan Castillo y León (2005).

“Los trastornos con los que se establecerá el diagnóstico diferencial, son:

1. Trastornos en los que el niño come bien con adultos distintos a su cuidador habitual.
2. Enfermedad orgánica suficiente para explicar el rechazo de la comida.
3. Anorexia y otros trastornos de la conducta alimentaria.” (Castillo y León; 2005: 226).

Dentro de estos trastornos conductuales de la alimentación en la infancia existen variaciones y tipos, por lo cual se hablara brevemente de ellos.

1. Rechazo alimentario:

Este tipo de síntoma es también presentado en la anorexia nerviosa y esto sucede cuando la paciente no pierde el apetito, pero tampoco quiere comer, no siempre resulta ser un síntoma de fácil detección, ya que lo disimula con pretextos de molestias estomacales.

En situaciones más críticas, como son los pacientes psicóticos, existen ideaciones de que los alimentos contienen veneno, de tal manera que el diagnóstico de este síntoma dependerá de la patología psiquiátrica que pertenezca.

2. Pica o alotriofagia

Este trastorno de la conducta alimentaria se trata de sujetos que ingieren de forma persistente sustancias no nutritivas, por ejemplo tierra, tabique o pintura. Esta conducta puede ser considerada anormal cuando el niño está por encima del año y medio de edad; “en el caso de los niños, puede tratarse de un síntoma más de un trastorno psiquiátrico grave, autismo, retraso mental, etc.” (Castillo y León; 2005: 226).

Por otra parte también puede aparecer en niños con inteligencia normal, generalmente niños pequeños y remitir en la adolescencia.

3. Rumiación o mericismo

Este es un trastorno poco frecuente, que aparece entre los tres y los doce meses, el cual consiste en guardar el alimento ingerido en la boca, se alterna con una pérdida de peso o una incapacidad de ganar el esperado para la edad del menor, pues la comida es expulsada, o en otras ocasiones se vuelve a masticar.

Este trastorno puede aparecer en niños con retraso mental o trastorno generalizado del desarrollo, por otra parte, es importante hacer hincapié a que es un trastorno de baja prevalencia, pero muy grave si se presenta. ya que representa una mortalidad del 25%.

Otros autores relacionan este trastorno a una grave alteración en la relación con la madre.

4. Potomanía

Este trastorno se refiere a la ingesta excesiva de líquidos, por lo general agua; es importante siempre que se encuentre con una patología de este tipo, hacer un diagnóstico diferencial con la diabetes insípida, ya que existen variaciones entre uno y otro cuadro.

En la potomanía se encuentran características histéricas por parte del individuo, es también un síntoma de sujetos que padecen anorexia nerviosa, en la cual el objetivo de tan excesiva ingesta de líquidos es el engañar al estómago, induciéndolo a sentirse satisfecho con el líquido ingerido.

Por otra parte también es importante mencionar otros problemas menores que se desarrollan dentro de la infancia. Por lo tanto, se hablara de algunos de ellos y sus características para que sea más fácil distinguir esta problemática frecuente durante la infancia, de acuerdo con Jiménez (1997).

Cuando se habla de problemas menores, se hace referencia a un conjunto de comportamientos problemáticos en relación con la alimentación y que a diferencia de otras alteraciones mayores, como son la bulimia, anorexia y obesidad, no causan riesgos mayores en el niño.

Entre estos problemas, se encuentra la costumbre de comer de pie o levantándose constantemente de la silla; de igual forma, el niño solo come si está jugando al mismo tiempo, solo si un adulto lo está mirando y platicándole alguna historia. También es posible que el niño se niegue a utilizar los cubiertos cuando estos alimentos lo requieren.

En este orden de ideas, el rechazo a comer algún tipo de alimento es considerado un comportamiento frecuente en la infancia. "Puede ser incluso

considerado como un comportamiento normal, todos nos negamos a ingerir un tipo de alimento.” (Jiménez; 1997: 213).

El motivo de rechazo hacia algunos alimentos puede variar en cuanto a su olor, el sabor o la dificultad para ingerir esos alimentos.

Existe además la negación a tomar alimentos sólidos. Este tipo de rechazo no es muy frecuente, pero tiene su inicio a partir de que el niño empieza con sus comidas como son las papillas y el biberón, a diferencia de las de un adulto. Cuando comienzan a salir sus primeros dientes, es cuando se da un cambio en su alimentación y es aquí donde se da el rechazo.

El tipo de rechazo es hacia los alimentos sólidos o incluso no completamente sólidos, como puede ser la naranja. Este cambio en la alimentación es normal, pues el niño se habituará progresivamente a su nueva alimentación.

“Generalmente, cuando se da este tipo de problema los intentos de los padres han sido pocos y esporádicos, lo cual ha contribuido a convertir en problema algo que solo requiere tiempo, sistematicidad y paciencia.” (Jiménez; 1997: 213).

Por otra parte, la ingesta de comida mezclada consiste en comer aquellos alimentos triturados y con mezcla de sabores, normalmente este problema lo genera el adulto que se encarga de dar la comida al menor.

El adulto proporciona facilidad al infante cuando se niega a comer algún alimento sólido, triturando y dándole una solución efectiva, así logra que el niño coma, sin darse cuenta que está creando una problemática a largo plazo.

Posteriormente, el niño se niega a adquirir hábitos de comida adecuados para su edad, porque él ya se encuentra acostumbrado a una mezcla de sabores y “más adelante cuando se le intenta dar por separado alimentos, no acepta el sabor propio de cada comida.” (Jiménez; 1997: 214).

Es común escuchar entre las mamás, expresiones como: ¡Mi hijo no come! ¡Mi hijo come muy poco! Por eso es importante que se tenga un conocimiento de la evolución normal del niño. Durante el primer año de vida, el niño gana entre 7 y 8 kilogramos, pero después el apetito del niño disminuye de forma natural.

Al llegar a la edad escolar, el niño presenta un incremento de apetito, pero los malos hábitos que haya adquirido durante los años anteriores, seguirán.

En muchas ocasiones los padres ven problemas donde no los hay, simplemente es cuestión de consultar al pediatra y verificar si su tipo de alimentación coincide con su peso y edad.

El tiempo de comida excesivo es el problema más frecuente y muchas veces, es el resultado de la existencia de alteraciones como las que se mencionaron la hora

de comer. Resulta normal que los niños empleen más tiempo durante la comida que un adulto.

Resulta un problema cuando este tiempo es excesivo y esto depende de la edad del niño y el momento de la comida, pues no empleará el mismo tiempo en el desayuno que en el almuerzo, se podría decir que este problema requiere la intervención de un adulto.

Los motivos de lentitud pueden ser varios según sea el caso, pero en general se puede mencionar que se da por el rechazo a ingerir el alimento que se le ha preparado, negación para pasar de la comida triturada a la sólida o simple negación a comer todo lo que los padres le indicaron.

Otro motivo es el exceso de distractores a su alrededor, que alteran la concentración del niño a la hora de comer. En conclusión, este problema puede ser el resultado de otros anteriores, pero también si el exceso de lentitud se prolonga puede desencadenar un problema más grave.

Los vómitos representan un problema que también se da en la infancia y que aunque no resulta muy frecuente, sea uno de los que más alarma a los padres cuando se manifiesta.

Al igual que otros trastornos, es importante descartar cualquier causa física que provoque el vómito. Una vez que el médico lo descartó, se empieza a pensar que el problema está en el medio en que se desarrolla el niño.

“El niño vomita antes de salir de casa, o al llegar a la escuela, por lo que la reacción del adulto es dejarlo en casa” (Jiménez; 1997: 216), ya que el vómito está relacionado con enfermedad.

Esta reacción de vomitar no está premeditada por el niño, sin embargo al presentarse una y otra vez, el niño aprende que es un medio de escape y podrá conseguir lo que quiere.

2.3 Esfera oroalimentaria en el Infante

La alimentación como ya se ha mencionado tiene un origen prehistórico para Ajuriaguerra (1973), quien señala que en los más recientes experimentos, se menciona la importancia de las regiones hipotalámicas y rinencefálicas en relación con la alimentación.

Para entrar en materia enriquecedora dentro de la esfera oroalimentaria, se habla de los reflejos automáticos de los humanos como la succión y la deglución, que se presentan tempranamente.

“Se ha hablado de una especie de reacción Imitatoria por parte del excitante” (Ajuriaguerra; 1973: 178), al cual se le denomino “reflejo de búsqueda” o “reflejo focalizador”.

Asimismo, para este autor, la reacción oral es una de las primeras formas que tiene el niño para interactuar con el mundo exterior, aunque aún no sea una auténtica relación objetal, sino una dependencia infantil.

2.3.1 Organización oroalimentaria

Como primer punto, es importante que se reconozca el hecho de que alimentar a un niño no solo se reduce a un acto de nutrición, sino también como una entrega de sí misma por parte de la madre, no solo por el pecho que da, sino por la actitud con la que lo hace.

En esta parte del tatar, el niño encuentra comodidad, busca una posición acariciadora y un olor característico, todas “sus ansias son satisfechas y son inseparables” (Ajuriaguerra; 1973: 182).

Como segundo punto de organización, se menciona que las primeras formas de relacionarse la madre con el hijo, están íntimamente relacionadas en la comida.

Como tercer y último punto de organización se menciona por Ajuriaguerra (1973) que la comida es un templo social donde los participantes son la familia

misma ya que tienen distintos rituales y horarios para la hora de la comida y esta manera de llevarlo a cabo, es considerada hasta cierto punto de forma obligatoria, ya que esto refleja felicidad en los padres.

El comer tiene varios significados, entre ellos destacan: alimentarse, lograr el placer y un acto que tiene como finalidad crecer.

Freud (referido por Ajuriaguerra; 1973) distingue dos tipos de satisfacciones en esta etapa: la primera es la de saciar su hambre y por otra parte, la satisfacción erótica oral. Tiempo después, la búsqueda de satisfacción será en torno a la comida, que también es considerada fuente de placer.

En la fase objetal, el niño llevará su afecto hacia su madre, pues esta le proporciona el alimento y a partir del segundo año distinguirá a su madre del alimento, aun cuando en su inconsciente siga habiendo esa relación.

Como se ha venido mencionando, la actividad oral no solo es una fuente de nutrición, sino que también es una fuente de satisfacción, es por eso que los psicoanalistas consideran la boca como una zona erógena y la succión como un acto autoerótico.

2.3.2 Alteraciones en la esfera oroalimentaria.

Muchas de las alteraciones que se darán a conocer en la presente investigación, resultan un tanto sorprendidas para la sociedad, pues este tipo de variaciones se presentan generalmente en edades mayores. Enseguida se presentan las diversas clases, divididas en dos grandes grupos.

A) Anorexia del recién nacido

En el primer año de vida, se presentan dos tipos de anorexia, que enseguida se explican.

- Anorexia esencial precoz: es relativamente muy rara y se presenta en niños de poco peso, nerviosos y muy despiertos. Al principio estos infantes se muestran pasivos ante la alimentación, pero pasados algunos meses se vuelven renuentes hacia la comida.
- Anorexia del segundo semestre: es más frecuente, se presenta entre el quinto y el octavo mes y está caracterizada por suprimir poco a poco la leche, e ir diversificando el régimen cuando todavía es endeble el apetito.

Según el comportamiento del niño ante la comida, se sugieren dos tipos de anorexia: la inerte, que se da cuando el niño no coopera para ingerir alimento e incluso se le derrama la leche entre las comisuras de los labios o vomita. Existe también la anorexia de oposición, cuyas características están ante la reacción por

alimento en llanto, agitación e intensos movimientos o vómitos, los cuales se convierten en un método absoluto para evitar la comida.

El escenario general se convierte en una lucha de la cual los padres terminarán agotados y el niño victorioso, pues muchas veces el adulto permite ser tiranizado por el niño, dando como resultado un círculo vicioso.

Dentro de la anorexia del segundo semestre, Ajuriaguerra (1973, citando a L. Kreisler) destaca dos tipos de anorexia:

- Simple: En un principio, se asemeja con la reacción al destete ante el cambio de alimentación, ante un síntoma patológico benigno o de cáncer serio, causante de una anorexia orgánica pasajera, que por consecuencia da origen a una interacción empeñada en imponerse, por parte de la madre, y el niño en franca oposición.
- Compleja: Se caracteriza por una manifestación de falta de interés en la comida por parte del niño y es cuando surgen preguntas de tipo biológico. Es importante resaltar que el anoréxico se distingue del niño que come poco, en cuanto el tiempo de presencia pues en el segundo se da mucho antes.

B) Anorexia de la segunda infancia

Esta anorexia casi siempre preside de la primera infancia, pero también existen casos de presencia de anorexia de la segunda infancia en niños que se han alimentado de forma normal en su primer año. En este contexto, su rechazo a la alimentación puede ser causado por las costumbres y rituales de alimentación en su familia, o es simplemente una oposición paterna.

2.4 Perfil de la persona con trastornos de alimentación

No resulta fácil describir específicamente un perfil de persona que presente trastornos alimentarios, según Costin (2003), porque en general se observa a partir de que dicho problema ya está instalado.

Continuando con Costin (2003), los trastornos de alimentación afectan la personalidad, lo cual dificulta separar los rasgos característicos personales de los que aparecen una vez que ya está instalado el trastorno.

Los problemas de autonomía son una posible predisposición a los trastornos alimentarios, ya que se manifiestan en personas que tienen dificultad para funcionar dentro del medio familiar o social.

Este tipo de jóvenes viven preocupados por cumplir las expectativas de los demás y buscar la perfección para ser adecuados ante las demandas de los demás,

lo cual les crea un margen de seguridad muy escaso para poder desarrollar un pensamiento personal.

Los jóvenes que padecen estos trastornos se encuentran naturalmente en situaciones de cambio como: la escuela, amigos o la posible relación más íntima con el sexo opuesto, incluso la simple relación con los padres.

Otra característica en el perfil de una persona con trastornos alimentarios, es el déficit de la autoestima, ya que la persona desarrolla imágenes de sí misma con base en la imagen externa o la apariencia, para de este modo sentirse aceptada por los demás, ya que ella no se acepta tal cual es.

Por otra parte, está el camino a la perfección y el autocontrol, el cual está basado en el sufrimiento y sensación de ineficacia; en consecuencia, esto vuelve a las personas muy exigentes consigo mismas, al grado que nunca se sienten satisfechas con lo que logran.

De esta forma, enfocándose más directamente a los trastornos alimentarios, la persona termina convenciéndose de lograr transformar su silueta y así transformarse a sí misma.

“Paradójicamente, este perfeccionismo refuerza la sensación de inseguridad, porque exige no fallar” (Costin; 2003: 75) en lugar de afirmarse como individuo a partir de sus propios recursos.

Por último, dentro del perfil de una persona con tendencia a padecer trastornos alimentarios, se encuentra el miedo a crecer, es por ello que este tipo de trastornos se presentan en la adolescencia hasta la juventud, pues es un periodo en el que el cuerpo se expone a muchos cambios a nivel físico, sexual, emocional y social.

Por lo general, se instala en jóvenes que se creen incapaces de convivir con estos cambios y que tampoco tienen alguien que los ayude a atravesarlos. Estos cambios vienen acompañados de un aumento de peso corporal natural, el cual finalmente dará forma al cuerpo más similar al de mujer o de hombre adulto, este es uno de los factores precipitantes en los jóvenes con trastornos de alimentación.

En el caso de las mujeres, generalmente estas jóvenes se encuentran muy estancadas en la infancia y esto les produce temor a crecer y manejar la independencia que eso implica, “o bien perciben claramente el temor de sus padres a que eso suceda” (Costin; 2003: 78); en realidad, sufren por no sentir el apoyo de sus padres a dar este paso en su desarrollo.

2.5 Causas del trastorno alimentario

La multideterminación es una característica descrita por Costin (2003), quien destaca que no solo existen rasgos individuales o familiares, que causan o producen el trastorno alimentario, sino que simplemente vuelve predispone y precipita a la persona. Esta autora propone las definiciones siguientes:

- Predisponer: Preparar con anticipación una situación o el ánimo para un fin.
- Precipitar: Desempeñar, derribar de un sitio alto, arrojarse a hacer o decir algo con arrebatos y sin prudencia, acelerar.

Lo cual quiere decir que existen diferentes factores que se presentan antes para que finalmente aparezca un trastorno alimentario entre los cuales destacan:

Los factores predisponentes, que son aquellos que elevan la probabilidad de que se adquiera un trastorno. Estos se subdividen en:

- 1) Los factores genéticos contra los que no se puede luchar y la discriminación a la que se sujeta una persona con sobrepeso.
- 2) Por otro lado, se encuentran los factores precipitantes, en los que se puede destacar el estrés, las actitudes anormales hacia la imagen corporal, así como las dietas extremas y la pérdida de peso.
- 3) Para llegar al final, está un tercer factor que son los perpetuantes que son los que ya llevan a cabo atracones y purgas para concluir con secuelas fisiológicas y psicológicas.

2.5.1 Factores individuales

Estos factores están ligados al significado que el individuo le da a la comida, lo cual está predispuesto por la cultura, creencias y las actitudes psicofisiológicas de la

persona, como lo menciona Ogden (2005), al señalar que los alimentos representan la identidad del individuo. Esta autora clasifica la comida y su significado para el individuo:

- Sistemas de clasificación de las comidas
 - ✓ Comida frente a no comida: Se delimita la comida entre la que es comestible y la que no lo es, como algunas plantas, que no son comidas, y los animales, pueden serlo en ocasiones.
 - ✓ Comidas sagradas frente a profanas: Se distinguen las comidas con valor religioso y los que no lo son, de acuerdo con la insignia religiosa.
 - ✓ Clasificación de comidas paralelas: Marca la diferencia entre los alimentos calientes (trigo, patata, ajo) y fríos (arroz, guisantes y alubias).
 - ✓ Comidas como medicina, medicina como comida: Es cuando la persona realiza una separación de alimentos aptos para comer, de acuerdo con la situación de salud, que se solapa con el uso de la medicina.
 - ✓ Comidas sociales: Se describe la función social de la comida, como marcas de estatus social, desarrollar relaciones, englobando platos tradicionales, o incluso platillos raros y costosos.

La comida tiene diversas finalidades, que enseguida se explican.

- La comida como afirmación del yo: La comida actúa como una comunicación de sus necesidades o problemas internas, y están muy

ligadas a la diferencia de género y la idea de ser mujer, como el hecho de comprar los alimentos y prepararlos diariamente.

- Comida y sexualidad: Esto hace referencia a muchos de los alimentos que son relacionados con la sexualidad, con frecuencia en los anuncios el chocolate, el helado es promovido de manera erótica, dejando una idea de ser una vía para la satisfacción social.

2.5.2 Factores familiares

Estos factores se refieren al papel que juegan los miembros de la familia dentro de los trastornos de alimentación. Para Costin (2003) resulta importante mencionar algunos de los ejemplos dentro del núcleo familiar que predisponen a los jóvenes a padecer dichos trastornos.

El primero es el tener unos padres poco flexibles, los cuales siempre esperan lo mejor de sus hijos, dando cátedras de tener a los hijos perfectos incapaces de tener problemas, lo cual solo crea inseguridad en los jóvenes y un temor devastador de cumplir con las expectativas de sus padres.

Es importante mencionar que resulta difícil identificar las características familiares que promueven los trastornos alimentarios, muchas veces se dice que ocurre en familias con poca comunicación y poca relación, una sobreprotección excesiva hacia los hijos. Por otra parte, influyen las estructuras de familias escasas de límites generacionales, es decir jóvenes con papel de madres, historiales de

familiares depresivos o alcohólicos, o en casos más fuertes, la presencia de algún abuso sexual o físico.

2.5.3 Factores socioculturales

Entre estos elementos, destaca la presión social por ser delgada. Por otra parte, está la presión social por ser “súper mujer”, que está caracterizada por un cuerpo perfecto, desarrollar una carrera brillante, desarrollarse a nivel social y construir un matrimonio impecable y ser una madre ejemplar (Costin; 2003).

2.6 Percepción del cuerpo en el trastorno alimentario

La principal característica de estas personas según Belloch y cols. (1995), es la distorsión de la imagen corporal a tal grado de verse muy gorda aun cuando la persona estuviera demacrada.

La imagen corporal según Jarne y Talarn (2000), es la representación diagramática del cuerpo mismo en la conciencia, incluyendo los sentimientos y actitudes hacia el propio cuerpo.

Se perfilan dos aspectos que conforman la imagen corporal:

- Cognitivo: asociado con la percepción del propio cuerpo.
- Emocional: que va ligado al sentimiento que provoca esa distorsión.

La percepción del cuerpo, de acuerdo con Ogden (2005), implica una insatisfacción corporal que se caracteriza por una estimación deformada del tamaño corporal y una percepción de que el cuerpo es más voluminoso de lo que es en realidad.

Las mujeres presentan mayor insatisfacción en su cuerpo como en brazos, nalgas, abdomen o piernas, a diferencia de los hombres, que se preocupan únicamente por su aspecto físico y la fuerza de su tronco, brazos, pecho y estómago para sentirse bien.

Esta insatisfacción también incluye la discrepancia del ideal que es esa percepción de la realidad, tomando como referencia un ideal. Estos factores de insatisfacción se deben a elementos sociales como los medios de comunicación, entre los que se incluyen las revistas y anuncios que determinan un estereotipo, así como cultura y familia.

Otros factores que influyen son los de tipo psicológico, lo cual influye las creencias; el origen étnico también es muy influyente, en la medida que el individuo busca relacionarse con la sociedad y marcar diferencias en cuanto a las clases sociales.

Por otra parte, en las creencias, de acuerdo con Ogden (2005), se ha destacado la influencia que tiene la competitividad, el valor de los logros, los bienes materiales y el estar convencidos de que son el futuro de la familia.

La naturaleza de las relaciones entre madre e hija pueden ser determinantes en los trastornos de alimentación, pues los límites familiares no se encuentran definidos y una relación complicada entre madre e hija, puede no permitir que se dé la separación en la adolescencia y que la persona pueda ser autónoma.

Las respuestas negativas al cuerpo se manifiestan con sentimientos y pensamientos negativos del cuerpo y surge la inconformidad de la discrepancia entre el volumen ideal y el de su cuerpo real.

Esta insatisfacción corporal tiene consecuencias como sometimientos a un régimen alimentario, ejercicio físico, fumar, cirugías estéticas, crítica de la totalidad y partes del cuerpo y en un grado mayor trastornos alimentarios.

Por otra parte, los trastornos de la imagen corporal incluyen perturbaciones en la percepción e interpretación cognitiva y de sus estímulos interoceptivos, así como una sensación de no control a las propias funciones corporales.

2.7 Factores que mantienen los trastornos alimentarios

Tomando como referencia a Costin (2003) la deficiente alimentación tiene complicaciones de orden fisiológico, psicológico, cognitivo y social, así como de orden psicológico, como pueden ser las transformaciones anímicas, de orden social, como aislamiento e incomodidad en la interacción; existen otras de orden fisiológico, como cefaleas e hipersensibilidad a la luz.

Es importante mencionar que cuando la ingesta es menor a la necesaria para el funcionamiento general del organismo, el cuerpo quemará menos calorías y de este modo se detiene la baja de peso.

En suma, lo adictivo es la dieta y no la comida en sí, llegando a un círculo vicioso en el que el principal afectado es el cuerpo y no solo a nivel físico, como ya se ha mencionado, sino que esa pérdida de energía inevitablemente trae consecuencias emocionales.

En otras cuestiones, continuando con Costin (2003), la persona se somete a una gran desesperación sobre el futuro, sensaciones de depresión y descontrol, inseguridades e incluso regresiones a su infancia.

No obstante, los comportamientos autodestructivos, irritabilidad y poca tolerancia a la familia o personas que rodean al individuo, lo llevan al grado de abandonar las actividades que antes resultaban placenteras y merecedoras de disfrutar.

2.8 trastornos asociados a los trastornos alimentarios

De acuerdo con Butcher y cols. (2007), los trastornos de la conducta alimentaria suelen estar relacionados con otros problemas de tipo psiquiátrico, o simplemente, algunos criterios diagnósticos para establecerlo.

En esta investigación se muestra la relación de los trastornos alimentarios con la depresión y la ansiedad, según Jarne y Talam (2000):

- Trastornos alimentarios y depresión: Aparece con mayor frecuencia en los trastornos afectivos. En la depresión mayor con melancolía aparece la anorexia como uno de los síntomas que forman parte de los criterios para el diagnóstico. Aparece la disminución del consumo de alimento, aunque existen otros casos donde este se incrementa, haciendo un trastorno por exceso que es frecuente en algunas formas atípicas de melancolía y en algunas depresiones mayores. Los pacientes que presentan una ideación delirante de ruina, no consumen alimento porque no cuentan con la solvencia para adquirirlo; en los delirios nihilistas el paciente no cree que valga la pena alimentarse, debido a que de todas formas morirá.
- Trastornos alimentarios y ansiedad: no existe un trastorno alimenticio específico asociado con la ansiedad. El trastorno ansioso de presentación aguda, causa pérdida de apetito de forma moderada pero sostenida, afectando al paciente. De este modo, el sujeto pierde el control sobre la ansiedad a ciertos alimentos, dando lugar a diferentes mecanismos para satisfacer su apetito.

2.9 Tratamiento de los trastornos alimentarios

En el caso de la anorexia, el tratamiento tiene como objetivo, según Jarne y Talarn (2000), lograr la recuperación ponderal, que básicamente consiste en la rehabilitación nutricional y normalización en las dietas, para lograr revertir las secuelas tanto físicas como psicológicas que este desequilibrio dejó.

El tratamiento dietético representa muchos tabús, pues no se sabe a ciencia cierta si se deba comenzar con contenidos calóricos normales o se deba aprender a partir de dietas bajas en calorías.

Los tratamientos van desde el psicológico que consiste, según Ajuriaguerra (1973), en crisis pasajeras de la adolescencia que con suerte, puede llevar una alimentación normal.

Por otra parte, Rausch describe el tratamiento desde un enfoque sistémico, con el objetivo de modificar la estructura familiar que resulta disfuncional, como es el caso de la sobreprotección o la rigidez, como ya se mencionó anteriormente, ya que la anorexia es el resultado de “un proceso de la historia de la organización relacional de estas familias” (1996: 67).

El tratamiento farmacológico de la anorexia nerviosa ha tenido resultado y efectos poco benéficos, por lo cual se ha limitado su uso. Muchos de los

medicamentos tienen la finalidad de disminuir la hiperactividad y poder guardar reposo en cama.

En la mayoría de los casos de medicación, el objetivo era producir un aumento en el peso, corregir los neurotransmisores que supuestamente estaban involucrados en el desorden y así, modificar la ansiedad y depresión en los pacientes con este problema.

La mayoría de los autores coinciden que el estado de ánimo del paciente tiene un cambio a favor en cuanto la desnutrición.

En otros casos, continuando con Rausch (1996), existe el tratamiento alternativo, al cual le llaman ambulatorio, el cual consiste básicamente en realizarse en el medio natural que en este caso sería la familia, pues viven de cerca con el problema, por eso la familia es llamada una fuente de recursos terapéuticos, que da resultados cuando el terapeuta crea las condiciones adecuadas para ello, buscar siempre evitar la internación de la paciente, salvo que esta tenga algún riesgo clínico o que dicha familia no esté en condiciones de enfrentar y apoyar al enfermo.

Por otra parte, el tratamiento para la bulimia nerviosa busca restablecer las pautas nutricionales normales, así como la recuperación física y la estabilización del peso. Se consideran los siguientes factores:

- Restablecer pautas nutricionales anormales.

- Recuperación física.
- Estabilización de peso.

Entre los tratamientos más recomendables, se encuentra el modelo cognitivo conductual. Es un modelo que relaciona, pensamiento emoción y comportamiento, manifiesto; en él, el paciente examina la validez de sus creencias en el pasado para llegar a una idea futura.

Con estas consideraciones sobre los trastornos alimentarios, concluye el marco teórico. En las páginas restantes, se exponen, de manera complementaria, los pormenores relativos a la recolección y tratamiento de los datos de campo.

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

El presente capítulo se expondrá en dos partes: la primera presentará la descripción metodológica del estudio; por otra parte, en la segunda parte se expondrán los resultados obtenidos en la investigación de campo y se desarrollará el análisis e interpretación de los resultados.

3.1 Descripción metodológica

En el campo de la investigación científica han existido dos enfoques principales, el cualitativo y el cuantitativo, que aunque se dice tienen diferencias según Hernández y cols. (2014), comparten algunas características como son:

- Llevan a cabo la observación y la evaluación de fenómenos.
- Establecen ideas o suposiciones a consecuencia de la evaluación y observación realizada.
- Demuestran el grado en que esas ideas tienen fundamento.
- Revisan las suposiciones con base en las ideas que tienen fundamento.

3.1.1 Enfoque cuantitativo

La presente indagación, en función de los objetivos planteados anteriormente, tomó como enfoque de estudio el cuantitativo. Muchas de las cualidades metodológicas corresponden a las enunciadas por Hernández y cols. (2014).

A continuación, se presentan aquellas que adoptó la presente investigación:

- El investigador plantea un problema de estudio delimitado.
- Construye un marco teórico con base en literaturas revisadas de investigaciones anteriores del tema.
- Se crean hipótesis antes de recolectar y analizar los datos.
- La recolección de los datos se fundamenta en la medición a través de pruebas estandarizadas que hagan referencia a las variables ya estudiadas.
- Los fenómenos que se miden deben ser lo más objetivos posible, sustentándose en los capítulos teóricos.
- Los estudios seguirán un patrón predecible, limitándose lo que la muestra estudiada arroje.
- La investigación intenta generalizar los resultados de manera que los estudios realizados puedan replicarse y servir para posteriores investigaciones.

3.1.2 Investigación no experimental

Existen dos tipos de diseños en una investigación, el experimental y el no experimental; en el primero, el sujeto manipula los fenómenos para obtener la información que está buscando.

Esta indagación se inclina por la investigación no experimental, ya que como describen Hernández y cols. (2014), es un estudio que se realiza sin manipular las variables, es decir, únicamente se observan los fenómenos en su ambiente natural.

3.1.3 Diseño transversal

Existen dos tipos de diseño que se utilizan en una investigación no experimental: el longitudinal y el transversal. En esta investigación fue apropiado utilizar el segundo, pues se recolectó la información en un tiempo específico y no en lapsos variables. Según Hernández y cols. (2014), el diseño transversal o transeccional recolecta datos en un momento o tiempo único.

3.1.4 Alcance correlacional

La presente investigación tiene un alcance correlacional, pues se pretende responder una pregunta de investigación, en la cual se cuestiona si una variable influye en la otra. Según Hernández y cols. (2014), este tipo de estudios pretende

investigar cómo se comporta una variable al tener conocimientos previos de variables vinculadas.

Por otra parte es importante mencionar que dicha correlación puede darse de manera positiva, negativa o ausente. La correlación positiva significa que los alumnos que tuvieron valores altos en una variable, por consecuencia, tendrán valores altos en la segunda variable, así como quienes obtuvieron valores bajos en la primera variable, tendrán valores bajos en la segunda.

La correlación negativa, por el contrario, arroja resultados altos en una variable y bajos en la otra o viceversa. Finalmente, cuando no se da una relación negativa o positiva, existe una correlación ausente, en la cual no se cumple un patrón sistemático que logre aportar resultados predecibles de dicha relación.

Por lo anterior el alcance correlacionar se valora a un nivel explicativo, pues el hecho de saber que dos variables se relacionan, aporta una información que explica el comportamiento de esas variables.

3.1.5 Técnicas de recolección de datos

De acuerdo con las características de esta investigación, resulta enriquecedor utilizar instrumentos de investigación cerrada, para que los jóvenes estudiados arrojen resultados confiables y sobre todo, para confirmar la hipótesis o rechazarla.

Un instrumento es aquel medio que facilita una acción, de algo tangible, algo físico. Las técnicas son aquellos recursos que utilizan mediciones numéricas para representar los fenómenos de estudio, es la manera en que se usa ese instrumento, la forma de manejarlo, de hacerlo útil y así poder lograr un objetivo con él.

Las técnicas cuantitativas son aquellas que utilizan mediciones numéricas para representar el fenómeno de estudio.

La presente investigación se basó en un par de técnicas estandarizadas para la recolección de los datos. Los tests psicométricos son recursos estandarizados que se basan en investigaciones estadísticas que garantizan la confiabilidad y la validez en la medición.

Los test psicométricos son técnicas estandarizadas con base en investigaciones estadísticas que garantizan la codificación validez y medición. La utilización de los tests psicométricos obedece a varias razones: tiempo, facilidad, confiabilidad y 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 de una procedencia distinta.

La estandarización garantiza que la medición se hará 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.

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

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

La próxima subescala es la referente a la autoestima escolar – académica y consta de 8 reactivos. En ella se describe la forma en que el adolescente se percibe en función al rendimiento que tiene en la escuela.

La cuarta subescala identifica la autoestima familiar, consta de 8 reactivos que permiten que el joven identifique qué papel juega en su hogar y la imagen que tiene en relación con los demás integrantes de su casa.

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 psicométrico que se utilizó 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. Población y muestra

En este subtema se dará a conocer al lector en qué consiste la población y la muestra, para que de ese modo pueda resaltar las diferencias.

3.2.1 Delimitación y descripción de la población

La población que utilizó la presente investigación para el estudio, está conformada por aproximadamente 1500 alumnos en su totalidad, contemplando turno matutino y turno vespertino, la mayoría de los jóvenes pertenecientes a la escuela Ricardo flores Magón, son originarios en su mayoría del puerto y ciudad Lázaro Cárdenas, con algunas variaciones entre pueblos vecinos y unos cuantos, de ciudades vecinas ubicadas de igual forma en Michoacán.

Las edades de los jóvenes van desde los 12 hasta los 15 años de edad, la mayoría de ellos tienen un nivel socioeconómico medio a bajo; se puede apreciar que en el turno matutino se encuentran los jóvenes con mayores recursos económicos, mientras que el vespertino el nivel económico es más bajo.

3.2.2 Proceso de selección de la muestra

Para que esta investigación pudiera llevarse a cabo de una manera más fácil y selectiva, se tomó una muestra de 100 jóvenes, de los cuales se tomó un primer grado que estaba conformado de 35 alumnos, tanto hombres como mujeres, un segundo grado compuesto 30 alumnos de ambos sexos y un tercer grado, de aproximadamente 35 alumnos. Esto con la finalidad de tener una muestra representativa en relación con las distintas edades que conforma dicha población,

También es importante mencionar que la aplicación de las pruebas psicométricas se realizó con los alumnos pertenecientes al turno matutino, pues había un mayor acceso en cuanto a la cantidad de estudiantes disponibles en cada grupo, ya que en la tarde los grupos están conformados por menos de 20 alumnos.

3.3. Descripción del proceso de investigación

Para comenzar con el proceso de la presente investigación, se acudió a la Escuela secundaria Ricardo flores Magón, de la ciudad de Lázaro Cárdenas, Michoacán, solicitando a los directivos el apoyo para poder trabajar con algunos de

los grupos de la institución, explicando que se realizaría con la finalidad de detectar los niveles de autoestima de los jóvenes, así como su relación con los trastornos alimentarios.

De igual forma, se les hizo el cuestionamiento de que si notaban algunos indicadores que pudieran ser relevantes en cuanto a esas variables a estudiar, ante lo cual brevemente hicieron algunos comentarios que pudieron ayudar para que este estudio se diera con mayor facilidad.

Una vez que se concedió el permiso para trabajar con los alumnos, se abordó a los jóvenes de manera grupal y únicamente separados por grado; de este modo se les pidió su colaboración para ser parte de un estudio, a lo cual los educandos aceptaron y lo hicieron con la mayor disposición a la hora de aplicarles las pruebas.

Para la administración de los instrumentos, se les entregó individualmente una hoja de respuestas, ya que la investigadora se dio a la tarea de ir dictando las afirmaciones o preguntas según fuera el caso, para que de ese modo todos tuvieran un mejor entendimiento de lo que se les estaba aplicando y evitar ambigüedades en sus respuestas.

Posteriormente, se les agradeció por su disposición, así como una propuesta de regresar por sus resultados si así lo deseaban, a lo cual la investigadora pudo notar el interés de la mayoría por saber sus resultados, esto ayudó en la investigación para tener una idea del interés hacia sí mismos de los jóvenes, al

momento de murmurar sobre las cuestiones en la aplicación de las pruebas, así como risas y expresiones en sus rostros.

Este proceso tuvo una duración de dos días, con una hora aproximadamente por grupo, es decir, la autora de este trabajo consideró conveniente aplicar un día la prueba de la primera variable y en otro día, la segunda, para evitar que los jóvenes se cansaran o llegaran al punto de contestar sin interés o con prisa de salir del salón, lo cual resulto positivo pues disfrutaron de ambos días de aplicación al tener una clase fuera de lo habitual.

3.4 Análisis e interpretación de resultados

El presente apartado expondrá los hallazgos obtenidos en el presente estudio. Se describirán en tres categorías: en primer lugar se presentarán los referidos a la variable denominada autoestima; en la segunda parte se mencionarán las mediciones obtenidas en la muestra en referencia a los trastornos alimentarios; finalmente, la tercera categoría hará referencia a la relación que se encontró entre las variables antes mencionadas. En cada una de las categorías se hará la interpretación estadísticamente pertinente.

3.4.1 Nivel de autoestima

Se afirma que la autoestima se refiere a la evaluación constante de sí mismo. Según Coopersmith, “expresa una actitud de aprobación o desaprobación e indica el grado en el que el individuo se cree capaz, con éxito y valioso” (citado por Crozier; 2001: 205).

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

La media es entendida como la suma de un conjunto de datos, dividida entre el número de medidas, según Hernández y cols. (2014). De tal forma, la media en el nivel de autoestima general fue de 41.

De igual modo, se obtuvo la mediana, que es el valor medio de un conjunto de valores ordenados: el punto abajo y arriba del cual cae un número igual de medidas de la cual se obtuvo un valor de 41.

Continuando con Hernández y cols. (2014), se calculó la moda, que hace referencia a la medida que ocurre con mayor frecuencia en un conjunto de observaciones, del cual se obtuvo un valor de 39.

También se obtuvo el valor de una medida de dispersión, específicamente de la desviación estándar, la cual es definida como la raíz cuadrada de la suma de las desviaciones al cuadrado de una población, dividida entre el total de observación, en la que se obtuvo un puntaje de 9 (Hernández y cols.; 2014)

Por otra parte, se obtuvo un puntaje de la subescala de autoestima social, encontrando una media de 44, una mediana de 44 y una moda representativa de 44. La desviación estándar fue de 9.

Asimismo, en la escala de autoestima escolar se encontró una media 47, una mediana de 44 y una moda de 44. La desviación estándar obtuvo un puntaje de 12.

De manera adicional, en la escala de autoestima en el hogar se cuantificó una media de 45, una mediana de 47, una moda de 47 y una desviación estándar de 7.

Finalmente, se obtuvo el puntaje de la autoestima total, en la cual se encontró una media de 39, una mediana de 39, una moda de 42 y una desviación estándar de 9.

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

A partir de los resultados estadísticos obtenidos mediante la aplicación del instrumento, se puede interpretar que el nivel de autoestima se encuentra dentro de los parámetros normales.

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 social, el 38% de los sujetos se ubica por debajo de T 40; en la subescala de autoestima escolar, el porcentaje es de 31%; mientras que en la de autoestima en el hogar es de 24%; de igual manera, en la de autoestima total, es de 51%.

Finalmente, el porcentaje de sujetos con nivel bajo de autoestima total es de 28%. Estos resultados se aprecian de manera gráfica en el anexo 2.

Los resultados mencionados anteriormente, muestran que existen numerosos casos con problemas de autoestima, aunque hay algunos que están en los rangos de normalidad.

3.4.2 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 anorexia 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 predefinidas 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 62, una mediana de 65, una moda de 32 y una desviación estándar de 25.
- 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) Por otra parte, en la escala de insatisfacción corporal se estableció una media de 54, una mediana de 55, una moda de 56 y una desviación estándar de 24.
- 4) Adicionalmente, en la escala de ineficacia se cuantificó una media de 62, una mediana de 62, una moda de 55 y una desviación estándar de 24.

- 5) También se calcularon los resultados en la escala de perfeccionismo, en los cuales se obtuvo una media de 67, una mediana de 69, una moda de 82 y una desviación estándar de 26.
- 6) En la escala de desconfianza interpersonal se obtuvo una media de 62, una mediana de 64, una moda de 44 y una desviación estándar de 23.
- 7) En la escala de conciencia introceptiva se determinó una media de 58, una mediana de 63, una moda de 16 y una desviación estándar de 27.
- 8) En la escala de miedo a la madurez se estableció una media de 76, una mediana de 77, una moda de 77 y una desviación estándar de 18.
- 9) En la escala de ascetismo se calculó una media de 53, una mediana de 51, una moda de 48 y una desviación estándar de 26.
- 10) En la escala de impulsividad se cuantificó una media de 59, una mediana de 60, una moda de 14 y una desviación estándar de 26.
- 11) Finalmente, en la escala de inseguridad social se logró una media de 78, una mediana de 83, una moda de 78 y una desviación estándar de 19.

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 44% de sujetos se encuentra por arriba del percentil 70; en la escala de bulimia, el porcentaje fue de 40%; en la de insatisfacción corporal, 26%; en la de ineficacia, 38%; en la de perfeccionismo, 48%; en la correspondiente a la desconfianza interpersonal, 38%; en la de conciencia introceptiva, 39%; respecto a la de miedo a la madurez, se obtuvo un 69%; en la de ascetismo, un 29%; en la de impulsividad, 42% y finalmente, en la de inseguridad social, 68.

Estos datos se pueden observar gráficamente en el anexo 4.

En función de los resultados de los datos anteriores, se puede afirmar que los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en esta muestra, se encuentran en un nivel dentro de la normalidad, sin embargo, hay algunos indicadores en los que resulta preocupante el porcentaje de casos que presentan puntajes altos, como se presenta 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 da entre los trastornos alimentarios y la autoestima.

En la investigación realizada a los alumnos del turno matutino de la Escuela Secundaria Ricardo Flores Magón, de Lázaro Cardenas, Michoacán, se encontraron los siguientes resultados.

Entre el nivel de autoestima y la escala de obsesión por la delgadez existe un coeficiente de correlación de -0.18 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre estos atributos existe una correlación negativa débil, de acuerdo con la clasificación que plantean Hernández y cols. (2014).

Para conocer la influencia que existe entre el nivel de autoestima y la obsesión por la delgadez, se obtuvo la varianza de factores comunes (r^2), 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 0.03, lo que significa que entre la autoestima y la obsesión por la delgadez hay una relación del 3%.

Por otra parte entre el nivel de autoestima y la escala de bulimia, existe un coeficiente de correlación de -0.16 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto indica que entre la autoestima y la escala referida, 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 bulimia hay una relación del 3%.

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 0.03, lo que significa que entre la autoestima y la escala de insatisfacción corporal hay una relación del 9%.

En cuanto al nivel de autoestima y la escala de ineficacia, existe un coeficiente de correlación de -0.29 según 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 0.08, lo que significa que entre la autoestima y la escala de ineficacia hay una relación del 8%.

En cuanto al nivel de autoestima y la escala de perfeccionismo, existe un coeficiente de correlación de -0.25 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 0.06, lo que significa que entre la autoestima y la escala de perfeccionismo hay una relación del 6%.

En cuanto al nivel de autoestima y la escala de desconfianza interpersonal, existe un coeficiente de correlación de -0.23, obtenido con la prueba “r” de Pearson. Esto conduce a expresar que entre la autoestima y la escala referida, existe una correlación negativa débil.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.05, lo que significa que entre la autoestima y la escala de desconfianza interpersonal hay una relación del 5%.

En cuanto al nivel de autoestima y la escala de conciencia introceptiva, existe un coeficiente de correlación de -0.26 a partir de la prueba “r” de Pearson. Esto implica que entre la autoestima y la escala en cuestión, existe una correlación negativa débil.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.07, lo que significa que entre la autoestima y la escala de conciencia introceptiva hay una relación del 7%

En cuanto al nivel de autoestima y la escala de miedo a la madurez, existe un coeficiente de correlación de 0.01 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson, lo cual denota que existe ausencia de correlación entre las variables.

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

En cuanto al nivel de autoestima y la escala de ascetismo, existe un coeficiente de correlación de -0.24 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 0.06, lo que significa que entre la autoestima y la escala de ascetismo hay una relación del 6%.

En cuanto al nivel de autoestima y la escala de impulsividad, se cuantificó un coeficiente de correlación de -0.41 con base en la prueba “r” de Pearson. Esto representa que entre la autoestima y la escala citada, existe una correlación negativa media.

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

Finalmente, en cuanto al nivel de autoestima y la escala de inseguridad social, se calculó un coeficiente de correlación de -0.26 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 0.07, lo que significa que entre la autoestima y la escala de inseguridad social hay una relación de 7%

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 con la escala de impulsividad.

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

De acuerdo con los resultados presentados, se confirma la hipótesis de trabajo, la cual afirma que existe correlación estadísticamente significativa entre el nivel de autoestima y los trastornos alimenticios en los alumnos de la Escuela Secundaria Ricardo Flores Magón, de Lázaro Cárdenas, Michoacán, para la escala de impulsividad.

De igual forma, se confirma la hipótesis nula, que afirma que los trastornos alimentarios no se ligan de manera estadísticamente significativa con el nivel de autoestima, en los mismos sujetos, para el resto de las escalas.

CONCLUSIONES

En este último título, se explica la manera en que se cumplieron los objetivos de la investigación.

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

Por su parte, los objetivos particulares de índole teórica referidos a los trastornos alimentarios, fueron abordados con suficiencia en el capítulo 2. Ahí se describen los principales aspectos relacionados con la naturaleza de dichas perturbaciones.

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

De la misma manera, la cuantificación de la segunda variable del estudio, los trastornos alimentarios, se efectuó mediante la aplicación del test denominado EDI2.

Con esto se cumplió con el objetivo particular número cinco, que analiza las principales teorías que abordan el estudio de los trastornos alimentarios.

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

Es oportuno observar que la hipótesis de trabajo se corroboró en el caso de la relación entre el nivel de autoestima y de impulsividad.

Por su parte la hipótesis nula se verificó, merced a los resultados obtenidos en el caso de la relación entre la escala de autoestima y las escalas de: obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva, miedo a la madurez, ascetismo, inseguridad social e ineficacia.

Es necesario enfatizar que los resultados son aplicables únicamente, dado el tipo de muestreo empleado, a los sujetos que participaron en el estudio, es decir, no se pueden generalizar a estudiantes de un nivel educativo similar.

Es importante subrayar que como hallazgos significativos, se encontró que en el nivel de autoestima en el hogar, el 24% de la muestra investigada obtuvo puntajes preocupantes, por lo cual resulta importante poner atención en esa parte dentro de la institución.

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 indagación en ese sentido. Por lo anterior, se asume que ofrecerá información relevante para futuras investigaciones que se efectúen en este contexto.

BIBLIOGRAFÍA

Ajuriaguera, J. (1973)
Manual de psiquiatría infantil.
Editorial Masson. Barcelona.

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

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

Belloch, Amparo; Sandín, Bonifacio; Ramos, Francisco. (1995)
Manual de psicopatología.
Editorial Mc Graw Hill. España.

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

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

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

Butcher, James; Mineka, Susan; Hooley, Jill. (2007)
Psicología clínica.
Editorial Pearson. España.

Carrión López, Salvador. (2007)
Autoestima y desarrollo personal con PNL.
Ediciones Obelisco. Barcelona, España.

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

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.

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.

Juárez Rodríguez, Graciela. (2012)
Correlación entre el estrés y los trastornos alimentarios en el CECyTEM de Ixtlán de los Hervores.
Tesis inédita de la Escuela de Psicología de la Universidad Don Vasco, A.C.
Uruapan, Michoacán, México.

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

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

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

MESOGRAFÍA

Acosta Padrón, Rodolfo; Hernández, José Alfonso. (2004)

“La autoestima en la educación.”

Revista Límite, vol. 1, núm. 11, 2004, pp. 82-95.

Universidad de Tarapacá, Chile.

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83601104>

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>

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

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

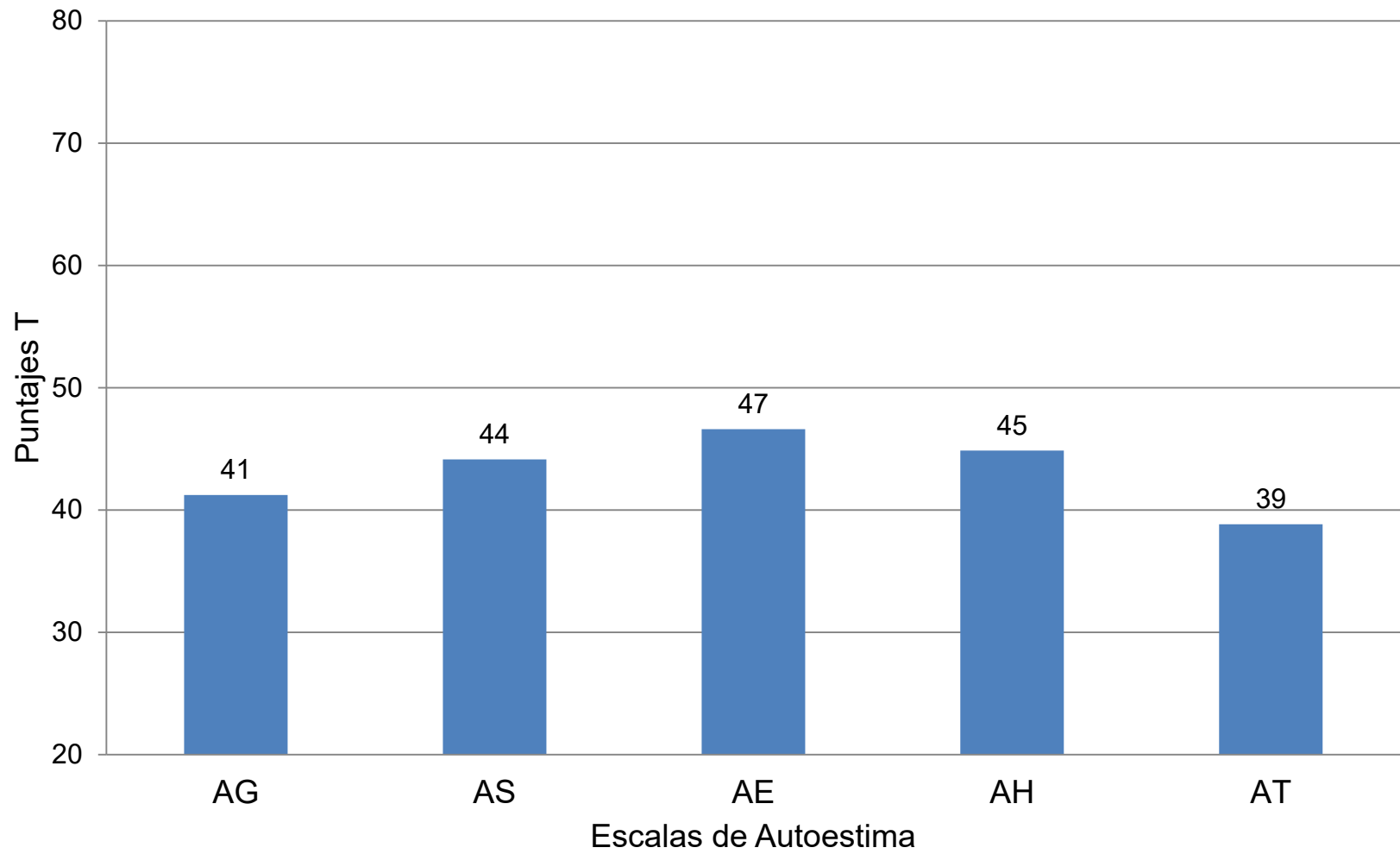
Revista Terapia Psicológica. 2009, Vol. 27, N°2, 181-190.

Universidad Veracruzana, México.

http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082009000200004&script=sci_arttext

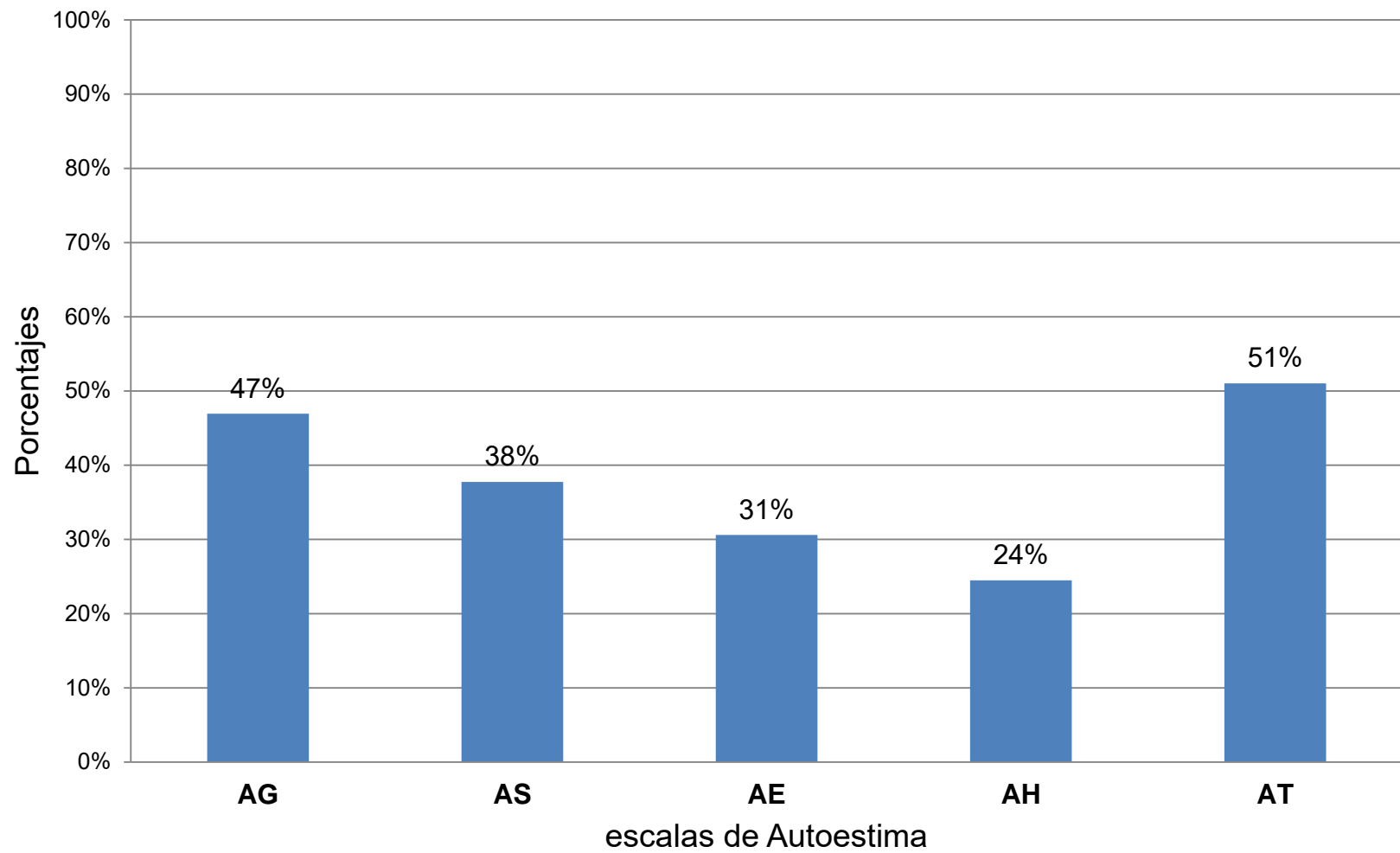
ANEXO 1

Media aritmética de las escalas de autoestima



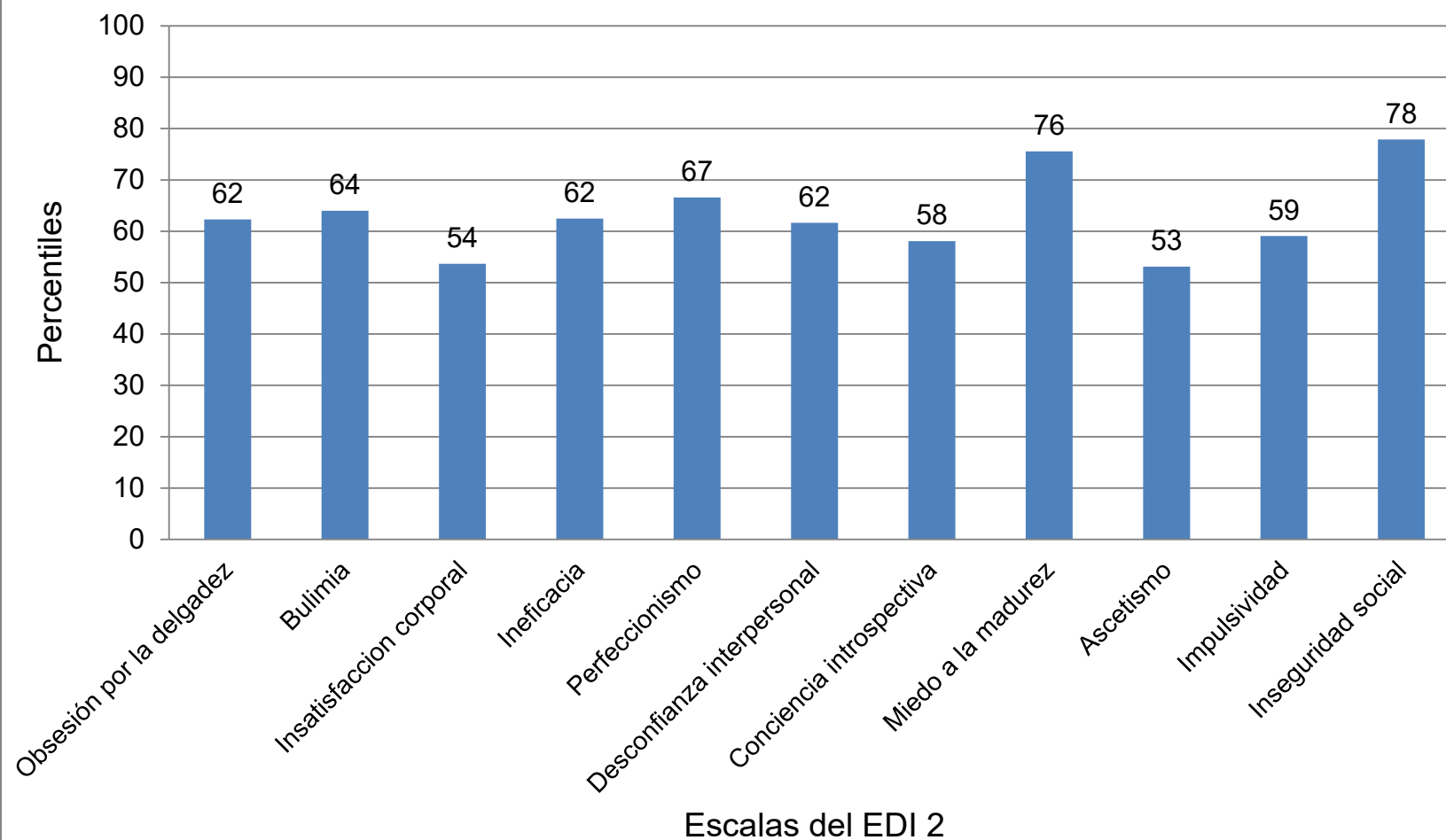
ANEXO 2

Porcentajes de sujetos con puntajes preocupantes en la escala de autoestima



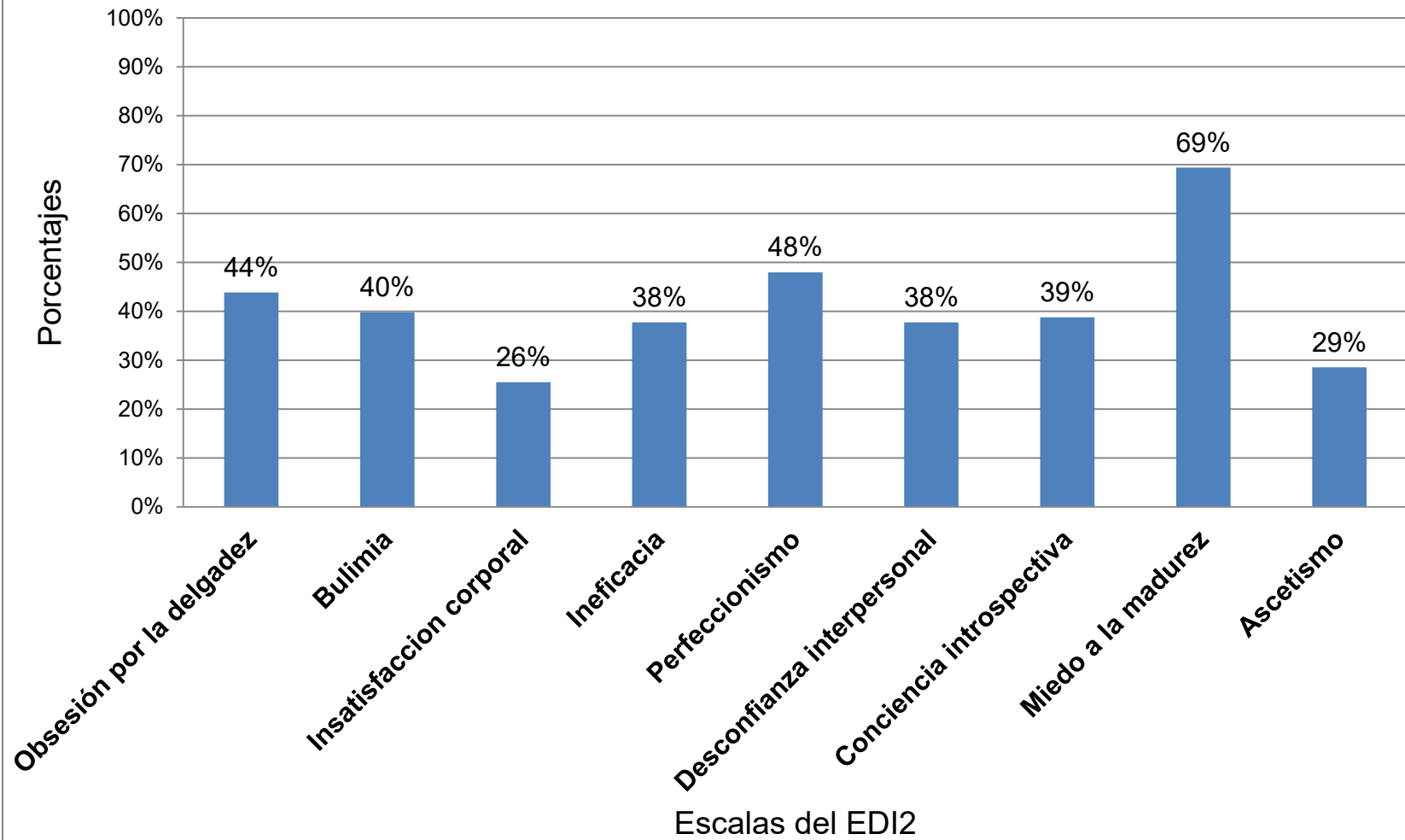
ANEXO 3

Media aritmética de las escalas del EDI2



ANEXO 4

Porcentajes de sujetos con puntajes preocupantes en la escala EDI 2



ANEXO 5

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

