



UNIVERSIDAD
DON VASCO, A. C.

UNIVERSIDAD DON VASCO, A.C.

INCORPORACIÓN N° 8727-25 A LA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

*AUTOESTIMA Y PRESENCIA DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN
ALUMNOS DE UNA ESCUELA PRIMARIA DE URUAPAN, MICH.*

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

Dalila Susana Ramírez Rodríguez

Asesora: Lic. Gisela Mayanín Tafolla Torres

Uruapan, Michoacán. 28 de junio 2017.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

Introducción.

Antecedentes	1
Planteamiento del problema.	4
Objetivos	5
Hipótesis.	6
Operacionalización de las variables	6
Justificación	7
Marco de referencia.	9

Capítulo 1. Autoestima.

1.1 Conceptualización de la autoestima.	11
1.2 Importancia de la autoestima.	13
1.3 Diferencias entre autoestima y autoconcepto	16
1.4 Origen y desarrollo de la autoestima.	17
1.5 Componentes de la autoestima.	24
1.6 Pilares de la autoestima.	27
1.7 Niveles de la autoestima.	32
1.8 Medición de la autoestima	36

Capítulo 2. Trastornos de la alimentación.

2.1. Antecedentes históricos de la alimentación.	40
--	----

2.2. Definición y características clínicas de los trastornos alimentarios.	42
2.2.1. Anorexia nerviosa.	42
2.2.2. Bulimia nerviosa.	46
2.2.3. Obesidad.	48
2.2.4. Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas.	50
2.2.5. Vómitos en otras alteraciones psicológicas.	50
2.2.6. Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia.	51
2.3. Esfera oroalimenticia en el infante.	53
2.3.1. Organización oroalimenticia.	54
2.3.2. Alteraciones de la esfera oroalimenticia	56
2.4. Perfil de la persona con trastornos de alimentación.	58
2.5. Causas del trastorno alimenticio.	61
2.5.1. Factores predisponentes individuales.	62
2.5.2. Factores predisponentes familiares.	67
2.5.3. Factores socioculturales.	71
2.6. Percepción del cuerpo en el trastorno alimentario.	74
2.7. Factores que mantienen los trastornos alimenticios.	78
2.8. Trastornos mentales asociados a los trastornos alimentarios.	82
2.9. Tratamiento de los trastornos alimentarios.	84

Capítulo 3. Metodología, análisis e interpretación de resultados

3.1. Descripción metodológica.	86
3.1.1. Enfoque cuantitativo.	87
3.1.2. Investigación no experimental.	89

3.1.3. Diseño transversal.	89
3.1.4. Alcance correlacional.	90
3.1.5. Técnicas de recolección de datos.	90
3.2. Población y muestra.	92
3.2.1. Descripción de la población.	92
3.2.2. Proceso de selección de la muestra.	93
3.3. Descripción del proceso de investigación.	94
3.4. Análisis e interpretación de resultados.	97
3.4.1 La autoestima en los alumnos de la Escuela Primaria Lic. Eduardo Ruiz	97
3.4.2 Indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en la muestra estudiada.	99
3.4.3 Relación entre el nivel de autoestima y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios.	104
Conclusiones.	111
Bibliografía	113
Mesografía	116
Anexos	

INTRODUCCIÓN

En la presente investigación se abordan algunos de los antecedentes sobre estudios relevantes realizados con anterioridad sobre las variables a tratar en la presente: la autoestima y los indicadores psicológicos de los trastornos alimenticios, ya que actualmente, cada uno de manera independiente repercute en la mayoría de los individuos; la sociedad evoluciona y, con ello, las necesidades de cada persona se modifican, y esto conlleva una serie de afecciones personales y sociales en las personas, debido a las demandas del medio social, por ello, el hombre necesita herramientas sólidas que le permitan desarrollarse plenamente en su contexto social.

Antecedentes

En México hay algunos estudios específicos en adolescentes sobre las variables a definir.

La autoestima se define como “la valoración que la persona realiza de sí misma, basándose en los pensamientos, sentimientos sensaciones y experiencias a lo largo de la vida.”(Quiles y Espada, citados por Moreno; 2014: 1).

Por otra parte Carrión (2007: 15) definió la autoestima como “el conjunto de creencias y valores que el sujeto tiene acerca de quién es, de sus capacidades,

habilidades, recursos y potencialidades pasadas, presentes y futuras que le han conducido hasta donde está y que le llevarán hasta donde crea que puede llegar”.

Asimismo, Coopersmith (referido por Crozier; 2001) definió autoestima como la evaluación que hace y mantiene habitualmente la persona con respecto a sí misma: aquí es donde expresa una actitud de aprobación, o desaprobación e indica el grado en el que el individuo se cree capaz, destacado, con éxito y valioso.

Respecto de los desórdenes alimenticios, la anorexia es descrita como un problema médico, su origen data del año 1873; posteriormente, en 1950 la bulimia es referida como un patrón de conductas de algunos sujetos obesos; ya en 1970 se reconoce a la bulimia como un padecimiento relacionado con la anorexia nerviosa.

Las definiciones más aceptadas sobre algunos trastornos alimentarios son definiciones referidas por la American Psychiatric Association (APA; 2002).

Esta organización define a la anorexia como uno de los trastornos más frecuentes el cual se manifiesta por cambios fisiológicos, conductuales y psicológicos, se caracteriza por un miedo excesivo a engordar o a subir de peso.

El término anorexia proviene del idioma griego, se refiere a la pérdida de apetito y se caracteriza por llegar a un peso corporal extremadamente bajo, los individuos que la presentan tienen una idea inflexible por adelgazar, se someten a rigurosas dietas y viven con constante temor de aumentar de peso.

Respecto a la bulimia nerviosa, es un trastorno distinto a la anorexia, se caracteriza por un rechazo a comer y tendencia a vomitar de manera constante; en cuanto a la bulimia nerviosa refiere atracones de comida, abuso de laxantes, fármacos, ejercicio excesivo y ayuno. La característica principal de la bulimia es la alteración de la percepción de la forma y el peso corporal.

Un estudio realizado por Anaya, en 2004, mostró que respecto a la edad de inicio de estos trastornos, se encontró que la edad promedio es de 17 años y algunos entre 14 y 18, las más afectadas son las mujeres entre 15 y 24. Según Taylor (2002) se han detectado casos de trastornos alimentarios en niños de 7 años.

La encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica que se realizó en el año 2003, no reportó casos de anorexia, solo informó sobre prevalencia de bulimia en mujeres de 18-29 años con el 1.8%.

En 2002, Unikely y Villatoro descubrieron que en los hombres suele prevalecer una marcada tendencia a desear un cuerpo más corpulento y mantener algunas conductas de riesgo, como la práctica excesiva de ejercicio.

Vázquez, en 2005, reporta que mientras los hombres realizan ejercicio excesivo, las mujeres realizan dietas restrictivas o ayunan.

En el caso de la autoestima, Ortuño (1978), en un estudio citado, expresa que las personas que presentan una autoestima alta, muestran un control de sus

impulsos mayor, con más frecuencia la refuerzan y a menudo se autoafirman, de manera que son persistentes en la búsqueda de soluciones constructivas.

En 1998, Rosen y Ramírez destacaron que la baja autoestima es uno de los principales síntomas presentes en la personas diagnosticadas con trastornos de alimentación, expresándose con inseguridad, falta de aprobación y de respeto hacia sí mismo.

Planteamiento del problema

En la actualidad, la autoestima ha sido una variable que se estudia en poblaciones específicas de diversa índole, debido a la importancia que tiene en el desarrollo emocional de cada individuo y la repercusión que esta tiene para que cada persona se desenvuelva en su contexto.

Por otra parte, debido a la importancia que se le da al cuidado y valor de la imagen física en la actual sociedad, los medios de comunicación influyen en la existencia de un modelo ideal de belleza establecido y compartido socialmente; con los mensajes de manera implícita y explícita hacia el ideal de cuerpos perfectos, la presencia de trastornos alimentarios en los adolescentes va en aumento.

La autoestima es un componente que está en desarrollo en todos los adolescentes, se está forjando con base en el contexto familiar, social y a

experiencias vivida, mediante la autoestima se puede conocer el grado de satisfacción y aceptación que tiene de si el individuo.

Con lo anterior se deduce que puede existir una relación entre trastornos alimentarios y autoestima, por lo que surge la siguiente pregunta de investigación: ¿Existe una relación significativa entre la autoestima y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en los alumnos de sexto grado, de la Escuela Primaria Licenciado Eduardo Ruiz, en la ciudad de Uruapan, Michoacán?

Objetivos

Las diversas tareas del presente trabajo, fueron reguladas por los lineamientos que enseguida se explicitan.

Objetivo general

Analizar la relación que existe entre autoestima y la presencia de indicadores psicológicos de trastornos alimentarios en los alumnos de sexto grado, de la Escuela Primaria Lic. Eduardo Ruiz, de la ciudad de Uruapan, Michoacán.

Objetivos particulares

1. Definir el concepto de autoestima.
2. Establecer los niveles de autoestima.

3. Definir el concepto de trastornos alimentarios.
4. Establecer las causas que provocan los trastornos alimentarios.
5. Conocer los indicadores psicológicos de la presencia de los trastornos alimentarios.
6. Distinguir los factores relacionados con los trastornos alimentarios.
7. Medir el nivel de autoestima de los alumnos de sexto grado en la Escuela Primaria Lic. Eduardo Ruiz, de la ciudad de Uruapan, Michoacán.
8. Evaluar el nivel en que se presentan los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en los sujetos de estudio.

Hipótesis

Las siguientes explicaciones tentativas sobre la realidad examinada, se formularon con base en la bibliografía disponible y el plan metodológico a seguir.

Hipótesis de trabajo

Existe una relación estadísticamente significativa entre el nivel de autoestima y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en alumnos de sexto grado, de la Escuela Primaria Lic. Eduardo Ruiz, de la ciudad de Uruapan, Michoacán.

Hipótesis nula

No existe una relación estadísticamente significativa entre el nivel de autoestima y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en los alumnos de sexto grado, de la Escuela Primaria Lic. Eduardo Ruiz, de la ciudad de Uruapan, Michoacán.

Operacionalización de las variables

En la presente investigación se pretende averiguar sobre dos variables: la autoestima y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios. Lo primero es identificar de qué manera se obtendrá el resultado de dichas variables, es decir, establecer los instrumentos con los cuales medir las variables ya establecidas.

La autoestima se aborda para la población específica en niños de 11-12 años de edad, por lo que el test psicométrico denominado Test de Autoestima Escolar (TAE-ALUMNO) de Teresa Marchant y cols. (2005), fue la herramienta a utilizar, ya que esta prueba posee estándares de validez para la psicología y permite conocer la autoestima general en niños de 8 a 13 años, de tal manera que ayuda a determinar si el rendimiento escolar que tienen es normal o menor del esperado.

En la variable de los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios, se consideran como puntajes los obtenidos por el sujeto en el Inventario de

Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI 2) de David M. Garner (1998). Este instrumento se conforma por 11 escalas que representan los principales síntomas que, de manera frecuente, acompañan a la anorexia y la bulimia nerviosa.

Justificación

El presente trabajo se desarrolló debido a la situación actual que presenta la sociedad del municipio de Uruapan respecto a los estímulos, sociales y por parte de los medios de comunicación, que de forma cotidiana reciben los niños y adolescentes, en específico sobre la idea de cuerpos perfectos, de encajar en estereotipos físicos, de mantener un físico que agrade o simplemente, no ser víctima de burlas ni comentarios que emocionalmente pueden dañarlos.

La presente investigación pretende encontrar la relación entre las variables de la autoestima y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en niños de 11 a 13 años, para contribuir a la institución educativa Lic. Eduardo Ruiz, donde, con los resultados obtenidos, se podrá conocer el nivel de autoestima y la posible presencia de indicadores psicológicos de algunos trastornos alimentarios, que puedan imposibilitar el desarrollo y rendimiento académico en los alumnos a evaluar, ya que hasta la fecha actual no se han realizado investigaciones de esta índole.

Los directivos y personal de departamento de psicología podrán determinar la manera de proceder si hay algún resultado que pueda influir de manera directa en la conducta, convivencia y, por ende, en el desarrollo social y emocional del niño.

De manera similar los maestros pueden encontrar y elegir estrategias que faciliten y guíen el desarrollo académico, en sincronía con los padres de familia, para determinar si hay en el hogar algún conflicto que contribuya a propiciar tal situación y que juntos, busquen la manera en que el niño se desenvuelva de manera íntegra en sociedad.

Para la sociedad en general los beneficios se verán reflejados en algún momento que se realice un estudio, en conjunto con poblaciones similares, pero de otras instituciones, se podrá establecer un análisis comparativo para que, a partir de estándares particulares, sea posible llegar a una conclusión o conocimiento general.

Y sobre todo, abrir paso a nuevas investigaciones y campos no explorados, respecto a la problemática que se planteó, ya que respecto a los trastornos alimenticios, la edad de inicio cada vez es más frecuente en jóvenes de menor edad, para así poder detectar a tiempo algún indicador que pueda desencadenar conflictos en el futuro adolescente.

Marco de referencia.

El escenario de la presente investigación es la Escuela Primaria Urbana Federal Lic. Eduardo Ruiz, la cual está ubicada en la calle 5 de febrero número 43, de la colonia Centro, en la ciudad de Uruapan, Michoacán. Dicha institución presta sus servicios desde hace más de cuarenta años y se encuentra registrada con la

clave 16DPR1750F SEP, perteneciente al sector 04, zona escolar 080, del sector público. El plantel presta sus servicios a 800 alumnos en general.

La infraestructura con la que cuenta este centro educativo incluye: dos edificios, en los cuales se encuentran la dirección, 17 salones, una aula de medios, una pequeña biblioteca, un aula como sala de reuniones para docentes, las instalaciones de los sanitarios, la cocina, así como una cancha deportiva y un patio de usos múltiples.

En cuanto a los recursos humanos, cuenta con 21 trabajadores: 14 maestros frente a grupo, uno para el aula de medios, otro para impartir educación física y uno más para la clase de danza; todos ellos cuentan con Licenciatura en Educación Normal Primaria, algunos cuentan con el grado de maestría.

Para realizar el aseo y prefectura, se cuenta con dos personas, las cuales poseen como grado máximo de estudios el nivel medio superior, así como una persona que se encarga de los asuntos administrativos; al frente de la institución se encuentra la directora, quien posee el grado de maestría.

CAPÍTULO 1

LA AUTOESTIMA

En presente capítulo, se hará referencia a la variable autoestima, respecto a todo lo relevante que a ella compete, como el origen del término, algunas referencias de sus definiciones y conceptualización, la importancia que tiene en el desarrollo del individuo, pilares y niveles de autoestima, así como algunas alternativas de intervención para los casos en que se pueda ser necesario aplicarlas.

1.1 Conceptualización de la autoestima

Actualmente, debido a las múltiples corrientes psicológicas y las necesidades del hombre por encontrar respuestas a las distintas problemáticas del desarrollo en el ser humano. Hay teorías y conceptos de diversos pensadores clásicos y actuales, quienes, a la hora de hablar de la autoestima, ofrecen una amplia gama de conceptos sobre los que a continuación se harán referencia.

De acuerdo con Alcántara (1990), la autoestima se considera como un sistema fundamental mediante el cual cada individuo ordena sus experiencias, es decir, le da la importancia a cada hecho en su vida por un aprendizaje previo, que refiere al yo personal. Es, pues, una forma habitual de pensar, amar y actuar consigo mismo, es la disposición con la cual se enfrenta el individuo a sí mismo.

El mismo autor amplía la información que se tiene ya de la autoestima, al referir que esta es una estructura estable, pero que en cambio, es de naturaleza dinámica, es decir, crece y se interconecta con algunas actitudes de la persona; si bien es la raíz de la conducta humana, pero no la conducta misma, más bien es la precursora de la conducta o el principio de la acción humana.

La autoestima es esa parte del ser humano en la que tiene que ser consciente que su nivel competente para afrontar las distintas etapas y situaciones de la vida y que cada persona es merecedora de felicidad. Esto es la autoestima para Branden (2010).

Por otra parte, también se puede definir la autoestima como el conjunto de creencias limitantes o desarrolladoras que posee cada individuo, así como valores, ya sean virtuosos o viciosos, capacidades, habilidades que ha tenido o está en proceso de desarrollar el individuo; todas estas creencias las tiene cada persona de sí misma.

Se considera la fuerza que inspira la conducta del hombre, puede decirse que esta parte divide los actos humanos y los actos de hombre, es decir, los primeros son todos aquellos donde interviene la razón y voluntad, en cambio los segundos son actos guiados por sus pulsiones. La voluntad permite apreciar que la vida es la meta de la vida, que hace al hombre ser responsable de la misma y de crear su entorno a favor o en contra, así como responsable de la felicidad en cada uno, todo ello de acuerdo con Carrión (2007).

La autoestima es una constante evaluación que hace la persona sobre sí misma, sobre la aprobación o desaprobación que se tenga de sí y se considera como ese juicio en el cual se cree o no capaz y merecedor de éxito, es una experiencia subjetiva donde la persona transmite a otros, mediante conductas y lenguaje verbal, lo que siente y piensa de sí misma, o como se percibe, de acuerdo con Coopersmith (citado por Crozier; 2001).

En sí, las múltiples definiciones de la autoestima pueden ayudar a que se perciba un panorama más amplio, complementar y fusionar teorías y corrientes, todo para dar una respuesta más completa hacia las dudas y respuestas que el hombre busca resolver, es decir, las respuestas a sus cuestiones antropológicas a lo largo de la historia.

1.2 Importancia de la autoestima

Tomar conciencia de la importancia que tiene la autoestima, es un tema de trascendencia, en específico para el contexto al que está dirigida la investigación. En las instituciones educativas del nivel de primaria, la mayoría de las ocasiones, los docentes y consejo escolar se enfocan en buscar estrategias que guíen y faciliten una mejor comprensión en el alumno hacia los nuevos conocimientos, sin considerar la importancia que tiene la autoestima para el desempeño académico y desarrollo integral en el educando y que, en ocasiones, de ella depende el rendimiento que el menor pueda tener para la adquisición de nuevos aprendizajes.

Cuando el aprendizaje se condiciona, se refiere a que la adquisición de nuevos conocimientos se subordina a la actitud de cada individuo, a que los umbrales de la percepción se encuentren abiertos o cerrados, de acuerdo con cuestiones internas en el alumno, que favorezcan o no la integración para nuevas estructuras.

Es decir, un niño con autoestima baja, que tiene un autoconcepto negativo de sí, no podrá adquirir conocimientos que le permitan avanzar en su proceso, ya que la imagen negativa que tiene no le permite aceptar y creerse capaz de nuevos logros, he aquí donde se considera que es un derroche de esfuerzos didácticos, cuando el conflicto reside en otra cuestión.

Si el alumno goza de una autoestima sana, será capaz de afrontar las dificultades de la vida que se le puedan presentar, tendrá la fuerza necesaria para encontrar herramientas dentro de sí y superar obstáculos. La responsabilidad es una cualidad y virtud en el individuo, se presenta cuando la persona se siente capaz de comprometerse y poder realizar determinadas actividades; la autoestima conlleva responsabilidad de sí, creer en sí y ser responsable de las herramientas propias para superar obstáculos, de acuerdo con Alcántara (1990)

La sociedad requiere de individuos creativos, capaces de innovar; la sociedad no permanece, es cambiante y requiere de un hombre que crea en sí mismo, capaz de crear y confiar en sí mismo. Se busca que los alumnos sean autónomos, autosuficientes, con seguridad y que se acepten en medio de una sociedad exigente,

es decir, que sean capaces de reconocerse y encontrar su propia identidad, ello es una de las metas más importantes, si no es que la más, de la educación.

El ser responsable de sí mismo, tenerse respeto y aprecio, constituye la base para relacionarse con los demás, es así que el individuo se mostrará inconscientemente como un modelo de autoconfianza. Cultivar la autoestima de manera amorosa aporta sentimientos y cualidades propias e individuales, propicia que la persona se plantee metas, que tenga autoconfianza y que se revista de energía para afrontar el futuro.

En el hombre nada permanece, es una incesante búsqueda de identidad, de encontrar su lugar en esta vida, llenarla de sentido es su misión; la fuerza más profunda del ser es llegar a ser él mismo, lograr la voluntad, la autorrealización y su libertad.

Todo lo anterior, Alcántara (1990) lo refiere como los aspectos de mayor importancia de la autoestima en el hombre, entonces, es así que mientras se busca el sentido, mientras se camina y trasciende, el hombre no busca responder preguntas cotidianas tales como saber dónde está su abrigo; no busca expresar cuestiones científicas, como qué es el tiempo y espacio; el hombre busca conocer y responder sus cuestiones más primitivas y filosóficas, quiere ir más allá, saber quién es él, de dónde viene y hacia dónde va, qué sentido tiene existir, qué sentido tiene trascender.

1.3 Diferencias entre autoestima y autoconcepto

Actualmente, los términos autoestima y autoconcepto son usados de manera simultánea o en algunos casos, como sinónimos; la tarea de delimitar cada término conlleva una serie de fundamentos de acuerdo con el autor que se maneje, es necesario dejar en claro cuándo es preciso usar cada concepto y los elementos que corresponden a cada uno.

De acuerdo con Mora y Raich (2005), en lo que respecta al autoconcepto, se refiere a un propio sentido de identidad: cómo una persona se percibe, las creencias de sí mismo y autoevaluaciones, remite al yo ideal, a como quiere ser, y aquí ya implica una valoración y percepción de cada una de las maneras de actuar.

Gracias al autoconcepto la persona puede definir su identidad, es decir, cómo se evalúa, cómo quiere llegar a ser, y así fusionar ambos aspectos para tener congruencia entre lo que es y lo que quiere. Cuando de autoconcepto se trata, está ligado directamente a cuestiones cognitivas.

Este concepto se conforma por cinco áreas: social, académica, familiar, corporal y global; en cada una de ellas, el individuo se ubica y tiene una percepción de como se ve interactuando en cada contexto.

En cuanto a la autoestima, Woolfolk (2006) refiere que es una reacción afectiva, el juicio respecto de quien es la persona sobre el merecimiento. Es una

experiencia subjetiva donde el individuo, de manera consciente e inconsciente, transmite el grado de aceptación de sí mismo.

1.4 Origen y desarrollo de la autoestima

No se nace con autoestima, la persona la aprende de acuerdo con las experiencias de su entorno y el significado que el sujeto da las mismas (Kaufman y cols.; 2005).

Existen diversos factores de los cuales depende que una persona posea una autoestima sana: el entorno en que se cría y desarrolla el individuo; los elementos necesarios en la crianza deben ser el respeto, amor, aceptación y confianza que los padres debe mostrar a sus hijos, sin embargo, esto no exenta a la persona de forjar una baja autoestima (Branden; 2008).

Existen seis pilares que contribuyen a la formación de la autoestima, de acuerdo con Branden (2008), cuando estas prácticas se hallan ausentes, la autoestima se ve perjudicada. Los seis pilares son: la práctica de vivir conscientemente, aceptarse uno mismo, aceptar responsabilidades, afirmarse a uno mismo, vivir con un propósito y la integridad.

Para conservar la autoestima, se debe mantener la inquebrantable voluntad de comprender, ello se refiere a conservar esa parte de la conciencia humana despierta y alerta, en su máximo potencial de inteligencia, este principio de voluntad se refiere

específicamente a que nunca debe perderse la esperanza de encontrarle sentido al mundo que rodea a la persona. Esto sucede cuando el niño intenta entender las reacciones y situaciones de sus padres y el mundo que lo rodea, pero al no lograr comprender, después de ciertos números de intentos el niño se rinde y termina por culparse, minimiza sus potencialidades, cree que él no funciona bien y se rinde, pierde y abandona la esperanza de encontrarle un sentido al mundo que le rodea (Branden; 2008).

Mientras no se pierda en el ser humano la voluntad de comprender, se puede decir que está a salvo, ya que tiene que buscar constantemente respuestas que necesita saber para funcionar con eficacia; todo ello es de gran importancia, ya que la razón es la facultad que lo diferencia de los otros seres vivos: debe alimentar la confianza en su razón, creerse capaz de entender el mundo en cada etapa de su vida, ya que de no hacerlo puede sentirse desamparado, esto es, que haga lo que haga, el lograr entender el mundo no está dentro de sus posibilidades, y por consecuencia, quebranta y minimiza la creencia en sus capacidades que, a su vez, limita así su desarrollo y crecimiento (Branden; 2008).

Por otra parte, el hombre se encuentra de manera constante en un conflicto entre su mente y sus emociones, llega a experimentar deseos o pulsiones en contraposición con su entendimiento. Las emociones no son una adecuada guía para conducirse y actuar en la vida, no son instrumentos de cognición ni criterios para emitir juicios.

Como anteriormente se mencionó, la razón es una facultad iniciadora en el hombre, la autoestima requiere de autoafirmación cognitiva, esto quiere decir que necesita de criterios objetivos para formar un autoconcepto claro y coherente de uno mismo, la razón es un elemento activo que le ayuda a formar dichos criterios, las emociones son elementos pasivos y subjetivos que pueden ser o no adecuadas a la realidad (Branden; 2008).

Si el hombre solo se permite dejarse llevar por sus emociones, puede perder el sentido de la regulación sobre su existencia, esto quiere decir que el hombre no debe reprimirse, pero tampoco excederse, debe considerar lo que ya antes se mencionó: autorregularse, entender esta parte en la que sus pensamientos son responsables de sentimientos y emociones y que, a su vez, esto conlleva a que actúe de determinada manera. Los padres deben enseñar a los hijos en la infancia a juzgar la validez sus deseos, así al ser adultos podrán ser responsables de controlar y evaluar deseos.

El miedo es inherente al ser humano, su valor definido está en que activa a las personas para que superen peligros y puedan mantener la especie, pero lo crucial consiste en la actitud que toma el hombre frente al miedo. Es un proceso normal que, a medida que un niño tenga miedo ante distintas situaciones, reaccione de diversas maneras; es aquí donde tiene que comenzar a desarrollar y hacer uso de las herramientas cognitivas que los padres inculquen, para superar esos temores y dejarlos atrás en la transición al estado adulto.

Una situación amenazante puede estimular o detener la voluntad de comprender y puede afectar el sentido de eficacia personal. Con ello, quiere decir que alguien puede huir o no de los retos de la vida, enterrarse o no hacerlo en la seguridad de la rutina y de la conformidad. La experiencia del miedo puede ser intensa y llegar a bloquear la capacidad de pensar en la persona (Branden; 2008).

La persona debe tratar el miedo y conservar la voluntad de ser eficaz, ser objetivo y hacer conciencia que el miedo es temporal, para no caer en la indefensión. El hombre debe aceptar lo desconocido, no rendirse a comprenderlo, porque ello es parte integral de su vida. El conocimiento implica la comprensión y esta, a su vez, implica la individualidad de que cada uno viva la experiencia de conocer y comprender, de acuerdo con las experiencias y sus estructuras mentales (Branden; 2008).

El hombre no es infalible y tiene temor a la responsabilidad, por lo que abandonar la responsabilidad de tener un pensamiento independiente, conduce a renunciar a una plena autoestima.

Es necesario discernir entre el orgullo y la autoestima, esta última se forma gradualmente con el paso del tiempo y tiene que ver con que una persona se cree eficaz y digna, refiere a un “yo puedo”, es un valor que se tiene que aprender, la autoestima esta fuera de éxitos, es un control fuera de la voluntad del hombre.

De acuerdo con Branden (2008), se describe el orgullo como el placer que la persona siente por quien es, sobre sus logros y acciones, y el orgullo más grande es el que se experimenta cuando la persona goza de autoestima. Hay quienes poseen orgullo de sus logros, pero hay quienes con logros o sin ellos, gozan de orgullo por el simple hecho de trascender y tener voluntad de comprender y participar de la vida.

Ahora, ¿qué hay de la autoestima y el trabajo productivo? Pues bien, el trabajo productivo en el hombre brinda esa eficacia que él necesita para crecer y potencializar sus capacidades mentales. El crecimiento humano no se termina, es ilimitado, requiere aprender y descubrir nuevas situaciones, la mente es el instrumento más grande y eficaz, gracias a ella el hombre puede cambiar su universo, su realidad; pensar, producir, crear, superar y crecer, ya que cuando el hombre trabaja la naturaleza, se trabaja a sí mismo, todo lo anterior es referido por Branden (2008).

Cada escalón, cada logro, es el infinito umbral hacia nuevos horizontes, el hombre despliega su existencia, se abre y se muestra, el mundo es suyo. La persona que se siente indefensa y pasiva, es inadecuada para existir, pierde este sentido de existencia, pierde la voluntad de comprender, no cree en sí, ni en sus posibles logros y se condena a una carencia de autoestima.

El sentido de virtud y eficacia en el hombre es menester para forjar un grado de autoestima. Quien se conforma o se queda en la comodidad, tiene temor a vivir, a descubrir y, por lo tanto, entierra su autoestima; el miedo no debe justificar el que se

quiera sentir a salvo, los logros que una persona tenga son consecuencia de una autoestima sana, el error del hombre es intentar basar su autoestima en logros existenciales, y el trabajo productivo se vuelve un escape, un refugio de la realidad.

Para Branden (2008), el placer juega el papel del combustible emocional de la existencia del hombre, a través del gozo se experimenta el placer de la vida, es un incentivo para continuar, el placer o la calidad emocional de este, depende de los procesos mentales de cada individuo. Para el hombre racional, sentir placer es tener el control sobre su existencia; para el hombre neurótico, el placer es el deseo de huir de la realidad.

El tedio es sinónimo de seguridad, está en aquellas personas que no saben gozar, que temen a vivir y descubrir, pero más el temor de desplegar su existencia. El placer tiene el efecto de recompensar y confirmar a un hombre responsable, es un logro de disfrutar la vida, con responsabilidad. La autoestima implica responsabilidad de uno mismo.

De acuerdo con Carrión (2007), la autoestima se configura por dos factores: endógeno y exógeno; el primero remite a creencias propias, identidad, capacidades y actitudes, el segundo es por cuestiones que el medio ofrece al individuo.

Clark y cols. (2000) consideran que el concepto de la autoestima y el yo se forjan a lo largo de la vida, cada etapa por la que atraviesa cada ser humano es trascendental para adquirir herramientas, asimilar información y genera experiencias

que fortalezcan el yo, y por tanto, la autoestima, es decir, que las primeras impresiones que tiene el niño de su yo, son la semilla que está por desarrollarse y alcanzar sus habilidades para las experiencias del mundo, en este sentido, la adolescencia es una etapa donde él refuerza la manera de apreciarse.

Satir (2002) explica que el desafío más grande para los padres es el de sembrar la semilla y esperar qué clase de desarrollo tendrá, es decir, los padres deben aceptar y reconocer las virtudes y limitaciones de sus hijos, deben eliminar prejuicios y ver que la planta de la semilla que sembraron es única en su especie.

Respecto a la etiología de la autoestima, Mora y Raich (2005) consideran a distintos factores que influyen en la consolidación de la autoestima, algunos como la socialización en la cultura son de gran influencia, ya que es aquí donde se establecen algunos modelos y valores que guían el comportamiento del hombre, reforzándolo cada que se acople a dichos valores y normas, o castigando en caso contrario.

El género es una cuestión que influye de manera directa; las mujeres en la búsqueda de ser valoradas; los hombres, de tener un reconocimiento. La familia es el lugar donde se muestran los valores y las posibles herramientas que el niño puede imitar o contrarrestar, para conducirse en la vida.

Pero sobre todo, se consideran las experiencias tempranas de la vida, ya que cuando se es niño, se presentan las bases para reforzar o cesar la voluntad de

comprensión del mundo y que así, el futuro hombre jamás pierda el sentimiento de eficacia y, sobre todo, la voluntad de comprender.

1.5 Componentes de la autoestima

Como estructura consistente y dinámica en el individuo, la autoestima está compuesta por tres elementos indispensables que se manifiestan en el hombre, que orienta y guía la conducta humana, es la raíz de la misma, de acuerdo con Alcántara (1990).

El componente cognitivo se refiere al autoconcepto que tiene de sí mismo el hombre, de su propia personalidad, su raíz es la creencia y los esquemas que se forman por experiencias y aprendizajes tempranos, esquemas que registran, organizan e interpretan la nueva información. Este componente es el que rige a las otras dimensiones, ya que el pensamiento genera los sentimientos y, una vez que hay una emoción, esta genera el acto, a decir de Alcántara (1990).

Respecto a la dimensión afectiva, implica la valoración subjetiva que el hombre mismo le da a su persona o sus emociones y sus cualidades personales, se hace referencia a que este componente es el corazón de la autoestima y ello es porque, se acuerdo con la carga afectiva que se le dé a las experiencias, mayor potencialidad de la autoestima se puede desarrollar. Una emoción es generada cuando el individuo le da más peso a ciertas experiencias o situaciones que propicien dicho cambio en el estado de ánimo.

El último componente, conductual, es la autoafirmación de los dos anteriores, se basa en la intención y decisión de actuar del hombre, para que en función de lo que piensa, cree y siente, actúe con coherencia y congruencia, y así autoafirme su yo, que poco a poco se forjó; este inició con una creencia, una idea, ello generó una emoción y esta motivó el acto y comportamiento como tal. Todo lo anterior es referido por Alcántara (1990).

La autoestima nace de dos causas: la primera es la observación que el hombre tiene de sí; la segunda causa es la asimilación de la imagen que los otros tienen de él y que introyecta.

Carrión (2007) aporta la base para conocer sobre algunos de los componentes indispensables en la autoestima. Para Branden (2008), la autoestima está conformada por dos componentes básicos: la autoeficacia y el autorrespeto, ya en 2010 confirma la teoría anterior, ambos autores coinciden y complementan de manera individual la teoría anterior.

A) La autoeficacia

Consiste en la confianza que posee el hombre sobre sus capacidades para comprender, aprender y actuar en el mundo; para la libertad de sus elecciones y en su pensamiento. En la medida que el éxito y los logros dependan del hombre, debe contar con la confianza para alcanzar dichos logros.

Esta confianza es la que hace posible que la persona llegue hasta donde sus habilidades o la confianza la lleven. Es la raíz de la voluntad de comprender el mundo, es inherente al ser humano, pero en muchas ocasiones el miedo vence y entierra tras la cotidianidad, tras el tedio, tras la falsa cortina de la seguridad esta confianza y solo trae consigo a un hombre indefenso e inseguro de sus propias habilidades para afrontar el mundo.

B) El autorrespeto

Es el respeto por uno mismo y la confianza de creerse merecedor de la felicidad, que se es digno de obtener logros, de que lo amen, de obtener la autorrealización.

El individuo debe creer que vale la pena alimentar y proteger su vida y bienestar, vale la pena la autorrealización personal; la valoración ética y moral es inherente en el individuo, ya que de manera constante se evalúan las acciones y pensamientos que se tiene, lo favorable y lo dañino son una cuestión de supervivencia, para determinar qué tan apto se es para sobrevivir en el mundo.

El autorrespeto contempla la valoración y la confianza para creer que vale la pena la búsqueda de respeto por sí mismo, ya que así se logra el encuentro de la propia esencia, del sentido de la vida.

Ambos aspectos implican la responsabilidad de pensar y razonar, es lo que se considera la epistemología de la autoestima.

1.6 Pilares de la autoestima

De acuerdo con Branden (2008), la autoestima cuenta con seis pilares que mediante su práctica aumentan o disminuyen el grado de autoestima en una persona. Los seis pilares forman parte integral para la presencia de la autoestima, ya que si uno de ellos está ausente, entonces la autoestima se verá perjudicada. Estos pilares fueron explicados en el libro “la psicología de la autoestima” escrito por el autor anterior, donde describe de manera precisa y puntualiza cada pilar. A continuación se va a examinar de manera concreta cada uno de estos pilares.

1. La práctica de vivir conscientemente.

La consciencia es el instrumento, es la parte y manifestación básica de los seres humanos, es la que mantiene al hombre en contacto con la realidad, y es la circunstancia que orienta cómo conducirse en el entorno; la consciencia es volitiva, el hombre puede activarla o evadirla. Una persona consciente es capaz de dirigirse en la vida y sentirse competente, es la parte donde no tiene que traicionar o evadir la realidad en la que está inmerso.

Vivir de manera consciente es hacer consciente y tener contacto con la realidad de todo lo que tiene que ver con el hombre y su situación, es aterrizar en su presente y seleccionar sus propósitos y los valores por los cuales se motiva para actuar, la consciencia supone selección de elegir en donde se quiere estar. Debe respetar su realidad, su presente, a él mismo, no confundir lo subjetivo de sus emociones con lo objetivo, con la realidad mundana.

2. La práctica de la aceptación de sí mismo

Este componente consta de tres niveles: el primero es estar para sí mismo y consiste en la valoración y compromiso con la persona, se habla de un egoísmo natural, que es innato en la persona. “Es la parte donde se debe defender el derecho de existir, es la parte primitiva del hombre donde el instinto de supervivencia lo impulsa a actuar a manifestarse, a querer desplegar su existencia, es el egoísmo, en el sentido más noble de la palabra” (Branden; 2011: 112).

El segundo nivel hace referencia a la disposición del hombre para aceptar, reconocer y experimentar los sentimientos y emociones, esto quiere decir que la persona no tiene que estar de acuerdo precisamente con las emociones que sienta, pero debe reconocerlas, vivirlas y aceptarlas, porque solo así sabrá de qué manera actuar en lo que procede. No debe buscar racionalizar o explicar el porqué de esas emociones, debe reconocer la parte humana en él y saber que eso que siente le ayuda a vencer y, a la vez, a dirigirse.

El último nivel es referente a la compasión que debe sentir el hombre por sí mismo, esta compasión está dirigida a que cuando se actúa de manera desfavorable o se hizo algo que se lamenta, no debe justificarse, tampoco reprocharse, pero sí indagar que lo movió para actuar de determinada manera, que busque la comprensión.

3. La práctica de responsabilidad de sí mismo

Implica el control sobre la propia vida, la responsabilidad de ello y de su bienestar, requiere de tener un nivel de consciencia que le permita adecuarse en la realidad y reconocer que el hombre mismo y nadie más, es responsable de sí, de ir en la dirección que requiera y de su propia autorrealización.

4. La práctica de la autoafirmación

Todo lo que respecta a los deseos, necesidades y expresiones o manifestaciones del hombre mismo, remite a la autoafirmación, a quién es él, a valerse por sí mismo, a aceptarse como es abiertamente y a tratarse con respeto en todas las relaciones humanas, esto quiere decir que la persona sea auténtica, se crea única y respete su identidad, su yo, y así sea ella misma.

El individuo tiene que vivir de acuerdo con sus valores y creencias, ser congruente, expresarse es la manera más natural de trascender del hombre, proyectar sus aspiraciones, y que pueda vencer el miedo que en ocasiones paraliza y lo hace caer en un tedio, en una cortina de seguridad rutinaria, donde él y su

apreciable ser quedan recónditos y ajenos a la realidad que le tocó vivir. Es pues, “mientras ha transcurrido mi vida, yo estaba ahí, yo la vivía” (Branden; 2011: 140).

5. La práctica de vivir con un propósito

El hecho de que un individuo viva sin un propósito, quiere decir que le deja al azar su vida, le resta importancia y no le da el respeto que su existencia merece; cuando un hombre vive con respeto, es capaz de utilizar todas sus facultades para la construcción de metas y estrategias para alcanzarlas, las metas son ese motor que guía al hombre y que lo mueve a usar las facultades que lo hacen crecer, manifestarse y trascender, para ello se requiere la virtud de la autodisciplina, esto es, organizar su conducta, planear y afrontar los retos que la vida tiene para él.

Es necesario recordar que ya desde la filosofía humanista, se reiteraba que la autoestima no depende de los logros, sino al contrario; la raíz es la voluntad, la necesidad de nunca perder ese sentido de comprensión y de búsqueda ante el sentido de la vida.

6. La práctica de la integridad personal

La integridad se refiere a que se pueda integrar pensamiento, ideales, creencias y que la conducta del hombre vaya de acuerdo con lo anterior, es la fusión entre valores y la práctica de ellos.

Cuando se toma una decisión, la integridad no va a garantizar que será la mejor elección, pero sí contribuye a aceptar las secuelas y hacerse responsable de ellas, solo se busca que esta decisión o elección demuestre el esmero y reflexión. Se debe eliminar la culpa, se debe buscar la comprensión al por qué se decidió por cierta cuestión.

La voluntad es la consciencia de aceptar y ver las necesidades que se tiene objetivamente para hacer uso de las facultades y elegir, donde se consideren todos los factores y se pueda enmendar una decisión equívoca.

7. El séptimo pilar de la autoestima

La voluntad es inherente en el ser humano y la libertad de ejercer esa voluntad también es propia del hombre. Los pilares expuestos son una elección y un análisis para entender cómo es que la autoestima en el hombre se aumenta o se disminuye.

Los seis pilares suponen elección de seguirlos o evitarlos, el esfuerzo y el trabajo van de la mano, y cuando ambos se realizan por el hombre, estos trabajan también su naturaleza interior.

El hombre debe salir de esa caverna oscura en donde los demás le eclipsan la voluntad de conocer, de explorar, debe vivir su autenticidad, debe ir en búsqueda de aquello que lo haga crecer, de ese amor hacia sí mismo, de esa fuerza innata, de

hacerse responsable de su vida, para así poder desplegar lo más bello que es su existencia.

1.7 Niveles de la autoestima

En un niño es normal que se encuentren altibajos, pero esto no significa que su autoestima se encuentre igual. Esto más bien obedece al contexto personas los hechos y las situaciones.

De acuerdo con Clark y cols. (2000) las características que presenta un adolescente con autoestima son:

- Actúa con independencia: sabrá elegir y decidir cómo emplear su tiempo, dinero y dará prioridad a las situaciones de mayor importancia. Elegirá sus actividades y amistades por sí mismo.
- Asume sus responsabilidades: actúa con templanza, seguridad y confía en sí mismo, realiza sus labores de manera oportuna, asume las consecuencias al cometer un fallo y actuar según sus necesidades, de acuerdo con la importancia que les dé.

- Afronta nuevos retos con entusiasmo: a pesar de desconocer tareas nuevas mostrar interés por realizarlas, igualmente, tratar de ejecutarlas con voluntad y de la mejor manera.
- Está orgulloso de sus logros: se debe sentir satisfecho con sus actuaciones, ya que se es importante terminar un proyecto con la idea que fue una persona eficaz en su ejecución, tanto con sus aptitudes y habilidades como con su actitud positiva al momento de realizarlas.
- Demuestra amplitud de emociones y sentimientos: sabrá expresar sus sentimientos y afectos con los demás, bajo el contexto en el que se encuentra, siempre y cuando los identifique, acepte y sea capaz de vivirlos.
- Tolera la frustración: a pesar de enfrentar algunos fracasos, sabe sobreponerse a ellos, en primer lugar aceptándolos y en segundo lugar, que aprenda de ellos para no volver a cometerlos.
- Se siente capaz de influir en otros: tiene confianza de que lo que diga o haga tiene efecto en los demás.

Es así que una persona con una autoestima adecuada suele tener mayor creatividad en casi todo lo que realiza y, en consecuencia, recibe aprobación por

parte de sus padres y maestros, lo que contribuye a formar una sana autoestima, pues se siente seguro y firme por la aprobación de estas figuras de autoridad.

En cambio, una adolescente sin autoestima es distinto, ya que presenta las siguientes características:

- Desmerecerá su talento: tiene un desamparo ante la vida, no se siente capaz de realizar algunas tareas (aunque lo sea), por lo que no tendrá uso pleno de sus herramientas mentales a la hora de poder realizar dichas actividades.
- Sentirá que los demás no lo valoran: sentirá inseguridad en cuanto a la aceptación de los las personas (padres, amigos, maestros o compañeros), además, puede sentir que sus opiniones e ideas no son aprobadas o no tiene importancia.
- Será impotente: al momento de enfrentar retos y problemas, tendrá el convencimiento de que no puede superarlos.
- Se puede dejar influir: modifica sus ideas constantemente según las personas con las que interactúe, ya que no es leal a su autenticidad.

- Tendrá pobreza de emociones y sentimientos: su manera de demostrar emociones se limita y por lo tanto, se predice inflexible, manifiesta histeria y descuidos.
- Puede evadir situaciones que le provoquen ansiedad: tendrá poca o nula tolerancia a las situaciones que le provoquen angustia temor enojo e inseguridad, ya que sus afectos presentan altibajos.
- Tendrá tendencia a ponerse a la defensiva y se puede frustrar con facilidad: será incapaz de aceptar las críticas y las va a justificar de manera subjetiva, además, puede hacer uso de excusas para justificar su comportamiento, como acosar y violentar a otros.
- Culpa a otros de sus debilidades: no va a admitir sus errores y va a buscar justificarlos, echando la culpa a las circunstancias o a otras personas (Clark y cols.; 2000).

Para estos autores, existen aspectos positivos de tener una sana autoestima y estos van a contribuir al niño a enfrentar la vida, no solo en el presente, sino en la adolescencia y la adultez, y estos son:

Con apoyo de los padres, familiares y maestros se puede apoyar para que un niño forme una sana autoestima que lo prepare para la vida, no solo presente, sino

futura, y que forme en él una identidad y un sentimiento de valía. Un niño con tales atributos puede seguir adelante y estar listo para enfrentar los retos de la vida con gran confianza y valentía en sí mismo, va a forjar una autoestima con autoeficacia y autorrespeto, no podrá perder la voluntad de comprender y va a llegar a trascender en la realidad que habita.

Cuanto más sólida llegue a formarse la autoestima, la persona estará mejor preparada para enfrentar las adversidades, tanto en la vida personal como en lo profesional. Cuanto más adecuada sea la autoestima, va a incrementar las posibilidades de crear mejores relaciones interpersonales abiertas, honestas y correctas, va a procurar las que le hagan crecer como persona.

Cuando una persona posee una autoestima saludable trata a las personas con respeto, benevolencia, justicia, y alienta y crea un ambiente de integración, simplemente es capaz de quererse a sí mismo, respetar su autenticidad y por tanto la de los demás.

1.8 Medición de la autoestima

Desde diversos autores y enfoques, la autoestima se consideró susceptible de estudio y medición. A continuación se explican algunos de los instrumentos más utilizados y formas de medición.

1. Uno de los estudios clásicos en la autoestima es el Inventario de Autoestima de Coopersmith (Self-Esteem Inventory, o SEI) que corresponde a un instrumento de medición cuantitativa de la autoestima, dirigido a escolares de primero y segundo grado de enseñanza media.

Este instrumento fue presentado por Stanley Coopersmith en 1959, el inventario consiste en 50 ítems, referidos a la percepción del sujeto en cuatro áreas: sus pares, padres, colegio y sí mismo. El SEI ha sido utilizado y validado en un mayor número de investigaciones transculturales. La adaptación que más se utiliza es la traducida por Prewit Díaz en Chile, de acuerdo con Brinkmann y cols. (1989).

El SEI, traducido al español, se estandarizó en la Universidad de Concepción, en Chile, en 1988, quedó compuesto por 58 ítems y una escala de mentira.

2. Por otra parte, el TAE es un test estandarizado en Chile en 1997, tiene normas elaboradas, es para niños de 8 a 13 años, permite ubicar el nivel de autoestima del niño en categorías que dicen la relación de puntajes T. Fue elaborado por las psicólogas Teresa Marchant, Isabel Margarita Haeussler y Alejandra Torreti en 1991.

El test se conforma por una selección de ítems de 23 afirmaciones, a las cuales el niño debe responder SÍ o NO, no tiene subescalas, y los ítems que lo conforman pertenecen a las seis subescalas del test original (conducta, estatus, intelectual, apariencia física y atributos, ansiedad, popularidad, felicidad y

satisfacción). El test permite ubicar el nivel de autoestima del niño en categorías que dicen relación con los puntajes T: normalidad, baja autoestima, muy baja autoestima (Tomas; 2011).

3. La Escala de Rosenberg, es un instrumento presentado en 1965, el más utilizado en la investigación de ciencias sociales, traducido a 28 idiomas, validado en más de 53 países y revisado en 1989. Propone cómo la autoestima supone una evaluación global positiva o negativa de una persona; con esta prueba se examina el nivel social o posición, variables raciales y contextos institucionales, desde ámbito educativo, familia se relacionan con la autoestima (De la Rosa y Díaz; 1991).

La autoestima se analiza como una variable independiente, la prueba consta de 10 preguntas, puntuables entre 1 y 4; las frases se encuentran enunciadas: mitad en forma positiva y mitad en forma negativa.

Después de una revisión respecto a la variable autoestima, así como sus distintas definiciones, pilares que la conforman y la importancia de su presencia en el hombre, se puede concluir que es una estructura estable y, al mismo tiempo, de naturaleza dinámica, es decir, crece y se interconecta con algunas actitudes de la persona, esto quiere decir que es sólida, y con las experiencias se comienza a fortalecer para impulsar al hombre hacia la plenitud de su ser.

Sin embargo, Alcántara (1990) la describe como raíz de la conducta humana, pero no la conducta misma, más bien es la precursora de la conducta o, mejor dicho, el principio de la acción humana. Es el motor que va a determinar las acciones hacia las que cada persona se incline en las distintas situaciones de la vida, favorables o desfavorables para él, y esto será porque todo depende del nivel de autoestima que cada quien presente.

La autoestima es esa parte del el ser humano que le ayuda a ser consciente de que puede ser competente para afrontar las distintas etapas y situaciones de la vida, señala Branden (2010).

Es necesario recordar que el hombre es un ser biopsicosocial y que la importancia de poseer una autoestima fortalecida, radica en que en cada una de estas partes: social, emocional y biológica, estén en contacto, dado que componen los distintos contextos que las personas viven de forma cotidiana, si algún aspecto de los ya mencionados comienza a tener deficiencias o algún aspecto no está firme, va a repercutir de manera directa en otra área, y puede desencadenar un espiral en el que sea complicado resolver, así como disfuncionalidad en algún aspecto de la vida del hombre, que va a mermar la autoestima. En cambio, cuando la autoestima esta fortalecida y todos sus componentes y pilares están presentes, se asegura que el hombre goza de una autoestima favorable, que le dará las herramientas cognitivas para afrontar cada situación que la vida le presente y, de ese modo, podrá trascender su existencia humana.

CAPÍTULO 2

TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

Actualmente, debido a los trabajos multidisciplinarios de distintas ciencias sobre los trastornos alimenticios, es necesario reconocer que no es un problema que se vincula solo con la comida o el peso corporal específico, sino que es un intento desviado para responder a las dificultades o conflictos de distintos órdenes en la persona.

Hay que recordar que el hombre es un ser biopsicosocial y que, al presentar una alteración en su conducta, esta va afectar directamente sus estructuras mentales, la estabilidad de su pensamiento y, por lo tanto, su desarrollo en el contexto en que se desenvuelva.

2.1 Antecedentes históricos de la alimentación

Ya desde tiempos muy remotos, en distintas culturas de todos los países se presentan antecedentes sobre las costumbres en sus conductas alimentarias. En Grecia, por ejemplo, los festines que se denominaron banquetes eran una manera desmesurada y opulenta de servir y mostrar los alimentos, eran invitados los más importantes personajes de ese momento: filósofos, gobernantes, soldados, comerciantes y, en general, la aristocracia.

Los banquetes eran de un carácter social que solo demostraba el poder que tenían quienes lo ofrecían. En dichas reuniones, el vómito era un medio al que se recurría para volver a comer.

En culturas específicas como en el cristianismo, la restricción alimentaria y el ayuno eran medidas que se tomaron como un símbolo religioso, penitencia y una manera de rechazar los placeres del mundo. Desde 1947 se comenzó a registrar algunos casos de personajes célebres con alteraciones en la conducta alimentaria.

En 1873, en la ciudad de París, el experto clínico Gull comenzó a hacer descripciones completas de algunos cuadros anoréxicos, constató la inexistencia de patología orgánica que justificara la anorexia y se inclinó por una etiología psicógena.

Las primeras teorías se inclinaron por una afección panhipopituitaria, pero más adelante se impuso la hipótesis psicológica psicoanalítica.

De acuerdo con Jarne y Talam (2000), en 1979, se describió un cuadro caracterizado por episodios de ingesta voraz y conductas alimentarias de purga posteriores, vinculadas a la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y sería una forma ominosa de evolución de la anorexia.

2.2 Definición y características clínicas de los trastornos alimenticios

En los últimos treinta años se ha producido un cambio en la concepción del ideal de belleza; la obsesión por obtener un bajo peso y un aspecto de extrema delgadez va íntimamente unido a un deseo y búsqueda de satisfacción personal, por lo que la delgadez se ha convertido en un signo de belleza, pero sobre todo, un signo de éxito y autocontrol.

Es así que se manifiestan los trastornos alimentarios, alteraciones en la conducta alimentaria que engloban factores biológicos emocionales y sociales.

2.2.1 Anorexia nerviosa

De acuerdo con el DSM-IV (APA; 2002) las características esenciales que describen la anorexia nerviosa son un deseo intenso de pesar cada vez menos, o bien, rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, gran miedo de ser una persona obesa y una peculiar distorsión en la percepción de la forma o tamaño del cuerpo. El método para conseguir esta progresiva pérdida de peso consiste en una intensa restricción alimentaria, conductas de purga o ejercicio físico excesivo.

Algunos de los criterios para el diagnóstico de anorexia nerviosa, dentro de las dos clasificaciones de enfermedades mentales, son:

- Criterio A: refiere a un rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal.
- Criterio B: es caracterizado por un miedo intenso a ganar peso, incluso si se está por debajo de un peso normal.
- Criterio C: alteración en la percepción del peso o la silueta corporal, exageración de su importancia en la evaluación.
- Criterio D: en mujeres postpuberales, presencia de amenorrea, al menos en tres ciclos menstruales consecutivos.

Por otra parte también están los criterios del CIE-10,(Castillo y León; 2005), en los que se describen a continuación las pautas para el diagnóstico.

- A: pérdida significativa de peso, los enfermos prepúberes no pueden experimentar la ganancia de peso propia de su periodo de crecimiento.
- B: la pérdida de peso la origina el mismo enfermo, evita el consumo de alimentos que cree que engordan y por uno o más de los siguientes síntomas a) vómitos autoprovocados, b) purgas intestinales, c) excesivo ejercicio, d) consumo de fármacos diuréticos.
- C: distorsión en la imagen corporal, se caracteriza por la persistencia, con carácter de idea sobrevalorada intrusa, miedo a la obesidad flacidez de las formas corporales, se impone a sí mismo un límite de peso.

- D: trastorno endocrino que afecta eje hipotalámico, hipofisario-gonadal, en las mujeres se manifiesta amenorrea y en el hombre, pérdida de interés y potencia sexuales.
- E: si el inicio es anterior a la pubertad, se retarda la secuencia de manifestaciones de la pubertad o se detiene el crecimiento.

De acuerdo con la APA (2000), la pérdida de peso se consigue mediante una disminución de la ingesta total, se comienza por excluir alimentos altos en calorías, hasta llegar a una restricción total, en ocasiones la utilización de purgas, como vómitos o uso de laxantes e incluso ejercicio excesivo.

Las personas con anorexia consideran un logro perder peso y un signo de autodisciplina, en cambio, ganar peso es un fracaso inaceptable de su autocontrol.

En el DSM-IV (APA; 2002) se identifican dos subtipos de anorexia nerviosa:

- Restrictivo: incluye cuadros clínicos en los que la pérdida de peso se consigue al hacer dieta, ayuno o ejercicio intenso, los sujetos no recurren a atracones ni a purgas.
- Compulsivo/purgativo: el individuo recurre regularmente a atracones y purgas, se provocan el vómito o recurren al uso de diuréticos, laxantes o enemas de manera excesiva, incluso al ingerir pequeñas cantidades.

De acuerdo con el CIE-10, la anorexia nerviosa atípica es cuando algunos casos de anorexia no cumplen con todas las características de esta, y pueden fallar algunos signos, como pérdida de peso significativa o la amenorrea, y no es debida a una etiología somática conocida.

La clínica de la anorexia nerviosa refiere a dos tipos de alteraciones, las cognitivas y las conductuales; las primeras remiten a distorsiones cognitivas en las que la persona enferma presenta pensamientos distorsionados sobre su imagen y dimensión corporal, rechaza la posibilidad de ser obesa y liga el éxito personal y aceptación social al estar delgado, presenta mayor interés en la figura y el peso, con la idea de modificarlo mediante la dieta, ignorando sus parámetros naturales.

Son personas susceptibles a los mensajes de los mensajes que envían los medios de comunicación, con los estereotipos de belleza física, así como las metas que se imponen respecto de su peso ideal son difíciles de alcanzar, ya que la meta impuesta de su peso cada vez se aleja más.

Estos sujetos asocian la delgadez a la perfección, virtud y autocontrol, sus pensamientos distorsionados son más fuertes que los conocimientos médicos básicos, es decir, no valoran la gravedad de su enfermedad y hay resistencia a tratamiento y recuperación; dichas distorsiones de pensamiento conllevan a las distorsiones conductuales.

Las distorsiones conductuales dan inicio cuando la persona enferma comienza a imponerse dietas restrictivas, y se manifiesta cuando intenta ocultar su rechazo a la comida; se enseña a vomitar, a consumir laxantes y diuréticos de manera excesiva. Se presenta hiperactividad en su forma de comportarse, a la mayoría de eventos asiste no en transportes, sino a pie, todo lo que se trate de ejercicio lo toma: ir al gimnasio, danza, deporte, de manera excesiva y con la necesidad de disminuir su peso.

2.2.2 Bulimia nerviosa

De acuerdo con el DSM-IV (APA; 2002) las características que definen a la bulimia nerviosa son: atracones y métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso, la autoevaluación de las personas con este trastorno se encuentra excesivamente influida por la silueta y el peso corporal.

Respecto al atracón, se define como “el consumo a lo largo de un periodo de tiempo de una cantidad de comida muy superior a la que la mayoría de los individuos comería” (APA; 2002: 559).

Las personas que padecen bulimia, con frecuencia, se sienten con vergüenza por sus conductas y tratan de ocultarlas, los atracones se realizan a escondidas y los episodios con estas conductas pueden o no planearse.

Un atracón puede durar hasta que el individuo ya no pueda más o sienta dolor por la plenitud, las situaciones como los estados de ánimo disfóricos o situaciones interpersonales que le provoquen estrés a la persona, pueden influir para desencadenar este tipo de conductas (APA; 2002).

Otra característica de los atracones es que el alimento ingerido durante los mismos suele ser de alto contenido calórico, que no está permitido en sus dietas.

Los atracones tienen un efecto similar al de las drogas, se manifiesta en ellos una sensación de falta de control, es decir, al llevar cabo el atracón, este puede reducir la disforia de manera transitoria, pero después provocar sentimientos de autodesprecio y estados de ánimo depresivos, ya que la persona se siente invadida por culpa y se autorrechaza, lo que la conduce a realizar conductas compensatorias inapropiadas para evitar la ganancia de peso.

De acuerdo con la APA (2002), algunas conductas compensatorias inadecuadas son: el vómito, que es la más típica, es autoinducido con los dedos, algunas otras son el uso de laxantes y diuréticos, algunas pocas ocasiones, el uso de enemas.

Asimismo, existen dos subtipos para determinar la presencia o ausencia del uso regular de métodos de purga, con el fin de compensar la ingestión de alimento durante los atracones:

- a) Purgativo: son cuadros clínicos en los que la persona se provoca el vómito y hace un mal uso de laxantes y diuréticos.
- b) No purgativo: cuadros clínicos en los que la persona emplea otras técnicas compensatorias inapropiadas, como ayunar o hacer ejercicio intenso, pero no se provoca el vómito ni un mal uso de laxantes.

Por otra parte, de acuerdo con (Castillo y León; 2005: 224), hacen mención de la bulimia nerviosa atípica, que “es un cuadro de bulimia nerviosa en los que fallan algunos de los síntomas o signos principales que caracterizan a este trastorno, es una bulimia con peso normal o superior a la norma, con episodios de ingesta excesiva seguida de vómitos o purga.”

La bulimia puede presentar alteraciones conductuales, como un patrón desordenado y alterado respecto a la conducta alimentaria, así como los estados de ánimo fluctuantes respecto a las condiciones circunstanciales que vive la persona.

Dentro de las alteraciones cognitivas se encuentran pensamientos erróneos respecto de la imagen corporal, la comida y el peso. Un absoluto rechazo la posibilidad de ser obeso, según Jarne y Talarn (2000).

2.2.3 Obesidad

La obesidad se considera un problema médico que requiere un tratamiento concreto, se relaciona con problemas psicológicos, sociales y fisiológicos, las

consecuencias de la discriminación social hacia las personas obesas atrae secuelas y afectación en las distintas áreas de desarrollo de quien la padezca.

En la obesidad, los factores socioeconómicos tienen gran influencia en que prevalezca, ya que los hábitos alimentarios inadecuados están asociados a que aparezca, se mantenga o prevenga. Se avala que las personas procedentes de hogares con un nivel educativo más alto poseen hábitos más sanos. Así como la facilidad de adquirir alimentos en países industrializados permite que las personas obesas se perciban como personas débiles, con falta de autocontrol, de modo que la delgadez sea sinónimo de posición social y autocontrol. (Jarne y Talarn; 2000).

Tanto para hombres como para mujeres entre los 20 y 30 años de edad, hay mayor probabilidad de sobrepeso. La obesidad puede desencadenar una serie de complicaciones en la salud.

Respecto a la personalidad de las personas obesas, se manifiestan como casos con problemas de ansiedad, depresivos, inseguridad y baja autoestima. Son personas que comen de manera excesiva, un modelo explicativo desde la psicología es que la ansiedad es un factor determinante para que los obesos se sobrealimenten. (Jarne y Talarn; 2000).

La relación entre personalidad y obesidad es una cuestión causa-efecto, donde la obesidad puede determinar problemas en la personalidad, y esta ser un factor predisponente a la obesidad.

Los medios publicitarios, los prejuicios, discriminación y factores socioeconómicos, educativos y culturales, contribuyen que una persona modifique sus hábitos alimentarios y que estos puedan ocasionar problemas en la salud física, incluso que se extienden hasta las demás áreas donde el individuo se desenvuelva y le provoquen una vida no funcional.

2.2.4 Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas

Se refiere a la ingesta excesiva de alimento, como una reacción que tiene la persona ante algún acontecimiento o situaciones vitales estresantes, y que pueden dar lugar a la obesidad, principalmente en personas con predisposición a ganar peso con facilidad. Se debe discernir entre que la hiperfagia se da después de una situación estresante, mas no cuando la obesidad ya se padece, lo anterior de acuerdo con el CIE-10 (Castillo y León; 2005).

2.2.5 Vómitos en otras alteraciones psicológicas

También conocidos como vómitos psicógenos, se trata de una alteración en la que la persona vomita de manera repetida y no es autoinducido, puede aparecer en cuadros disociativos y en la hipocondría, incluso en el embarazo, y esto se ocasiona por factores emocionales que propicien la aparición de dichos vómitos o náuseas recurrentes (Castillo y León; 2005)

2.2.6 Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia

El CIE-10 señala que este trastorno se presenta por lo general en la infancia y niñez, se caracteriza primordialmente por el rechazo que el niño tiene hacia el alimento, o puede presentar conductas alimentarias caprichosas alejadas de las normales, estas suceden frente al cuidador habitual (Castillo y León; 2005). A continuación se hará mención de algunos de los problemas alimentarios:

- Comportamiento disruptivo durante la comida: cuando la costumbre es comer de pie o levantarse de manera continua, son los comportamientos que dificultan el establecimiento de hábitos alimentarios adecuados. El miedo a que el niño deje de comer hace que los padres permitan conductas inadecuadas que a la larga son hábitos inadecuados.
- Rechazo de alguna clase de comida: puede ser que sea solo el rechazo a un alimento en específico en donde este se puede sustituir, o una gama de alimentos que puedan afectar su desarrollo. Es necesario descartar alguna cuestión orgánica y física que pueda provocar tal rechazo; de no ser esta la cuestión, hay que indagar en aspectos emocionales.
- Negación a tomar alimentos sólidos: el menor solo accede a tomar alimentos líquidos, en ocasiones es un cambio en la alimentación, más cuando se trata

de algún caso de pocos meses de vida y él comienza a probar nuevas texturas, es necesario conocer la etapa de desarrollo del menor.

- Ingesta de comida mezclada: los niños solo comen alimentos triturados y mezclados, el problema es que es el adulto quien genera este tipo de hábitos en el menor, y él se acostumbra a obtener alimentos sin esfuerzos, lo que después desencadena hábitos inadecuados (Jiménez; 1997).
- Falta de apetito: para ello “es necesario reconocer los aspectos relacionados con el desarrollo evolutivo normal del niño” (Birch, citado por Jiménez; 1997) ya que los cambios pueden desencadenar la ansiedad de los padres y hacer que adopten comportamientos inadecuados en los hábitos alimentarios. En ocasiones, la percepción de los padres hacia las cantidades que tienen que comer sus hijos, está distorsionada.
- Tiempo de comida excesivo: es normal cuando los niños emplean más tiempo que los adultos al comer; los motivos de la lentitud son varios, pueden ser: rechazo a la comida, a pasar de la comida triturada a la sólida, debido a estímulos distractores, o bien, la lentitud puede ser resultado de otros factores.
- Los vómitos: lo primero que especifica Jiménez (1997), es descartar alguna causa física que los produzca, de no ser cuestión orgánica, los vómitos son una manifestación de rechazo a la comida, con mayor frecuencia una

expresión de rechazo ante una situación específica, y esta reacción funge como un medio para escapar de dicha situación estresante.

- Pica o alotriofagia: de acuerdo con Castillo y León (2005), se trata de un trastorno donde el menor se alimenta de sustancias no nutritivas, por ejemplo, tierra, y que puede tratarse, después de los 18 meses de edad, de un síntoma de algún trastorno psiquiátrico grave como autismo o retraso mental.
- Rumiación o mericismo: aparece entre los tres y doce meses de vida, consiste en la regurgitación repetida de la comida ingerida, se acompaña de pérdida de peso. Se atribuye a la alteración de la relación materno-infantil.
- Potomanía: se trata de ingesta excesiva de líquidos o agua, se debe hacer un diagnóstico diferencial con anorexia nerviosa y con pacientes con diabetes insípida, señalan Castillo y León (2005).

2.3 Esfera Oroalimenticia

Dentro de los “todos los seres humanos, desde muy temprano existe el reflejo de automatismo oroalimenticio de succión y deglución, los movimientos de succión labial, provocados al tocar con los dedos existen ya desde el nacimiento” (Preyer y cols., citados por Ajuriaguerra; 1973: 8), por tal motivo, se considera que desde muy

temprano, este reflejo oroalimenticio es una de las primeras formas en que el ser humano se relaciona con el mundo externo.

La actividad oral es la acción biológica por la que el hombre satisface su necesidad de comer, aunque también se involucra la satisfacción, el placer y la manifestación de su instinto de supervivencia.

Es por la boca que el hombre, en ese entonces niño, comienza a conocer y explorar el mundo externo. “El niño descubre que la excitación de la boca y los labios le place, aunque no vaya en compañía de comida” (Ajuriaguerra; 1973: 9).

2.3.1 Organización funcional

Esta reacción oral es una de las primeras relaciones con el mundo externo, la importancia de la organización en la esfera oroalimenticia radica en que la boca es la fuente de satisfacción, es la manera en que el niño se apropia de los objetos, conoce y se da el comienzo o las bases de la manera de recibir, conocer, pero, sobre todo, empezar a relacionarse con el mundo.

La estimulación que se recibe a la hora de comer, no solo es la comida, es la relación entre madre e hijo, el proceso y manera de interactuar, es el inicio de una relación objetal.

Es necesario entender la relación objetal, de acuerdo con Klein (citada por Ajuriaguerra; 1973) como la manera en que el niño establece sus relaciones con las personas amadas. En este caso, el recién nacido no toma a la madre como objeto amado, sino como de alguien que depende; la madre es alimento, a decir de Laforgue (referido por Ajuriaguerra; 1973).

Spitz (retomado por Ajuriaguerra; 1973), refiere que lo que corresponde a la conducta infantil ante el pecho de la madre, presenta diversas fases: en los primeros ocho días después del nacimiento, el niño solo responde a señales de sensibilidad profunda, al segundo mes conoce la señal de comida al tener o sentir hambre, hacia los tres meses ya reacciona ante la presencia del adulto que se le acerca cuando este tiene hambre y comienza a manifestar conductas relacionadas como cuando comienza a mamar.

Después de los tres meses, ya fija la mirada en los ojos maternos mientras mama, es el inicio de la relación objetal, él y la persona que le satisface están íntimamente unidos.

En cambio, de acuerdo con Freud, existen “dos satisfacciones distintas, saciar el apetito y la satisfacción erótica oral” (Ajuriaguerra; 1973: pág. 179), es así que la actividad oral es fuente de satisfacción y una necesidad biológica de nutrición.

Desde que nace el niño, ya conoce inconscientemente el pecho materno, lo percibe como la existencia de un objeto infinitamente bueno, del que obtiene el

máximo bien, en el cual sus impulsos, unidos a sensaciones orales, lo orientan hacia ese pecho materno.

El pecho es fundamental en la vida emocional del niño: en cuanto a dador de alimento, de algo agradable, será amado y lo considera como “bueno”; en cuanto a frustración, este es odiado y se considera como “malo”. El bebé proyecta sus impulsos amorosos y los atribuye al seno gratificado o pecho bueno, al igual que proyecta al exterior los impulsos destructivos y los atribuye al pecho frustrador, el pecho malo, todo ello de acuerdo con Klein (citado por Ajuriaguerra; 1973)

Dar alimento a un niño no refiere solo al acto nutritivo, alimentar por la vía oral implica la una entrega de la madre por sí misma, ya que no solo el pecho es lo que da, sino su actitud. En este proceso, el niño encuentra comodidad y satisfacción, las necesidades emocionales y nutricionales son satisfechas.

2.3.2 Alteraciones en la esfera Oroalimenticia

Dentro de la esfera Oroalimenticia y su función, existen algunas alteraciones que se manifiesten ya en el recién nacido, ello implica un proceso complicado para padres, hijos e incluso médicos. A continuación se mencionan algunas de estas alteraciones oroalimenticias.

- A) Anorexia esencial precoz: puede aparecer las primeras semanas de vida, se da en niños de poco peso, nerviosos y muy despiertos; al principio muestran

pasividad ante la comida, mientras que después de algunos meses se muestran reacios a comer.

B) Anorexia del segundo semestre: aparece entre el quinto y octavo mes, al suprimirse de manera paulatina la leche, cuando todavía es lábil el apetito y se producen grandes cambios en el desarrollo infantil. Aquí se señalan dos tipos de anorexia:

1. Inerte: el niño no tiene iniciativa ni coopera, a veces no ingiere la leche y se le escapa por las comisuras de los labios, incluso vomita lo poco que haya ingerido.
2. De oposición: reacciona a manera de enfrentamiento ante la comida, con llanto, agitación e intensa rotación tónica; no quiere comer, es una auténtica lucha de la que saldrá victorioso el niño y agotados los padres.

Se entabla la relación madre-niño por vía oral, como rechazo o aceptación, la pasividad o rebeldía ante la comida son las únicas formas de manifestar su personalidad ante el adulto, de acuerdo con Cathala (retomado por Ajuriaguerra; 1973)

Kreisler (citado por Ajuriaguerra; 1973) distingue dos tipos de anorexia en el segundo semestre:

- 1) Simple: es un cambio de alimentación, una anorexia orgánica que da origen a una interacción entre la madre, que se empeña en imponerse, y el niño en franca oposición; es una conducta de rechazo.

- 2) Compleja: se caracteriza por la intensidad de los síntomas y por la resistencia a los tratamientos, el niño manifiesta en su actuación que la comida no le interesa. Surge la duda sobre si ha alterado el mecanismo del hambre.

Los casos de anorexia más graves refieren a un conflicto en la relación de la madre, aun así, la anorexia infantil no es un síntoma, ni ya que tratarla como tal, sin antes considerar al detalle todo lo referente a la manera de comer y el ritual que ello implica.

La anorexia de la segunda infancia puede darse en niños que han sido alimentados con normalidad en su primer año y cuyos mecanismos de rechazo son causados tras cierta ritualización de su comida en el ambiente familiar.

2.4 Perfil de la persona con trastornos de alimentación

Cuando se busca describir el perfil de una persona en riesgo de manifestar un trastorno alimentario, no se refiere a rasgos genuinos, sino a rasgos aparentes que se comienzan a desarrollar con la aparición del trastorno. En los años 40, en Minnesota, en un estudio se comprueba que la inanición de dietas restrictivas genera cambios de personalidad.

De acuerdo con Costin (2003), esto quiere decir que cuando inicia el trastorno, se comienzan a observar los cambios comportamentales en el individuo, por lo que describir un perfil a priori no es posible; no existe un perfil predeterminado, más bien, existen factores predisponentes.

Los problemas con la autonomía, se refieren a la dificultad que tiene la persona para actuar y funcionar de manera distinta a la de su familia o algún otro patrón externo; la persona vive al pendiente de lo que otros esperan de ella, necesita dar satisfacción a los demás, el hecho de ser siempre adecuada la deja con un pobre margen para desarrollar su potencial, respecto a la imagen que los otros pueden tener de ella, de manera que termina con dudas de sí misma.

Hay jóvenes que atraviesan por una etapa llena de cambios y si presentan dificultad para encarar estas situaciones y resolverlas, se vuelven vulnerables ante un trastorno alimentario, ya que de manera errónea, interpretan su cuerpo como un lugar donde sí hay control y lo ven como símbolo de autonomía y eficacia personal.

Respecto al déficit en la autoestima, cabe considerar que “el grado en que el individuo se acepta a sí mismo es conocido como autoestima” (Costin; 2003: pág.74). Los parámetros para la autoestima varían de acuerdo con el sexo, e incluso la sociedad; para las mujeres, son prioritarios los factores como la apariencia o imagen externa, ya que si alguien no es capaz de cumplir tales parámetros, puede sentirse inseguro y juzgarse de manera severa.

Es común que entre las jóvenes que padecen algún trastorno alimentario, exista la tendencia al perfeccionismo, su sentimiento de ineficacia y sufrimiento las hace exigentes y propicia que no se sientan cómodas y satisfechas con lo que hacen.

Su perfección se desplaza al peso corporal para mantener cuerpos ideales para transformar su silueta y, a su vez, a sí mismas, lo interesante es que su perfeccionismo refuerza su inseguridad, ya que se exigen no fallar, en lugar de aceptar y afirmar sus recursos. “El perfeccionismo no permite ser humanos” (Costin; 2003: 75).

Las jóvenes con estos trastornos alimentarios poseen tendencia a controlar todo en sus vidas y, por lo tanto, en su cuerpo; se sienten con poder al manipular su peso corporal y ello surge como compensación, debido a la ineficacia de controlar situaciones difíciles, es así que surge el área de la comida y el peso como ese campo que sí les es posible dominar y la ilusión de que al lograrlo, pueden tener la capacidad para enfrentar la vida.

El miedo a madurar es otro factor que puede ser precipitante, ya que los trastornos de la alimentación, de acuerdo con Costin (2003), se presentan en periodos de la pubertad y adolescencia hasta la juventud, son etapas llenas de cambios físicos, emocionales y sociales; los primeros conllevan a un aumento natural

del propio cuerpo, esto debido a que este toma forma de mujer, y ello implica que se abandona una etapa, la niñez, para mostrarse el adulto.

Cuando la realidad no se acepta ni se tolera, es porque hay temor de crecer y tomar el papel de adulto, junto con las responsabilidades e independencia que implica.

El peso y figura corporal ocupan un lugar predominante en la cultura que actualmente se vive, no se puede luchar contra los medios de comunicación, que promueven estereotipos dominantes, pero sí se puede reforzar el hecho de que se reflexione sobre dichos modelos, así como analizar y reordenar con objetividad las situaciones que son relevantes en la vida de cada individuo.

2.5 Causas del trastorno alimenticio

Solo se pueden describir algunas características comunes entre las jóvenes que padecen algún trastorno alimenticio, y que estas aparecen y las vuelven vulnerables; la multideterminación refiere que ningún rasgo individual o familiar, en sí, es la causa que dispara la aparición del trastorno, sino que dichos factores pueden volver a las personas más vulnerables para padecer el trastorno; por lo que a los factores predisponentes concierne, se encuentran los personales, familiares y sociales, con otros factores contextuales que contribuyan a precipitar la situación y se desencadene.

Se debe considerar que la palabra predisponer se toma como la “preparación con anticipación de una cosa para un determinado fin” (Costin; 2003: 52), es así que los factores predisponentes de un determinado contexto sociocultural ya preparan a la persona ante ciertas situaciones o eventos.

Respecto a la palabra precipitar, se define como el hecho de acelerar un hecho; si se traslada al medio de los trastornos alimenticios, se puede ver en el momento en que una joven decide comenzar a fijarse dietas o métodos que le ayuden a acelerar su objetivo: bajar de peso.

El hecho de perpetuar un trastorno o conducta equivale a que perdure, o presente una duración extensa. Una vez que se inicia una conducta compulsiva, una dieta restrictiva o una acción que sea un medio para alcanza el objetivo tendrá el efecto de bola de nieve, cada vez crecerá más y puede arrastrar a su paso todo.

De acuerdo con Costin (2003), la perpetuación de un trastorno hace mayor énfasis a los efectos fisiológicos y emocionales que puede traer para la persona que padezca dicha alteración.

2.5.1 Factores predisponentes individuales

Existen diversos factores individuales que llegan a influir en la conducta alimentaria de cada persona: sus creencias, su aprendizaje, su actitud ante las distintas situaciones y la parte biológica e inherente: su constitución psicofisiológica.

Se establece que la comida no es una simple selección de alimentos, sino una tarea llena de significados sociales.

El alimento es una presentación de la identidad e individualismo de cada persona; representa su género, sexo conflictos y autocontrol; es un medio de comunicación y la manera en que se presenta al mundo, ya que la comida representa y simboliza la manera en que se percibe y se muestra el hombre.

La clasificación de la comida se presenta en la sociedad de manera predeterminada por hace muchos años, con similitudes y diferencias de acuerdo con cada cultura y contexto Helman (citado por Ogden; 2005) destaca cinco tipos de clasificación en la comida:

- La comida frente a no comida: refiere a delimitar las sustancias que son comestibles y las que no.
- Comidas sagradas frente a profanas: son los alimentos validados por alguna religión o creencia y los distingue de aquellos que no lo están.
- Clasificación de comidas paralelas: califica los alimentos entre calientes y fríos y no precisamente por su temperatura, sino por el valor cultural y simbólico, este puede variar.
- Comida como medicina: alimentos que se utilizan o evitan en ciertos estados que presenta la persona en cuestión de salud.

- Comidas sociales: la comida se utiliza como una manera de afirmar y desarrollar relaciones, ya que puede simbolizar distintas cuestiones como estatus, tradiciones o hábitos.

A través de la comida se comunica toda una serie de significados, ya que entrelaza tiempo y espacio, transmite el sentido del yo de una persona; es la parte fundamental para la identidad cultural de una sociedad y de cada individuo. Los significados de la comida también se muestran en distintos aspectos.

De acuerdo con Ogden (2005), la comida es la afirmación del yo, ya que mediante ella se comunican conflictos internos y necesidades que tenga la persona; la comida representa este conflicto entre placer y culpa, comer y negar, implica toda una expresión de autocontrol.

La comida y la sexualidad guardan una semejanza biológica, ya que ambas remiten a la parte instintiva del hombre, este instinto e impulso básico de supervivencia, de acuerdo con Fieldhouse (citado por Ogden; 2005), es así que “ambos impulsos perpetúan la vida, ambos son placenteros e implican vulnerabilidad si se llega a violar el límite corporal normal” (Fiddes, citado por Ogden; 2005: 69).

Comer frente a la negación encara un conflicto en las mujeres, ya que son ellas quienes poseen el control de la comida para facilitarla, pero se niegan el placer a sí mismas de comer; proporcionan el alimento a los demás, pero no a sí mismas; piensan de manera continua en comida, pero la evitan para mantenerse delgadas.

La culpabilidad frente al placer es un aspecto referido a que tanto la comida como el sexo son actividades placenteras, pero generan sentimientos de culpa, en cuanto se llevan a cabo, aparece una sensación de vergüenza, culpa y desesperación.

La comida y el autocontrol en los siglos XIX el ayuno y la negación eran una cuestión de asombro. Crisp comparó a la persona anoréxica con la ascética en cuanto a disciplina, frugalidad, abstinencia y represión de las pasiones, mientras que Bruch afirmó que “la persona anoréxica tenía un aura de fuerza especial y disciplina sobrehumana” (citados por Ogden; 2005:72); es fácil relacionar este planteamiento con lo que la actualidad se vive, la dieta ahora es ese medio por el cual se muestra el autocontrol.

En cuanto a la comida como interacción social, es un instrumento de comunicación entre familias, amigos y grupos sociales, y se considera que los alimentos consumidos y la manera de cocinarlos muestran una cierta identidad del grupo.

Respecto a la comida como amor, es el medio en esta cultura por el que las mujeres demuestran su amor y preocupación por sus hijos, esposos y familiares, el hecho de prepararla y servirla es todo un ritual que denota un acto de amor.

En lo que concierne a la salud frente a placer, implica que en ocasiones existe conflicto entre las comidas saludables y el placer de las no saludables, ello genera

conflicto en las mujeres que cocinan, ya que si preparan algo no sano tienden a cargar con la culpa de tener hijos no sanos y con problemas en su estructura física.

Las relaciones de poder en la comida se refieren a la estructura en que las familias se organizan de manera jerárquica para la hora de comer, ello refleja las relaciones de poder y divisiones sexuales dentro de una familia, es decir, en la cultura en que se vive, la mujer es quien cocina; a los hombres en épocas anteriores se les reservaban los alimentos superiores, como carnes y aves: primero comía el jefe de hogar; después, hijos y esposa.

Incluso cuando se come juntos es “la mujer quien sirve al hombre” (Milett, citado por Ogden; 2005: 76), por ello, la comida refleja el orden en el seno familiar.

La comida como identidad cultural informa sobre la identidad religiosa, económica, social y de poder en una cultura; está llena de significados que, a su vez, identifican a los hombres que la conforman, ante dicha cultura y sociedad.

La comida como identidad religiosa se refiere a que preparar alimentos, servir y ofrecer a los demás, es un medio por el cual se puede transmitir la santidad dentro de la familia.

La comida como poder social es un símbolo de estatus social, las personas poderosas comen bien, Wolf asevera que “la comida es el símbolo primordial del valor social” (citado por Ogden; 2005: 77); algunos sociólogos como Marx y Engels

consideraron a la comida como ese componente esencial de la subsistencia humana y su carencia como una muestra de desigualdad.

2.5.2 Factores predisponentes familiares

De manera anterior, se mencionó sobre la multideterminación de factores que rodean al individuo para que pueda propiciar la presencia un trastorno alimentario, dentro de esta multideterminación se encuentra la familia como uno de los principales factores que propician y se ven envueltas en la aparición y desarrollo de dichos trastornos.

De acuerdo con Rausch (1996), después de diversas investigaciones y estudios comparativos entre familias en general y familias con hijos adolescentes que presentan algún trastorno alimentario, suele haber mayor presencia de trastornos afectivos y antecedentes de alcoholismo en los familiares de pacientes con bulimia.

En cambio, las familias de las pacientes con anorexia suelen inhibir la hostilidad, esto a falta de estrategias para llegar a resolver los conflictos entre la familia, es decir, llegan a un falsa armonía y evitan, así, todo tipo de conflictos con diversas defensas.

Algunos padres de familia se defraudan cuando en casa se vive algún trastorno alimenticio, de manera que llegan a sentir impotencia para revertir la situación y todo esto lo traducen en hostilidad hacia su hijo.

Se considera factor de riesgo si en la familia hay algún o varios miembro que presentan antecedentes de algún trastorno de alimentación (Rausch; 1996), es así que las madres de pacientes con bulimia se muestran más dominantes, controladoras y más exigentes respecto a las expectativas de sus hijas, mientras que los padres en la infancia tienen una relación estrecha con las hijas y ya en la adolescencia se distancian.

También existen algunas características que arrojó un estudio de acuerdo con lo que refiere Rausch (1996), respecto a las familias de mujeres con bulimia:

- Ambos padres son más exigentes
- Madres con expectativas mayores de éxito social y académico.
- Padres con depresión, rigidez y excesiva autodisciplina.
- Padres que propician rivalidad entre hermanos al compararlos.
- Elevado nivel de tensión en familia.
- Tensión entre padres e hijos.

Uno de los motivos más comunes por los que las familias eluden la expresión directa entre sus miembros, es por temor al descuerdo y evitar el conflicto, por lo que

es un riesgo, ya que si no hay una manera para llegar a un acuerdo o un modo aceptable de desacuerdo y ser distinto, la persona tendrá dificultades para reconocerse distinto y valorar sus propias experiencias, ello de acuerdo con Rausch (1996); habrá pérdida de seguridad, autocontrol y por tanto, propiciará que los demás decidan por él.

Si la comunicación llega a bloquearse en una familia, ello contribuirá a que los hijos no logren discernir sus emociones y menos trasmitirlas.

Cuando las reglas presentan rigidez, los padres no se muestran flexibles, solo logran inhibir y limitar el desarrollo y crecimiento de los hijos, ya que cada integrante es único, las situaciones que viven son distintas y las reglas y valores de casa deben expresarse y adaptarse como las personas acorde a cada una, es decir, hay reglas que no serán funcionales para una hija, pero tal vez para otra sí; no es cuestión de cambiarlas, sino que sean flexibles y puedan adaptarse a los cambios.

Respecto a la pareja, la autora mencionada refiere que las mujeres con trastorno alimentario muestran poca inclinación a modificar aspectos propios de su personalidad, y en lugar de ello, exigen esos cambios su pareja cuando se trata de solucionar un conflicto. Por otra parte, está la circunstancia de las jerarquías alteradas, cuando las reglas son impredecibles y en constante cambio, que generan confusión y falta de claridad en la persona.

Cuando las fallas en la familia están fuera de control, se evidencian al inhibir el desarrollo en los hijos y su autonomía, es decir, si las formas de relacionarse entre los miembros es rígida, desalienta el desarrollo de la independencia y autonomía, así también, cuando la intrusión en los pensamientos y los sentimientos del otro es permanente, las personas llegan a presentar un trastorno alimenticio como una manera de sentir y tener control en algún aspecto de su individualidad.

Si a este contexto familiar se suma el cambio en el joven, es decir, el hecho de que saldrá al mundo, crecerá y tendrá que dejar su ambiente seguro, lo cual se vuelve una amenaza, de acuerdo con Rausch (1996)

Entonces, cuanto más flexible sea la familia para reevaluar y reflexionar sus reglas, podrá adaptarse a los cambios que se puedan presentar y estimulará la autonomía y seguridad saludable en los hijos. Habrá que recordar que algunas conductas en los trastornos alimenticios reflejan la búsqueda de control de por lo menos un aspecto de sus vidas.

Los trastornos de alimentación aparecen en momentos de transición, cuando las jóvenes son incapaces de adecuarse a las nuevas situaciones, cuando se carece de herramientas para afrontar la vida. Es así que el síntoma se debe entender como una señal o mejor como una oportunidad para modificar reglas que se acostumbraron y los modos de relación entre las personas implicadas” (Rausch; 1996: 65).

2.5.3 Factores socioculturales

La presión para ser delgada que las mujeres viven cada día, va en aumento; el peso tiene actualmente un significado importante, incluso se llega a creer que este es necesario para tener una autoestima saludable y la felicidad.

Los medios de comunicación, por su parte, mantienen un constante bombardeo con los ideales de belleza que se han establecido en el actual contexto: ser una mujer esbelta y de bajo peso, garantiza una vida aceptable, con éxito social y una vida sofisticada. La delgadez es absoluta y totalmente aceptada, mientras que el ser gorda solo atrae prejuicios.

Hay que mencionar que el cuerpo ideal que los medios se empeñan en imponer, no precisa la salud o bienestar, es solo una imagen ante la cual, muchas mujeres, con tal de lograrla, deterioran su salud.

De acuerdo con Costin (2003), los trastornos alimentarios son típicos de las sociedades industrializadas de occidente, propios de clase media y alta, y esto se liga al ideal que se espera de las mujeres, ya que el rol femenino en esta sociedad es el de ser una persona atractiva físicamente, ella se expresa y manifiesta a través de su belleza, incluso aunque se le critique de ser una persona con poco nivel intelectual.

Otro aspecto a considerar es la presión que vive la mujer para desempeñar un rol y ser “supermujer” es decir, que desempeñe cada etapa y papel de su vida de manera brillante, como una carrera profesional, la maternidad, la vida de pareja y ser una mujer sofisticada a nivel social. Aun con todo esto, debe vivir cada día con la presión que ejercen todos los medios de comunicación que ella “debe ser” delgada, saludable, sexy, hermosa y triunfadora (Costin; 2003).

Todo lo anterior implica que las mujeres deben tener un gran control sobre múltiples factores que la sociedad demanda en ella, y cómo la “mujer moderna” tiene que responder a las expectativas que se tienen de ella en su cultura, de modo que su seguridad y confianza disminuyen, y los recursos que ella dispone pierden capacidad.

Esto puede ser un factor precipitante socialmente para la aparición de un trastorno alimenticio, es decir, como la mujer pierde confianza y seguridad a causa de poder controlar todo lo que se exige en su contexto, estas fallas en el control se desplazan a su cuerpo, un lugar donde ella si podrá lograr lo que quiere, en el cual se va a lograr el dominio que se exija sobre la figura esperada y, con ello, podrá atraer de lo que actualmente ella carezca, refiere Costin (2003).

Y he aquí la aparición de culpa, ansiedad, miedo y la pérdida de control en su alimentación y su propio cuerpo, que conlleva a una lenta pero deteriorada baja calidad y funcionalidad en los aspectos de su vida emocional, social, familiar y de ella misma, es decir, su propio cuerpo.

Otros prejuicios que presionan a las mujeres incluyen que actualmente, la delgadez es sinónimo de estatus social, aunque se deben tener en cuenta los factores genéticos de cada persona y contra los que es difícil luchar, así como la discriminación a la que están sujetas las personas obesas o gordas.

Los prejuicios más comunes, en este sentido, son los siguientes:

- Los obesos son así por que comen más que los no obesos; en realidad, la obesidad tiene otras raíces.
- Los obesos tienen más conflictos psicológicos que los no obesos.
- La obesidad, aún la más moderada, se vincula con un alto índice de mortalidad; se demuestra que hay mayor mortalidad en mujeres con bajo peso.
- Los tratamientos con dietas prolongadas son satisfactorios; si fuera así, no habría cada vez mayor incremento de obesidad i surgirían dietas distintas cada mes.

Los trastornos alimentarios y su etiología remiten a cuestiones multideterminantes, basta recordar que el hombre es un ser biopsicosocial, y que si hay un conflicto en un área específica, esto puede alterar la funcionalidad general de la persona.

2.6 percepción del cuerpo en el trastorno alimentario

Cuando se trata de un trastorno de la imagen corporal implica que la persona presenta una obsesión por la delgadez extrema, pero íntimamente ligada al deseo de la satisfacción personal; de acuerdo con estadísticas, la mayoría de la población de diversas sociedades se muestra inconforme con su propio cuerpo. Hay mayor crítica y exigencias respecto a las medidas físicas que debe tener una mujer u hombre, siempre y cuando sean concordantes con los estereotipos sociales aceptados (Jarne y Talarn; 2000).

“La imagen corporal es la representación diagramática del propio cuerpo en la conciencia, donde los sentimientos y actitudes están ligados a esta representación” (Jarne y Talarn; 2000: 144). Para la imagen corporal, a su vez, se perfilan dos aspectos que la conforman: el cognitivo, que se asocia a la percepción del propio cuerpo; y el emocional, que se encuentra unido al sentimiento que provoca.

Por otra parte, la preocupación que provocan estos cambios refiere en la idea central de la insatisfacción corporal. “La imagen corporal es el cuadro del propio cuerpo que se forma en la mente de cada persona” de acuerdo con Scilder (citado por Ogden; 2005: 97).

Se puede medir la insatisfacción corporal en tres perspectivas:

- Imagen corporal deformada: hay una estimación deformada del tamaño corporal y una percepción que el cuerpo es más voluminoso de lo que es en realidad.
- Discrepancia del ideal: discordancia entre las percepciones de la realidad y las de un ideal.
- Respuesta negativa al cuerpo: es la tercera forma y más frecuente de entender la insatisfacción corporal, se manifiesta en los sentimientos y cogniciones negativos acerca del propio cuerpo.

“Es así que la insatisfacción corporal se puede conceptualizar como la discrepancia entre la percepción que tiene la persona del volumen de su propio cuerpo y su volumen real” (Ogden; 2005: 100).

Respecto a la insatisfacción corporal, se encuentran variaciones entre hombres y mujeres, según la edad, clase social y grupo étnico.

En lo que refiere a las mujeres, presentan mayor insatisfacción que los hombres, la mayoría respecto a ciertas partes de su cuerpo como estómago, caderas, muslos y nalgas; estas discrepancias de género ya están presentes en niños desde los 9 años hasta los 13 (Ogden y Taylor, citados por Ogden; 2005).

Los hombres, por otra parte, en comparación con mujeres presentan insatisfacción alta, solo algunos se someten a régimen alimenticio, ellos son

conscientes de las normas culturales del estereotipo masculino; muestran preocupación por su aspecto físico, pero a diferencia de mujeres, prefieren mayor volumen en brazos, espalda y pecho, la insatisfacción ante el estómago es similar en ambos géneros.

Por otra parte, Tiggemann y Pennington (citados por Ogden; 2005) examinaron la insatisfacción corporal en niños de 9 años y concluyeron que la silueta ideal era más delgada. Por ello, desde los 13 años se presenta la preocupación por la insatisfacción personal, y no es solo característico de las mujeres, sino de hombres de distintas edades.

En el aspecto de la sexualidad y preferencias sexuales, hay un dato importante respecto a la insatisfacción corporal: la homosexualidad en mujeres está asociada a una menor insatisfacción corporal; en el caso de los varones, se muestra una mayor insatisfacción.

Cuando se refiere al carácter étnico, se encuentra que las mujeres blancas en diversas culturas y sociedades presentan mayor insatisfacción corporal que las mujeres negras y asiáticas (Gray y cols., mencionados por Ogden; 2005).

Story y cols. (citados por Ogden; 2005) refieren que las clases sociales superiores se relacionan más con la insatisfacción corporal, aunque los resultados actualmente están poco claros.

Existen factores que se pueden desempeñar como causas de la insatisfacción personal, los factores sociales y los psicológicos (Ogden; 2005).

Dentro de los factores sociales, están los medios de comunicación, en los cuales existe siempre un bombardeo de mensajes hacia las personas de un mundo real, que se representa por delgadez y casos de mujeres que si son delgadas, alcanzan una vida plena.

La cultura es otro aspecto que influye, ya que por el proceso de aculturación puede surgir la insatisfacción corporal, cuando un individuo intenta asimilar los elementos de otra cultura que se encuentra en su entorno.

La familia juega un rol de influencia mediante las creencias y valores que inculca a los hijos, es decir, todo depende del valor jerárquico que se le dé al cuidado de la imagen corporal.

Dentro de los factores psicológicos, están las creencias y su influencia ante la competitividad, valor de logro, éxito material y futuro, y la relación madre-hija. De acuerdo con Crisp y cols. (Citados por Ogden; 2005), los límites indefinidos en la familia y la existencia de una relación complicada entre madre e hija, pueden ser un factor importante.

Algunas consecuencias de la insatisfacción corporal en las mujeres es el someterse a ejercicio, y no por cuestiones de salud, sino por cuestiones de reducir

peso y modificar la imagen, así como fumar para bajar de peso y la cirugía estética, que va en aumento. En los hombres, el ejercicio es con motivo de aumento de masa muscular, diversión y socialización.

Las dietas restrictivas constituyen otra secuela a la que se recurre, así como la continuación de la imagen corporal deformada en comparación con un modelo diferente percibido y con sentimientos negativos respecto del propio cuerpo, que conducen al individuo a una discrepancia entre su realidad y lo que anhelan (Ogden; 2005).

2.7 Factores que mantienen los trastornos alimentarios.

Las complicaciones que puede tener un trastorno alimentario, son de tipo psicológico y fisiológico, esto puede llegar a convertirse en factores perpetuantes, es decir, que hagan que las complicaciones alimentarias perduren, o se conviertan en algo de extrema duración (Costin; 2003).

El hecho de conocer los efectos que puede tener una deficiente alimentación e inadecuada manera de efectuarla, tanto en el campo orgánico como anímico, contribuye a normalizar los fenómenos de los trastornos alimentarios, de darle una explicación a lo desconocido, es así que en muchas ocasiones los síntomas disminuyen después de tener cierta información (Costin; 2003).

La dieta es el factor perpetuante por excelencia: “un experimento que se realizó en los años 40 en estados unidos a un grupo de jóvenes sanos sin problemas psicológicos, demostró que el hecho de someterse a dietas restrictivas les produce una cantidad de efectos similares a los que se observan en la anorexia o bulimia nerviosa” (Costin; 2003: 91).

La práctica de control de dietas atrae complicaciones de orden cognitivo, fisiológico, social y emocionales. Las características en el estado de ánimo que presentan son:

- Signos de irritabilidad, intolerancia y comportamientos autodestructivos.
- Cambios abruptos de humor.
- Aumento en el grado de apatía.
- Pérdida de motivación para realizar actividades cotidianas y de interés personal.
- Disturbios emocionales como irritabilidad o negativismo.
- Conductas obsesivas.

Estas características perduraron en las personas expuestas al experimento, y son características que se encuentran en personas que se exponen a la seminación por decisión propia o médica.

Otras características emocionales que se encontraron en las personas del experimento, una vez que se terminó y se restableció la alimentación normal, son:

- Sensación de depresión y descontrol.
- Regresión e inseguridad.
- Asco respecto a hábitos alimenticios.
- Pensamientos obsesivos.
- Desesperación sobre futuro.

En cuanto a las particularidades de orden social:

- Aislamiento social

De orden cognitivo:

- Dificultades en la concentración.
- Dificultades en la comprensión.
- Alteración en el estado de alerta y somnolencia.

Algunas de las reacciones conductuales en las jóvenes que padecieron trastornos alimenticios, es que se inclinan por profesiones u oficios relacionados con los alimentos, así como que generan un largo ritual a la hora de alimentarse y la necesidad de tener algo siempre en la boca, como cigarrillos o gomas de mascar.

Otras conductas que se encontraron durante el experimento de Minnesota, es que la restricción alimentaria puede llevar a episodios de atracones, ya que el hecho de privar al cuerpo de alimento lo deja con sensación de hambre que no logra satisfacer. Este tipo de restricciones son trastornantes para el organismo, ya que perduran aun y cuando la persona haya incorporado nuevos hábitos con la idea de recuperarse, y con el paso del tiempo, habrá recaídas inevitables (Costin; 2003)

Las complicaciones de orden fisiológico tras la privación alimenticia, abarcan:

- Cefaleas.
- Hipersensibilidad a la luz.
- Molestias gastrointestinales.
- Problemas de visión y auditivos.
- Adormecimiento de miembros (pies y manos).
- Calambres, pérdida de cabello y desarrollo de lanugo.
- Enlentecimiento metabólico.
- Disminución en la tolerancia al frío, pérdida de temperatura corporal.
- Cambios cardiológicos, bradicardia y taquicardia.
- Amenorrea (interrupción de la menstruación).
- Debilidad muscular y deshidratación.

Cuando la ingesta de alimento es menor a la requerida por el organismo, las funciones generales disminuyen de manera automática y en busca de adaptarse, el cuerpo va a quemar menos calorías como un modo de preservar energías y de almacenar todo lo que se a posible, para el mantenimiento de los procesos físicos básicos necesarios para sobrevivir (Costin; 2003).

Es así que se puede concluir que en el origen de todo trastorno alimentario, hay siempre un estado de dietas restrictivas que conllevan a la semiinanición, y que a su vez conduce al cuerpo a un estado consecutivo de síntomas físicos y emocionales; la privación alimenticia es formadora de hábitos, ya que se desarrollan modos de vincularse con la comida de los cuales es difícil salir, la comida se vuelve una obsesión que enferma a la persona, ya que la somete a un círculo vicioso.

“Lo adictivo no es la comida en sí misma, sino la dieta” (Costin; 2003: 103). No es necesario que la persona esté en un proceso de conflictos familiares, personales o sociales, para que se desencadene un trastorno alimenticio.

2.8 Trastornos mentales asociados a los trastornos alimenticios

De acuerdo con Butcher y cols. (2007) los trastornos de la conducta alimentaria suelen estar asociados con otras formas psicopatológicas. Pues existe una alta comorbilidad con más problemas psiquiátricos.

Por ejemplo, los pacientes que presentan anorexia nerviosa, cumplen con los criterios de la depresión clínica y el trastorno obsesivo compulsivo, de acuerdo con Kaye y cols. (Citados por Butcher y cols.; 2007).

De manera similar, pero en la bulimia, suelen aparecer simultáneamente trastornos por abuso de sustancias, o junto a la anorexia nerviosa de tipo purgativo-obsesivo. La anorexia restrictiva no suele presentar alguno de los trastornos anteriores (Steiger y Seguin, referidos por Butcher y cols.; 2007).

Paul encuentra que más de un tercio de pacientes con trastornos alimentarios presenta conductas autopunitivas, como cortarse o quemarse. Todos estos estudios son citados por Butcher y cols. (2007)

Es frecuente que se diagnostiquen trastornos de personalidad en pacientes con trastornos de alimentación; en la anorexia nerviosa se encuentran personas con trastornos de personalidad tipo ansioso-atemorizado. En la conducta alimentaria compulsiva-purgativa, está asociado al grupo B, dramático, emocional, errático (APA; 2000)

Cuando se examina a pacientes con trastornos en la conducta alimentaria, se encuentra que algunas de sus perturbaciones son por causa de la desnutrición y ello contribuye a aumentar obsesiones e irritabilidad (Butcher y cols.; 2007).

“Las consecuencias fisiológicas de los trastornos en la conducta alimentaria pueden exacerbar problemas de personalidad, pero en realidad solo estimulan características de personalidad que ya estaban presentes.” (Butcher y cols.; 2007: 306).

2.9 Tratamiento de los trastornos alimenticios

Rausch (1997) cita a Montalvo al referir que los terapeutas no utilizan un solo encuadre para intervenir en los trastornos alimentarios, se debe estar abierto y adecuar las estrategias, se debe ser flexible para adecuarse a cada necesidad o paciente. Es el clínico quien posee la libertad para analizar e identificar los recuerdos con los que se va ayudar a la paciente y la familia.

El tratamiento a los trastornos alimentarios debe ser multidisciplinario, es decir, apoyarse de más ramas o ciencias para que la recuperación el paciente sea de manera integral y completa.

Se propone la epistemología sistémica, ya que se considera que la etiología de estos trastornos no es un solo factor, sino una serie de elementos que los propician, predisponen y perpetúan, de tal manera que la teoría sistémica puede abarcar cada uno de estos sistemas que componen el ambiente de la paciente.

Después de una breve reseña por distintos enfoques psicológicos para tratar dichos trastornos, se llega a la conclusión de que son la teoría sistémica y la cognitivo-conductual, las que más trascienden para la recuperación.

La paciente necesita modificar algunas estructuras cognitivas respecto a su imagen y percepción, a su vez de extraerle de su sistema familiar para potencializar su autonomía, independencia y desarrollo personal.

En ocasiones, el empleo de fármacos contribuye a que la paciente pueda progresar en las cuestiones de ansiedad, aumentar apetito y de peso, pero en muchas ocasiones las secuelas de los medicamentos hacia las cuestiones psicológicas y orgánicas, son contraproducentes.

El modelo sistémico familiar busca organizar y esclarecer las jerarquías en el hogar de la paciente para reacomodar roles y modificar patrones disfuncionales. La primera tarea es reestablecer un sistema familiar funcional que propicie la recuperación emocional de su paciente, señala Rausch (1997).

Una vez abarcadas las particularidades concernientes a los trastornos alimentarios, se da por terminado el presente capítulo y el marco teórico. En las páginas restantes se explican los pormenores metodológicos que posibilitaron la conclusión del estudio.

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

En el presente capítulo se hace referencia al método que se siguió para elaborar esta investigación, los distintos procedimientos y herramientas que se utilizaron, así como la referencia de algunos autores para definir las variables con las que se trabajó. Asimismo, se presentan los resultados obtenidos para llegar a una conclusión general en torno a los objetivos cumplidos e hipótesis planteadas.

3.1 Descripción metodológica

En el presente capítulo, la estructura se conforma en dos apartados: en el primero se hará mención específica de los principales aspectos y las características de la estrategia metodológica mediante la cual se alcanzó el objetivo general de la presente investigación, se dio respuesta a la pregunta del planteamiento del problema y, de manera importante, se corroboró en algunos casos la hipótesis de trabajo y en otros, la hipótesis nula.

La estrategia metodológica incluye el enfoque, tipo y el diseño de la investigación. Asimismo, se describe tanto el alcance de la indagación, como la técnica que se empleó para la recolección de datos. De igual manera, se muestra el proceso que se siguió para la determinación de los sujetos a quienes se aplicaron

los instrumentos de medición de las variables psicológicas relevantes para el presente trabajo.

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

3.1.1 Enfoque cuantitativo

Este modelo utiliza la recolección de datos para probar hipótesis, y se basa en análisis estadístico y medición numérica para establecer pautas de comportamiento y probar teorías (Hernández y cols.; 2014). A continuación, con base en los autores referidos, se hará mención de algunas cualidades fundamentales que posee el enfoque cuantitativo y que caracterizan a la presente investigación de una manera específica.

- El investigador debe plantear un problema de estudio delimitado y concreto sobre el fenómeno que desea estudiar.
- Una vez que se plantea el problema de estudio, habrá que realizar la revisión de literatura para construir el marco teórico, la teoría que dará soporte a la investigación.

- Se plantean una o más hipótesis, que son cuestiones a examinar si son ciertas o no.
- Las hipótesis se someten a prueba mediante el empleo de diseños de investigación validados y corroboran las hipótesis.
- Las hipótesis se generan antes de recolectar información y analizar datos.
- La recolección de datos se fundamenta en la medición, es decir, se van a medir las variables que se mencionan en las hipótesis.
- Esta medición se va a realizar con instrumentos estandarizados y que se aceptan en una comunidad científica.
- Para que la investigación se acepte y sea creíble, tiene que demostrar que siguieron un procedimiento científico.
- Los datos son producto de mediciones, se representan mediante números, por lo que se analizan con métodos estadísticos.
- Los análisis cuantitativos se interpretan a la luz de las predicciones iniciales que son las hipótesis y de estudios previos o teoría, la interpretación constituye una explicación de cómo los resultados encajan en el conocimiento existente.
- La investigación cuantitativa debe ser lo más objetiva posible, los fenómenos observados no tienen que afectarse por el investigador.
- La investigación cuantitativa pretende identificar leyes “universales” y causales, ya que la búsqueda ocurre en la realidad externa al individuo, y conviene explicarla.

3.1.2 Diseños no experimentales

Son los estudios en los que no se hace variar de manera intencional las variables para ver su efecto sobre otras variables, es decir, sin la manipulación deliberada de las variables, solo se observa el fenómeno a estudiar en su contexto natural. “La investigación no experimental es sistemática y empírica” (Hernández y cols.; 2014: 153).

En este estudio no se va a generar ninguna situación, solo se observan situaciones ya existentes, las variables independientes ocurren y no es posible manipularlas e influir sobre ellas, porque ya sucedieron, al igual que sus efectos (Hernández y cols.; 2014).

3.1.3 Diseño transversal

Son los estudios que se utilizan para la recolección de datos en un solo momento, en un tiempo único.

El propósito de estos estudios es describir variables y analizar su incidencia, es decir, cuántas veces más se suscita el fenómeno a estudiar en un momento específico. Es como “tomar una fotografía” (Hernández y cols.; 2014: 154).

3.1.4 Alcance correlacional

Se refiere a estudios que asocian las variables a estudiar, su finalidad es conocer la relación o grado de asociación que existe entre dos conceptos o variables que se eligieron para estudiar. Es más frecuente que se realicen estudios entre dos variables, algunos casos son de cuatro o más (Hernández y cols.; 2014).

Para lograr medir y evaluar la asociación entre dos o más variables, es necesario estudiar y medir cada una por separado, para después analizar y establecer si hay algún vínculo o relación.

La correlación en este tipo de estudios puede ser positiva, esto quiere decir que si una variable muestra valores altos, la otra variable con la que se va a asociar también va a mostrar valores altos. Puede ser correlación negativa si una variable muestra valores altos, mientras que la otra variable es de valores bajos, aquí se invierte la proporción. También puede existir ausencia de correlación, esto es, que ambas variables fluctúan sin seguir un patrón sistemático (Hernández y cols.; 2014).

3.1.5 Técnicas de recolección de datos

En la presente investigación se planteó abordar e indagar sobre dos variables, las cuales se analizan de manera distinta para, al final, asociarlas. La autoestima y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios son las

variables a estudiar. Lo primero fue establecer los instrumentos con los cuales medir dichas variables ya establecidas.

La autoestima se aborda para la población específica en niños de 11 y 12 años de edad, por lo que se utiliza el test psicométrico de Autoestima Escolar (TAE-ALUMNO), de Marchant y cols. (2005). Esta prueba se elaboró en 1991 y se estandarizó en 1997, en Chile. Esta herramienta posee estándares de validez para la psicología y permite ubicar el nivel de autoestima en niños de 8 a 13 años, de tal manera que ayuda a determinar el puntaje T, es decir, determinar en categorías: normal, baja autoestima y muy baja autoestima. Consta de 23 ítems, está compuesto de afirmaciones, a las cuales el niño responde sí o no. No tiene subescalas.

Respecto de su confiabilidad, el TAE posee un nivel de 0.95 de confiabilidad, asimismo, se hizo una evaluación de validez concurrente, en la cual obtuvo resultados satisfactorios.

Por su parte para la variable de los indicadores psicológicos en los trastornos alimentarios, se consideró el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI 2) de David M. Garner (1998). Estandarizado para personas de 11 años en adelante, cuenta con confiabilidad de 0.83 y validez de contenido recurrente.

Este instrumento se conforma por 11 escalas que representan: obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva, miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad e

inseguridad social. Consta de 91 ítems, a los cuales el individuo responde con las opciones: nunca, pocas veces, a veces, a menudo, casi siempre y siempre.

Gracias a los instrumentos de psicometría mencionados se logró medir, evaluar y conocer de las variables que se establecieron, así como asociar la relación que existe entre una y otra y corroborar las hipótesis iniciales.

3.2 Población y muestra

De acuerdo con Lepkowski (citado por Hernández y cols.; 2014: 174) la población se define como “el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones”. Una población debe situarse con características específicas de tiempo, lugar y contenido, es decir, hay que delimitarla con claridad.

La muestra, por otra parte, se refiere a “un subconjunto de la población en el que todos los elementos que pertenecen a ese conjunto definido, conocido como población” (Hernández y cols.; 2014: 175). La muestra debe ser representativa y seguir un procedimiento para su obtención.

3.2.1 Descripción de la población

De acuerdo con Hernández y cols., la población, también llamada universo, es el “conjunto de todos los casos que concuerdan con determinadas especificaciones”, (Hernández y cols.; 2014: 174). En el presente estudio, la población está

conformada por 115 niños de edad escolar, entre niños y niñas, todos estudiantes de la Escuela Primaria Lic. Eduardo Ruiz, de la ciudad de Uruapan, Michoacán.

Este centro educativo atiende a 800 alumnos en total, es una escuela federal pública, que cuenta con dos grupos de cada grado en el turno matutino.

3.2.2 Proceso de selección de la muestra

Pocas veces es posible medir las variables de investigación de toda la población, por lo que es necesario emplear la selección de una muestra (subgrupo o parte de la población).

Existen dos tipos de muestra: la primera es la probabilística, que tiene como característica esencial que todos los elementos que conforman la población o universo poseen la misma posibilidad de ser elegidos o ser parte de la muestra, y se obtiene cuando se definen las características de la población en una selección aleatoria o mecánica, que determina características del universo y el tamaño de la muestra a la que se pretende llegar (Hernández y cols.; 2014).

El segundo tipo de muestra es el no probabilístico, también conocida como muestra dirigida, supone una selección dirigida por las características de la indagación, en lugar de un criterio estadístico de generalización.

En el presente estudio, se considera el proceso de recolección de datos y se utilizó el muestreo no probabilístico o dirigido, a juicio de la investigadora, ya que las características de esta indagación permitieron establecer inicialmente el tipo de muestra. De manera directa y con la autorización de los directivos de la primaria, se procedió a seleccionar la muestra, en una población de 800 niños, de los cuales la muestra abarca 115 niños de 5° y 6° grado, de los grupos A y B, cada uno con 30 niños.

3.3 Descripción del proceso de investigación

La idea de la presente investigación surgió por la inquietud y el cuestionamiento de querer indagar y conocer sobre algún dato relevante que pudiera aportar un nuevo conocimiento para la Escuela Primaria Lic. Eduardo Ruiz. Se optó por la variable de autoestima, ya que se considera como una base para el desarrollo integral del niño, y la variable de los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios, de la cual se conoce poco y no se habían realizado investigaciones en la primaria sobre estas variables.

En el momento que se concreta la elección de las variables, la autoestima y los indicadores psicológicos de trastornos alimentarios, se desarrolla el marco teórico, es decir, describir un planteamiento sobre el problema, crear una justificación de por qué se lleva a cabo la investigación, fijar objetivos teóricos y prácticos, que lleven a cumplir el objetivo general de la presente investigación, pero sobre todo, determinar las hipótesis, que es lo que se busca conocer mediante la

investigación para, a partir de su comprobación o refutación, formar nuevos paradigmas de las variables elegidas en un determinado contexto.

Lo primero fue conocer antecedentes de las variables elegidas, o de algunos estudios que ya se hayan realizado en el lugar de la investigación que se llevó a cabo, para indagar si entre estas dos variables existía alguna relación. Para conocer más acerca de las variables, se elaboraron dos capítulos teóricos, donde se describe su base epistemológica, un capítulo por variable, se hace referencia a los elementos que la conforman, niveles y componentes.

Respecto a la metodología, se estableció el tipo de investigación que se llevaría a cabo, que es cuantitativo, el alcance que tendría la investigación, la población y el tipo de muestra, es decir, la población, estudiantes de la primaria Lic. Eduardo Ruiz, y la muestra de la población, los alumnos de 5° y 6° grado.

Se seleccionaron, a su vez, los instrumentos de investigación de campo correspondientes a cada variable, para obtener resultados y así corroborar o refutar hipótesis.

El permiso para aplicar los instrumentos psicométricos fue sencillo, ya que la directora del plantel, la maestra Evelia Zaragoza, se mostró con interés y entusiasmo para que se llevara a cabo la investigación, y accedió para aplicar los test a los niños en horario escolar, se fijó la fecha para aplicar a los cuatro grupos por día, es decir,

el Test de Autoestima (TAE) se aplicó a los cuatro grupos en un solo día, mientras que el EDI-2 se aplicó en otra fecha a los mismos grupos.

Los alumnos se portaron accesibles, tranquilos y curiosos, ya que preguntaron el porqué de hacer el test y de qué trató, al igual que sus maestros; al explicarles el objetivo, se interesaron para conocer resultados.

Se calificó cada una de las pruebas para obtener puntajes T, convertirlos a percentiles y posteriormente, se realizó el vaciado de datos en una hoja de Excel, que contenía nombre y los puntajes obtenidos en los test; después de tener todos los datos, se comenzó el proceso estadístico para obtener las medidas de tendencia central, (moda, media y mediana) así como desviación estándar de cada una de las subescalas que estructuran cada test.

Por último, se obtuvieron porcentajes con los puntajes preocupantes de ambas variables y se calculó la correlación entre ambas variables. Asimismo, se realizaron cinco gráficas, las cuales muestran las medidas de tendencia central, para analizar con mayor claridad la dispersión de los resultados obtenidos.

A partir de los datos anteriores, se realizó el análisis de la información, así como la interpretación de los datos estadísticos, los cuales muestran de manera concreta y precisa los resultados de la investigación, así como la comprobación o refutación de hipótesis.

3.4 Análisis e interpretación de resultados

Una vez que ha concluido el encuadre metodológico, se procede a realizar el análisis y la interpretación de los hallazgos. En congruencia con la metodología científica, los resultados de la investigación se organizan en tres categorías: la primera se denomina la autoestima; la segunda es referente a los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios; en último lugar, se presenta la correlación entre las dos variables anteriores.

3.4.1 La autoestima en los alumnos de la Escuela Primaria Lic. Eduardo Ruiz

Una definición que satisface a esta investigación es la propuesta por Branden, quien define la autoestima como “estar dispuestos a ser conscientes de que somos capaces de ser competentes para enfrentarnos a los desafíos básicos de la vida y de que somos merecedores de felicidad” (2010: 17).

Respecto a los resultados obtenidos a partir de la aplicación de la prueba Inventario de autoestima TAE, se muestran enseguida en puntajes T.

La media en el nivel de autoestima fue de 57. La media es una medida de tendencia central y es la suma de un conjunto de datos, dividida entre el número de medidas (Elorza; 2007).

De igual modo, se obtuvo la mediana, que es el valor medio de un conjunto de valores ordenados: el punto abajo y arriba de cual cae un número igual de medidas (Elorza; 2007). Este valor fue de 55.

De acuerdo con este mismo autor, la moda es la medida que ocurre con más frecuencia en un conjunto de observaciones. En cuanto a esta escala, la moda fue de 81.

También se obtuvo el valor de una medida de dispersión, específicamente de la desviación estándar, la cual es la raíz cuadrada de la suma de las desviaciones al cuadrado de una población, dividida entre el total de observaciones (Elorza; 2007). El valor obtenido en esta escala de autoestima es de 13.

En el Anexo 1 quedan demostrados gráficamente los resultados de las medidas de tendencia central mencionadas anteriormente.

A partir de los resultados estadísticos obtenidos mediante la aplicación del instrumento, se pueden interpretar que la autoestima de la muestra estudiada se encuentra dentro de los parámetros normales.

Con el fin de mostrar un análisis más detallado, a continuación se presentan los puntajes de los sujetos que obtuvieron puntajes bajos en esta prueba, siendo un total de 8, es decir, el 6% de la muestra estudiada presentan resultados por debajo

del puntaje T 40. Esto indica que no hay un problema de baja autoestima generalizado en la muestra, siendo relativamente pocos casos los que lo presentan.

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

Los trastornos alimentarios son caracterizados por alteraciones graves de la conducta alimentaria que engloban factores biológicos, psicológicos y sociales. Se deben mencionar los de mayor referencia en la actualidad como anorexia y bulimia.

De acuerdo con el DSM-IV (APA; 2002), las características esenciales que describen la anorexia nerviosa son un deseo intenso de pesar cada vez menos, o bien rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, gran miedo de ser una persona obesa y una peculiar distorsión en la percepción de la forma o tamaño del cuerpo. El método para conseguir esta progresiva pérdida de peso consiste en una intensa restricción alimentaria, con conductas de purga o ejercicio físico excesivo.

De acuerdo con el DSM-IV (APA; 2002), las características que definen a la bulimia nerviosa son: atracones y métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso, la autoevaluación de las personas con este trastorno se encuentra excesivamente influida por silueta y el peso corporal.

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

En la escala de obsesión por la delgadez se obtuvo una media de 62, una mediana de 62, una moda de 53 y una desviación estándar de 23.

Los elementos de esta escala se refieren a la preocupación por el peso, las dietas y el miedo a engordar (Garner; 1998).

Asimismo, en la escala de bulimia se obtuvo una media de 62, una mediana de 47, una moda de 47 y una desviación estándar de 21.

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

Por otra parte, en la escala de insatisfacción corporal se obtuvo una media de 42, una mediana de 32, una moda de 14 y una desviación estándar de 25.

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

Por otra parte, en la escala de ineficacia se obtuvo una media de 53, una mediana de 55, una moda de 44 y una desviación estándar de 23.

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

En la escala de perfeccionismo, se obtuvo una media de 73, una mediana de 76, una moda de 76 y una desviación estándar de 23.

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

En la escala de desconfianza interpersonal se obtuvo una media de 69, una mediana de 75, una moda de 66 y una desviación estándar de 26.

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

En la escala de conciencia introceptiva se obtuvo una media de 62, una mediana de 66, una moda de 31 y una desviación estándar de 27.

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

En la escala de miedo a la madurez se obtuvo una media de 92, una mediana de 97, una moda de 99 y una desviación estándar de 12.

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

En la escala de ascetismo se obtuvo una media de 57, una mediana de 61, una moda de 57 y una desviación estándar de 26.

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

En la escala de impulsividad se obtuvo una media de 67, una mediana de 74, una moda de 57 y una desviación estándar de 26.

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

Finalmente, en la escala de inseguridad social se obtuvo una media de 67, una mediana de 70, una moda de 33 y una desviación estándar de 24.

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

En el Anexo 3 se muestran gráficamente los resultados de la media aritmética de cada una de las subescalas que se mencionaron.

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

En la escala de obsesión por la delgadez, el 33% de sujetos se encuentra por arriba del percentil 70; en la escala de bulimia, el porcentaje fue de 30; en la de insatisfacción corporal, el 17; en la de ineficacia, el 20; en la de perfeccionismo, el 48; en la que respecta a la desconfianza interpersonal, 47; en la conciencia

introceptiva, 37; respecto a la de miedo a la madurez, 81; en la de ascetismo 36; en la de impulsividad, 46 y finalmente, en la escala de inseguridad social, el 41.

Estos datos se pueden observar gráficamente en el Anexo 4.

En función de los datos anteriores, se puede afirmar que los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en esta muestra, se encuentran en niveles variados, sin embargo, varias escalas presentan puntajes altos, particularmente la escala miedo a la madurez, donde se muestran niveles muy elevados en las medidas de tendencia central, así como una gran mayoría de los sujetos investigados con puntajes preocupantes en ello.

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. De acuerdo con Alcántara (1990), la autoestima se considera como un sistema fundamental mediante el cual cada individuo ordena sus experiencias, es decir, le da la importancia a cada hecho en su vida por un aprendizaje previo, que refiere al yo personal.

Es, pues, una forma habitual de pensar, amar y actuar consigo mismo, es la disposición con la cual se enfrenta el individuo a sí mismo. En el momento en que el individuo carece de una organización sólida en su autoestima, pueden comenzar a

manifestarse alteraciones en la conducta, que pueden aparecer en la conducta alimentaria, que es donde, de manera inconsciente, algunos individuos encuentran autocontrol, ya que carecen de él en otros aspectos de su vida.

En la investigación que se realizó en la Escuela Primaria Lic. Eduardo Ruiz, se encontraron los siguientes resultados:

Entre el nivel de autoestima y la escala de obsesión por la delgadez, existe un coeficiente de correlación de -0.08 de acuerdo a la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre la autoestima y la escala señalada, existe una correlación negativa débil, de acuerdo con la clasificación de correlación que proponen Hernández y cols. (2014).

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

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.01, lo que significa que entre la autoestima y la escala de obsesión por la delgadez hay una relación del 1%.

Por otra parte, entre el nivel de autoestima y la bulimia existe un coeficiente de correlación de -0.29 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre la autoestima y esta escala, existe una correlación negativa débil.

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

Asimismo, se encontró que entre el nivel de autoestima y la escala de insatisfacción corporal existe un coeficiente de correlación de -0.27, obtenido con la prueba de “r” de Pearson. Esto significa que entre la autoestima y dicha escala, existe una correlación negativa débil.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de .07, lo que significa que entre la autoestima y la escala de insatisfacción corporal hay una relación del 7%.

Adicionalmente, se encontró que entre el nivel de autoestima y la escala de ineficacia existe un coeficiente de correlación de -0.45, cuantificado con la “r” de Pearson. Esto significa que entre la autoestima y la escala referida, existe una correlación negativa media.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.20, lo que significa que entre la autoestima y la escala de ineficacia hay una relación del 20%.

Por otra parte, entre el nivel de autoestima y la escala de perfeccionismo existe un coeficiente de correlación de -0.28 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto significa 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 perfeccionismo, hay una relación del 8% .

Asimismo, se obtuvo que entre el nivel de autoestima y la escala de desconfianza interpersonal existe un coeficiente de correlación de -0.22 , a partir de la prueba de “r” de Pearson. Esto significa que entre la autoestima y la escala indicada, existe una correlación negativa débil.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de $.05$, lo que significa que entre la autoestima y la escala de desconfianza interpersonal hay una relación del 5% .

De igual manera, se pudo saber que entre el nivel de autoestima y la escala de conciencia introceptiva existe un coeficiente de correlación de -0.31 , calculado con la “r” de Pearson. Esto significa que entre la autoestima y la escala mencionada, existe una correlación negativa media.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.10, lo que significa que entre la autoestima y la escala de conciencia introceptiva hay una relación del 10%.

Adicionalmente, se calculó que entre el nivel de autoestima y la escala de miedo a la madurez existe un coeficiente de correlación de 0.16, de acuerdo con la “r” de Pearson. Esto significa que entre la autoestima y la escala en cuestión, existe una correlación positiva débil.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de .03, lo que significa que entre la autoestima y la escala de miedo a la madurez hay una relación del 3%.

Entre el nivel de autoestima y la escala de ascetismo existe un coeficiente de correlación de -0.05, según la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre la autoestima y dicha escala, existe una correlación negativa débil.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0, lo que significa que entre la autoestima y la escala de ascetismo, no hay una relación.

Por otro lado se encontró que entre el nivel de autoestima y la escala de impulsividad existe un coeficiente de correlación de -0.30, establecido con la prueba de “r” de Pearson. Esto significa que entre la autoestima y la escala indicada, existe una correlación negativa débil.

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

Finalmente, se obtuvo que entre el nivel de autoestima y la escala de inseguridad social existe un coeficiente de correlación de -0.26, cuantificado con la prueba de "r" de Pearson. Esto significa que entre la autoestima y esta última escala, 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 del 7%.

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

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

En contraparte, no se encontró una relación significativa entre el nivel de autoestima y el resto de las escalas.

En función de los resultados presentados, se confirma la hipótesis de trabajo, en la cual se afirma que existe una relación estadísticamente significativa entre el nivel de autoestima y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en

alumnos de sexto grado, de la Escuela Primaria Lic. Eduardo Ruiz, de la ciudad de Uruapan, Michoacán, únicamente en el caso de las escalas de ineficacia y conciencia introceptiva.

Asimismo se confirma la hipótesis nula para el resto de las escalas.

CONCLUSIONES

De acuerdo con los objetivos planteados y que orientaron al desarrollo de la presente investigación, se logró cubrir cada uno de ellos, tanto en el marco teórico-conceptual, como los objetivos de campo.

Respecto a los objetivos particulares del 1 al 6, que están en función de definir y establecer conceptos e indicadores de las variables a tratar, se cubrieron de manera suficiente. En el marco teórico se describe, en sus respectivos capítulos, la importancia del estudio de la autoestima y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios.

En lo que refiere a los objetivos 7 y 8, relacionados con la investigación de campo, se logró medir el nivel de autoestima en la población seleccionada, así como evaluar el nivel en que se presentan los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en los sujetos de estudio. Ambos objetivos se lograron por medio del uso de test psicométricos que fueron expuestos de manera eficiente y concreta en el capítulo 3, descritos con la profundidad que un informe requiere en el apartado sobre técnicas e instrumentos de medición.

Para la variable de autoestima se utilizó el TAE, mientras que para la variable de los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios, el EDI 2.

Es así que con los objetivos particulares anteriores, se logró cubrir satisfactoriamente el objetivo general de la presente investigación, ya que se pudo determinar la relación que existe entre las dos variables de estudio.

Como dato relevante, cabe mencionar que el nivel de autoestima de la población estudiada se encuentra dentro de parámetros normales; por otra parte, respecto a los indicadores de los trastornos alimentarios, solo dos escalas arrojaron datos con un nivel elevado.

Como consecuencia, se confirma el objetivo general: sí existe una relación significativa entre el nivel de autoestima y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en alumnos de sexto grado, de la Escuela Primaria Lic. Eduardo Ruiz, pero solo para las escalas de ineficacia y conciencia introceptiva.

Asimismo, se confirma la hipótesis nula para el resto de las escalas, esto quiere decir que no existe una relación significativa entre la variable autoestima y el resto de los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios.

BIBLIOGRAFÍA

Ajuriaguerra, J. (1973)

Manual de psiquiatría infantil.

Editorial Masson. Barcelona.

Alcántara, José Antonio. (1990)

Cómo educar la autoestima.

Ediciones CEAC, S.A. Barcelona, España.

American Psychiatric Association. (APA). (2002)

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

Editorial Masson. Barcelona.

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

Clark, Amina; Clemen, Harris; Bean, Reynold. (2000)

Cómo desarrollar la autoestima en los adolescentes.

Editorial Debate. Madrid, España.

Costin, Carolyn. (2003)

Anorexia, bulimia y otros trastornos de la alimentación: diagnóstico, tratamiento y prevención de los trastornos alimentarios.

Editorial Diana. México.

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

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

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.

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

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

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

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

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

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

Rausch Herscovici, Cecile. (1997)
Anorexia y bulimia: amenazas a la autonomía.
Editorial Paidós. Argentina.

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

Woolfolk, Anita. (2006)
Psicología educativa (vida escolar y autoestima)
Editorial Pearson. México.

MESOGRAFÍA

Anaya, V. (2004)

"El sexo, factor relevante en los trastornos de la conducta alimentaria."

Revista de Enfermería Clínica, 14(4), 230-234.

www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=50718-48082009000200004

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

De la Rosa, Jorge; Díaz-Loving, Rolando. (1991)

"Evaluación del autoconcepto: una escala multidimensional".

Revista Latinoamericana de Psicología, vol. 23, núm. 1, 1991, pp. 15-33.

Fundación Universitaria Konrad Lorenz. Bogotá, Colombia.

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80523102>

Ortuño, B. (1978).

Autoestima. En: Martínez J., M. (2001)

"La importancia de la autoestima en los adolescentes y su relación con el éxito académico."

<http://www.universidadabierta.edu.mx/Bliblio/M/Martinez%20Melitona-Autoestima.html>.

Rosen, J. C. & Ramírez, E. (1998).

"A comparison of eating disorders and body dysmorphic disorder o body image and psychological adjustment."

Journal of Psychosomatic Res., 44(3-4), 441-449

www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=50718-48082009000200004

Taylor, S. E. (2007).

"Conductas que mejoran la salud. Psicología de la Salud."

Traducción: Hano, R. M. C. & Sánchez, P. G. Pp. 16-39.

Sexta edición. McGraw-Hill, México.

www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=50718-48082009000200004

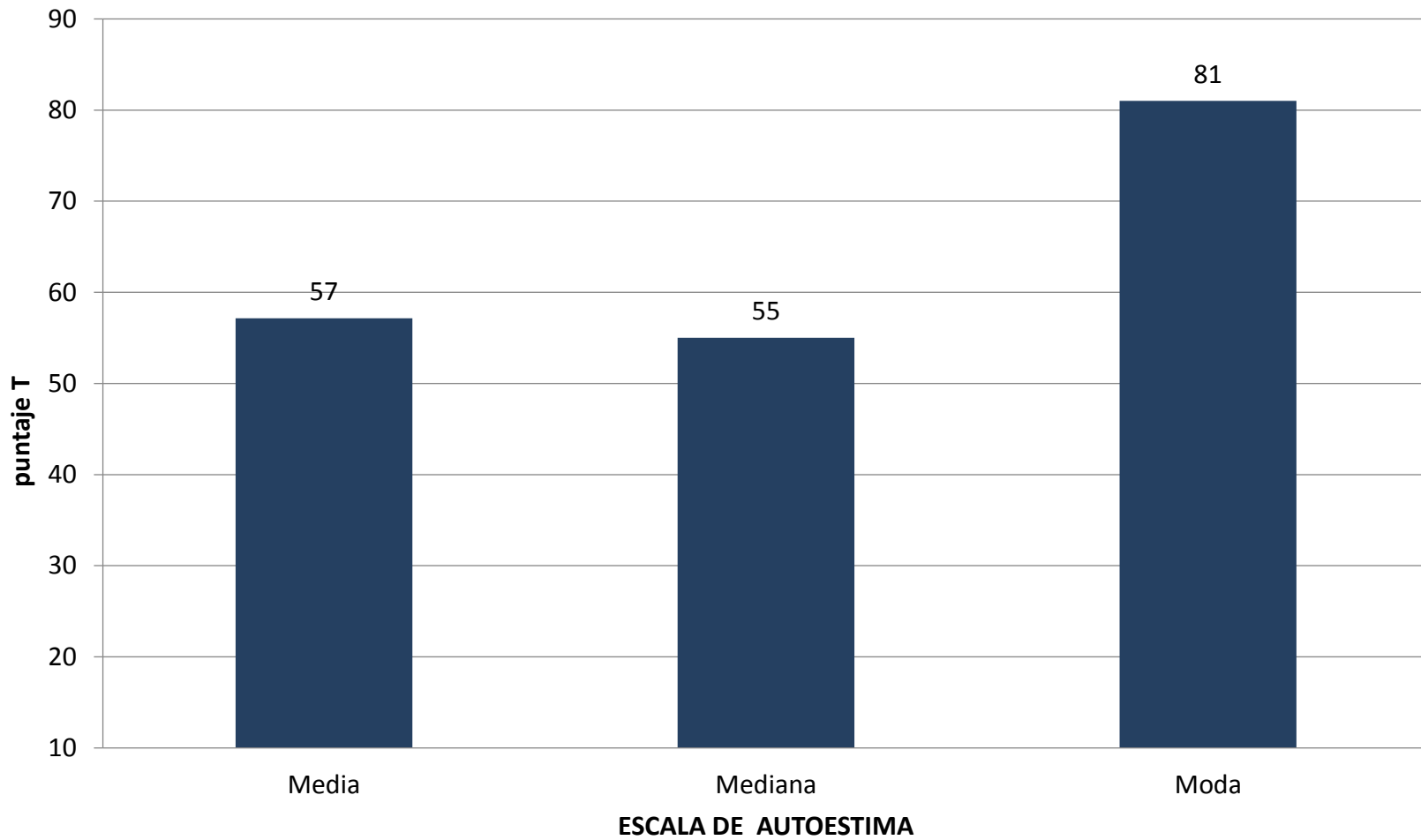
Tomas, Ulises. (2011)
"TAE- Batería de Test de Autoestima Escolar".
El Psicoasesor.
<http://www.elpsicoasesor.com/2011/11/tae-bateria-de-test-de-autoestima.html>

Unikel, S.C., Saucedo, V., Villatoro, F. & Fleiz, V. (2002).
"Conductas alimentarias de riesgo y distribución del índice de masa corporal en
estudiantes de 13 a 18 años."
Salud Mental, 25(2), 50-51.
www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=50718-48082009000200004

Vázquez, R. (2005).
"Trastornos del comportamiento alimentario y factores de riesgo de una muestra
incidental de jóvenes mexicanos."
Revista Mexicana de Psicología, 22(1), 53-63
www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=50718-48082009000200004

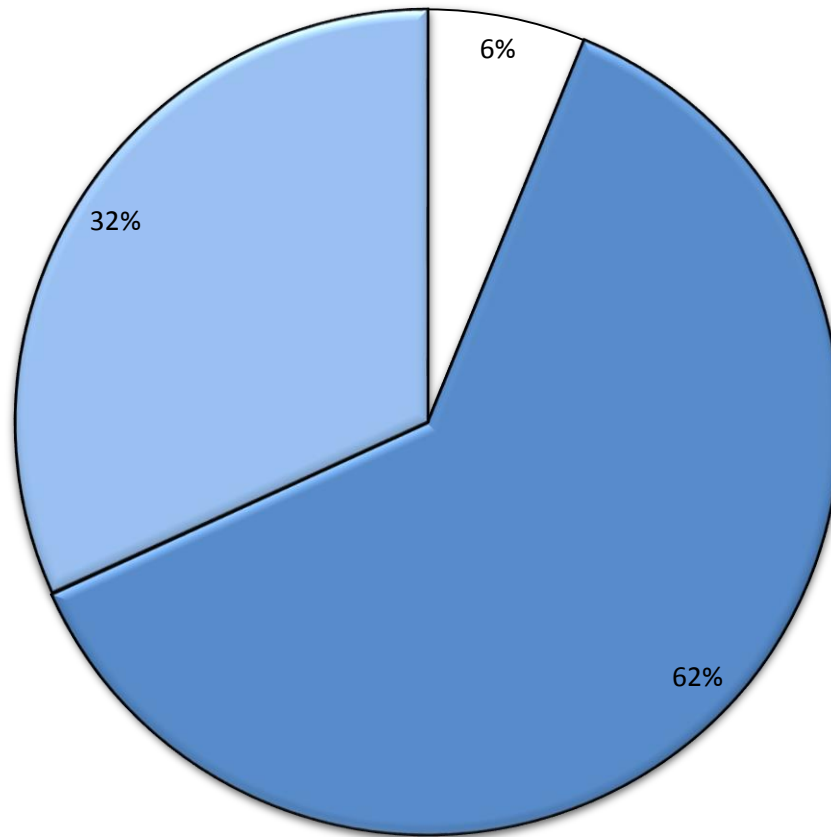
ANEXO 1

Medidas de tendencia central de la escala de autoestima



ANEXO 2

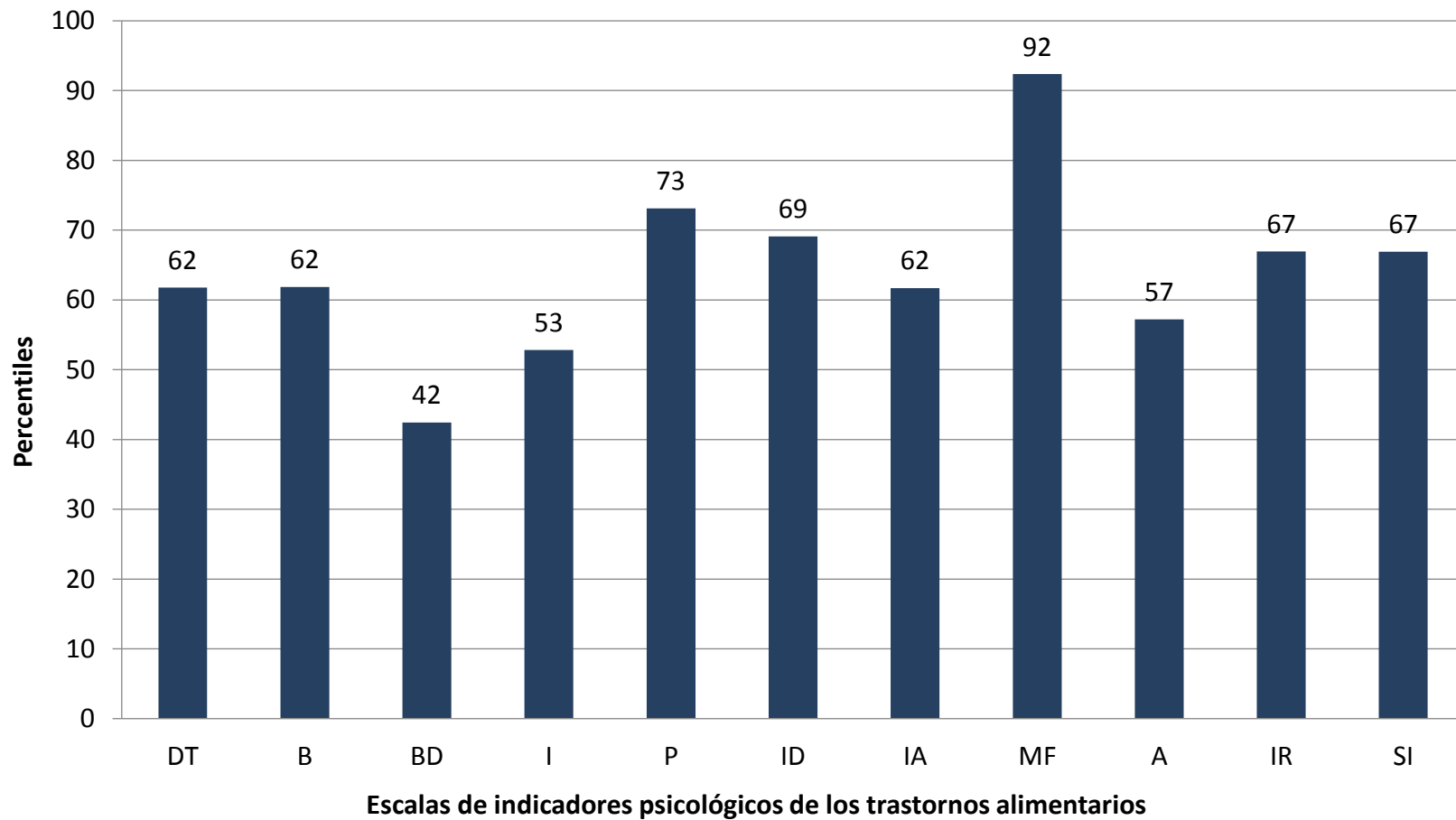
Distribución de puntajes de autoestima



□ Sujetos con puntajes bajos ■ Sujetos con puntajes normales ■ Sujetos con puntajes altos

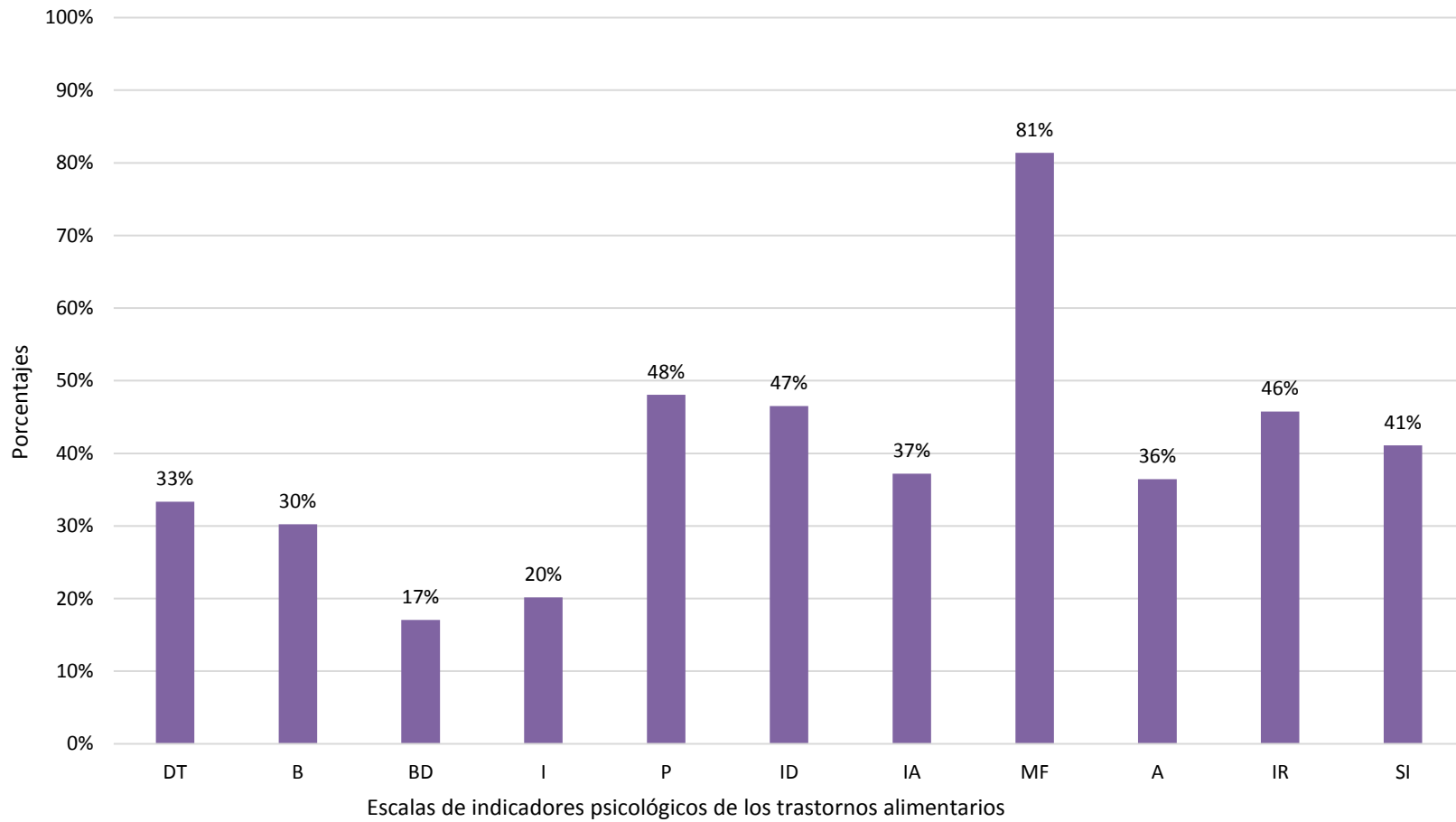
ANEXO 3

Media aritmética de los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios



ANEXO 4

Porcentaje de sujetos con puntaje preocupante en las escalas de indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios



ANEXO 5

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

