



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

INCORPORACIÓN NO. 8727-25 A LA  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
ESCUELA DE PSICOLOGÍA

*NIVEL DE AUTOESTIMA Y SU RELACIÓN CON LOS INDICADORES DE  
TRASTORNOS ALIMENTARIOS DE UN GRUPO DE BAILARINES*

**TESIS**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

**Licenciada en Psicología**

**Oliva Guadalupe Ortiz Solórzano**

**ASESOR: LIC. JOSÉ DE JESÚS GONZÁLEZ PÉREZ**

Uruapan, Michoacán. A 21 de Agosto de 2014.



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

# ÍNDICE

## **Introducción.**

Antecedentes. . . . .	1
Planteamiento del problema. . . . .	5
Objetivos. . . . .	6
Hipótesis. . . . .	7
Operacionalización de las variables. . . . .	7
Justificación . . . . .	8
Marco de referencia. . . . .	10

## **Capítulo 1. La autoestima.**

1.1 Conceptualización de la autoestima. . . . .	12
1.2 Origen y desarrollo de la autoestima. . . . .	14
1.3 Niveles de autoestima . . . . .	21
1.4 Componentes de la autoestima. . . . .	24
1.5 Pilares de la autoestima. . . . .	27
1.6 Medición de la autoestima. . . . .	33

## **Capítulo 2. Trastornos alimentarios.**

2.1 Antecedentes históricos de la alimentación. . . . .	37
2.2 Definición y características clínicas de los trastornos alimentarios. . . . .	38

2.3 Esfera oroalimenticia. . . . .	46
2.4 Perfil de la persona con trastornos alimentarios . . . . .	51
2.5 Causas del trastorno alimentario. . . . .	53
2.5.1 Factores predisponentes individuales. . . . .	54
2.5.2 Factores predisponentes familiares. . . . .	58
2.5.3 Factores predisponentes socioculturales. . . . .	61
2.6 Imagen corporal. . . . .	62
2.7 Factores que mantienen los trastornos alimentarios. . . . .	64
2.8 Trastornos mentales asociados a los trastornos alimentarios. . . . .	66
2.9 Tratamiento de los trastornos alimentarios.. . . .	69

**Capítulo 3. Metodología, análisis e interpretación de resultados.**

3.1 Descripción metodológica. . . . .	75
3.1.1 Enfoque cuantitativo. . . . .	76
3.1.2 Investigación no experimental. . . . .	77
3.1.3 Diseño transversal. . . . .	78
3.1.4 Alcance correlacional. . . . .	78
3.2 Población y muestra. . . . .	82
3.2.1 Delimitación y descripción de la población. . . . .	82
3.2.2 Descripción del proceso de muestreo. . . . .	83
3.3 Descripción del proceso de investigación. . . . .	84
3.4 Análisis e interpretación de resultados. . . . .	87
3.4.1 Nivel de autoestima que se presenta en el grupo de bailarines del estudio de danza Xscape. . . . .	87

3.4.2 Indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en el grupo de bailarines del estudio de danza Xscape. . . . .	90
3.4.3 Relación entre el nivel de autoestima y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios. . . . .	94
Conclusiones. . . . .	100
Bibliografía. . . . .	103
Mesografía. . . . .	105
Anexos.	

# INTRODUCCIÓN

El presente documento contiene el análisis de la relación entre la autoestima y los trastornos alimentarios. Como tarea inicial, se brinda un panorama que servirá al lector como punto de partida.

## **Antecedentes**

Debido a la sociedad tan competitiva en que se vive actualmente y se desarrolla el individuo, la cual incluye ambientes como el hogar, los núcleos sociales a los que pertenece y la institución educativa en la que se esté formando, se propicia que desde muy temprana edad tanto niñas como niños empiecen a comportarse y relacionarse con otros. Esa interacción con otros individuos en muchas instancias provoca una comparación, que en muchas ocasiones repercute en la autoestima de la persona.

El conocimiento de la autoestima, sin intentar predeterminar o prejuzgar, es una de las alternativas que se han venido generando como posibilidad de acción en esta problemática. Por ello, para mayor claridad en el sentido de la investigación, se define esta variable desde su significado conceptual.

Coopersmith sostiene que la autoestima es la evaluación que el individuo hace y habitualmente mantiene con respecto a sí mismo. Implica un juicio personal de la

dignidad que es expresado en las actitudes que el individuo tiene hacia sí mismo (referido por Crozier; 2001).

Es necesario puntualizar que el presente estudio no es el primero que se ha realizado al respecto. De hecho, existen varias investigaciones que, tal como se muestra a continuación, ya han indagado sobre el mismo contenido, inclusive en contextos similares.

Ríos y Millán (2009) realizaron una investigación titulada “Autoestima relacionada con el desempeño escolar”, con los alumnos de quinto y noveno semestre de la carrera de odontología en el Centro Interdisciplinario de Ciencias de la Salud, Unidad Santo Tomas, del Instituto Politécnico Nacional, en México.

Los resultados arrojados reflejaron que existe una relación entre la autoestima de los alumnos y su desempeño escolar, debido a que se observó que el número de recursadores(sujetos que repiten un curso) es mayor en aquellos alumnos con autoestima más baja en relación con el grupo de estudiantes en donde hubo menos recursadores. Los promedios más altos respecto al rendimiento académico, en su mayoría los tenían alumnos con autoestima alta, mientras que los promedios más bajos en rendimiento académico correspondieron a los estudiantes con baja autoestima.

La autoestima es un tema que despierta un gran interés, es una preocupación presente en muchas casas y conversaciones. Eso se puede entender por la

relación que está teniendo la autoestima con problemas y circunstancias que afectan al individuo, tanto en su salud mental, como en sus relaciones sociales y su desempeño. Uno de los problemas de la salud mental y física es el de los trastornos alimentarios.

En cuanto a los trastornos alimenticios, se suelen definir como alteraciones que se presentan en la forma de alimentarse de las personas; los más importantes por la gravedad que conllevan, son la anorexia y la bulimia nerviosas.

Toro (citado por Zagalaz y cols.; 2002:3) define la anorexia nerviosa como “un trastorno del comportamiento caracterizado por una pérdida significativa del peso corporal, habitualmente fruto de la decisión voluntaria de adelgazar”.

En cuanto a la bulimia nerviosa, Toro y Vilardell (referidos por Zagalaz y cols.; 2002: 3) señalan que “describe a quienes la padecen como comedoras convulsivas, que se provocan el vómito tras la ingesta para acallar su conciencia que les demanda mantenerse delgadas”.

Una investigación realizada en un grupo de adolescentes de una escuela secundaria pública de la ciudad de Xalapa, Veracruz, México, se estudió la relación entre las conductas de riesgo de trastorno alimentario, la imagen corporal y autoestima. Se aplicaron tres instrumentos: el Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40), el Cuestionario de la Figura Corporal (BSQ) y el Cuestionario de Evaluación de la Autoestima, adicionalmente, un cuestionario de datos sociodemográficos; los

sujetos de estudio fueron 298 alumnos, de los cuales 153 son mujeres (51%) y 145 hombres (49%), con una edad de 13 a 14 años. La medición del índice de masa corporal permitió detectar 33 casos de desnutrición (13 en hombres y 20 en mujeres) y 41 casos de obesidad de tipo I y II en los hombres, así como 37 mujeres con obesidad, en sus tres niveles de clasificación. En los resultados arrojados del estudio se detectó riesgo de trastorno alimentario en el 4% de los hombres y el 12% de las mujeres, además de la patología ya instalada en un 10% en ambos sexos, estos individuos presentan preocupación por su imagen corporal, así como niveles de medios y bajos de autoestima.

No obstante las investigaciones que se han llevado a cabo, la problemática de los trastornos alimenticios ha aumentado en la sociedad. En este sentido, se describe enseguida lo que ocurre en el estudio de danza Xscape, de Uruapan, Michoacán.

El cuerpo es fundamental para el desempeño de la danza y por lo general, requiere de un cuerpo delgado y atlético, pero saludable, para la ejecución de esta disciplina en un escenario y de manera profesional. En contraste, se ha observado que la disciplina y dedicación que exige la danza, también lo aplican los miembros de este grupo en conservar un cuerpo delgado, mediante una alimentación que consta de ligeras y pocas porciones de frutas y mucha agua.

Se ha observado también, que los bailarines se ven constantemente ante el espejo en diferentes ángulos, además de utilizar la báscula para revisar su peso.

## **Planteamiento del problema**

La problemática de los trastornos alimentarios en la sociedad se está volviendo más frecuente en niños, adolescentes y personas adultas, debido a la gran influencia de medios de comunicación y los estereotipos prevalecientes, que afectan en gran medida la autoestima de los individuos.

Debido a esto, ha aumentado el número de personas que recurren a desórdenes alimentarios, lo cual afecta su calidad de vida, tanto por la magnitud del problema como por las consecuencias personales, psicológicas y sociales derivadas del mismo. Además, ha dejado de ser exclusivo de una minoría para convertirse en un problema de magnitudes sociales y de salud pública.

En cuanto a investigaciones realizadas sobre la autoestima, hay algunos en contextos sociales diferentes, sin embargo, no se han encontrado muchos en escuelas de danza, por ello, se pretendió realizar esta investigación para identificar el nivel de autoestima y los indicadores que se presentan de trastornos alimenticios en bailarines.

Por la posible relación de nivel de autoestima que tienen las personas que presentan indicadores de trastornos alimenticios y la presencia de esta problemática en la población de Uruapan, Michoacán, resulta fundamental desarrollar el trabajo y por ello surgió el planteamiento de la siguiente pregunta de investigación:

¿Existe relación significativa entre el nivel de autoestima y los indicadores de trastornos alimentarios del grupo de bailarines Xscape, de Uruapan, Michoacán?

## **Objetivos**

La consecución de las siguientes directrices reguló el presente trabajo de investigación, a la vez que contribuyó a garantizar su carácter científico.

### **Objetivo general**

Analizar la relación que existe entre el nivel de autoestima y el grado en que se presentan los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios del grupo de bailarines Xscape, de Uruapan, Michoacán.

### **Objetivos particulares**

1. Definir el concepto de autoestima.
2. Analizar los principales enfoques teóricos que abordan la autoestima.
3. Definir el concepto de trastornos alimentarios.
4. Establecer las causas que propician la presencia de los trastornos alimentarios.
5. Describir los tipos de trastornos alimentarios.
6. Medir el nivel de autoestima en el grupo de bailarines Xscape.

7. Evaluar el grado en que se presentan los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en la población de estudio

## **Hipótesis**

La realidad esperada respecto al presente estudio, posterior a una revisión bibliográfica preliminar, se refleja en las siguientes explicaciones tentativas.

### **Hipótesis de trabajo**

Existe una relación significativa entre el nivel de autoestima y el grado en que se presentan los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en el grupo de bailarines Xscape, de Uruapan, Michoacán.

### **Hipótesis nula**

No existe una relación significativa entre el nivel de autoestima y el grado en que se presentan los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en el grupo de bailarines Xscape, de Uruapan, Michoacán.

## **Operacionalización de las variables**

Por autoestima se entiende el resultado obtenido mediante la administración del test psicométrico denominado Inventario de Autoestima de Coopersmith, es una

escala de auto-reporte de 58 ítems, en el cual el sujeto lee una sentencia declarativa y luego decide entre las respuestas “igual que yo” o “distinto a mí”. Está referido a la percepción del estudiante en cuatro áreas: autoestima general, social, hogar y padres, escolar académica y una escala de mentira de ocho ítems (Brinkmann y Segure; 1988).

Por otro lado, los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios se midieron con el test psicométrico denominado Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2) del autor David M. Garner (1998), conformado por once escalas que representan los principales síntomas que normalmente acompañan a la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa.

## **Justificación**

Se considera de suma importancia realizar estudios sobre la autoestima y los trastornos alimentarios, para que la sociedad posea la información requerida para disminuir dicha problemática. Asimismo, para conocer la presencia de los indicadores de los trastornos alimentarios.

A los psicólogos, les será de suma utilidad para emplear la estrategia adecuada en las necesidades de autoestima y rehabilitación de los individuos con trastornos alimentarios. Los neurólogos, son científicos también beneficiados de la presente investigación, ya que obtienen más información sobre la patología física de los pacientes y los problemas de salud mental. Otros científicos a quienes les será

de utilidad esta indagación, son los trabajadores sociales, quienes partir de los resultados aquí proporcionados, podrán orientar y educar a la sociedad, planteando alternativas de solución y prevención para disminuir o evitar la problemática de los trastornos alimentarios.

La sociedad de la ciudad de Uruapan, Michoacán, también obtiene provecho en esta investigación, ya que así se puede facilitar la identificación de los individuos que presentan indicadores de trastornos alimentarios, a fin de colaborar en la prevención de esta problemática para disminuir su frecuencia en los individuos.

De manera formal, la investigación se encuentra respaldada por la Universidad Don Vasco, A.C., de Uruapan, Michoacán, la cual obtendrá prestigio o reconocimiento de esta investigación, al ser mostrada como una institución respetable. También su alumnado y el personal académico tendrán acceso a esta investigación para la búsqueda de información, o con el objeto de tener antecedentes para un nuevo trabajo.

Finalmente, la investigadora obtiene beneficios como los siguientes: en primer lugar, porque le permite poner a prueba los conocimientos que obtuvo durante el transcurso de la carrera, tiene la posibilidad de comparar el estudio, en general y los resultados, en particular, con los conocimientos que posee, al igual que para incorporar el hábito de investigación.

Por los motivos mencionados anteriormente, resultan de considerable importancia los resultados de la investigación, puesto que diversas personas e instituciones son beneficiadas para que así se lleven a cabo actividades de prevención, tratamiento y disminución de la problemática.

### **Marco de referencia**

La presente investigación se llevó a cabo en el estudio de danza Xscape, situado en 5 de febrero #23,int. 207. Es una escuela privada que se fundó hace 15 años.

Su misión es formar individuos capaces de desarrollar cualidades, fomentando la danza como arte y profesión, y capaces de incluir en la sociedad los conocimientos, valores y competencias en la vida cotidiana.

Su visión es ser reconocida como la mejor escuela de danza de la ciudad con personal capacitado y con bailarines competentes, apasionados y profesionales.

Consta de un alumnado aproximado de 100, desde niños y adolescentes hasta adultos.

Se imparten clases de jazz, ritmos latinos, ballet, sexy dance y baile en pareja, en horarios distribuidos durante la mañana y la tarde, de lunes a sábado.

Consta de cinco instructores capacitados y conocedores de la danza, entre ellos el director y coreógrafo de la escuela, así como un recepcionista.

La escuela está compuesta por dos amplios salones de clases, con espejos y barras, una oficina y sala de espera, un vestidor y dos baños.

# **CAPÍTULO 1**

## **LA AUTOESTIMA**

En este capítulo se explica de un modo más detallado el tema de la autoestima, tomando en cuenta el enfoque y la perspectiva de diferentes autores, desde su definición origen y desarrollo.

### **1.1 Conceptualización de la autoestima**

En el presente apartado se dan a conocer las conceptualizaciones de la autoestima, de acuerdo con diferentes autores, para un mejor entendimiento de esta variable.

Branden, se refiere a la autoestima como “la confianza en nuestra capacidad de pensar, en nuestra capacidad de enfrentarnos a los desafíos básicos de la vida. La confianza en nuestro derecho a triunfar y a ser felices; el sentimiento de ser respetables, de ser dignos, y de tener derecho a afirmar nuestras necesidades y carencias, a alcanzar nuestros principios morales y a gozar del fruto de nuestro esfuerzo” (2011: 21).

Agrega el mismo autor, que la autoestima no es un don al cual solamente se aspira, sino que se llega a poseer con el paso del tiempo; constituye una fuerza motivadora que influye directamente en los comportamientos y actos.

Por otro lado, Clark y cols. consideran “a la autoestima como el concepto que tenemos de nuestra valía y se basa en todos los pensamientos, sentimientos, sensaciones y experiencias que sobre nosotros mismos hemos ido recogiendo durante nuestra vida” (2000:11).

Estos autores indican que la autoestima repercute habitualmente a todas las facetas de la vida, es una necesidad de autovaloración que requiere satisfacerse, ya que de lo contrario, no se puede cubrir otras más complejas. Las personas que se sienten bien consigo mismas, son capaces de afrontar y resolver los retos y obstáculos de la vida.

Al respecto, Alcántara sostiene que la autoestima “es una actitud hacia uno mismo, es la forma habitual de pensar, amar, sentir, y comportarse consigo mismo. Es la disposición permanente según la cual nos enfrentamos con nosotros mismos. Es el sistema fundamental por el cual ordenamos nuestras experiencias, refiriéndolas a nuestro yo personal” (1990: 17).

En el mismo orden de ideas, Montoya y Solexpresan que “la autoestima puede ser descrita como la capacidad o actitud interna con que me relaciono conmigo mismo y lo que hace que me perciba dentro del mundo, de una forma positiva o bien, con una orientación negativa, según el estado en que me encuentre. Un

acontecimiento interior, un movimiento que ocurre en todo nuestro ser y que nos hace vivir de determinada manera” (2001: 3).

Los autores dan una gran importancia a la autoestima, ya que esta característica constituye la plataforma desde la cual se proyectan las diversas áreas de la vida, por lo cual se debe trabajar para un favorable desarrollo.

Coopersmith define la autoestima como “la evaluación que hace y mantiene habitualmente la persona con respecto a sí misma: expresa una actitud de aprobación o desaprobación e indica el grado en el que el individuo se cree capaz, destacado, con éxito y valioso” (citado por Crozier; 2001: 205).

Con base en una investigación que Coopersmith llevó a cabo y en los resultados del estudio, identificó cuatro dimensiones de la autoestima: competencia, virtud, poder y aceptación social; de esta manera dejó claro y restringió el contenido de la autoestima a una actitud o juicio de evaluación.

Por lo tanto, en función de los autores que definen la autoestima, se continuará con el origen de esta característica, para un amplio entendimiento al respecto.

## **1.2 Origen y desarrollo de la autoestima**

Al analizar el origen de la autoestima, Alcántara (1990) expone que dicha particularidad es generada y desarrollada a lo largo de la historia de cada persona,

de acuerdo con el aprendizaje de sus actos, por lo cual es una estructura dinámica que puede crecer y fortalecerse, o disminuir y debilitarse. Es evidente que representa la raíz de la conducta, pero no constituye a la conducta misma, más bien es un precursor determinante del comportamiento que dispone a la persona para responder a múltiples estímulos.

Si bien para la formación de la autoestima existen diferentes factores influyentes, como la sociedad, la institución educativa y la familia, esta es la primera responsable y principal configuradora del niño, dado que los padres proyectan, con actitudes y opiniones, la autoestima hacia el niño, pero no se deben dejar de lado las actitudes de maestros y personas mayores en la escuela y la sociedad, debido que estas instancias realizan un trabajo complementario.

Surge la autoestima desde los primeros intercambios de afecto entre el bebé y la madre. Se considera que en la autoestima, el primer requisito es tener sentimientos corporales agradables como sentirse acariciado, besado o mirado, al igual que sentimientos de agrado. La imagen del cuerpo estará asociada con sentimientos de aceptación, los cuales dan la posibilidad al niño de sentirse querido y como resultado, surgen sentimientos de pertenencia y seguridad. El tacto es esencial, por medio de este se envía estimulación y expresiones de amor y protección, de modo que el niño puede comprender la situación mediante el tacto. Asimismo, los sentimientos de amor, cuidado y apego forman lazos emocionales entre los padres y los niños, generando confianza y seguridad (Branden, 2008).

Mussen, Conger y Kagan (citados por González-Arriata;2001) toman en cuenta cuatro factores, los cuales contribuyen al desarrollo de la autoestima:

1. El respeto, aceptación e interés que la persona recibe de quienes lo rodean, así, se evalúa el modo en que el sujeto es percibido por los demás.
2. El historial de triunfos y el estatus que logra alcanzar.
3. Obtiene la autoestima únicamente de las áreas que personalmente le son de gran importancia.
4. Las capacidades individuales de control y defensa, para así prevenir y experimentar circunstancias con consecuencias, de modo que su afectación disminuya en cierto valor.

Por otro lado, Coopersmith(citado por González-Arriata; 2001) propone el éxito, los valores, las aspiraciones y defensas como variables determinantes de la autoestima. De igual manera, propone aspectos que considera que contribuyen a la formación de la autoestima, como son:

1. Haber recibido aceptación, respeto y admiración por parte de las personas que le rodean y le son significativas.
2. Los éxitos y estatus alcanzados.
3. Los valores y aspiraciones del sujeto.
4. La habilidad para defender la autoestima ante la devaluación.

Con los puntos mencionados con anterioridad, Mussen, Conger y Kagan, así como Coopersmith, coinciden en los puntos básicos para el desarrollo y formación de la autoestima en el individuo.

“La mejor manera de disfrutar de autoestima es la de tener unos padres que ejemplifiquen una sana autoestima” (Branden; 2008: 17). Puesto que ellos son el principal cimiento de la autoestima, con actitudes y actos como criar a los hijos con amor y respeto; asimismo, si permiten experimentar una aceptación coherente y benevolente, ofrecen una estructura de reglas razonables y unas expectativas adecuadas, no recurren al ridículo, humillación o maltrato físico y demuestran que creen en la competencia y bondad del niño. A pesar de lo mencionado con anterioridad, el resultado no siempre es favorable: en un estudio que realizó Coopersmith, presentaba ejemplos de individuos que parecían haber sido criados de forma ideal, sin embargo, se convirtieron en personas inseguras y dudosas de sí mismas; por el contrario, personas que se crían en un entorno caótico, pero que crean relaciones estables y satisfactorias, disfrutan de una sensación de su propio valor y satisfacen un criterio racional. Esto se atribuye a los factores biológicos o del desarrollo y los sociales.

La autoestima se experimenta como una necesidad básica, como un deseo de mantener un punto de vista de sí mismo, ya sea positivo o negativo. Esta necesidad que tiene la persona es inherente a su naturaleza.

La autoestima es una necesidad indispensable para el hombre, en cuanto a que requiere sentirse amado y respetado para así asegurar el desarrollo de la autoestima.

Existen diferentes explicaciones acerca del desarrollo de la autoestima, una de ellas del humanista Maslow, con su teoría del yo, en la cual resalta la necesidad individual de la autorrealización. Para ello, ordena las necesidades en una pirámide, colocando en la base las fisiológicas, después las de seguridad, seguidas de las de pertenencia, en donde se encuentra la autoestima, ya que las personas necesitan amar y sentirse amadas, asociarse con otros en donde requieren respuestas positivas; así como la confirmación de habilidades básicas, ante lo cual producen sentimientos de bienestar y satisfacción personal; después las de reconocimiento y en la punta de la pirámide, la autorrealización (Branden, 2011).

Otra teoría que toma en cuenta a la autoestima es la de Erickson, quien hace referencia a ocho etapas del desarrollo, en donde todos los individuos experimentan sendas crisis o conflictos, los respectivos ajustes que hacen en cada etapa pueden ser alterados o revertidos más tarde. Erickson considera que la autoestima está incluida en la primera etapa de confianza vs. desconfianza, en la cual, el niño adquiere la confianza, la aceptación de sí mismo y hacia los demás; es necesario que el niño tenga amor, que lo sienta y lo perciba para que desarrolle confianza y puede darse cuenta de que puede darlo, para que de esa forma empiece a tener autocontrol y fuerza de voluntad. Además afirma el autor que en cada una de las

etapas se debe ir apoyando lo positivo, por lo cual la autoestima se verá enriquecida y favorecida (Branden, 2011).

Para conseguir y mantener la autoestima, el primer requisito es que el individuo conserve una voluntad de comprender todo aspecto desde la percepción de cada persona y, si esta, con el paso del tiempo, madura y mantiene esa voluntad de comprender, descubrirá la política de conceptualizar, que es la característica básica de la madurez psicológica, ya que acompaña invariablemente una autoestima plenamente alcanzada.

Otra condición necesaria para obtener la autoestima, es que el niño debe aprender que las emociones no son una conveniente guía para la acción. La capacidad de distinguir entre conocimiento y sentimiento es importante en el proceso de la madurez de la mente, por ello, se debe aprender la adecuación y validez de sus respuestas emocionales. Una sana autorregulación consiste en reconocer que las emociones son efectos o consecuencias de juicios de valor y así, conocer la naturaleza de estos y su grado de validez o adecuación en el contexto.

Carrión(2007) explica el desarrollo de la autoestima al señalar que los seres vivos están sujetos a mecanismos de la naturaleza, como el crecimiento y desarrollo, desde el nacimiento, pero lo que diferencia a los humanos de otros seres vivos es la creación de la esencia o la consciencia. Desde que nace el individuo hasta los tres o cuatro años, la consciencia o esencia es solamente una manifestación natural; conforme el niño crece y el cuerpo se va desarrollando, se consolida en su nivel de

supervivencia; además de que los actos e impactos recibidos del ambiente, irán construyendo el primer sustrato de la personalidad. En esta etapa, el niño comienza a tener inquietudes y deseos de hacer algo, para demostrar a los demás y a sí mismo, que es capaz. De esta manera, la autoestima de verá influenciada por la aprobación de los demás y la satisfacción de realizar la actividad.

Entre los cuatro y los siete años, aproximadamente, el niño entra en el nivel de desarrollo conductual, en el cual pierde contacto con la esencia, debido a que ha recibido y percibido impactos externos de otras personalidades con las que probablemente se identifica, con diversos condicionamientos tanto familiares, como sociales y culturales. A esta edad el niño, a través de las fantasías y los juegos, busca vencer y superar las heridas de la autoestima, derivadas de la interacción con otras personas, de las limitaciones que van conociendo y de la desaprobación.

A los siete años, el niño aprende a organizar sus pensamientos, a experimentar y reconocer las emociones y a desarrollar habilidades. Los niveles de autoestima de se ven afectados por la adquisición y conocimiento de habilidades que cada individuo desarrolla, por el desempeño escolar y las relaciones de amistad.

Por otro lado, Clark y cols. (2000) exponen que la autoestima se desarrolla durante toda la vida, este proceso comienza en la infancia y pasa por diversas etapas; inicialmente el bebé no tiene un concepto de sí mismo, simplemente tiene experiencias con sensaciones físicas y sentimientos.

Conforme se va desarrollando, el niño experimenta diferentes circunstancias en las cuales percibe cómo reaccionan los demás hacia él, así comienza a desarrollar un sentido del yo y el sentimiento de la propia valía. El infante amplía su experiencia en el mundo, relacionándose con otros niños, así como con sus compañeros, maestros y vecinos; las experiencias y respuestas se van sumando a la formación de la autoestima. Asimismo, sus capacidades mentales y perceptivas se van perfeccionando, esto le permite valorar por sí mismo la realidad.

Durante la adolescencia, obtener una identidad y una valía propia es por demás complicado, debido a que esta etapa conlleva cambios físicos decisivos, que se contrastan con la opinión y el sentido de la propia valía que se adquirió durante la infancia. El adolescente cuestiona la opinión de sí mismo que adquirió, hallándose confuso e inseguro y así, solicita a los demás aprobación y consejos, de manera que pasa por una reorganización de su manera de apreciarse, con el consiguiente cambio en su autoestima. Tal reorganización debería basarse en la información de circunstancias que asumió y experimentó, lo que serviría de base para la madurez de la autoestima durante el resto de su vida.

### **1.3 Niveles de autoestima**

Las personas no nacen con sentimientos positivos y negativos sobre sí mismos: como se mencionó, existe un proceso en el que dichos sentimientos y opiniones se van adquiriendo con la influencia de los demás, con experiencias, circunstancias y relaciones interpersonales a lo largo de la vida.

Si bien la autoestima es una fuerza motivadora que interviene en el comportamiento, su nivel influye en la forma de actuar de los sujetos, que a su vez repercute en el nivel de autoestima que se posea.

Una autoestima alta se correlaciona con la racionalidad, el realismo, la intuición, la creatividad, la independencia, la flexibilidad, la adaptación, el reconocimiento de errores y la capacidad de corregirlos. Las personas que la poseen, buscan el desafío y estímulo de metas, tienden a ser ambiciosas en el plano emocional e intelectual, son expresivas; sus comunicaciones más abierta, honrada y apropiada; las relaciones son gratificantes; demuestran sus sentimientos positivos hacia sí y hacia los demás (Branden, 2011).

Una autoestima baja se asocia con la irracionalidad, la rigidez, el miedo, la conformidad y la sumisión. Las personas que se encuentran en esta condición, buscan la seguridad de lo conocido, sus aspiraciones son pocas y menores, la comunicación es opaca, evasiva e inapropiada. Emiten vagas señales de sus propios sentimientos. La persona con baja autoestima suele encontrarle lado negativo a situaciones positivas, con frecuencia crea series de insatisfacciones y situaciones de dolor que desvalorizan y no le permiten comprender las diferencias con los demás individuos, así como el hecho de que cada uno posee y desarrolla capacidades diferentes (Branden, 2011).

Un punto importante en las relaciones humanas, es que el sujeto tiende a sentirse cómodo con personas cuyo nivel de autoestima es similar.

Los seres humanos suelen comportarse según se vean y en función del nivel de autoestima que tengan, asimismo, su comportamiento suele confirmar la imagen que de sí mismos tienen, reforzando sus actitudes y puntos de vista. El comportamiento se guía por tres motivos: actuar de manera que confirme la imagen que tiene sí mismo, comportarse de manera que aumente el sentido de su valía y actuar para mantener una imagen coherente de sí mismo, sin tener en cuenta que las circunstancias puedan cambiar.

Cuando la imagen que se tiene de sí mismo es positiva y se posee además suficiente autoestima, el individuo se sentirá capaz y se mostrará confiado, por ello se comportará de manera que lo que haga reafirmar el sentido de su propia valía. Por otro lado, cuando el sujeto tiene una imagen negativa de sí mismo y poca autoestima, se siente desplazado, se cree incapaz de efectuar las actividades que se le presenten, lo que la lleva a cerrarse a posibilidades y quedar en la conformidad.

Existe una estrecha relación entre la autoestima y la capacidad de aprender: una autoestima alta fomenta el aprendizaje, el sujeto aprenderá con mayor facilidad, abordará las tareas nuevas que tenga que aprender, con confianza y entusiasmo, reforzando sus sentimientos positivos con el éxito y se verá a sí mismo más competente, pero la persona con una autoestima baja, se creará inadapta da e incapaz de aprender, abordando el aprendizaje con un sentimiento de desesperanza y temor.

Coopersmith (citado por González-Arratia; 2001) ha señalado que los niños con una autoestima alta suelen desarrollar mejores relaciones interpersonales. Suelen ser infantes que se sienten cómodos consigo mismos, por lo tanto, no están pendientes de los demás para que los reconozcan, los motiven o dirijan, por ello establecen relaciones sanas, saben aceptar lo que los demás ofrecen sin necesidad de engancharse para corroborar su valía.

Branden (2001) destaca el hecho de que si una persona no logra conseguir cierto grado de autoestima, las consecuencias incluirán sentimientos de ansiedad, inseguridad, dudas sobre sí misma, sensación de no encajar en la realidad, y sentirse interiormente fracasada. Hay personas que tratan de cubrir dichos sentimientos manteniendo un falso nivel de autoestima, al reprimir o racionalizar de alguna manera ideas o sentimientos que puedan afectar de forma negativa su autoevaluación, de manera que intentan satisfacer esa necesidad de eficacia personal al realizar correctamente el debido trabajo o desempeño, en cualquiera de los ámbitos.

#### **1.4 Componentes de la autoestima**

La autoestima es una estructura compleja, funcional y dinámica, por ello es importante analizar sus componentes.

Desde la perspectiva de Alcántara (2001), el componente cognitivo indica idea, opinión, percepción y procesamiento de la información; en él, está definida la

opinión que se tiene de la propia personalidad, debido a aprendizajes de experiencias pasadas.

El componente afectivo conlleva la valoración de lo positivo y negativo que hay en sí mismo, implica un sentimiento de lo favorable o desfavorable y de lo agradable y desagradable que el individuo ve en sí mismo. Es un tipo de admiración ante la propia valía. Este componente trabaja como juicio de valor sobre las cualidades personales, es la respuesta y emotividad ante los valores y contravalores que cada persona tiene.

El componente conductual es el encargado de la intención y decisión de actuar, de llevar a la práctica un comportamiento consecuente y coherente. Este componente es el final del proceso de la dinámica interna de la autoestima.

Los tres componentes anteriores operan correlacionados, de manera que la modificación en uno de ellos implica una alteración en los restantes.

Branden (2008) señala que la autoestima contiene dos aspectos interrelacionados, el primero implica un sentimiento de eficacia personal frente a los desafíos de la vida y en el funcionamiento de la mente, en la capacidad que se posee para pensar y entender, para aprender de las circunstancias, elegir y tomar decisiones, para entender los hechos de la realidad que están incluidos dentro de los intereses y necesidades de cada persona.

El segundo es un valor propio, es decir, es la suma integrada de la confianza y el respeto en sí mismo. Es la confianza en la propia mente, es la certeza de que el individuo es competente para pensar, juzgar, saber y saber reconocer y corregir los errores, reafirmando de forma apropiada los pensamientos, deseos y necesidades. Por otro lado, el respeto a sí mismo es necesario porque la persona tiene que actuar con miras a obtener determinados valores, ya que para poder actuar, necesita valorar los actos y las consecuencias que conllevan. Por lo tanto, la determinación de utilizar la capacidad de la mente y la negativa a eludir el conocimiento o actuar en su contra, es la base posible para una verdadera autoestima.

Carrión (2007) coincide con los anteriores autores respecto a los componentes de la autoestima; considera a la eficacia personal, que es la confianza que se adquiere por la experiencia, en el funcionamiento correcto de los procesos mentales y en la capacidad de observación objetiva de los hechos.

El planteamiento del autor se basa en un perfecto equilibrio de las tres cualidades humanas fundamentales, que son: sinceridad valor y prudencia. La sinceridad, para reconocer los valores y defectos; el valor para afrontar la realidad, el trabajo y el esfuerzo para darse cuenta de los defectos, limitaciones o de la imagen deteriorada y lograr cambiar; la prudencia, finalmente, para actuar con el cuidado que se requiere en cualquier circunstancia.

El otro componente, el respeto a sí mismo o sentido de valor personal, actúa para reafirmar la valía personal, ayudando a funcionar con la correcta autoestima y valoración.

El autoconcepto es la percepción y consideración que se tiene de uno mismo, incluye actitudes, percepciones, creencias y autoevaluaciones. Sin embargo, dicha percepción puede transformarse, aunque de manera gradual, ya que el individuo se encuentra en constante interacción con demás personas y experimenta circunstancias con consecuencias que le dejan un aprendizaje, ya sea positivo o negativo. Mediante el autoconcepto, el sujeto define su identidad, lo que a su vez ofrece un comportamiento consistente y congruente.

Dentro del autoconcepto, se encuentra la autoimagen de la persona, que está compuesta desde dos vertientes: la ideal, referida a cómo el individuo desea ser, y la real, que es la percepción de sí mismo.

### **1.5 Pilares de la autoestima**

Branden (2011) considera que la autoestima es un proceso que con tiempo, paciencia y ejercitación, se puede fortalecer en toda persona. Propone para ello, una serie de prácticas de vida o factores que considera como los seis pilares en los cuales se fundamenta una autoestima sana. A continuación se describirá cada uno.

- 1) La práctica de vivir conscientemente: se refiere a que se percibe la consciencia como la principal manifestación de vida, de modo que cuanto más elevada sea la forma de consciencia, más avanzada será la forma de vida y la evolución del individuo.

La consciencia se considera el instrumento básico de la supervivencia, es la capacidad del individuo para ser conocedor del entorno en que se desarrolla y de orientar la acción en el estado de ser consciente de algún aspecto de la realidad; teniendo la opción de practicar las facultades o de subvertir los medio de supervivencia y de bienestar. Es decir, una persona con adecuado nivel de consciencia reflexiona, analiza y juzga los acontecimientos, ve sus causas y sus consecuencias, sabe tomar decisiones libremente y acepta las consecuencias de sus actos.

De lo contrario, si no se aporta un adecuado nivel de consciencia a las actividades de la vida, se tendrá como consecuencia una disminución en el sentido de eficacia personal y de respeto hacia sí mismo. Por lo tanto, la persona no se sentirá competente ni valiosa, y las consecuencias se verán reflejadas en la evasión de los hechos que causan preocupación, afectando directamente a la autoestima.

El vivir conscientemente implica un respeto y responsabilidad hacia los hechos de la realidad. Como hechos, se toma en cuenta a los internos como las necesidades, deseos y emociones; adicionalmente, se consideran los del mundo exterior.

Los aspectos concretos del vivir de una manera consciente, suponen lo siguiente:

- Una mente que está activa: se considera el acto más importante de la autoafirmación, es decir, la elección de pensar, de buscar la consciencia, la comprensión, el conocimiento y la claridad, aquí también entra la responsabilidad de uno mismo.
- Una inteligencia que goza de su propio ejercicio: hace referencia a obtener placer por medio de la mente y del aprendizaje, manteniéndola durante el desarrollo del individuo y siendo un principal influyente en el éxito de la persona.
- Estar en el momento sin desatender el contexto más amplio: se trata de estar presente o consciente de la actividad que está realizando la persona.
- Salir al encuentro de los hechos importantes en vez de rehuirlos: los acontecimientos significativos determinan las necesidades, deseos, valores, metas y acciones de cada persona, los cuales realiza de una manera adecuada.
- Preocuparse por distinguir los hechos de las interpretaciones y de las emociones: se refiere a la interpretación y el significado que la persona hace respecto a ciertas actitudes o expresiones de otra, dicha interpretación puede ser correcta o incorrecta.

- 2) La práctica de la aceptación de sí mismo: se refiere a una orientación de la valoración de sí mismo y del compromiso de ser consciente. Es un acto de afirmación de sí mismo pre-racional y pre-moral; este acto de afirmación es la base sobre la que se desarrolla la autoestima.

Al igual, supone la disposición a experimentar cualquier hecho del ser en un momento particular, a reflexionar sobre los pensamientos, tener los sentimientos, a estar presente en la realidad de la conducta de la persona. Es decir, el respeto a la realidad, aplicada a uno mismo.

La aceptación de sí mismo es la condición previa del cambio y el crecimiento del individuo.

- 3) La práctica de la responsabilidad de sí mismo: es esencial para la autoestima, también constituye un reflejo de la manifestación de esta. Hace referencia a la disposición a asumir la responsabilidad de la vida y el bienestar; reconocer que las personas son responsables de las propias decisiones y acciones, de la realización de sus deseos, de la elección de sus compañías, de cómo tratan a los demás en la familia, el trabajo, amistades y de cómo tratan al propio cuerpo.

- 4) La práctica de la autoafirmación: se refiere al respeto de los deseos, necesidades, valores y buscar su forma de expresión adecuada en la realidad. Es esa disposición para valerse por sí mismo y tratarse con respeto en todas las relaciones humanas. En la vida, ejercer la autoafirmación implicaría vivir de

forma autentica, hablar y actuar desde las convicciones y sentimientos de cada persona tiene. La autoafirmación adecuada presta atención al contexto, y en cada contexto existen formas de expresión adecuadas e inadecuadas, de sí mismo.

Llevar a la práctica la autoafirmación, debe ser de manera lógica y congruente con el propio derecho a existir, con la convicción de que las propias ideas y deseos son importantes; consiste en el conocimiento de saber distinguir las actividades de la vida de sí mismo y las de las demás personas.

En resumen, la autoafirmación es respetar los propios deseos y necesidades y buscar la manera de expresarlos; tratarse a sí mismo con dignidad en relaciones con los demás; ser auténticos y defender las propias convicciones, valores y sentimientos: es comunicarse asertivamente consigo mismo y con quienes le rodean.

5) La práctica de vivir con propósito: se refiere a utilizar las propias facultades para la consecución de las que metas, las cuales son impulsoras de la vida y exigen aplicar las facultades a la propia vida. Es, entre otras situaciones, vivir productivamente una exigencia de la capacidad para afrontar la vida. Por productividad se entiende por el acto de supervivencia de la vida, plasmando las ideas y conocimientos en la realidad, fijando metas y actuando para lograr conseguir las. Es decir, asumir la responsabilidad de identificar las metas y llevar a cabo las acciones que les permitan alcanzarlas y mantenerlas firmes hasta llegar a ellas. Al poseer una sana autoestima, las personas tienen

control de su vida y no el exterior que les rodea. Las metas y propósitos son los que organizan y centran sus energías, y le dan significado y estructura a la existencia.

Vivir con propósito implica también una autodisciplina, esta es la capacidad de organizar la propia conducta, de posponer la gratificación al servicio de metas, de pensar, planificar y actuar a largo plazo. Es una virtud de supervivencia.

Como forma de actuar en la vida, la práctica de vivir con propósito supone las siguientes cuestiones básicas:

- Asumir la responsabilidad de la formulación de las metas y propósitos de manera consciente, lo cual se refiere a que se debe saber lo que se quiere y en dónde se quiere, para tener un mejor autocontrol de la propia vida.
- Interesarse por identificar las acciones necesarias para conseguir las metas, esto es, tener el conocimiento necesario para saber cómo se logrará conseguir la meta, qué métodos o instrumentos de utilizarán.
- Controlar la conducta para verificar lo que concuerda con las metas; manejar de manera adecuada las distracciones, obstáculos, problemas y presiones que se presenten durante el camino de la meta que se quiere lograr.
- Prestar atención al resultado de los actos, para averiguar si conducen a donde se quiere llegar: ubicar las consecuencias o resultados de cada

acto que se vaya realizando en el transcurso para lograr la meta, e identificar si dicha consecuencia es de ayuda o no.

- 6) La práctica de la integridad personal: la integridad asume una importancia en la valoración de sí mismo, consiste en la integración de ideales, convicciones, normas, creencias con la conducta, tiene que ser congruente con los aspectos mencionados y si existe concordancia entre las palabras y el comportamiento, se puede decir que se tiene integridad.

Branden (2011) menciona el séptimo pilar, indicando que este está referido a la voluntad de llevar a cabo los otros seis pilares o prácticas de vida.

## **1.6 Medición de la autoestima**

Si bien, como se mencionó en los subcapítulos anteriores, la autoestima es la valoración que se tiene de sí mismo, de la manera de ser, de quien se es, esa valoración se realiza a partir del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran la personalidad. La autoestima tiene un nivel que se va estableciendo en cada persona a causa de la experiencia de vida y del aprendizaje que obtuvo. Dichos niveles de autoestima son medibles, por lo que a continuación se describirán algunos de los tests más relevantes.

- 1) Test de Autoestima de Rosenberg: consta de 10 preguntas, puntuables entre 1 y 4 puntos, lo que permite obtener una puntuación mínima de 10 y máxima

de 40. El autor del cuestionario no ha establecido puntos de corte, es decir, puntuaciones que permitan clasificar el tipo de autoestima según la puntuación obtenida, aunque se suele considerar como rango normal el situado entre 25 y 35 puntos (psicologo-especialista-barcelona.com).

2) Test de Autoestima de Neva Milicic: se presenta como una evaluación clínica de la autoestima escolar, con base en cinco categorías que caracterizan a los niños con alta y baja autoestima, las cuales son: autoestima física, autoestima afectiva, autoestima social, autoestima académica y autoestima ética (De la Hoz; 2014).

3) Test de Autoestima Escolar (TAE): es un test estandarizado que tiene normas elaboradas en puntajes T que abarca desde 3° a 8° y por edad, desde los 8 hasta los 13 años. Permite ubicar el nivel de autoestima del niño en categorías en relación con los puntajes T: normalidad, baja y muy baja autoestima (Thomas; 2011).

Está conformado a partir de una selección de ítems de test americano Piers Harris. Se compone de 23 afirmaciones, frente a cada una de las cuales el niño debe contestar Sí o No. Proporciona un único resultado, no tiene subescalas y los ítems que lo conforman pertenecen a las seis subescalas del test original: conducta, status intelectual, apariencia física y atributos, ansiedad, popularidad, felicidad y satisfacción.

4) Inventario de autoestima de Coopersmith: corresponde a un instrumento de medición cuantitativa de la autoestima. En 1988 fue traducido al español y se estandarizó en la Universidad de Concepción en Chile. El inventario quedó compuesto por 58 ítems y permite la percepción del estudiante en cuatro áreas y una escala de mentira; las cuatro áreas son las siguientes:

- Autoestima general: es el nivel de aceptación con que la persona valora sus conductas autodescriptivas.
- Autoestima social: es el nivel de aceptación con que la persona valora sus conductas autodescriptivas en relación con sus pares.
- Autoestima hogar y padres: se refiere al nivel de aceptación con que la persona valora sus conductas autodescriptivas en relación con sus familiares directos.
- Autoestima escolar-académica: es el nivel de aceptación con que la persona valora sus conductas autodescriptivas en relación con sus profesores. (sicolog.com).

En conclusión, y con fundamentos en lo mencionado en este capítulo, queda claro que la autoestima es la capacidad de evaluación de sí mismo, es ese modo en que el sujeto se siente consigo, que se ve reflejado en sus acciones y comportamientos; dicha capacidad de va desarrollando en el paso de los años, es influida por la familia, en primera instancia; después, por el contexto social, la institución educativa, las amistades, las experiencias y aprendizajes que el individuo

va adquiriendo. De igual manera, surgen cambios tanto físicos como a nivel mental. Todo esto se clasifica en niveles, que abarcan: bajo, alto y normal.

Como la autoestima es una capacidad dinámica, los niveles pueden sufrir una disminución o aumento, debido a que cada experiencia y aprendizaje es percibido de manera diferente por cada individuo.

## **CAPÍTULO 2**

### **TRASTORNOS ALIMENTARIOS**

Una vez expuesto el capítulo sobre la autoestima, se presentará el sustento teórico de la segunda variable de investigación, en donde se abordan los principales trastornos alimentarios, su etiología y los factores con los que están asociados.

#### **2.1 Antecedentes históricos de la alimentación**

En la historia de la humanidad, se han encontrado en diversas culturas, conductas alimentarias desordenadas. Los simbolismos y los rituales fueron de gran importancia, un elemento principal de estos era la comida, dispuesta en los banquetes donde las personas comían de forma alterada y en grandes cantidades, lo que tenía un carácter social de demostración de poder; en muchas ocasiones, el vómito se utilizaba como un procedimiento para volver a comer. Asimismo, como la práctica del ayuno como una penitencia, dicha restricción alimentaria estaba asociada a la cultura religiosa y como una forma de simbolismo.

Sin embargo, los casos de conducta alimentaria que se presentaban en esas épocas, no siempre estaban vinculados con los simbolismos o rituales, sino que algunos tenían una significación clínica, lo que despertó la curiosidad y la investigación.

Las primeras teorías sugerían un origen panhipopituitario y más tarde, las hipótesis psicológicas, especialmente de tipo psicoanalítico. Asimismo se consideraba que en la raíz del trastorno coinciden factores psicológicos, biológicos y sociales, resaltando modelos de tratamiento, los cuales abordan los tres núcleos conflictivos de la anorexia: el peso, la figura y los pensamientos alterados.

En 1979, Russell, definió la bulimia nerviosa como “un cuadro caracterizado por episodios de ingesta voraz y conductas de purga posteriores que consideraba vinculados a la anorexia nerviosa” (Jarne y Talarn; 2000:142).

Por otro lado, se detectaron casos que sin antecedentes de anorexia nerviosa, también presentaban episodios de grandes ingestas que no podían controlar y, debido al miedo por ganar peso, recurrían a los vómitos o purgas regularmente, a lo cual, posteriormente se asignó el nombre de bulimia. Cabe mencionar que la obesidad, a diferencia de las anteriores, no se considera un trastorno psiquiátrico, ya que consiste en una acumulación de grasa corporal y ahora se sabe que conlleva riesgos en la salud. Aunque en épocas históricas, el exceso de peso se consideraba un signo de belleza, salud y posición social.

## **2.2 Definición y características clínicas de los trastornos alimentarios**

En este primer apartado se darán a conocer las definiciones de la variable de trastornos alimentarios, de acuerdo con diferentes autores, para un mejor entendimiento y comprensión.

La anorexia se caracteriza “por un deseo intenso de pesar cada vez menos, gran miedo al hecho de estar obesa y un peculiar trastorno del esquema corporal, consiste en una intensa restricción alimentaria, ejercicio físico y conductas de purga” (Jarne y Talam; 2000: 150).

Por otro lado, el DSMIV-TR, establece que la anorexia nerviosa “consiste en el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, en un miedo intenso a ganar peso y en una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo” (APA; 2002: 553).

Así mismo, Belloch y cols. describen a la anorexia nerviosa como “la falta de apetito, en donde es irrefrenable el deseo de seguir adelgazando, incluso aunque ya haya perdido gran porcentaje de peso” (1995: 533).

También existe el concepto de anorexia nerviosa atípica, que se utiliza para “aquellos casos que no cumplen todas las características de esta, pueden faltar signos como la pérdida significativa de peso o la amenorrea, además, no es debida a una etiología somática conocida” (Castillo y León; 2005: 224).

El hecho de no aceptarse tal como uno es, el de la excesiva invasión de los estereotipos de la moda y una notable credibilidad de los medios de comunicación,

con sus mensajes relacionados con la belleza, el peso y la figura, son elementos influyentes en la aparición dicha enfermedad.

Las tres características esenciales de la anorexia nerviosa son: la distorsión en la percepción de la imagen corporal, la percepción distorsionada de los estímulos propioceptivos y un sentimiento general de ineficacia personal. Existe la presencia de pensamientos distorsionados relacionados con la comida, el peso y la figura. Los individuos rechazan la posibilidad de ser o de llegar a ser obesos, lo que se convierte en el centro de todas sus preocupaciones y perturba gravemente el resto de facetas de la vida, los cuales establecen el éxito personal y la aceptación social en el hecho de estar delgados. Estas personas centran su interés en la figura y el peso, tienen peculiares pensamientos, en los que ser delgados indica perfección, autocontrol y virtud.

Asimismo, manifiestan alteraciones en la valoración de la propia figura, evalúan erróneamente las dimensiones de su cuerpo y no son capaces de aceptar ni objetivar su delgadez extrema.

Aparecen rituales alimentarios peculiares, como por ejemplo: cortar y arreglar minuciosamente la comida en los platos, esconder los alimentos y aunque tengan hambre, la mitigan bebiendo mucha agua; usan anfetaminas, toman laxantes o se inducen el vómito después de comer y realizan una exagerada actividad física.

Los individuos que tienen esta enfermedad pueden presentar síntomas del tipo de estado de ánimo deprimido, retraimiento social, irritabilidad, insomnio y pérdida de interés por el sexo.

Por bulimia nerviosa se entiende “un trastorno que se caracteriza por un modelo de alimentación anormal, con episodios de ingesta voraz seguidos por maniobras para eliminar las calorías ingeridas” (Jarne y Talarn; 2000: 164).

Así mismo, la bulimia nerviosa “consiste en atracones y en métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso”. Se define al atracón “como el consumo a lo largo de un periodo corto de tiempo de una cantidad de comida muy superior a la que la mayoría de los individuos comerían” (APA; 2002: 559).

No se considera atracón el ir consumiendo pequeñas cantidades de comida a lo largo del día, sino que es ingerir grandes cantidades de alimento en corto tiempo, lo cual no tiene que producirse en un determinado lugar, por ejemplo: la persona puede empezar en un restaurante y continuar en su casa. La comida que se ingiere puede ser de cualquier tipo, sin embargo, generalmente se trata de dulces y alimentos de alto contenido calórico.

Los atracones varían de frecuencia en función del estado de ánimo y de la disponibilidad, pueden llegar a durar hasta el individuo ya no pueda sostenerlo más e

incluso, hasta que llegue a sentir dolor abdominal y/o grandes sentimientos de culpabilidad y repulsa.

Los estados de ánimo disfóricos, las situaciones interpersonales estresantes, los sentimientos relacionados con el peso, la silueta y los alimentos, pueden desencadenar este tipo de conductas; los atracones, a su vez, pueden reducir la disforia.

Bulimia nerviosa proviene de las raíces griegas *bus* (buey) y *limos* (hambre), significa, por tanto, hambre desmesurada. Se trata de "episodios caracterizados por una necesidad imperiosa, irrefrenable, de ingerir grandes cantidades de comida, generalmente de elevado contenido calórico, como consecuencia, la persona se ve invadida por fuertes sentimientos de autorrepulsa y culpa y tiene la necesidad de mitigar los efectos de su orgía mediante recursos como el vómito" (Belloch y cols.; 1995: 538).

También se ha detectado la bulimia nerviosa atípica, se trata de "cuadros de bulimia nerviosa en los que fallan algunos de los síntomas o signos principales que caracterizan a dicho trastorno" (Castillo y León; 2005: 224)

Las tres características de la bulimia nerviosa son: la pérdida subjetiva del control sobre la ingesta y los episodios bulímicos asociados, las conductas destinadas al control del peso corporal y la preocupación extrema por la figura y el peso corporales.

Los individuos con esta enfermedad tienen una pérdida de control sobre su comportamiento alimentario. Se sienten impotentes ante ese impulso irrefrenable a comer.

Otra característica esencial, es la de las conductas compensatorias inapropiadas para evitar la ganancia del peso, la más frecuente es la del vómito y la de menor incidencia es la del uso de diuréticos.

Después de las grandes ingestas, la persona se siente malhumorada, con tristeza y sentimientos de autocompasión o menosprecio, los episodios le provocan ansiedad y temor, por ello eliminan lo que han comido a través del vómito, el abuso de laxantes, los diuréticos o el excesivo ejercicio.

Otro tema que se considera dentro de los trastornos alimenticios, pero no como una enfermedad como tal, es la obesidad. Se define como “una excesiva acumulación de tejido adiposo en el conjunto corporal” (Belloch y cols.; 1995: 544).

Esta condición causa problemas y riesgos en la salud como la hipertensión, la hiperlipemia, intolerancia a los carbohidratos, diabetes mellitus, trastornos cardiovasculares, trastornos pulmonares y renales, así como problemas en las articulaciones.

La hiperfagia, definida por el CIE-10 (citada por Castillo y León; 2005: 225) se refiere a la “ingesta excesiva como una reacción a acontecimientos estresantes y que da lugar a la obesidad. Duelos, accidentes, intervenciones quirúrgicas y acontecimientos emocionalmente estresantes pueden dar lugar a una obesidad reactiva, en especial en pacientes predispuestos a la ganancia de peso”.

Los vómitos en otras alteraciones psicológicas, por otra parte, son conocidos también como vómitos psicógenos e hiperemesis gravídica psicógena. Estos pueden aparecer en cuadros disociativos, así como en la hipocondría como uno de los muchos síntomas corporales y en el embarazo, en donde factores emocionales facilitan la aparición de vómitos y náuseas recurrentes.

El trastorno por atracón (Castillo y León; 2005: 229) “se caracteriza por la aparición de atracones recurrentes, perdiendo el paciente, el control sobre los mismos, sin conductas compensadoras típicas de la bulimia”. La persona come de forma rápida, sin hambre y con una desagradable sensación de plenitud; tras la realización de los atracones, experimenta un gran malestar con sensación de disgusto, culpabilidad e incluso depresión. La edad de inicio se sitúa al final de la adolescencia o principios de los 30 años, con frecuencia aparece después de una pérdida de peso significativa, lograda tras una dieta.

El trastorno de la conducta alimentaria en la infancia, según el CIE-10 (retomado por Castillo y León; 2005), se presenta por lo general en la infancia. La característica fundamental es que el niño rechaza los alimentos o presenta

conductas caprichosas para alejarse de una conducta alimentaria normal, lo cual hace frente a su cuidador.

No hay que confundirlo con los pequeños caprichos, tan frecuentes en la infancia y la niñez, pero si su grado aumenta alarmantemente o existe la tendencia a ganar o perder peso en un periodo corto, si se debe considerar un trastorno.

La pica, por otro lado, se trata de “un trastorno de la conducta alimentaria en la que el sujeto ingiere de forma persistente sustancias no nutritivas” (Castillo y León; 2005: 226). Se considera una conducta anormal cuando aparece por encima de los 18 meses.

En el caso de los niños, puede tratarse de un síntoma más de un trastorno psiquiátrico grave como el autismo, el retraso mental, por citar algunos. En el caso de los adultos, puede manifestarse en sujetos afectados de psicosis, retraso mental y demencias. Las complicaciones se presentan según lo ingerido, entre las más frecuentes son: la infección por parásitos, la obstrucción intestinal y la intoxicación por plomo.

La rumiación o mericismo (Castillo y León; 2005: 226), por último, consiste en “la regurgitación repetida de la comida ingerida”. Se acompaña de pérdida de peso o incapacidad para ganar el esperado para la edad del niño, debido a que la comida es expulsada o en ocasiones, ingerida de nuevo. Puede aparecer en niños con retraso mental o trastorno generalizado del desarrollo.

Por tanto, con base en los diferentes autores que definen los principales trastornos alimenticios, y la descripción de sus características, se dará continuidad al tema, explicando el origen de estos.

### **2.3 Esfera oroalimenticia**

Este apartado se refiere a la relación entre la boca y la acción de alimentarse. “Las zonas que rodean el orificio (bucal), especialmente los labios, mucosas intrabucales y lengua, tienen una representación cortical sumamente extensa” (Ajuriaguerra; 1973: 177).

En la serie de reflejos humanos, el automatismo de succión y deglución aparece muy tempranamente, al igual que los movimientos de succión labial provocados al tocar con los dedos, por consiguiente, se observa ya un reflejo oroalimenticio y una orientación hacia la fuente de excitación.

Como reacción oral, aparece una de las primeras formas de relación con el mundo externo: la madre, siendo una dependencia infantil, el niño percibe a la madre como alimento.

La conducta infantil ante el pecho materno pasa por diversas fases:

- Los primeros días, el niño responde a señales como la sensibilidad profunda y del equilibrio; al cogerlo en brazos para tetar, vuelve la cabeza hacia el pecho de la persona.
- Hasta el segundo mes de vida, el niño solamente conoce la señal de la comida cuando tiene hambre.
- A los tres meses, reacciona ante la presencia del adulto que se le acerca cuando llora porque tiene hambre, en ese momento responde a un estímulo externo y poco después, el niño comenzara a fijar la mirada en los ojos maternos mientras lo amamantan.
- A los tres meses, el niño reacciona al tomar el biberón con cambios motores o movimientos de succión.

La actividad oral es fuente de satisfacción y una necesidad de nutrición. Asimismo, es una fuente de contacto mediante la apropiación de un objeto externo consistente en coger y dejar, un juego de labios o mordiscos, de ingurgitación y regurgitación. Durante un tiempo, la boca será el único medio de apropiarse de los objetos.

El acto de tetar no responde exclusivamente a la satisfacción que le produce al comer, sino conlleva un auténtico placer. Es donde el niño descubre que la excitación de la boca y los labios le dan placer, aunque no vaya acompañada de comida, como la conducta de chuparse el pulgar.

K. Abraham (mencionado por Ajuriaguerra; 1973) divide el periodo oral en dos fases:

- 1) Una fase preambivalente en la que subjetivamente todavía no existe el objeto, en donde únicamente se busca el placer de la succión.
- 2) Una fase ambivalente, posterior a la salida de los dientes, cuyo objetivo será morder los objetos.

Es de gran interés tener en cuenta el tipo de alimentación infantil en su posterior organización de la psique, pues se acepta que la succión tiene un papel en las primeras emociones y es el ángulo de sus primeras representaciones de las figuras maternas.

Se considera que la base filogenética tiene más importancia que la experiencia personal, además, que la diferencia entre el niño que ha sido amamantado del pecho y el que ha sido criado con biberón no es muy grande. Sin embargo, la falta de experiencia de amamantamiento con el pecho es sentida como privación.

Se señala que los rechazos alimenticios del destete se manifestaran como cólera a la vista del alimento, como insatisfacción ante nuevos sabores y consistencias y como una indisposición a descubrir nada nuevo en cuanto a comida y

como falta de gusto en la zona oral; a veces el destete produce el fenómeno contrario: bulimia y temor a tener hambre. El destete puede constituir un grave trauma, tanto para la madre como para el niño.

Dar el alimento al niño no es un simple acto nutritivo, sino que se considera como una entrega por parte de la madre de sí misma, no solo por el pecho que da, sino por la actitud. Aquí el niño halla su comodidad, una posición acariciadora, un olor característico y no se le satisface únicamente su hambre, sino también todas sus necesidades.

Las primeras formas de relaciones entre madre e hijo, van íntimamente unidas a los actos de comida, puesto que el comer implica varias cuestiones como alimentarse, sentir un placer y un acto cuya finalidad es crecer; adicionalmente, en el recién nacido tiene un valor simbiótico entre él y la madre.

Por lo tanto, el comportamiento oroalimenticio constituye la base misma de la relación objetal al comienzo de la vida infantil.

La esfera oroalimenticia puede tener diversas alteraciones durante su proceso, los cuales se explican enseguida.

La anorexia esencial precoz suele aparecer en las primeras semanas de vida o durante el primer día. Se da en niños de poco peso, nerviosos, muy despiertos. Al

principio muestran una pasividad ante la comida y conforme pasa el tiempo, se muestran reacios a comer.

La anorexia de segundo semestre suele presentarse con más frecuencia, entre el quinto y octavo mes, al ir suprimiendo paulatinamente la leche cuando el apetito del niño es irregular y todavía se producen grandes cambios en el desarrollo infantil. De acuerdo con el comportamiento infantil ante la comida, se señalan dos tipos:

- 1) La anorexia inerte: es cuando el niño no tiene iniciativa, no coopera y en ocasiones ni ingiere alimento, se le escapa la leche por la comisura de los labios o incluso llega a vomitar la poca que haya podido tomar.
- 2) La anorexia de oposición: reacciona de manera característica ante la comida, con chillidos, agitación, intensa rotación tónica, rechazo, vómitos y demás métodos para rechazar la comida.

Es así como la pasividad o rebeldía ante la comida son las únicas formas en que el niño manifiesta su personalidad en oposición al adulto.

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

- 1) La simple: la cual semeja una reacción semejante al destete, es una conducta de rechazo hacia la comida, pero no se considera como pérdida de hambre o de apetito.

- 2) La compleja: se caracteriza por la intensidad de síntomas y por la resistencia a los métodos habituales. El niño manifiesta una conducta en la que la comida no le interesa.

Si bien, los casos de anorexia más graves, por lo general responden a un conflicto en la relación con la madre.

La anorexia de la segunda infancia suele darse en niños que se han alimentado con normalidad en su primer año y cuyos mecanismos de rechazo son causados por la ritualización de la comida en el ambiente familiar. Es una oposición a la rigidez paterna o un capricho por elegir la comida, con indicadores fóbicos.

Sin embargo, la anorexia infantil no es un síntoma ni hay que tratarla como tal, sin antes considerar todo lo referente a la manera de comer del menor, como las condiciones en que se efectúa el alimento, los horarios y número de comidas al día, la cantidad de comida y el ambiente, entre otros aspectos.

#### **2.4 Perfil de la persona con trastornos alimentarios**

Describir el perfil de un individuo en riesgo de desarrollar un trastorno alimentario, resulta complicado, porque por lo general los síntomas se observan a partir de que el trastorno ya está instalado en la persona. Este afecta bastante la personalidad, de modo que se vuelve difícil separar los rasgos característicos del individuo, de los que aparecen una vez que el trastorno ya se instaló.

Una posible predisposición a los trastornos de la alimentación, es el problema con la autonomía, es una dificultad que ciertas personas tienen para funcionar de manera separada de la familia, es decir, individuos que viven pendientes de lo que los demás esperan de ellos, el cumplir con las expectativas de los padres o darles satisfacción a los demás. Esta cierta obligación de ser o actuar adecuadamente, deja poco margen de seguridad para desarrollar un pensamiento personal.

Debido a que la seguridad depende únicamente del exterior, en cumplir con lo que se supone que las personas esperan de uno, en adecuarse a la imagen de otros puedan tener, es inevitable que se tenga una cierta sensación de ineficacia personal o una dificultad para resolver situaciones, porque el individuo duda de sí mismo y de sus capacidades personales.

Esto hace que la persona sea vulnerable a desarrollar un trastorno de la alimentación y que convierta su cuerpo en el símbolo y la fuente de su autonomía, control, eficacia personal e identidad, es entonces que la delgadez, el hacer dieta y bajar de peso se interpretan como indicadores de autocontrol.

Las personas desarrollan imágenes y conceptos de sí mismas y el grado en el que se aceptan es conocido como autoestima. Sin embargo, ese concepto de autoestima suele tener un déficit, ya que para estos individuos la autoestima suele estar más conectada con factores como la imagen externa, la apariencia y la aprobación de otro. Esa sensación de juzgarse a sí mismo desde la apariencia, hará

que el peso y la figura tomen una gran importancia como formas de lograr elevar la autoestima.

La búsqueda de perfección es muy común y se desplaza el peso corporal, esas personas piensan que para alcanzar la perfección, es preciso mantener un cuerpo delgado a cualquier costo; así, se convencen de que si logran transformar su silueta, podrán transformarse a sí mismas y de ese modo ganar seguridad y confianza, para poder enfrentar las circunstancias en la vida.

Los trastornos alimentarios suelen desarrollarse en el periodo que va desde la pubertad, pasando la adolescencia hasta la juventud. Es un periodo que implica numerosos cambios físicos, sexuales, emocionales y sociales. En cuanto a los primeros, se presenta el aumento natural de peso corporal, este suele ser el factor precipitante para un trastorno alimentario.

Una dificultad hacia la realidad de aceptar un cuerpo con cambios, que trasmite el paso de la infancia hacia la adolescencia, genera cierto temor a crecer y madurar, lo que contribuye a perpetuar el trastorno, porque expresa una severa incapacidad para aceptar un peso promedio como saludable y adecuado.

## **2.5 Causas del trastorno alimentario**

Existen diferentes factores que influyen para que alguien tenga un trastorno alimentario, pero ninguno de ellos en sí mismo es suficiente, se necesita de una

combinación de distintos elementos, lo que en cada caso adquiere características particulares.

Predisponer significa “preparar con anticipación una cosa o el ánimo para un fin” (Costin; 2003: 52). Cuando se hace referencia a factores predisponentes, es que existen elementos en el contexto sociocultural, en las características individuales y familiares que propician que una persona sea más vulnerable.

### **2.5.1 Factores predisponentes individuales.**

Los factores predisponentes individuales incluyen el aprendizaje, las creencias, las actitudes y la constitución psicofisiológica. Los individuos suelen ser guiados por el éxito, el rendimiento y los tradicionales conceptos de feminidad y aspecto físico, con una preocupación constante por temas vinculados a la comida, la apariencia y el control.

Los alimentos representan aspectos de la identidad del sujeto en términos de género, sexualidad, conflictos y autocontrol, así como las formas en que son fundamentales para la interacción social, como la comunicación del amor y del poder.

La comida tiene un complejo conjunto de significados, como lo señala Tod-Hunter (referido por Ogden; 2005: 65) “la comida es prestigio, estatus y riqueza. Es

un medio de comunicación y de relaciones interpersonales. Es un medio de placer y gratificación personal”.

En este orden de ideas, Helman (señalado por Ogden; 2005) destaca cinco tipos de sistemas de clasificación de la comida:

- 1) Comida frente a no comida: delimita las sustancias que son comestibles y las que no lo son.
- 2) Comidas sagradas frente a profanas: distingue entre los alimentos validados por las creencias religiosas y los que no lo son.
- 3) Clasificaciones de comidas paralelas: indica que los alimentos pueden clasificarse como calientes o fríos, lo cual no depende de su temperatura, sino del valor simbólico que se le adjudica, este hecho varía en cada cultura.
- 4) Comida como medicina, medicina como comida: describe la separación y el solapamiento entre comida y medicina; algunos alimentos se utilizan para evitar ciertos estados o como remedios.
- 5) Comidas sociales: describe la función colectiva de la comida, entendiéndose esta como una forma de afirmar y desarrollar relaciones, simbolizar estatus, ofrecer platillos raros o caros y crear la identidad del grupo mediante patrones tradicionales de comida, como el desayuno, comida y cena.

Hay que considerar que a la comida representa un medio a través del cual se comunica una serie de significados. En específico, la comida trasmite el sentido del

yo, actúa como medio de comunicación entre individuos y es fundamental para el establecimiento de una identidad cultural.

La comida como afirmación del yo, tiene como función facilitar información sobre la identidad personal y actúa como una comunicación de necesidades internas, conflictos internos y el sentido del yo. Por lo tanto, los significados individualizados de la comida están íntimamente relacionados con la identidad de género y a la idea de ser mujer. En particular, la comida representa la sexualidad, los conflictos entre la culpabilidad y el placer, al igual que una expresión de autocontrol.

Algunos alimentos se relacionan con el sexo y la sexualidad. Esta interrelación entre comida y sexo está presente en muchas culturas y en muchas épocas. Se considera que comer carne despierta los impulsos sexuales, dicha asociación es por la semejanza biológica entre las dos actividades, pues se trata de un impulso básico para la supervivencia y ambas perpetúan la vida, son placenteras e implican una vulnerabilidad a violar los límites corporales normales.

La comida implica también muchos conflictos intrapersonales, uno de ellos se produce entre la conducta de comer y la negación. La comida es una fuente de placer, pero con frecuencia no para las personas que tienen la responsabilidad principal de facilitarla. Las mujeres tienen el control de la comida, pero al mismo tiempo se niegan a sí mismas el placer del comer. Orbach (citado por Ogden; 2005: 70) afirma que “las mujeres han desempeñado este doble papel de proporcionar comida a los demás, teniendo que negársela a ellas mismas”. Por lo tanto, la comida

comunica y encarna un conflicto entre la conducta de comer y la negación, sobre todo para las mujeres.

Ciertos alimentos, como el chocolate y los pasteles, se asocian también con conflictos entre el placer y la culpabilidad, entonces surge la paradoja de haber comido y lamentar haberlo hecho, ya que tanto la comida como el sexo son actividades placenteras que generan sentimientos de culpabilidad.

La comida representa también el control de sí mismo o la pérdida de este. Gordon (retomado por Ogden; 2005: 72) señala que “la negativa a comer era un acto puro de voluntad y de autocontrol”; es así que la dieta se ha convertido en un ejemplo perfecto del autocontrol. Por lo tanto, ese afán por el autocontrol se plasma en el interés de la conducta de comer siguiendo una dieta, la persona anoréxica refleja a ese individuo autocontroladorintraactivo.

La comida ocupa un papel importante en la interacción social, puesto que es un instrumento de comunicación en la familia, el comedor es, usualmente, el único lugar en que se reúne. Además, los tipos de alimentos que se comen y la forma de cocinarlos pueden crear un sentido de identidad de grupo.

Con frecuencia, los alimentos dulces suelen utilizarse para calmar a los niños y mantener la armonía familiar, ya que los alimentos sanos y sabrosos son signos del amor familiar y de la determinación de agradar y satisfacer a los distintos miembros de la familia. Lawrence (Ogden; 2005: 73) asevera que “la comida es el medio por el

que las mujeres demostramos nuestro amor y preocupación por nuestros hijos, amantes, maridos y amigos, y ocuparnos de la preparación de la comida es un acto de amor”.

La comida puede expresar también las relaciones de poder dentro de la familia, por lo cual el reparto del alimento refleja las relaciones de poder y las divisiones sexuales dentro de esta actividad. La comida cocinada simboliza el hogar, la relación del marido con él, el lugar que ocupa la esposa y las relaciones mutuas, asimismo, la negativa de la mujer a comer, sirve para mantener un cuerpo más delgado y así cumplir su papel como proveedora para los demás.

Es también un símbolo de estatus social, dado que las personas poderosas comen bien y son bien alimentadas por otros, aunque de forma paralela, el rechazo de la comida sirve también para recuperar el control del mundo social.

En resumen, la comida conlleva un gran significado y constituye una forma fundamental de comunicación e interacción social, además de que es símbolo de poder y autocontrol.

### **2.5.2 Factores predisponentes familiares.**

En lo que respecta a los factores predisponentes familiares, de igual manera que los individuales, resulta complejo diferenciar con exactitud las características que desarrollan un trastorno alimentario y las que se generan cuando la enfermedad se presenta.

Cuando un miembro de la familia desarrolla algún trastorno alimentario, necesariamente todos los demás están involucrados en la enfermedad, por la manera en que estos influyen en las situaciones conflictivas de las que participan o bien, por el modo en que responden a la sintomatología del enfermo.

Se han identificado ciertas características familiares comunes en personas con un trastorno alimentario, que se mencionan a continuación. Conviene hacer hincapié que las familias con dichos rasgos no necesariamente van a producir un trastorno alimentario: en las familias existe una escasa comunicación entre sus miembros, una incapacidad para la resolución de los conflictos que se presentan, sobreprotección por parte de los padres; rigidez y falta de flexibilidad para encarar las situaciones nuevas o regular las reglas familiares, adecuándolas a los cambios de etapa; ausencia de límites generacionales, expectativas demasiado altas de los padres respecto de sus hijos, historias familiares que incluyen depresión y alcoholismo y existencia en el seno de la familia de abuso sexual o físico (Rausch, 1996).

En las mujeres, los trastornos alimentarios están más asociados a la presión social que en los hombres, dado que en ellas la presión familiar tiene un papel más importante. Por otra parte, suele haber mayor presencia de trastorno afectivo y alcoholismo en los antecedentes familiares de los enfermos bulímicos.

Las familias de las personas con anorexia nerviosa suelen inhibir la agresión y la hostilidad. La falta de estrategias para resolver conflictos se asocia a su baja tolerancia y a la dificultad para reconocer y resolver problemas.

La reacción de los padres radica en que se sienten engañados, defraudados e impotentes para revertir la situación, lo que con frecuencia se interpreta como hostilidad.

En cuanto a la relación con los hermanos, suele existir una fuerte rivalidad o bien, una abuela influyente que ha cumplido un papel central y un rol importante en la crianza de los nietos.

Todas las familias se rigen por reglas, las cuales organizan los valores, las conductas y las formas como se expresan los miembros, al mismo tiempo que proveen una sensación de pertenencia y un modo para organizar la vida cotidiana. Es frecuente que las familias en las cuales existen personas con un trastorno alimentario, esas reglas no logren ser lo suficientemente flexibles y adecuarse a los nuevos requerimientos de los miembros que la componen. La persona enferma es quien, al no poder enfrentar adecuadamente un problema, responde a expensas de su salud y bienestar, siendo esta su manera de generar cambios.

Las fronteras son “reglas que determinan en cada momento quien participa en cada interacción y de qué modo” (Rausch; 1996: 54). Específicamente, marcan espacios que permiten anticipar el lugar de cada uno en una determinada situación.

Las reglas establecidas por los padres, permiten a los integrantes de la familia sentir que el mundo es predecible, sin embargo, algunos progenitores tienen dificultad para asumir esta posición de autoridad, temen que si ponen límites a sus hijos, estos los querrán menos. Cuando los niños no tienen la oportunidad de frustrarse con afecto, crecen con una versión irreal del mundo, la cual les dificulta desenvolverse con autonomía.

Asimismo, cuando el modo de establecer algunas normas, se generaliza en una familia, se alteran las jerarquías y los hijos quedan a cargo de las funciones que deben asumir los miembros adultos; de igual modo, aquellos hogares en donde las reglas son impredecibles, generan desorientación y una sensación de que todo vale.

Hay familias que evidencian importantes fallas en el control, generalmente esto suele vincularse al desacuerdo entre los padres respecto al control en las pautas de crianza. En estas familias, suele existir alianzas entre el enfermo y uno de los progenitores.

### **2.5.3 Factores predisponentes socioculturales.**

En cuanto a los factores predisponentes socioculturales, la sociedad premia la delgadez y tiene prejuicios contra la gordura, es por esto que la mujer considera la belleza y la delgadez como sinónimos y piensa que el éxito es inversamente proporcional al peso.

La sociedad comunica que el papel más importante de la mujer es ser atractiva físicamente; los medios mantienen y refuerzan esta idea, sugiriendo que la totalidad de la mujer se expresa a través de la imagen corporal.

La sociedad ejerce una presión en la mujer, esperando que desempeñe un papel de mujer exitosa, con una carrera brillante, siendo madre y esposa perfecta, con un gran control sobre sí misma, con logros visibles y orientación perfeccionista. Aquellas que no logran alcanzar este estereotipo de mujer, se sienten fracasadas y culpables, esto hace que disminuya su sensación de seguridad y la confianza en sus recursos.

Es así como manipular el peso se convierte en la actividad central de muchas mujeres, la dieta comienza con el fin de generar un aspecto físico atractivo y en ese intento de manipular el peso corporal y fracasar, surgen la culpa, la ansiedad y el miedo.

Aunado a lo anterior, existen prejuicios que inducen a la confusión en relación con el control de peso, como la idea de que los obesos lo son porque comen más, o se cree que tienen más problemas psicológicos que los delgados y que la obesidad está asociada con un incremento a la mortalidad.

Por lo tanto, no es adecuado adjudicar toda la responsabilidad a los factores socioculturales o a los personales, ni tampoco a la situación familiar, más bien es una combinación de orígenes diversos: social, individual y familiar, de cuya interacción

resulta el desarrollo de un trastorno alimentario, que tendrá características específicas en cada caso.

## **2.6 Imagen corporal**

La imagen corporal se ha definido como “el cuadro de nuestro propio cuerpo que formamos en nuestra mente” (Ogden; 2005: 97), pero también se ha utilizado para describir las percepciones de los límites del cuerpo, un sentido de atractivo y la percepción de las sensaciones corporales.

El ingerir o no alimentos causa cambios en el tamaño y la forma corporal, la preocupación en estos cambios constituye la preocupación por el peso, una forma de esto es la insatisfacción corporal.

La insatisfacción corporal se considera como una estimación deformada del tamaño corporal y una percepción de que el cuerpo es más voluminoso de lo que es en realidad.

Otro enfoque de la insatisfacción personal es la discrepancia entre las percepciones de la realidad y las de un ideal y que los sentimientos y cogniciones se manifiestan de forma negativa acerca del cuerpo.

Si bien, la insatisfacción hacia la imagen corporal está influida por factores tanto sociales como psicológicos.

La influencia de los factores sociales en el desencadenamiento de la insatisfacción corporal tiene un papel importante que desempeñan, en especial, los medios de comunicación, la cultura y la familia. Dicha insatisfacción es más que nada una respuesta a las representaciones de mujeres delgadas en los medios de comunicación, por lo tanto se inculca que la delgadez es la norma deseada y también la norma efectiva.

La familia también tiene influencia en esta, pues se considera el papel de la madre y señalando que las madres descontentas con su propio cuerpo comunican esa sensación a sus hijas, lo que las lleva a su propia insatisfacción.

Por último, la imagen corporal que cada persona forma en su mente, se ve influenciada por factores, lo cuales, en muchas ocasiones, distorsionan dicha percepción del cuerpo y haciendo que el individuo experimente una insatisfacción corporal, además que el impacto de las influencias sociales, los medios de comunicación y las creencias contribuyen a que dicha insatisfacción se mantenga.

## **2.7 Factores que mantienen los trastornos alimentarios**

Si bien, como se revisó en los apartados anteriores, los factores predisponentes contribuyen para el desarrollo de un trastorno alimentario, se dará continuidad con los factores perpetuantes, tanto de orden fisiológico como psicológico, que se derivan de dichos trastornos.

Perpetuar hace referencia a “hacer perpetua una cosa; perdurar; dar a las cosas duración extensa, incesante, eterna, sin fin” (Costin; 2003: 89). Es decir, lo que influye para que la enfermedad se mantenga.

Así, poseer una información completa acerca de los problemas físicos y emocionales que se asocian con la deficiente alimentación, constituye un paso fundamental para la modificación de estas conductas, puesto que el conocimiento de los efectos que provoca la deficiente alimentación ayuda, en cierto modo, a normalizar los comportamientos que se están realizando.

La dieta es un factor perpetuante, ya que cuando la alimentación es insuficiente, causa malestar anímico, emocional y falta de fuerza en la persona, de modo que es inevitable que las consecuencias afecten tanto al organismo como el ánimo.

Así mismo, la dieta conlleva complicaciones de orden psicológico, las personas enfermas con un trastorno alimentario pueden llegar a una situación de depresión anímica profunda, en donde reflejan una visión pesimista sobre sí mismos, sobre el futuro y sobre las posibilidades de pensar o hacer algo diferente al respecto, también reflejan signos de intolerancia e irritabilidad, comportamientos autodestructivos, cambios abruptos de humor, estados altos de ansiedad y apatía.

La deficiente alimentación tiene también impacto en el área social, como el aislamiento, incomodidad en la interacción con otros, disminución en el interés amoroso y sexual.

En el área cognitiva, de igual manera afecta, se presentan dificultades en la concentración, la comprensión y el estado de alerta.

En cuanto a las consecuencias físicas, incluyen las cefaleas, hipersensibilidad a la luz y ruidos, molestias gastrointestinales como acidez, constipación y diarrea, problemas de visión y audición, adormecimiento de miembros, calambres, pérdida de cabello, enlentecimiento metabólico, disminución de la tolerancia al frío, cambios cardiológicos como bradicardia y taquicardia, amenorrea, debilidad muscular y deshidratación.

Es importante destacar que cuando la ingesta de alimento es menor a la necesaria para el funcionamiento general del organismo, el cuerpo va a quemar menos calorías, deteniendo la disminución de peso, como una forma de adaptación del organismo.

## **2.8 Trastornos mentales asociados a los trastornos alimentarios**

Las perturbaciones alimentarias suelen estar asociadas con otros problemas psiquiátricos, ya que pueden cumplir ciertos criterios. En efecto, esta comorbilidad con otras enfermedades es elevada.

Uno de los problemas que se presenta en las personas con trastornos alimentarios, es que algunas de sus perturbaciones podrían deberse, en realidad, a la desnutrición, y aunque incluso las consecuencias fisiológicas puedan causar los problemas de personalidad, lo que en realidad hacen es estimular características que ya estaban presentes. Así, algunos rasgos de personalidad de los individuos con un trastorno alimentario pueden ser previos a la aparición del problema y llegan a mantenerse una vez que la enfermedad ya está desarrollada en el sujeto.

La presencia de alteraciones en la alimentación en las psicosis esquizofrénicas es muy frecuente, usualmente se relaciona con la situación clínica que presenta el enfermo y con los tratamientos farmacológicos que recibe. Es así que se presenta un rechazo absoluto de alimentación, una negativa a ingerir alimentos en razón de la presencia de ideación delirante de envenenamiento o perjuicio. Por otro lado, se pueden condicionar la presencia de alteraciones alimentarias aberrantes, como la coprofagia o la ingesta de productos no alimentarios. Cabe mencionar que la mayoría de los fármacos usados en el tratamiento de la esquizofrenia, aumentan el hambre y conllevan incrementos muy notables en el peso.

Además de ello, los trastornos de la alimentación resultan un fenómeno habitual en los trastornos afectivos, concretamente, en las depresiones se presenta una disminución de la ingesta de alimentos, con o sin baja de peso, y en ocasiones se manifiesta una ingesta excesiva. En las depresiones menores y reactivas, el

trastorno alimentario es temporal, relacionándose con el nivel de tristeza más alto del enfermo.

De igual manera, en la fase aguda de la manía, los individuos pueden pasar mucho tiempo sin tener la necesidad de alimentarse o, por el contrario, exigen una gran cantidad de comida. En las fases hipomaniacas se puede presentar una alimentación excesiva, tanto en cantidad como en preferencias de comida.

Por otra parte, las anomalías fóbicas no se relacionan, en general, con ningún trastorno alimentario, a excepción de que la fobia este referida con los alimentos o con el acto de ingerir. La persona, a partir de una experiencia traumática, desarrolla un cuadro fóbico en el que aparecen conductas de evitación y ansiedad anticipatoria. De esta manera se presentan las fobias a tragar, por miedo a asfixiarse y morir; sus formas van desde la incapacidad de ingerir líquidos a sólidos compactos o ambos a la vez. Las situaciones de fobia a un alimento en concreto, suelen ser más comunes.

A la vez, no hay un trastorno alimentario específico asociado al síndrome ansioso, pero se pueden presentar alteraciones, como la pérdida de apetito con una moderada intensidad y en ocasiones, la disminución es sostenida y puede llegar a tener consecuencias.

Además de ello, el trastorno obsesivo compulsivo, no implica alguna alteración en la alimentación, a menos que la patología esté enfocada a esta actividad. En esas ocasiones, se presenta una forma de alimentación particularmente lenta, en la que se

escogen los alimentos con una meticulosidad, añadiendo duda y compulsividad. Por otro lado, las ideas de contaminación y suciedad pueden modificar los hábitos alimentarios.

Por último, los trastornos alimentarios se presentan en mayor o menor grado en prácticamente todas las enfermedades psicopatológicas, sin embargo, su forma de aparición suele ser episódica, fugaz y está ligada a la misma enfermedad de base.

## **2.9 Tratamiento de los trastornos alimentarios**

Un programa de tratamiento de la anorexia nerviosa tiene como objetivo prioritario el de la recuperación ponderal, ya que muchos de los pensamientos alterados con respecto a la comida, peso y figura, se sustentan por la malnutrición, en consecuencia, se regularizan cuando el peso se normaliza y por lo tanto, las dietas y los hábitos alimenticios de igual manera se restablecen. De igual manera, se deben resolver los problemas psicológicos, familiares y sociales que se presentan junto con la anorexia nerviosa.

La recuperación ponderal consiste en la rehabilitación nutricional y en regular la dieta, para corregir secuelas físicas y psicológicas que son perpetuadas por la malnutrición.

En cuanto al tratamiento dietético, no se tiene definida como tal una dieta con la cual comenzar, pues esto dependerá de las características y necesidades de cada caso.

El tratamiento hospitalario, se requiere solamente en enfermos con poca motivación, inestabilidad psicológica, trastorno psiquiátrico asociado y un ambiente familiar poco cooperador; es obligatorio en los casos donde la pérdida del peso es del 25 al 30% del correspondiente, según la edad y la altura.

El empleo de fármacos para el tratamiento de la anorexia nerviosa tiene pocos beneficios, por lo cual su uso es limitado. El objetivo de usar medicamento psicotrópico es el de producir peso, corregir la acción de neurotransmisores hipotéticamente involucrados en el desorden alimenticio y modificar la ansiedad o depresión de los enfermos.

El tratamiento psicológico en estos trastornos es poco efectivo, y más si se encuentra en la fase grave. Es por esto que se toman en cuenta las psicoterapias de refuerzo, las técnicas de relajación y las sesiones psicoeducativas.

La terapia familiar ha resaltado una importancia en cuanto al tratamiento de la anorexia nerviosa, ya que se considera un modelo eficaz y a corto plazo. Si bien, el que está enfermo es un individuo, esto no quiere decir que ningún miembro del contexto familiar permanezca sin ser afectado, ya que la conducta actual de estos

puede contribuir a mitigar los síntomas y promover salidas más saludables para el paciente y los demás miembros.

El punto de partida de esta terapia, es el concepto de familia como sistema biopsicosocial, siendo esta una organización que debe mantener la estabilidad que define su identidad y simultáneamente, promover cambios y crecimiento; con metas a cumplir asociadas a las formas particulares en que cada uno de sus miembros elige crecer, así, el funcionamiento de una familia puede evaluarse en relación con estos objetivos.

Minuchin (referido por Rausch; 1997) desarrolló un modelo estructural de organización familiar. Algunos de los conceptos que considero son los de subsistemas, jerarquías y fronteras.

El sistema familiar estaría compuesto por subsistemas agrupados según su función y rol, la familia misma puede variar la pertenencia a estos subsistemas, los más comunes son el conyugal, parental y fraterno. Las fronteras se refieren a las reglas o patrones más estables que determinan quién participa en cada subsistema, en cada circunstancia y la forma en que participa. Las jerarquías dentro de la familia proveen el liderazgo y la guía.

Los aspectos en los que el terapeuta debe concentrar su atención es en comprobar de qué manera está la familia promoviendo la autonomía de sus miembros y también en determinar con cuál frontera está más resentido el enfermo.

Para esto, surgen tres modos de agrupar a las anorexias para el tratamiento psicoterapéutico:

- 1) Anorexias nerviosas por imitación: se refiere a las personas que están preocupadas por cuánto pesan, comparadas con sus pares. Son enfermas mucho más dóciles y se recuperan con mayor facilidad. Para estas, la terapia consiste en poner a los padres a cargo de instrumentar el tratamiento médico y luego promover formas alternativas de diferenciación.
- 2) Anorexia nerviosa en el contexto de una estructura familiar defectuosa: se refiere a aquellas familias en las cuales la conformación de los subsistemas está alterada, las fronteras son demasiado rígidas o difusas, hay coalición intergeneracional y triangulación del enfermo identificado. En estos casos, la terapia consiste de poner a los padres a cargo de instrumentar el tratamiento médico y revertir la situación sintomática, con esto ya se estará trabajando con la línea de la destriangulación, que posteriormente será ampliada con otros aspectos en que se ponga de manifiesto. Después se trabajará en la diferenciación adecuada del subsistema fraterno y por último, en promover la autonomía funcional de los subsistemas familiares. En esta etapa se trabaja de forma individual.
- 3) Anorexias nerviosas con restricciones personales autonomizadas: son aquellas en las cuales persiste un déficit, un defecto en el repertorio acumulado a lo largo de la vida. Aquí se trabaja como en los modos

anteriormente mencionados, para proseguir de forma individual con la persona designada, la única diferencia es, que es estos casos el tratamiento individual es más prolongado.

Por otra parte, en los casos de bulimia y anorexia, los objetivos terapéuticos en el tratamiento son:

1) Restablecer unas pautas nutricionales normales.

2) Recuperación física:

- a) Estabilización del peso.
- b) Rehidratación y normalización electrolítica.
- c) Corrección de anomalías físicas como: reflujo gastroesofágico, erosión de la mucosa digestiva, dilatación gástrica, erosión del esmalte dental e inflamación parótida.

3) Normalización del estado mental:

- a) Mejorar el estado de ánimo.
- b) Tratar posibles trastornos de la personalidad.
- c) Evitar abusos de sustancias.
- d) Corregir el estilo cognitivo erróneo.

4) Restablecer unas relaciones familiares adecuadas:

- a) Aumentar la participación.

- b) Aumentar la comunicación.
- c) Restablecer las pautas y los roles.
- d) Escapar de los sentimientos de fracaso.

5) Corregir las pautas de interacción social alteradas:

- a) Aceptar el trastorno.
- b) Afrontar los fracasos.
- c) Aceptar la responsabilidad.
- d) Vencer la impotencia.
- e) No buscar marcos sociales denigrantes.

En conclusión, son muchos los factores que influyen para que un trastorno alimentario se desarrolle, si bien la familia desempeña un papel importante en estos casos, al ser el primer grupo en el que la persona interactúa y establece relaciones personales. Asimismo, la sociedad ejerce una presión por la estética y delgadez, contribuyendo a que las percepciones de la imagen corporal sufran alteraciones, así como provocando que los individuos tengan pensamientos erróneos, esto los orilla a adoptar una deficiente alimentación que conlleva consecuencias graves tanto físicas, como psicológicas, aunque de cierta manera, al llevar un tratamiento adecuado, de modo que los familiares participen y contribuyan, la persona puede normalizar su vida y nutrición.

## **CAPÍTULO 3**

### **METODOLOGÍA, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

El presente capítulo se divide en dos partes para su mejor entendimiento, primero se describirá la metodología y posteriormente, se el análisis e interpretación de resultados que permitieron la adecuada culminación del estudio.

#### **3.1 Descripción metodológica**

En el campo de la investigación existen dos principales enfoques: el cuantitativo y cualitativo. Ambos emplean procesos metódicos y empíricos para generar conocimiento, por lo que utilizan cinco características relacionadas entre sí.

En primera instancia, observan y evalúan el fenómeno, se establecen suposiciones o ideas, demuestran el grado en que dichas suposiciones tienen fundamento, con base en las pruebas o del análisis revisan las suposiciones y proponen nuevas observaciones y evaluaciones para fundamentar, modificar o incluso generar suposiciones (Hernández y cols.; 2010).

Cabe señalar, que aunque comparten estrategias y características generales, cada enfoque posee las propias. De manera específica, para la presente investigación se tomara como base el enfoque cuantitativo.

### 3.1.1 Enfoque cuantitativo

De acuerdo con Hernández y cols. (2010) el enfoque cuantitativo es secuencial y probatorio, utiliza la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías.

El enfoque cuantitativo tiene las siguientes fases:

1. Se plantea un problema de estudio delimitado y concreto.
2. Se construye un marco teórico, del cual se derivan una o varias hipótesis y se someten a prueba mediante el empleo de los diseños de investigación apropiados.
3. Las hipótesis se generan antes de recolectar y analizar los datos.
4. La recolección de datos se fundamenta en la medición de las variables.
5. La investigación cuantitativa debe ser objetiva.
6. Sigue un patrón predecible y estructurado.
7. En una investigación cuantitativa se pretende generalizar los resultados encontrados de las muestra de población.
8. Los datos generados poseen los estándares de validez y confiabilidad, y las conclusiones derivadas contribuirán al conocimiento.
9. Utiliza la lógica o razonamiento deductivo, comenzando con la teoría de la cual se derivan las hipótesis, las cuales son sometidas a prueba.

10. La investigación cuantitativa pretende identificar las leyes universales y causales.

### **3.1.2 Investigación no experimental**

Según Hernández y cols. (2010: 149) esta modalidad se define como “la investigación que se realiza sin manipular deliberadamente variables, es decir, se trata de estudios donde no hacemos variar en forma intencional las variables independientes para ver su efecto sobre otras variables”. Lo que se hace en la investigación no experimental es observar fenómenos tal como se dan en su contexto natural, para posteriormente analizarlos.

La investigación no experimental es sistemática y empírica, en ella, las variables independientes no se manipulan porque ya han sucedido. El presente estudio es no experimental, ya que las variables de la autoestima y los indicadores de trastornos alimentarios se midieron y evaluaron en cada sujeto sin manipularlos o modificarlos con anterioridad.

Por otro lado, se ha catalogado la investigación no experimental por su dimensión temporal o el número de momentos o puntos en el tiempo, en los cuales se recolectan datos.

Los diseños no experimentales se pueden clasificar en transversales o transeccionales y longitudinales.

### **3.1.3 Diseño transversal**

De acuerdo con Hernández y cols. (2010) los diseños de investigación transversal o transeccional, recolectan datos en un solo momento. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado.

Este diseño puede abarcar varios grupos o subgrupos de personas, objetos o indicadores, así como diferentes comunidades, situaciones o eventos, pero siempre la recolección de datos ocurre en un momento único.

Para esta investigación se tomó el diseño transversal, debido a que la recolección de datos en cuanto a la medición de las variables, se realizó en una sola sesión.

### **3.1.4 Alcance correlacional**

Los estudios correlacionales pretenden responder a preguntas de investigación en donde se asocia variables mediante un patrón predecible para un grupo o una población.

Este tipo de estudios tiene como finalidad conocer la relación o grado de asociación que exista entre dos o más conceptos, categorías o variables en un contexto en particular (Hernández y cols.; 2010).

Al evaluar el grado de asociación entre dos o más variables, se mide cada una de ellas y después, se cuantifica y analiza la vinculación. Dichas correlaciones se sustentan en hipótesis sometidas a prueba.

La utilidad principal de los estudios correlacionales, es saber cómo se puede comportar un concepto o una variable al conocer el de las otras variables vinculadas, intenta predecir el valor aproximado que tendrá un grupo de individuos o casos en una variable, a partir del valor que poseen en la o las variables relacionadas.

La correlación puede ser positiva o negativa. Si es positiva significa que los valores altos en una variable tenderán también a mostrar valores elevados en la otra variable; si es negativa, significa que los valores elevados en una variable tenderán a mostrar valores bajos en la otra variable. Es decir, en la correlación positiva los valores van en la misma dirección, mientras que en la negativa, van en dirección contraria.

En este sentido, “si dos variables están correlacionadas y se conoce su magnitud de la asociación, se tienen bases para predecir, con mayor exactitud, el valor aproximado que tendrá un grupo de personas en un variable, al saber qué valor tienen en la otra” (Hernández y cols.; 2010: 82).

Los estudios correlacionales se distinguen, principalmente, en que evalúan, con la mayor exactitud que sea posible, el grado de vinculación entre dos o más

variables, pudiéndose incluir varios pares de evaluaciones de esta naturaleza en una sola investigación.

La investigación correlacional tiene un valor explicativo, aunque parcial, ya que el hecho de saber que dos conceptos o variables se relacionan aporta cierta información explicativa. Se dice que es parcial porque hay otros factores vinculados con la adquisición de conceptos.

### **3.1.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

Para llevar a cabo la recolección de datos se contó con pruebas estandarizadas, las cuales son herramientas de trabajo que implican un proceso en el que se verifican su validez y confiabilidad, esto asegura que los resultados arrojados en cada prueba sean tan apegados a la realidad como sea posible.

Para la variable autoestima, fue utilizado el Inventario de Autoestima de Coopersmith, cuyo autor fue Stanley Coopersmith. Se retomó la adaptación elaborada por Dr. Prewitt-Diaz en 1984. El instrumento está conformado por 58 reactivos, diseñados para valorar el nivel de autoestima en adolescente y jóvenes. Su aplicación puede ser individual o grupal, según el propósito del investigador (Brinkmann y Segure; 1988).

La prueba se divide en cinco subescalas:

1. Autoestima general: se conforma de 26 reactivos, se relaciona con el concepto que presenta el adolescente de sí mismo.
2. Autoestima social: está formada por 8 reactivos que abarcan la preocupación de las ideas que los demás expresan para el sujeto.
3. Autoestima escolar-académica: cuenta con 8 reactivos, se enfocan en el pensamiento que el individuo tiene de sí mismo en el área educativa.
4. Autoestima familiar (referida al hogar): cuenta con 8 reactivos, engloba la percepción que tiene el individuo en las relaciones y funciones del hogar.
5. La subescala de mentira: la conforman 8 reactivos y fue creada para descubrir conformidad o la falsificación deliberada de resultados.

Por otra parte, para la obtención de los indicadores de trastornos alimenticios, se utilizó el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2), de David M. Garner (1998). Este instrumento consta de 91 reactivos en forma de afirmación. Cuenta con 11 subescalas: obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva, miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad e inseguridad social

Dicha prueba puede ser aplicada a sujetos de 11 años de edad en adelante. Su confiabilidad fue establecida mediante el coeficiente de consistencia interna, también conocido como Alfa de Cronbach, y se obtuvo un puntaje de 0.80.

## **3.2 Población y muestra**

En este apartado se definirán los conceptos de población y muestra, asimismo, se describirán detalladamente las características de la población con la cual se realizó este estudio, así como la selección de la muestra.

### **3.2.1 Delimitación y descripción de la población**

Una población es el conjunto de todos los casos que coinciden con una serie de características de especificaciones. (Hernández y cols.; 2010).

De acuerdo con estos autores las poblaciones deben situarse claramente en torno a sus características de lugar y tiempo.

La población con la cual se llevó a cabo la investigación, es la que asistió al Estudio de Danza Xscape, en el turno vespertino, durante abril de 2014, sus edades oscilan de 15 a 23 años.

Los sujetos que conforman la población de investigación son en su mayoría mujeres, tienen gusto por la danza, asisten al estudio de danza Xscape, toman por lo menos una clase diaria, la mayoría cuenta con un nivel socioeconómico medio y una orientación por la religión católica.

### 3.2.2 Descripción del proceso de muestreo

La muestra, es un subgrupo de elementos con ciertas características que pertenecen al conjunto de la población. (Hernández y cols.; 2010).

Existen dos tipos de muestras:

- Probabilísticas: en ellas, todos los elementos de la población tienen la misma probabilidad de ser escogidos y se obtienen definiendo las características de la población y el tamaño de la muestra, por medio de una selección aleatoria o mecánica.
- No probabilísticas o intencionales: en estas, la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o de quien hace la investigación, del proceso de toma de decisiones de un investigador o de un grupo de investigadores, de esta manera, las muestras seleccionadas obedecen a otros criterios de investigación.

En suma, elegir qué tipo de muestra se seleccionará, depende de los objetivos, del esquema y de la contribución de la investigación.

Para la elección de la muestra, se escogió a los individuos que asistieron a clase el día que la investigadora acudió a aplicar el instrumento, así mismo debían contar con la edad en el rango de 15 a 23 años.

### **3.3 Descripción del proceso de investigación**

La autoestima abarca por muchos aspectos del individuo, esta característica se va formando y desarrollando desde edades tempranas, es influida por el contexto social, institucional y familiar; en ocasiones el nivel de autoestima se ve reflejado en problemáticas, por ello se han realizado estudios, sin embargo, no han sido suficientes para comprender y conocer en su totalidad el tema, es por esto que surgió la idea investigar la relación del nivel de autoestima con los indicadores de los trastornos alimentarios, en una población poco estudiada: jóvenes bailarines.

Para la realización del proyecto, se plantearon ciertos aspectos para llevar un orden y conocer del tema, tales fueron como los antecedentes, para saber las investigaciones que se han realizado con anterioridad, el planteamiento del problema, las hipótesis, las cuales se corroboraron con los resultados obtenidos, los objetivos y tres capítulos: dos teóricos y uno metodológico.

En cuanto al marco teórico, conformado por los capítulos, se estructuró de la siguiente manera. El primero abarcó el tema de la autoestima, comprendiendo la definición, el desarrollo, los niveles y las características de este fenómeno. El segundo incluyó el tema de los trastornos alimentarios, desglosando la definición, las causas, consecuencias, características y tratamiento. El tercer y último capítulo explica la metodología de la investigación.

Para la metodología, se tomó en cuenta el enfoque cuantitativo, debido a que usa la recolección de datos para la comprobación de hipótesis, incluye los apartados de descripción metodológica, población y muestra, descripción del proceso de investigación, análisis e interpretación de resultados y conclusiones.

Para llevar a cabo la investigación de campo, en primera instancia se expuso la inquietud del estudio en la escuela de danza ya referida, al director de la institución. Una vez que él aceptó, se acordó la fecha y hora para la aplicación del instrumento de medición, la cual se realizó en un solo día, en una sesión con cada grupo de alumnos, se les proporcionó un cuadernillo de preguntas y una hoja de respuestas a cada uno. Los sujetos asumieron una actitud amable, atenta y accesible para contestar las pruebas.

Para la calificación de los instrumentos, se utilizó una plantilla donde se encontraban el puntaje de cada reactivo y los puntajes, tanto de percentiles como puntajes T, se obtuvieron a través de una tabla.

Los datos que se obtuvieron, se concentraron en un formato, donde se colocó el puntaje de los dos instrumentos de medición de cada sujeto, para posteriormente calcular las medidas de tendencia central y de dispersión, así como la correlación.

Para el análisis de datos, se hizo una comparación de las medias con el rango de normalidad establecido, así mismo con las demás medidas y el puntaje de correlación entre las dos variables para luego proceder a la interpretación de los

resultados. Finalmente, se redactó el informe del análisis e interpretación de resultados, así como las conclusiones.

### **3.4 Análisis e interpretación de resultados**

En este apartado se presentarán los principales resultados encontrados en la investigación, los cuales se analizaron estadísticamente, para con ello dar pauta a su interpretación. Lo anterior se fundamenta en el sustento teórico presentado en los capítulos anteriores.

La presentación de los resultados se estructuró en tres categorías: la primera de ellas está referida a la variable autoestima, la segunda a la variable de los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios y la tercera, está enfocada a la correlación entre las dos variables mencionadas.

#### **3.4.1 Nivel de autoestima que se presenta en el grupo de bailarines del estudio de danza Xscape**

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

Dicha particularidad surge desde los primeros intercambios de afecto entre el bebé y la madre, en este sentido, los padres conforman el principal cimiento de la autoestima. En su desarrollo y formación existen diferentes factores influyentes,

como la sociedad, la institución educativa y por supuesto la familia, que es responsable y principal configuradora del niño.

La autoestima se experimenta como necesidad básica, indispensable para el hombre, en cuanto a que este requiere sentirse amado y respetado. Es un deseo de mantener un punto de vista de sí mismo, ya sea positivo o negativo, este requerimiento que tiene la persona es inherente a su naturaleza.

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

La media en el nivel de autoestima general fue de 52. La media 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. Este valor fue de 55 (Elorza; 2007).

De acuerdo con este mismo autor, la moda es la medida que ocurre con más frecuencia en un conjunto de observaciones. En cuanto al valor que se determinó de la moda, fue de 55.

También se encontró el valor de una medida de dispersión, específicamente de la desviación estándar, la cual consiste en la raíz cuadrada de la suma de las

desviaciones al cuadrado de una población, dividida entre el total de observaciones. (Elorza; 2007). El valor obtenido en la escala de autoestima general fue de 10.

Por otra parte, se obtuvo el puntaje de la subescala de autoestima social, encontrando una media de 53, una mediana de 56 y una moda representativa de 56. La desviación estándar fue de 8.

Asimismo, en la subescala de autoestima escolar se encontró una media de 60, una mediana de 65 y una moda de 65. En cuanto a la desviación estándar, fue de 13.

Adicionalmente, en la subescala de autoestima en el hogar se obtuvo una media de 50, una mediana de 52, y una moda de 47. La desviación estándar fue de 13.

Finalmente, se obtuvo el puntaje de autoestima total, del cual se cuantificó una media de 54, una mediana de 54, una moda de 64 y una desviación estándar de 13.

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

A partir de los resultados estadísticos obtenidos mediante la aplicación del instrumento, se puede interpretar que el nivel de autoestima en la población

investigada, se encuentra en los parámetros normales esperados, esto es, existe homogeneidad en los resultados.

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

En la subescala de autoestima general, el 11% de los sujetos se ubica por debajo del puntaje referido; en la subescala de autoestima social el porcentaje es de 8%; mientras que en la subescala de autoestima escolar es de 10%; en la de autoestima en el hogar es de 18%; finalmente, el índice de sujetos con nivel bajo de autoestima total es de 14%. Estos resultados se aprecian de manera gráfica en el anexo 2.

Los resultados mencionados anteriormente expresan que la minoría de la población estudiada se encuentra con un nivel de autoestima bajo.

### **3.4.2 Indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en el grupo de bailarines del estudio de danza Xscape**

De acuerdo con Belloch y cols. (1995), se describe a la anorexia nerviosa como esa falta de apetito, en donde es irrefrenable el deseo de seguir adelgazando, incluso aunque ya se haya perdido gran porcentaje de peso. Asimismo, se describe a la bulimia nerviosa como episodios caracterizados por una necesidad imperiosa de

ingerir grandes cantidades de comida, generalmente de elevado contenido calórico; como consecuencia, la persona se ve invadida por fuertes sentimientos de autorrepulsa y culpa; por ende, tiene la necesidad de mitigar los efectos recurriendo a conductas de compensación, como el vómito.

Algunos de los indicadores que desarrolla un trastorno alimentario, incluyen la falta de autonomía, es una dificultad que ciertas personas tienen para funcionar de manera separada de la familia, es decir, individuos que viven pendientes de lo que los demás esperan de ellos. Asimismo, las imágenes y conceptos que formulan de sí mismas y el grado en el que se acepta el sujeto. La búsqueda de perfección es bastante común y se desplaza en el peso corporal, esas personas piensan que para alcanzar la perfección, es preciso mantener un cuerpo delgado.

Mediante la aplicación del instrumento EDI-2, se obtuvieron datos relevantes de cada una de las escalas predeterminadas en la prueba. Los puntajes, convertidos a percentiles, se indican a continuación.

- 1) En la escala de obsesión por la delgadez, se obtuvo una media de 55, una mediana de 49, una moda de 18 y una desviación estándar de 26.
- 2) Asimismo, en la escala de bulimia se encontró una media de 54, una mediana de 47, una moda de 47 y una desviación estándar de 14.
- 3) Por otra parte, en la escala de insatisfacción corporal se encontró una media de 54, una mediana de 56, una moda de 32 y una desviación estándar de 24.

- 4) De la misma forma, en la escala de ineficacia se estableció una media de 44, una mediana de 44, una moda de 18 y una desviación estándar de 22.
- 5) Adicionalmente, en la escala de perfeccionismo se encontró una media de 64, una mediana de 68, una moda de 68 y una desviación estándar de 20.
- 6) Además, se obtuvo en la escala de desconfianza interpersonal, una media de 53, una mediana de 57, una moda de 57 y una desviación estándar de 23.
- 7) De igual forma, en la escala de conciencia introceptiva se cuantificó una media de 49, una mediana de 50 y una moda de 42. La desviación estándar fue de 24.
- 8) Por otra parte, en la escala de miedo a la madurez se encontró una media de 53, una mediana de 56 y una moda de 65. La desviación estándar fue de 23.
- 9) También se obtuvo el puntaje correspondiente en la escala de ascetismo: una media de 49, una mediana de 48, una moda de 40 y una desviación estándar de 24.
- 10) Asimismo, en la escala de impulsividad, se obtuvo una media de 50, una mediana de 46 y una moda de 14. La desviación estándar fue de 25.
- 11) Finalmente, se obtuvo el puntaje de inseguridad social, en el que se encontró una media de 57, una mediana de 54, una moda de 45 y una desviación estándar de 20.

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

A partir de los resultados estadísticos obtenidos mediante la aplicación del instrumento en la población investigada, se puede interpretar que la media de todas las escalas, se encuentra en el parámetro de normalidad establecido en los percentiles, el cual abarca de T40 al T60, sin embargo, existe heterogeneidad en los resultados.

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 ubicaran las escalas en las que hay mayor incidencia de casos preocupantes sobre el problema de trastornos alimentarios.

En la escala de obsesión por la delgadez, el 37% de los sujetos se encuentra por arriba del percentil arriba señalado; en la escala de bulimia, el porcentaje fue de 11%; en la de insatisfacción corporal, el 29%; en la de ineficacia, el 8%; en la de perfeccionismo, el 31%; en la que respecta a la desconfianza interpersonal, el 26%; en la de conciencia introceptiva el 21%; respecto a la de miedo a la madurez, el 24%; en la de ascetismo, el 19%; en la de impulsividad, el 23% y finalmente, en la escala de inseguridad social, el 19%.

Estos datos se pueden observar gráficamente en el anexo 4.

### **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 el nivel de autoestima. Cuando la imagen que se tiene de sí mismo es positiva y existe además suficiente autoestima, el sujeto se sentirá capaz y se mostrará confiado, por ello se comportará de manera que lo que haga reafirmar el sentido de su propia valía. Por otro lado, cuando la persona tiene una imagen negativa de sí misma y poca autoestima, se siente desplazada, se cree incapaz de efectuar las actividades, lo que la lleva a cerrarse a posibilidades y quedar en la conformidad.

En la investigación realizada con el grupo de bailarines del estudio de danza Xscape, se encontraron los siguientes resultados, que se obtuvieron mediante la “r” de Pearson, la cual es una prueba estadística que sirve para analizar la relación entre dos variables medidas en un nivel de intervalos o de razón (Hernández y cols.; 2010).

Entre el nivel de autoestima y la escala de obsesión por la delgadez existe un coeficiente de correlación de -0.31 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre la autoestima y la escala indicada, existe una correlación negativa débil, de acuerdo con la clasificación de correlación que plantean Hernández y cols. (2010).

Para conocer la relación que existe entre el nivel de autoestima y la escala de obsesión por la delgadez, se obtuvo la varianza de factores comunes ( $r^2$ ), en la cual, mediante un porcentaje se indica el grado en que las variables se encuentran correlacionadas. Para obtener esta varianza solamente se eleva al cuadrado el coeficiente de correlación obtenido mediante la “r” de Pearson (Hernández y cols.; 2010).

Es importante señalar que para considerar una relación significativa entre variables, estos autores señalan que el porcentaje de relación debe ser de al menos 10%.

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

Por otra parte, entre el nivel de autoestima y la escala de bulimia existe un coeficiente de correlación de -0.30 según la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre dichas variables existe una correlación negativa débil.

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

Adicionalmente, entre el nivel de autoestima y la escala de insatisfacción corporal, existe un coeficiente de correlación de  $-0.35$ , lo cual significa que existe una correlación negativa media.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de  $0.12$ , lo que significa que entre la autoestima y la escala de insatisfacción corporal hay una relación del  $12\%$ .

De igual forma, el coeficiente de correlación entre el nivel de autoestima y la escala de ineficacia, es de  $-0.37$ , esto implica que existe una correlación negativa media.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de  $0.14$ , lo que significa que entre la autoestima y la escala de ineficacia hay una relación del  $14\%$ .

También se obtuvo el coeficiente de correlación entre el nivel de autoestima y la escala de perfeccionismo, el cual fue de  $-0.14$ . Esto significa que existe una correlación negativa débil.

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

Asimismo, entre el nivel de autoestima y la escala referente a desconfianza interpersonal, se obtuvo el coeficiente de correlación, que fue de -0.18, el cual indica que existe una correlación negativa débil.

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

Del mismo modo, el coeficiente de correlación entre el nivel de autoestima y la escala de conciencia introceptiva, fue de -0.41, lo cual significa que existe una correlación negativa media.

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

Por otra parte, entre el nivel de autoestima y la escala de miedo a la madurez, el coeficiente de correlación de Pearson fue de -0.23, lo cual denota que existe una correlación negativa débil.

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

De la misma forma, se obtuvo el coeficiente de correlación entre el nivel de autoestima y la escala de ascetismo, el cual fue de -0.18, de esta manera, se afirma que hay una correlación negativa débil.

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

También se obtuvo el coeficiente de correlación de Pearson entre el nivel de autoestima y la escala de impulsividad, el cual fue de -0.38, ello implica que hay una correlación negativa media.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.14, lo que significa que entre la autoestima y la escala de impulsividad hay una relación del 14%.

Finalmente, entre el nivel de autoestima y la escala de inseguridad social, el coeficiente de correlación de Pearson fue de -0.42, esto denota que existe una correlación negativa media.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.17, lo que se traduce en que la autoestima y la escala de inseguridad social mantienen una relación estadística del 17%.

Los resultados obtenidos en cuanto a los niveles de correlación entre variables, 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 insatisfacción corporal, ineficacia, conciencia introceptiva, impulsividad e inseguridad social. En contraparte, no se encontró una relación significativa entre el nivel de autoestima y las escalas de obsesión por la delgadez, bulimia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, miedo a la madurez y ascetismo.

En función de los resultados presentados, se confirma la hipótesis de trabajo, en la que se afirma que existe relación significativa entre el nivel de autoestima y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en el grupo de bailarines Xscape, para la escalas de insatisfacción corporal, ineficacia, conciencia introceptiva, impulsividad e inseguridad social. Asimismo, se corrobora la hipótesis nula, la cual afirma la inexistencia de relación entre las variables, para el resto de las escalas de indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios.

## CONCLUSIONES

En el presente estudio se corroboró la hipótesis de trabajo, la cual afirma que existe una relación significativa entre el nivel de autoestima y el grado en que se presentan los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en el grupo de bailarines Xscape, de Uruapan, Michoacán, para escalas de insatisfacción corporal, ineficacia, conciencia introceptiva, impulsividad e inseguridad social.

Asimismo, también se corroboró la hipótesis nula, la cual afirma que no existe relación significativa entre el nivel de autoestima y el grado en que se presentan los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en el grupo de bailarines Xscape, de Uruapan, Michoacán, para las escalas de obsesión por la delgadez, bulimia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, miedo a la madurez y ascetismo.

Por otra parte, los objetivos teóricos referidos a la variable de la autoestima, fueron cubiertos con gran amplitud en el capítulo 1, que integró la investigadora.

Los objetivos particulares referidos a la naturaleza psicológica, causas y consecuencias de los trastornos alimentarios, fueron tratados de manera sistemática en el capítulo 2.

Adicionalmente, el objetivo empírico referido a la medición de la presencia de autoestima de los sujetos investigados, mediante instrumentos estandarizados, se cumplió en términos satisfactorios y de ello se da cuenta en el capítulo 3.

A su vez, la segunda variable del presente estudio fue medida en el escenario de manera objetiva; los resultados se exponen, analizan e interpretan en el capítulo 3.

La medición de las variables permitió establecer su nivel de correlación estadística, así como la identificación porcentual de influencia de una sobre otra, es decir, se logró cubrir satisfactoriamente el objetivo general, que orientó los esfuerzos de la persona responsable de esta investigación.

Como hallazgos relevantes, resulta relevante mencionar que de la muestra poblacional de la cual se obtuvo la información, en cuanto a la autoestima se presentaron niveles normales en su mayoría. En lo que se refiere a la variable de trastornos alimentarios, se encontraron datos que revelan la presencia alta en las escalas de insatisfacción corporal, ineficacia, conciencia introceptiva, impulsividad e inseguridad social.

Es importante mencionar que los datos que la investigadora expone, se refieren únicamente a la muestra examinada, es decir, para conocer la presencia de las variables mencionadas en otros sujetos de la misma población, pero no incluidos en el presente ejercicio, es necesario hacer investigaciones adicionales.

La presente investigación, con el estudio de campo realizado, abona en el avance de la ciencia psicológica, concuerda con la literatura psicológica que establece que hay una relación entre la variable autoestima y los trastornos alimentarios, es decir, que a menor nivel de autoestima, mayor presencia de indicadores psicológicos de trastornos alimentarios.

## BIBLIOGRAFÍA

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

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

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

Belloch, Amparo; Sandin, Bonifacio; Ramos, Francisco. (1995)  
Manual de psicopatología.  
Editorial McGraw-Hill. España.

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

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

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

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

Clark, Amina; Cledes, 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. 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.

González-Arriata López Fuentes, Norma Ivonne. (2001)  
Autoestima: medición y estrategias de intervención de una experiencia en la  
reconstrucción del ser.  
Universidad Autónoma del Estado de México. Toluca, México.

Hernández Sampieri, Roberto; Fernández-Collado, Carlos; Baptista Lucio, Pilar.  
(2010).  
Metodología de la investigación.  
Editorial McGraw-Hill. México.

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

Mankeliunas, Mateo V. (2001)  
Psicología de la motivación.  
Editorial Trillas. Distrito Federal, México.

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

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

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

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

## MESOGRAFÍA

Brinkmann, H.; Segure, T. (1988)

“INVENTARIO DE AUTOESTIMA DE COOPERSMITH”

Universidad de Concepción, Chile.

<http://www.psico-system.com/2013/07/04inventario-de-autoestima-de-coopersmith.html>

De la Hoz Perez, Susana Ivonne. (2014)

“Evaluación de la autoestima.

Red Maestros de Maestros.

[http://www.rmm.cl/index\\_sub.php?id\\_contenido=18371&id\\_seccion=10584&id\\_portal=1908](http://www.rmm.cl/index_sub.php?id_contenido=18371&id_seccion=10584&id_portal=1908)

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

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

Universidad Veracruzana, México.

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

[http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082009000200004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082009000200004&script=sci_arttext)

Ríos, M. D.; Millán, T. S. (2009)

“Autoestima relacionada con el desempeño escolar”.

Escuela Nacional de Ciencias Biológicas.

Instituto Politécnico Nacional.

[http://servicios.encb.ipn.mx/tutorias/formatos/TESINAS/Autoestima%20relacionado%20con%20el%20desempe%C3%B1o%20escolar\\_RiosM.D.yMillanT.S.pdf](http://servicios.encb.ipn.mx/tutorias/formatos/TESINAS/Autoestima%20relacionado%20con%20el%20desempe%C3%B1o%20escolar_RiosM.D.yMillanT.S.pdf)

Sin Autor. (2009)

“Escala de autoestima de Rosenberg – RSES”

The Rosenberg Self-Esteem Scale Translation and Validation in University Students.

<http://sicolog.com/?a=1669>.

“Test de Autoestima de Rosenberg”

Psicólogo especialista Barcelona

[http://psicologo-especialista-barcelona.com/test/test\\_de\\_autoestima.html](http://psicologo-especialista-barcelona.com/test/test_de_autoestima.html)

Thomas, Ulises. (2011)

“TAE- Batería de Test de Autoestima Escolar”.

El Psicoasesor.

<http://www.elpsicoasesor.com/2011/11/tae-bateria-de-test-de-autoestima.html>

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

“La anorexia nerviosa como distorsión de la imagen corporal. Programa de prevención desde la educación física escolar en la provincia de Jaén”

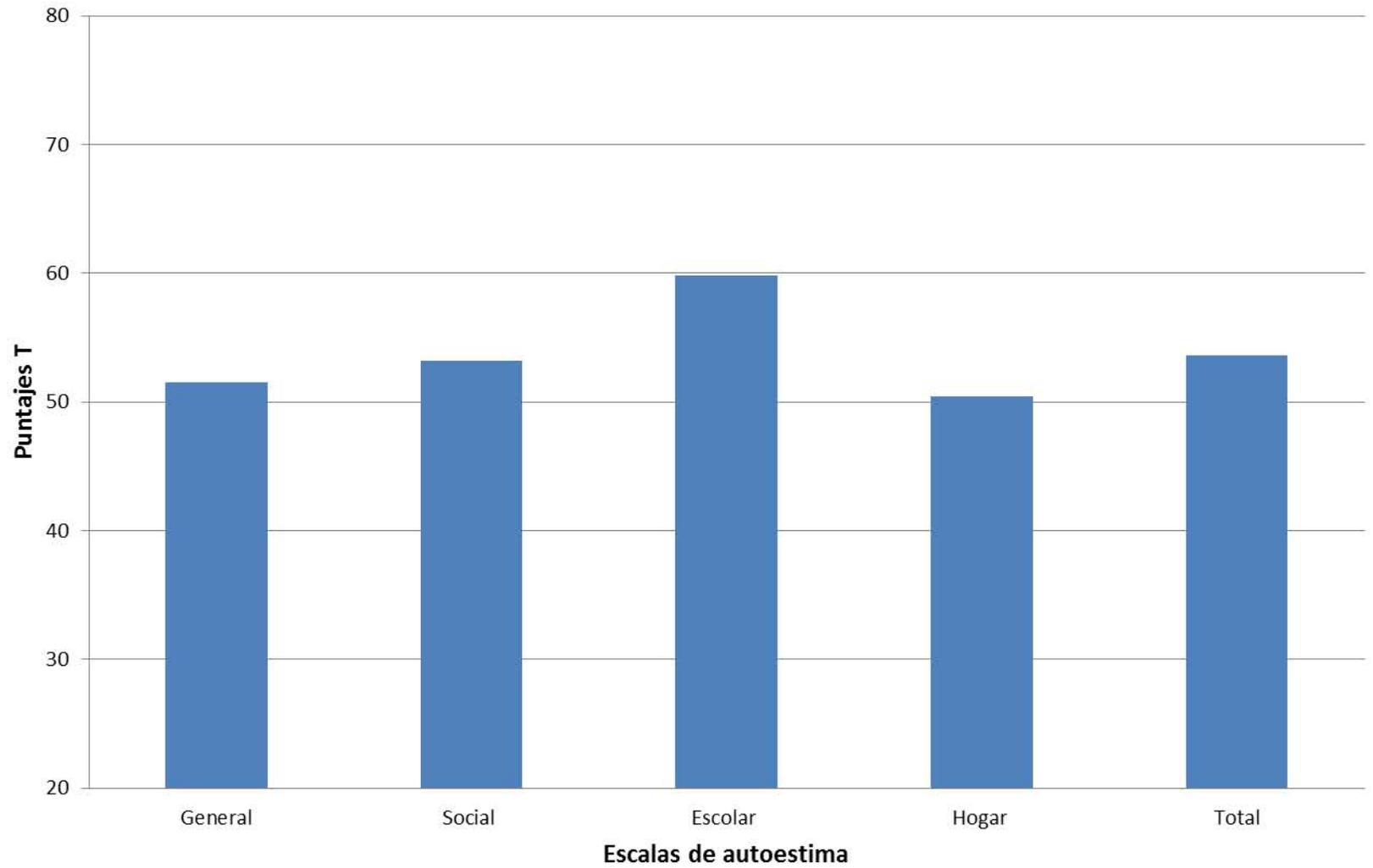
OEI-Revista Iberoamericana de Educación (ISSN: 1681-5653).

Universidad de Castilla-La Mancha, España.

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

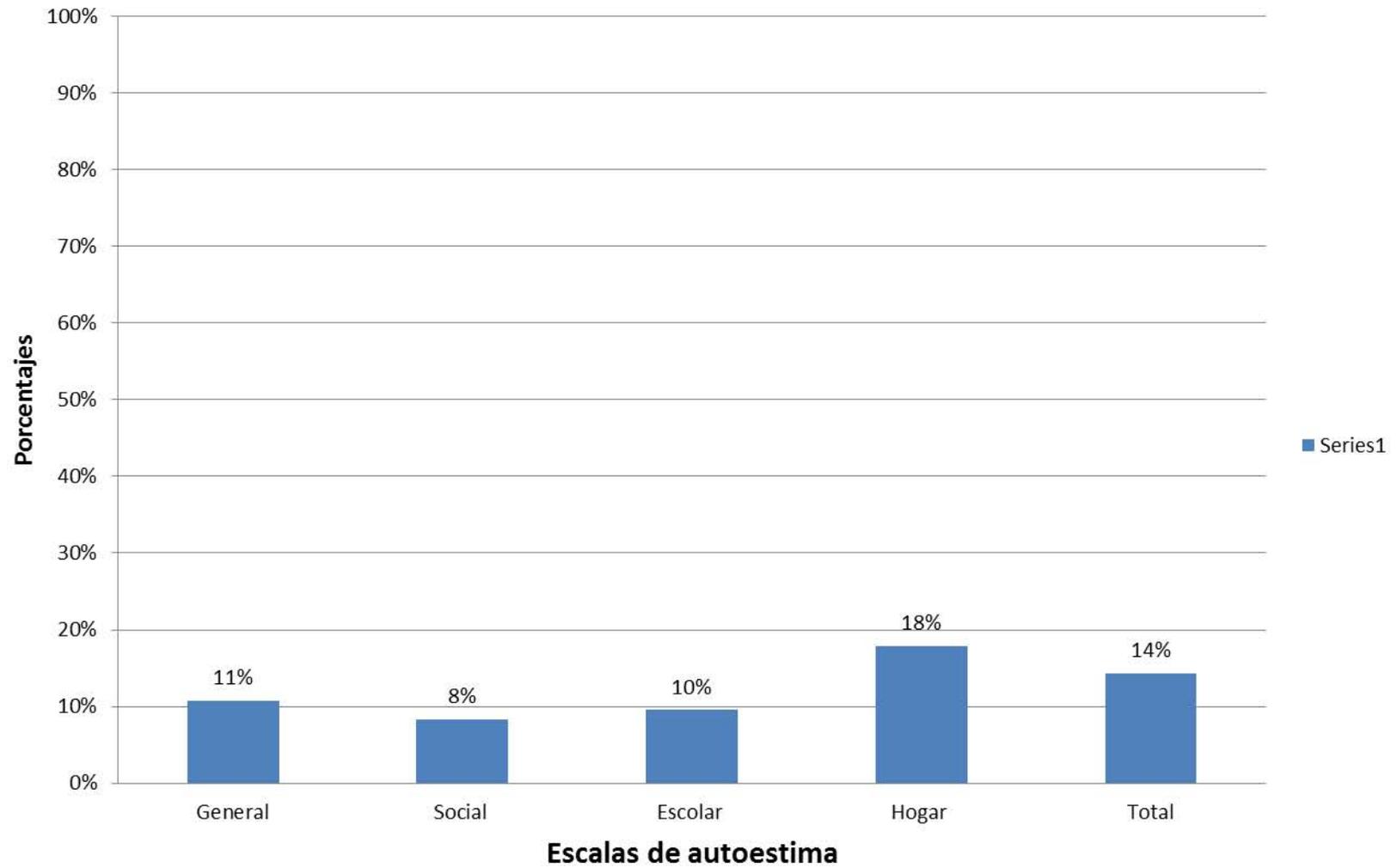


**ANEXO 1**  
**Media aritmética de las escalas de autoestima**



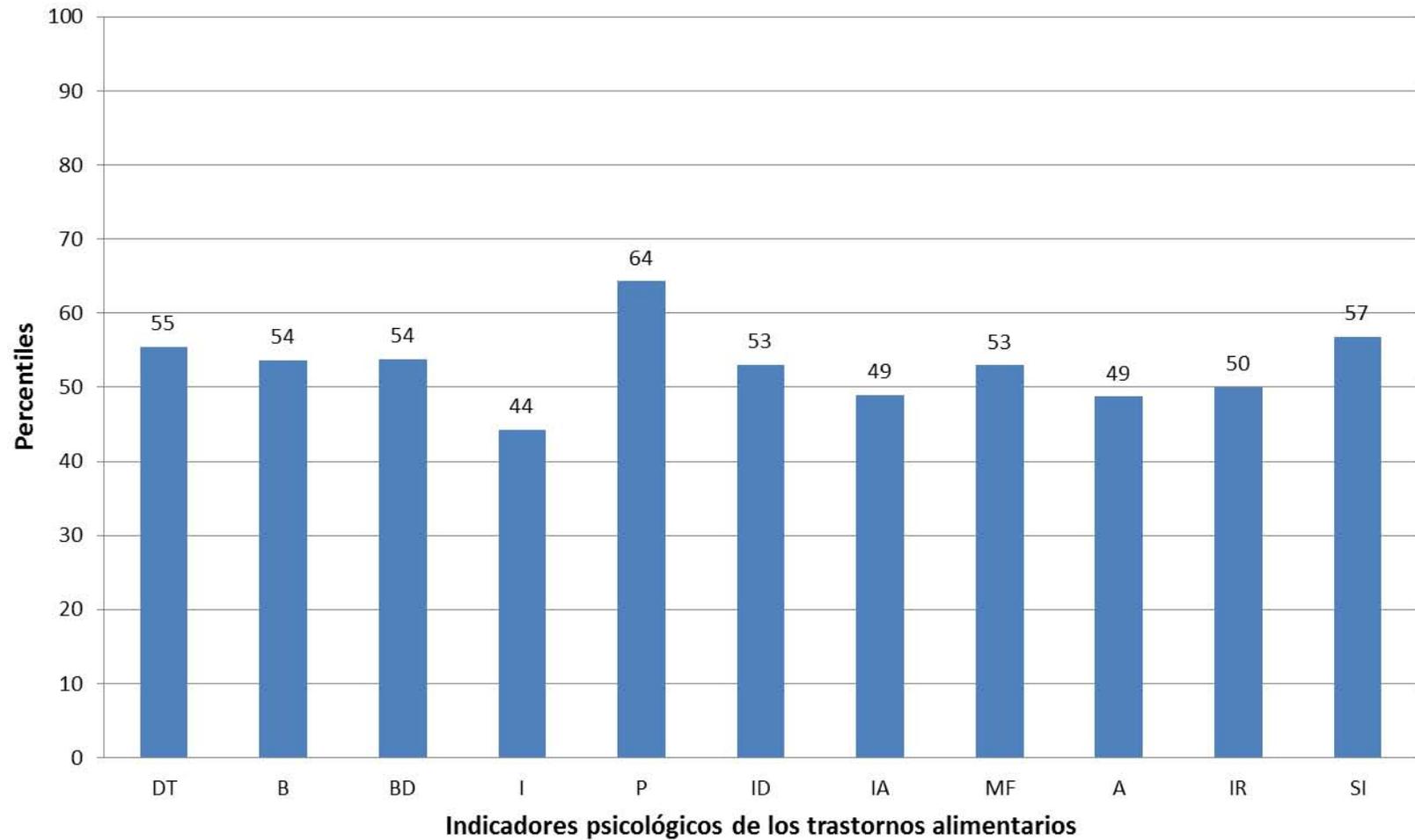
## ANEXO 2

### Porcentajes de sujetos con puntajes bajos en autoestima



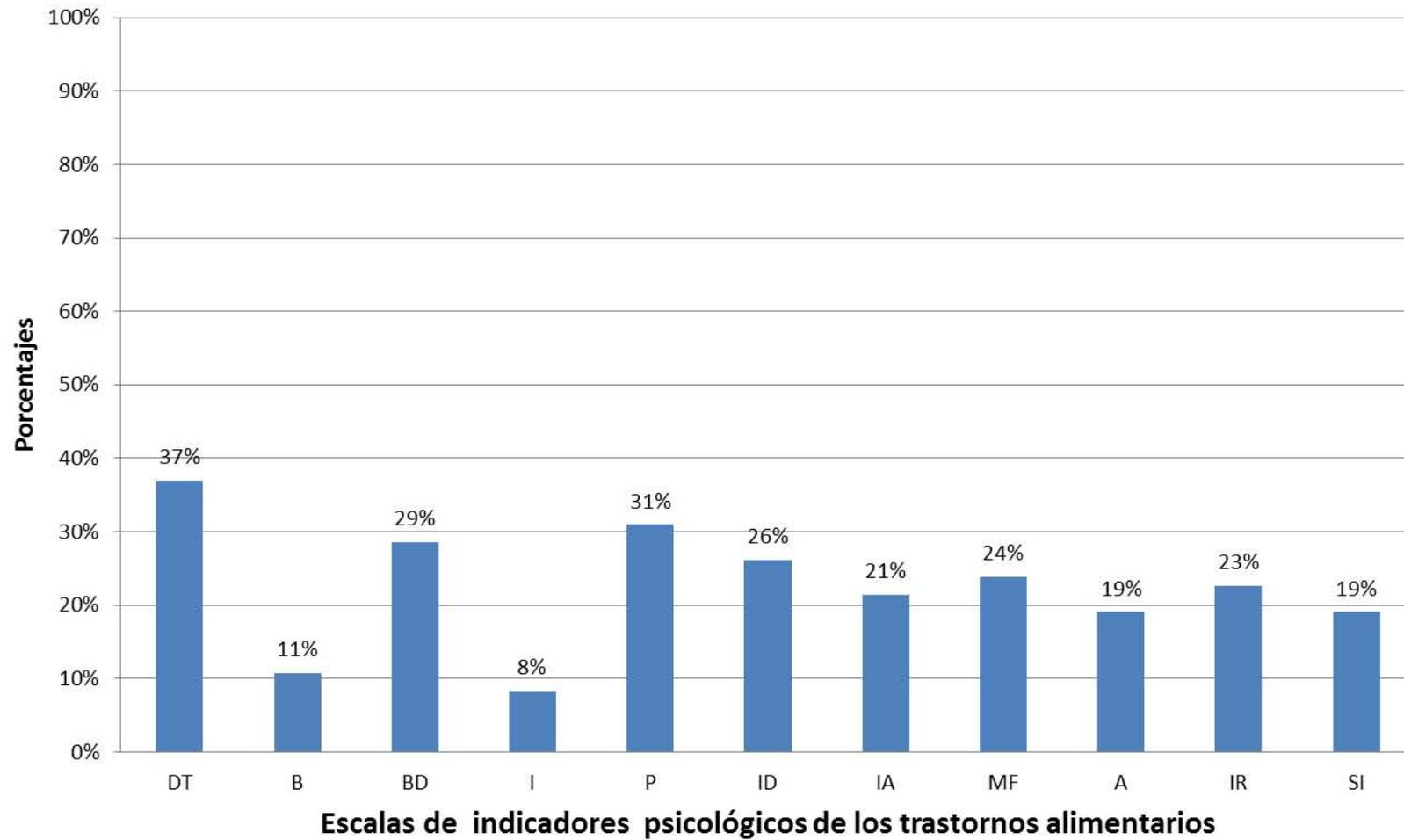
### ANEXO 3

## Media aritmética de las escalas de los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios



## ANEXO 4

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



## ANEXO 5

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

