



Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales
Trabajo de Integración Final de Psicología

Autoestima y Conductas Alimentarias de Riesgo en
Adolescentes

Agostini Andrea LU: 1043997

Carrera: Licenciatura en Psicología

Tutor: Duffy Débora – Firma Tutor:

Fecha de presentación: Marzo 2017

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo principal identificar la relación existente entre la autoestima y el riesgo a padecer un trastorno alimenticio en adolescentes de entre 13 a 18 años de edad. Para ello, se trabajó con una muestra no probabilística, sino por conveniencia de 120 alumnos de dos colegios: uno de gestión pública de la Provincia de Buenos Aires y otro de gestión privada ubicado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Fueron aplicados tres instrumentos el primero, un cuestionario socio-demográfico elaborado para dicha investigación, el segundo fue la Escala de Autoestima de Rosenberg (1965) y finalmente el Test de Actitudes hacia la comida (EAT-40) de Garner y Garfinkel (1979).

Los resultados obtenidos, demostraron que la autoestima incide significativamente sobre la dieta y preocupación por la comida, sobre la presión social percibida y el malestar con la alimentación y sobre los trastornos psicobiológicos.

Teniendo en cuenta la segmentación en relación al grupo etario, se pudo observar que aquellos adolescentes entre 16 a 18 años tienen mayor riesgo de padecer un trastorno alimenticio que aquellos entre 13 a 15 años de edad.

Los resultados además mostraron una relación estadísticamente significativa e inversa en relación a las variables estudiadas. A saber: a menor autoestima, mayor riesgo de padecer un trastorno alimenticio de riesgo.

Palabras claves: Autoestima- Riesgo a padecer trastorno alimenticio – Adolescentes- Dieta- Presión Social- Trastornos Psicobiológicos.

Abstract

The current investigation is to identify whether teenagers with how self- esteem increase the risk of them of having an eating disorder between 13 and 18 years old.

I have been working with 120 students from different parts of Buenos Aires that attend private and state school.

Three different methods we used to obtaining the results. They were a social demographics survey. The second one was “Self Esteem level” created by Rosenberg (1965), and the third was “Attitude to Food Test” from Garner y Garfinkel (1979).

The final results show that teenagers with low self- esteem have concerns about diet and food, which stanstems, from social pressure and what they are eating.

It was also found that teenagers between the age of 16 and 18 are more likely to develop an eating disorder rather than 13 and 18 years old.

Key Words: Self- esteem- Eating disorder- Teenagers- Diet – Social Pressure – Psychological Disorders

Índice

1. Introducción.....	5
2. Objetivos	9
2.1 Objetivo General.....	9
2.2 Objetivos Específicos.....	9
3. Estado del arte	10
4. Marco teórico.....	17
4.1 Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA).....	17
4.2 Autoestima.....	27
4.3 Adolescencia	30
5. Metodología	32
5.1 Diseño	32
5.2 Participantes	33
5.3 Instrumentos	34
6. Resultados	38
6.1 Objetivo General.....	38
6.2 Objetivos Específicos.....	39
7. Discusión.....	48
8. Conclusiones.....	51
Referencias	52
Anexo I - Instrumentos de evaluación.....	54
Anexo II - Descripción de la muestra	58
Anexo III - Bases científicas – Estado del Arte	61

1. Introducción

La adolescencia es la etapa de transición de la infancia a la adultez en la vida del ser humano. El crecimiento y desarrollo en una persona es físico, psicológico y social y se presenta a lo largo de la existencia. En ésta etapa, el individuo no solo pasa por un momento de transición en el que se llevan a cabo diversos cambios, sino que también comienza la búsqueda de la propia identidad. Es por este motivo, que la adolescencia se advierte como un momento de vulnerabilidad para el desarrollo de ciertas patologías como por ejemplo las alimentarias (Rutzstein; Scappatura & Murawski, 2014).

Según Facchini (2006), los adolescentes son los que corren más riesgo de padecer éstos trastornos debido a que están en proceso de construcción de su identidad y no poseen aún criterios y valores propios que les permitan pensar críticamente sobre la presión social que ejercen los modelos estéticos vigentes, esto es, la búsqueda de un cuerpo cada vez más delgado, con cánones de belleza difíciles de alcanzar.

En estrecha relación con los cambios físicos por los que el sujeto atraviesa, la autoestima se presenta como una variable de gran influencia, debido a que aquellas personas que no se sienten satisfechas con su cuerpo, padecen en general de una baja en su autoestima lo cual puede influir en la posible aparición de conductas alimentarias de riesgo, ya que, la imagen que tenemos de nosotros mismos tiene como uno de sus componentes principales lo corporal, la cual representa las percepciones e ideas en relación con nuestro propio cuerpo, y juega un relevante papel en la constitución de la autoestima personal.

Dentro de las conductas alimentarias de riesgo a los que el adolescente puede verse expuesto nombraremos las más relevantes como: atracones, seguimiento de dietas restrictivas, abuso de laxantes, diuréticos o anfetaminas, exceso de ejercicio, vómito autoinducido y práctica de ayunos, todos dirigidos a controlar o reducir el peso corporal.

El malestar producido por la percepción negativa del propio cuerpo, puede llegar a desencadenar en la decisión de querer adelgazar. Esto conduce a que ciertos adolescentes comiencen a llevar a cabo estas conductas alimentarias de riesgo. El cuerpo se convierte en el objeto a perfeccionar, hasta lograr la “belleza máxima” según los cánones culturales, sin importar las consecuencias. La baja autoestima, la insatisfacción por el propio cuerpo, pueden desencadenar la modificación del comportamiento alimentario produciendo la aparición de distintos cuadros de trastornos de la alimentación.

A partir de esto, resulta relevante entender como estos factores interactúan sobre el adolescente para encontrar mecanismos que posibiliten evitar conductas de riesgo.

Según algunos autores la autoestima puede ser un factor de riesgo para el desarrollo de los trastornos alimentarios (Tiggemann, 2005), mientras que otros (Gual, 2002) la señalan como una consecuencia de esos trastornos.

La preocupación acerca del peso y la insatisfacción por la imagen corporal, constituyen los dos elementos básicos sobre los que se asienta esta baja autoestima como producto de diferencias y creencias, muchas de ellas sujetas a distorsiones (Moreno González & Ortiz Viveros, 2009, p. 183).

Los sucesivos cambios que experimentan en su cuerpo en el pasaje de la niñez a la adolescencia, generan una situación de angustia frente al advenimiento de ese sujeto que está construyéndose y es en esa etapa cuando el sujeto es más permeable a la presión que se ejerce sobre él para lograr una perfección que se halla en contradicción con prácticas sanas de alimentación.

La desvalorización y el malestar que provoca esta situación en el adolescente influyen negativamente sobre sus actos, creando un círculo vicioso de conductas autodestructivas. Para Lameiras Fernández; Calado Otero; Rodríguez Castro & Fernández Prieto (2002, p. 23), la afinidad hacia una determinada estética corporal impuesta por la sociedad contemporánea hace que los más jóvenes manifiesten una preocupación excesiva por su cuerpo y lleven a cabo conductas de riesgo para el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria.

La mayoría de los trabajos consultados coinciden en señalar que los adolescentes constituyen el principal grupo de riesgo en relación a los trastornos alimentarios. Altamirano Martínez; Vizmanos Lamotte; & Unikel Santoncini (2011, p. 402) señalan que entre los factores de mayor impacto ligados a conductas alimentarias de riesgo se encuentran la baja autoestima y la imagen corporal, esta última con gran predominio durante la adolescencia. Es en esta etapa cuando la autoestima está en gran medida determinada por la imagen corporal que tiene el sujeto de sí mismo, por lo cual, debido a los cambios físicos que se experimentan en esta etapa, en muchas ocasiones, se generan situaciones de insatisfacción con el propio cuerpo que pueden constituir factores de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios.

De esta manera, el presente trabajo buscará responder la siguiente pregunta de investigación:
¿La baja autoestima, es un factor que incide en los adolescentes para que éstos desarrollen conductas alimentarias de riesgo?

A partir de estas consideraciones preliminares, la hipótesis sobre la que se estructurará el trabajo es la siguiente:

A mayor autoestima, menor conductas alimentarias de riesgo.

Para la realización de la presente investigación se decidió hacer un recorte de la población en mujeres y varones de entre 13 a 18 años que se encuentren asistiendo a escuelas públicas o privadas de la Provincia de Buenos Aires o de la Capital Federal.

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV- TR), éste trastorno es mucho más frecuente en Estados Unidos, Canadá, Europa, Nueva Zelanda, Australia y Sudáfrica.

Según Góngora, en “Hacia una integración de los paradigmas positivos y de enfermedad en la prevención de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes”, los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) presentan una alta prevalencia en mujeres adolescentes y jóvenes con tasas que varían del 1% para anorexia a un 3% para bulimia nerviosa (American Psychiatric Association, 2006). Sin embargo, síndromes clínicos parciales llegan a afectar un 10% a 20% de mujeres adolescentes y jóvenes, en tanto que síntomas relacionados con los TCA, tales como conducta purgativa, uso de laxantes, ayuno y conducta dietante pueden presentarse en un 56 a 60% de las adolescentes.

Con respecto a nuestro país, según la consulta a los Servicios de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires, se calcula que alrededor de un 3-4% corresponde a TCA.

Estudios a nivel poblacional en Argentina indican la presencia de sintomatología relacionada con los TCA en un 3,8% a un 21,4% de las estudiantes universitarias mujeres y entre un 10% a un 58% de las adolescentes mujeres. Asimismo, los varones adolescentes presentan una preocupación creciente por su forma corporal, el control del peso y conductas para mejorar su forma corporal tales como dietas, ejercicio excesivo, uso de esteroides, etc. Se calcula que un 10% de los varones de 13 a 18 años presentaría sintomatología compatible con los TCA (Bay, Herscovici, Kovalskys, Orellana, & Bergasio, 2005; Casullo, Gonzalez Barron, & Sifre, 2000; Casullo, Gonzalez, & Sifre, 1999; Góngora & Casullo, 2008; Leiderman & Triskier, 2004; Leinor & Silber, 2006; Torresani, 2003).

La aparición de los trastornos de la conducta alimentaria, son cada vez a una edad más temprana, implicando de ésta manera que el trastorno mantenga su prevalencia en edades más avanzadas. Este aumento en la demanda ha generado una necesidad creciente de la atención

de profesionales de la salud, los cuales afirman que se encuentran atendiendo adolescentes, con ésta patología con mucha más frecuencia que hace unos años atrás (Urzúa; Castro; Lillo & Leal, 2009).

Las altas tasas en la adolescencia responden a que los TCA se inician generalmente en éste periodo. Es por este motivo, imprescindible en ésta situación actual en la que nos encontramos atravesando, tener la posibilidad de contar con un diagnóstico certero que considere los diversos signos y conductas que presentan las personas que padecen este tipo de trastornos, que logre posibilitar detectar precozmente a aquellas personas que se encuentren en un punto de riesgo, facilitando la labor preventiva.

Por todo lo dicho, se puede concluir que la detección precoz del trastorno, optimiza la respuesta y favorece un mejor pronóstico con el debido tratamiento ya que si no son tratados oportunamente, generalmente se pueden mantener hasta los primeros años de la edad adulta.

2. Objetivos

2.1 Objetivo General

I. Determinar en adolescentes escolarizados de 13 a 18 años de edad la relación existente entre las variables autoestima y riesgo de trastorno alimenticio.

2.2 Objetivos Específicos

I. Establecer la correlación existente entre la autoestima y la subdimensión *dieta y preocupación por la comida* del cuestionario de Actitudes hacia la Comida.

II. Analizar la incidencia de la autoestima y la subdimensión *presión social percibida y malestar con la alimentación* del cuestionario de Actitudes hacia la Comida.

III. Indagar sobre la incidencia de la autoestima y la subdimensión *trastornos psicobiológicos* del cuestionario de Actitudes hacia la Comida.

IV. Detectar las posibles diferencias en la variable Autoestima en hombres y mujeres.

V. Averiguar las posibles diferencias de la variable Riesgo de trastorno alimenticio en hombres y mujeres.

VI. Examinar la relación entre las variables Autoestima y Riesgo de trastorno alimenticio en hombres y en mujeres.

VII. Analizar la existencia a padecer Riesgo de trastorno alimenticio en cuanto a la franja etaria.

3. Estado del arte

La siguiente investigación se realizó teniendo en cuenta dos variables: la autoestima y el riesgo de trastorno alimenticio.

En base a éstas variables, se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en un rango de tiempo de entre cinco y siete años, para obtener los resultados de las últimas investigaciones sobre dichos temas.

La investigación bibliográfica, se efectuó a partir de la consulta en cuatro bases de datos: EBSCO, REDALYC, DIALNET y SCIELO.

Las palabras claves con las que se realizó la búsqueda fueron:

Trastorno alimenticio- Autoestima- Imagen Corporal- Adolescentes- Conducta alimentaria- Dieta

La autoestima según la Real Academia Española es “la Autoimagen o autoevaluación positiva, que surge cuando se compara el sí mismo real con el sí mismo ideal. A partir de esto, la persona se juzga a sí misma de acuerdo con los estándares y expectativas sociales que ha incorporado a su auto-concepto”.

Por otro lado los Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA) representan en la actualidad, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el problema de salud más importante de la humanidad, tanto por el número de personas afectadas que va en aumento, como por las muertes que ocasiona. Se trata de enfermedades que requieren un tratamiento largo, que pueden convertirse en enfermedades crónicas y llevar a la muerte. Los TCA son enfermedades reales y tratables.

A partir de la consulta en las bases de investigación y la lectura de los artículos, se advierte que existe una preocupación creciente por encontrar cuáles son los factores que conducen en los adolescentes a conductas alimentarias de riesgo, existe una coincidencia entre los textos elegidos en señalar que estas conductas están afectando, cada vez más tempranamente, a la población infantil y juvenil.

En los párrafos siguientes se presentarán indagaciones sobre estas cuestiones en orden de importancia, destacando lo más relevante de cada una así como las cuestiones que no se han investigado, cuáles son las líneas de investigación que pueden plantearse a partir de esas áreas no investigadas y, finalmente, cuáles son las conclusiones más destacadas de cada una de ellas.

El primer artículo analizado en esta investigación de Rutzstein, Scappatura y Murawski (2014), analiza y compara hábitos y actitudes hacia la alimentación y autoestima en mujeres adolescentes divididas en tres grupos: aquellas que presentan cuadros completos de trastornos alimentarios, las que están en situaciones de riesgo de trastorno alimentario y la que no presentan ni riesgo ni trastorno alimentario.

La muestra inicial del estudio, estaba conformada por 242 mujeres que cumplían con los siguientes criterios de inclusión: tener entre 13 y 19 años, haber aceptado participar del estudio y, en el caso de aquellas participantes menores de 18 años, presentar el consentimiento informado por alguno de los padres. Excluidos aquellos participantes que presentaban graves dificultades de comunicación y comprensión y los pacientes con trastorno alimentario que no cumplían con criterios para el diagnóstico según el DSM IV- TR, la muestra quedó conformada por 200 mujeres, estudiantes de escuelas secundarias de la Ciudad de Buenos Aires y 33 pacientes con diagnóstico de trastorno alimentario, en tratamiento en instituciones especializadas.

Los participantes respondieron un cuestionario socio demográfico y de sintomatología específica de trastornos de la conducta alimentaria. La indagación también procuró información sobre la altura, el peso actual, el peso deseado, la realización de dietas, la regularidad de los ciclos menstruales, la percepción de la imagen corporal, la actividad física y el consumo de laxantes, diuréticos o pastillas para adelgazar.

La información brindada fue de carácter confidencial y la participación de los sujetos era voluntaria.

El trabajo de Moreno Gonzalez y Ortiz Viveros (2009) es una investigación similar a la primera analizada ya que también se hizo sobre alumnos de nivel secundario, pero en éste caso, la muestra conformada por 298 alumnos incluyó a mujeres y hombres y se hizo en la ciudad de Xalapa (México). En su introducción la investigación consta de un estado del arte que repasa los aportes de las principales investigaciones sobre trastornos alimentarios en México de los últimos años.

Los instrumentos utilizados fueron un cuestionario de datos generales que registraba la talla, el peso y el índice de masa corporal (IMC), además se utilizó el test de actitudes alimentarias (EAT) de Garner y Garfinkel que consta de 40 ítems. Finalmente, se uso el cuestionario de

evaluación de la autoestima para alumnos de enseñanza secundaria (CEA) de García (1998) que consta de 19 ítems.

El tercer trabajo analizado de Altamirano Martínez, Vizmanos Lamotte y Unikel Santoncini (2011), tuvo como objetivo determinar las relaciones existentes entre las variables autoestima (AU), insatisfacción corporal (IC), e índice de masa corporal (IMC) en un continuo de conductas alimentarias de riesgo (CAR) que abarque desde la normalidad hasta el riesgo de trastornos de conductas alimentarias (TCA).

El estudio se hizo en el estado de México y la muestra se compuso de mujeres de los planteles escolares del sector público de nivel medio superior. Elegidas 11 escuelas pertenecientes a 11 municipios del estado de México, la muestra final utilizada fue de 1.982 mujeres con edades entre 15 y 19 años.

Esta investigación resalta por el número mayor de sujetos analizados y al igual que el trabajo de Rutzstein, Scappatura y Murawski (2014), solo incluyó a mujeres.

Tratándose de adolescentes, se solicitó el consentimiento de las autoridades escolares y se informó a los padres acerca de la participación de sus hijas en el estudio, que fue voluntaria y de carácter anónimo y confidencial.

Los instrumentos utilizados en la investigación fueron los siguientes: para la evaluación de la AU se utilizó la “Escala de Autoestima” de Pope, McHale y Craighead. La IC se midió con la versión adaptada en México de la “Escala análoga de figuras corporales”, desarrollada por Stunkard, Sorensen y Schulsinger.

Las CAR se midieron con el “Cuestionario breve de conductas alimentarias de riesgo”, basado en los criterios para el diagnóstico de TCA del “Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV)”. De esta manera, quedó una clasificación en tres niveles: sin riesgo, riesgo moderado y riesgo alto. El IMC se calculó según la ecuación: $\text{Peso (kg)} / \text{estatura (M)}^2$. La categoría de IMC consideradas fueron las del Grupo Internacional de Trabajo sobre Obesidad para niños y adolescentes.

El trabajo de Lameiras Fernández, M.; Calado Otero, M.; Rodríguez Castro, Y.; Fernández Prieto, M. (2002), consiste en una entrevista realizada a 482 estudiantes universitarios que respondieron un cuestionario sobre comportamientos alimentarios e imagen corporal en España. En la introducción, los autores hacen referencia a la irrupción de trastornos de la conducta alimentaria en ese país a partir de la década de los años ochenta, de una manera

violenta, rápida y extendida a diferentes sectores sociales pero con una prevalencia mayor en la población femenina.

La investigación analiza los hábitos alimentarios desajustados y la imagen corporal que poseen de sí mismos los estudiantes universitarios para determinar cómo estas variables pueden representar un riesgo que derive posteriormente en un trastorno alimentario.

La participación de los alumnos fue voluntaria y la administración del cuestionario se extendió aproximadamente 20 minutos.

El trabajo de Unikel- Santoncini y otros (2006) es una investigación realizada en el Distrito Federal de México cuyo objetivo fue identificar las tendencias de las conductas alimentarias de riesgo en estudiantes durante un periodo de seis años (1997-2003), relacionándolas con el sexo, la edad y el nivel de escolaridad del jefe de familia.

La edad promedio de los estudiantes se estableció en 14.5 años y la información sobre sus conductas alimentarias de riesgo se consiguió mediante un cuestionario breve desarrollado con base en los criterios de diagnóstico del DSM- IV. El cuestionario utilizado constó de 10 preguntas sobre actitudes y conductas alimentarias de riesgo. Además se requirió a los participantes el autoreporte de peso y talla, con el objetivo de calcular el índice de masa corporal percibido (IMC-P) con la forma $\text{peso} / \text{estatura al cuadrado}$.

El texto de Facchini (2006) llamado *La Imagen Corporal en la Adolescencia ¿Es un tema de varones?*, busca desmitificar a esta problemática como prioritariamente femenina, al señalar que estudios recientes revelan la preocupación de los hombres por su imagen corporal. Este estudio resalta el peso de las expectativas culturales en relación a los trastornos de la imagen corporal en los hombres.

Este trabajo se diferencia de las investigaciones antes mencionadas porque no constituye una investigación basada en un estudio propio de carácter estadístico sino que sus conclusiones (extremadamente breves) son el resultado de un análisis exhaustivo de material bibliográfico (más de cincuenta referencias).

Existe otra diferencia importante con respecto al resto de los textos y es que el trastorno de imagen corporal no está vinculado en este artículo de forma directa con trastornos de la alimentación sino con otro tipo de patologías asociadas al consumo abusivo de esteroides anabólicos tales como la dismorfia muscular. Sí se hace una relación entre los trastornos de la alimentación y la dismorfia muscular ya que ambos trastornos tienen en común la preocupación

por la percepción de defectos relacionados con la apariencia. En relación a la temática general que estamos planteando este artículo es el que se vincula de manera menos directa, pero su análisis es válido para enfatizar las preocupaciones por la imagen corporal que aparecen en la adolescencia y que ponen en riesgo a la población masculina entre 15 y 30 años.

Por último, citaré la investigación realizada por Estudio AVENA (2002), en España. El objetivo principal fue evaluar en adolescentes españoles el estado de salud, los hábitos de comportamiento y la situación metabólico- nutricional, para establecer el riesgo de padecer tres tipos específicos de patologías características de la adolescencia: obesidad, anorexia nerviosa/ bulimia, dislipidemia. Como segundo objetivo, el estudio se propuso proponer un programa de intervención para neutralizar el riesgo relacionado con las patologías mencionadas y contribuir así al mejoramiento del estado de salud de la población española.

La muestra realizada se constituía de 1.750 sujetos entre 13 y 18 años, hombres y mujeres tanto de centros públicos como privados de enseñanza secundaria o formación profesional.

Se seleccionaron tres tipos de encuesta alimentaria: el Recordatorio de 24 horas, el registro dietético de 7 días y el Cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos.

En cuanto al perfil psicológico, se aplicaron dos test psicológicos validados: El Inventario de Trastorno de la Conducta Alimentaria (EDI-2) y el Test de Actitudes Escolares (TEA).

Debido a que las investigaciones analizadas plantean cada una de ellas cuestiones específicas, se evaluarán por separado sus resultados, dejándose el análisis comparativo entre ellos para el apartado de conclusiones.

El trabajo de Rutzstein, Scappatura y Murawski (2014), arroja los siguientes resultados: la mayoría de las adolescentes con riesgo de trastorno alimentario, presentó peso normal (88%) y solo unas pocas sobrepeso (12%).

En relación con la actividad física excesiva, las adolescentes con RTA no presentaron diferencias con ninguno de los otros grupos (TA y NTA). En las tres subescalas específicas: bulimia, búsqueda de delgadez e insatisfacción corporal, las adolescentes con RTA y TA presentaron puntajes más altos que las adolescentes NTA.

En conjunto los resultados se encuentran en sintonía con otros estudios en los que se apoya la teoría del continuo en los trastornos alimentarios. Teniendo en cuenta la relación de los TA con la baja autoestima y el perfeccionismo, se propone en este trabajo investigar la evaluación de la interacción entre ambas variables en el desarrollo de los TA en los adolescentes.

El trabajo de Moreno González y Ortiz Viveros (2009), detectó en los sujetos analizados, riesgo de trastorno alimentario en el 4% de los hombres y en el 12% de las mujeres y la patología ya instalada en un 10% en ambos sexos. La edad en la que se presenta el riesgo y los casos clínicos se determinó en 14 años, con mayor prevalencia en las mujeres. En cuanto a la preocupación por la imagen corporal se presenta en ambos sexos pero con una tendencia mayor en las mujeres. Entre los hombres la preocupación por su imagen corporal, tiende a bajar al incrementarse la edad; tendencia que se invierte en las mujeres.

De acuerdo a este estudio, se puede afirmar que existe una correlación positiva entre la conducta de riesgo de trastorno alimentario y la imagen corporal, es decir, a mayor puntaje en trastorno alimentario, mayor insatisfacción con su imagen corporal.

En lo relativo a la relación entre trastorno alimentario y autoestima, se puede establecer que al aumentar los puntajes en trastornos alimentarios, los puntajes en autoestima se decrecientan: a mayor preocupación por la imagen corporal, menor autoestima.

Los datos del estudio de Martínez, Vizmanos Lamotte y Unikel Santoncini (2011), revelan con respecto a la imagen corporal, que poco más de la mitad de los adolescentes (64%) se mostraron insatisfechas con su imagen corporal. Los resultados mostraron que ante insatisfacción corporal, hay un riesgo de conducta alimentaria de riesgo. Así mismo, ante una mayor puntuación en autoestima, el riesgo de conducta alimentaria de riesgo fue mayor en el grupo de riesgo alto. Por último, puede señalarse como resultado del trabajo que:

- a) la insatisfacción corporal y la autoestima contribuyen en la varianza de las conductas alimentarias de riesgo.
- b) la interacción entre insatisfacción corporal y autoestima aumenta la fuerza del índice de masa corporal para afectar las conductas alimentarias de riesgo y,
- c) cuando se analizan las conductas alimentarias de riesgo, se observa un efecto significativo de la insatisfacción corporal y de la autoestima, pero no del índice de masa corporal.

Los resultados de la investigación de Lameiras Fernández, M.; Calado Otero, M.; Rodríguez Castro, Y.; Fernández Prieto, M. (2002), muestran que son las mujeres las que poseen mayor preocupación por el peso y la imagen corporal y por ello, las que recurren a las dietas para alcanzar el peso ideal. Los datos permiten afirmar que la mayor parte de las universitarias no están satisfechas con su aspecto físico, aunque se encuentran en valores normales de peso. En función de los resultados de este estudio se pone de manifiesto que las personas que llevan

a cabo dieta tienen en común con los sujetos con trastorno de la conducta alimentaria la preocupación por la alimentación y la insatisfacción con el peso y la imagen corporal y, por tanto, puede considerarse un grupo vulnerable al desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria. Debido a estos resultados, se concluye que es necesario implementar programas de prevención dirigido específicamente al colectivo de estudiantes universitarias.

Con respecto al estudio de Unikel- Santoncini y otros (2006), debido a que esta investigación analiza comparativamente resultados a lo largo de seis años, es importante señalar que variaciones se dan a lo largo del periodo. Dicho esto, el primer elemento que se advierte es el incremento de conductas alimentarias de riesgo tanto en hombres como entre mujeres cuando se compara el primer año de medición (1997) con el último (2003). Cuando se hace el análisis por grupos de edad, se observa una tendencia que está en relación a lo que se menciona en el estudio de Moreno González y Ortiz Viveros (2009): conforme aumenta la edad en las mujeres, hay mayor porcentaje de sujetos que muestran conductas alimentarias de riesgo, mientras que en los varones, se observa la tendencia inversa.

En cuanto a la relación entre la escolaridad del jefe de familia y las conductas alimentarias de riesgo, no se observó un patrón regular en los varones. En las mujeres, a medida que se incrementa la escolaridad del jefe de familia, es superior el número de indicadores de riesgo en las adolescentes.

Los datos obtenidos revelan que los adolescentes más afectados son los varones entre 12 y 13 años y las mujeres entre 18 y 19 años, adolescentes cuyo jefe de familia tiene mayor escolaridad.

4. Marco teórico

Resultará evidente para el lector que ciertos conceptos y expresiones se repiten a lo largo del trabajo. Con el objetivo de evitar posibles errores de interpretación en su uso, a continuación se brindará un marco conceptual de las mismas:

4.1 Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)

Una de las variables que se tratan a lo largo de este trabajo son los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son desórdenes complejos que comprenden dos tipos de alteraciones conductuales: unos directamente relacionados con la comida y el peso y otros derivados de la relación consigo mismo y con los demás. Estos trastornos se han constituido en una patología emergente en los países desarrollados y en vías de desarrollo, configurándose como la tercera enfermedad crónica más común entre los adolescentes después de la obesidad y el asma (Urzúa; Castro; Lillo & Leal, 2009).

Según el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM- V), los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos se caracterizan por una alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado con la alimentación que lleva a una alteración en el consumo o en la absorción de los alimentos y que causa un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial. Se proporcionan los criterios diagnósticos para la pica, el trastorno de rumiación, el trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos, la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno de atracones.

4.1.1 Pica

Teniendo en cuenta los criterios diagnósticos en el DMS- V se tienen en cuenta las siguientes características para dicho trastorno:

- A. Ingestión persistente de sustancias no nutritivas y no alimentarias durante un período mínimo de un mes.
- B. La ingestión de sustancias no nutritivas y no alimentarias es inapropiada al grado de desarrollo del individuo.
- C. El comportamiento alimentario no forma parte de una práctica culturalmente aceptada o socialmente normativa.

D. Si el comportamiento alimentario se produce en el contexto de otro trastorno mental (p. ej., discapacidad intelectual [trastorno del desarrollo intelectual], trastorno del espectro autista, esquizofrenia) o afección médica (incluido el embarazo), es suficientemente grave para justificar la atención clínica adicional.

Teniendo en cuenta el desarrollo y el curso de éste trastorno, puede darse en la infancia, la adolescencia o la edad adulta, aunque lo que se comunica con más frecuencia es el inicio en la infancia. La pica se produce tanto en el sexo masculino como en el femenino y se puede producir en niños con desarrollo normal en otros aspectos, mientras que en los adultos parece más probable que se produzca en el contexto de una discapacidad intelectual o de otros trastornos mentales.

Teniendo en cuenta los factores de riesgo y el pronóstico de éste tratamiento, nos podemos encontrar con el abandono, la falta de supervisión y el retraso del desarrollo pueden aumentar el riesgo de esta afección.

Con respecto a las consecuencias funcionales de la pica, ésta puede deteriorar el funcionamiento físico significativamente, aunque rara vez es ella sola la causa de deterioro del funcionamiento social.

4.1.2 Trastorno de Rumiación

El inicio de éste trastorno puede producirse en la lactancia, en la infancia, en la adolescencia o en la edad adulta.

Teniendo en cuenta los criterios diagnósticos en el DMS- V se tienen en cuenta las siguientes características para el siguiente trastorno:

A. Regurgitación repetida de alimentos durante un período mínimo de un mes. Los alimentos regurgitados se pueden volver a masticar, a tragar o se escupen.

B. La regurgitación repetida no se puede atribuir a una afección gastrointestinal asociada u otra afección médica (p. ej., reflujo gastroesofágico, estenosis pilórica).

C. El trastorno de la conducta alimentaria no se produce exclusivamente en el curso de la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa, el trastorno de atracones o el trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos.

D. Si los síntomas se producen en el contexto de otro trastorno mental (p. ej., discapacidad intelectual [trastorno del desarrollo intelectual] u otro trastorno del neurodesarrollo), son suficientemente graves para justificar atención clínica adicional.

Teniendo en cuenta los factores de riesgo y pronóstico, podemos encontrarnos con los problemas psicosociales, como la falta de estimulación, la negligencia, las situaciones vitales estresantes y los problemas de relación entre padres e hijos.

4.1.3 Trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos

La evitación o restricción de alimentos asociada a la ingesta insuficiente de comida o a la falta de interés por alimentarse se produce con frecuencia en la lactancia o en la primera infancia y puede persistir en la edad adulta. Asimismo, la evitación que se basa en las características organolépticas de los alimentos tiende a presentarse en la primera década de la vida, pero puede persistir hasta la edad adulta.

Teniendo en cuenta los criterios diagnósticos de éste trastorno, el DSM- V, nos plantea los siguientes:

A. Trastorno de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos (p. ej., falta de interés aparente por comer o alimentarse; evitación a causa de las características organolépticas de los alimentos; preocupación acerca de las consecuencias repulsivas de la acción de comer) que se pone de manifiesto por el fracaso persistente para cumplir las adecuadas necesidades nutritivas y/o energéticas asociadas a uno (o más) de los hechos siguientes:

1. Pérdida de peso significativa (o fracaso para alcanzar el aumento de peso esperado o crecimiento escaso en los niños).
2. Deficiencia nutritiva significativa.
3. Dependencia de la alimentación enteral o de suplementos nutritivos por vía oral.
4. Interferencia importante en el funcionamiento psicosocial.

B. El trastorno no se explica mejor por la falta de alimentos disponibles o por una práctica asociada culturalmente aceptada.

C. El trastorno de la conducta alimentaria no se produce exclusivamente en el curso de la anorexia nerviosa o la bulimia nerviosa, y no hay pruebas de un trastorno en la forma en que uno mismo experimenta el propio peso o constitución.

D. El trastorno de la conducta alimentaria no se puede atribuir a una afección médica concurrente o no se explica mejor por otro trastorno mental. Cuando el trastorno de la conducta alimentaria se produce en el contexto de otra afección o trastorno, la gravedad del trastorno de la conducta alimentaria excede a la que suele asociarse a la afección o trastorno y justifica la atención clínica adicional.

4.1.4 Anorexia nerviosa

La Anorexia Nerviosa es una enfermedad característica de la pubertad y se manifiesta casi exclusivamente en niñas. En estos casos, la persona no ingiere más que cantidades mínimas de alimento, de modo que su peso corporal se reduce a veces en forma peligrosa (Heker & Miller, 2005).

Según el DSM- V, los criterios para que una persona sea diagnosticada con una Anorexia Nerviosa son los siguientes:

A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. Peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.

B. Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.

C. Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del bajo peso corporal actual.

Existen diferentes subtipos de la anorexia nerviosa:

Tipo restrictivo: Durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo describe presentaciones en las que la pérdida de peso es debida sobre todo a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo.

Tipo con atracones/purgas: Durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas).

Para poder distinguir la gravedad en cada caso, se debe tener en cuenta el Índice de Masa Corporal (IMC). La gravedad mínima se basa, en los adultos, en el índice de masa corporal actual o, en niños y adolescentes, en el percentil del IMC.

Los límites siguientes derivan de las categorías de la Organización Mundial de la Salud para la delgadez en adultos; para niños y adolescentes, se utilizarán los percentiles de IMC correspondientes. La gravedad puede aumentar para reflejar los síntomas clínicos, el grado de discapacidad funcional y la necesidad de supervisión.

Leve: IMC 17 kg/m²

Moderado: IMC 16-16,99 kg/m²

Grave: IMC 15-15,99 kg/m²

Extremo: IMC < 15 kg/m

Existen ciertos factores de riesgo que pueden provocar a largo plazo, el diagnóstico de ésta enfermedad. Estos son los siguientes:

Temperamentales: Los individuos que desarrollan trastornos de ansiedad o muestran rasgos obsesivos en la infancia tienen mayor riesgo de desarrollar anorexia nerviosa.

Ambientales: La variabilidad histórica e intercultural que presenta la prevalencia de la anorexia nerviosa avala su relación con la cultura y los entornos en los que se valora la delgadez. Las profesiones y las aficiones que alientan la delgadez, como ser modelo o deportista de élite, también se relacionan con un mayor riesgo de presentar la enfermedad.

Genéticos y fisiológicos: Existe un mayor riesgo de presentar anorexia nerviosa y bulimia nerviosa entre los familiares biológicos de primer grado de las personas que tienen el trastorno. También se ha hallado un mayor riesgo de presentar trastornos depresivos y bipolares entre los familiares de primer grado de las personas con anorexia nerviosa, especialmente entre los familiares de los individuos que tienen el tipo con atracones/ purgas. Los porcentajes de concordancia para la anorexia nerviosa entre los gemelos monocigóticos son significativamente mayores que los observados en los dicigóticos. Se han descrito un conjunto de anomalías cerebrales en la anorexia nerviosa gracias a las técnicas de imágenes funcionales (imágenes de resonancia magnética funcional, tomografía de emisión de positrones).

No está claro hasta qué punto estos hallazgos reflejan alteraciones asociadas a la desnutrición o anomalías primarias asociadas al trastorno.

El riesgo de suicidio es elevado en la anorexia nerviosa, con tasas publicadas del 12 por 100.000 al año.

Teniendo en cuenta las consecuencias funcionales de la anorexia nerviosa nos podemos encontrar con individuos con un abanico de limitaciones funcionales. Algunas personas pueden mostrarse activas en los ámbitos profesionales y sociales mientras que otras muestran un aislamiento social significativo o incapacidad de mantener el potencial académico o la carrera profesional.

4.1.5 Bulimia nerviosa

La bulimia nerviosa suele comenzar en la adolescencia o en la edad adulta temprana. El inicio antes de la pubertad o después de los 40 años es infrecuente. Los atracones frecuentemente empiezan durante o después de una dieta para perder peso. La experiencia de varios acontecimientos estresantes puede también precipitar el inicio de la bulimia nerviosa. Los comportamientos de ingesta alterados persisten al menos durante varios años en un alto porcentaje de las muestras clínicas. El curso puede ser crónico o intermitente, con períodos de remisión alternándose con recurrencias de atracones. Sin embargo, en el seguimiento a largo plazo, los síntomas de muchos individuos parecen disminuir con o sin tratamiento, aunque el tratamiento afecta claramente al resultado.

Teniendo en cuenta los criterios diagnósticos en el DMS- V se tienen en cuenta las siguientes características para dicho trastorno:

A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:

1. Ingestión, en un período determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas.

2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).

B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.

C. Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.

D. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.

E. La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.

Se ha comunicado un riesgo significativamente alto de mortalidad (por suicidio y por todas las causas) en los individuos con bulimia nerviosa. La tasa bruta de mortalidad (TBM) de la bulimia nerviosa es cercana al 2 % por década. El cambio de diagnóstico de una bulimia nerviosa inicial a la anorexia nerviosa se produce en una minoría de casos (10-15 %). Los individuos que experimentan este tránsito a la anorexia nerviosa suelen volver a tener bulimia nerviosa o pueden tener varios episodios de cambio entre estos trastornos. Hay un subgrupo de personas con bulimia nerviosa que continúa con los atracones pero dejan de realizar comportamientos compensatorios inapropiados, por lo que sus síntomas cumplen los criterios del trastorno de atracones u otro trastorno de la conducta alimentaria especificado.

Teniendo en cuenta los factores de riesgo que pueden provocar a largo plazo el diagnóstico de ésta enfermedad. Encontramos los siguientes:

Temperamentales: las preocupaciones sobre el peso, la baja autoestima, los síntomas depresivos, el trastorno de ansiedad social y el trastorno de ansiedad generalizada en la infancia se asocian a un aumento del riesgo de desarrollar bulimia nerviosa.

Ambientales: se ha observado que la interiorización de un ideal de cuerpo delgado aumenta el riesgo de desarrollar preocupaciones por el peso, lo cual a su vez aumenta el riesgo de presentar una bulimia nerviosa. Los individuos que sufrieron abusos de carácter físico o sexual en la infancia tienen mayor riesgo de desarrollar bulimia nerviosa.

Genéticos y fisiológicos: la obesidad en la infancia y el desarrollo puberal temprano aumentan el riesgo de bulimia nerviosa. Puede existir una transmisión familiar de la bulimia nerviosa, así como vulnerabilidad genética para el trastorno.

Teniendo en cuenta las consecuencias de la bulimia nerviosa, nos podemos encontrar con individuos que presenten limitaciones funcionales asociadas al trastorno. Una minoría de individuos refiere deterioros funcionales graves y el ámbito de la vida social es el que más probablemente se puede ver afectado negativamente por la bulimia nerviosa.

La anorexia, según la enseñanza de Jacques Lacan, es un síntoma de deseo, de deseo particular, un deseo de nada. En la negativa de comer hay una verdad en juego, una relación constante entre lo vacío y lo lleno, donde incorporar para expulsar, mascar para escupir y muy particularmente, comer para vomitar se tornan vaivenes de la pérdida y reencuentro con el objeto a. Es así que al vomitar no buscan expulsar para no engordar, sino que incorporan y expulsan, dramatizando la pérdida y el reencuentro con el objeto a (Hekier & Miller, 2005).

Habitualmente, según Jacques Lacan, lo que se arriesga en este padecer es la vida misma y no solamente el vivir social, laboral y familiar. Las alteraciones que provocan la anorexia y la bulimia afectan al cuerpo biológico, la salud orgánica.

En los últimos tiempos, se pudo observar como estos trastornos alimenticios, los cuales ocasionan que una persona pase a un extremo cuando se trata de alimentos, han sido cada vez más concurrentes en edades cada vez más tempranas. Se puede observar una creciente incidencia de estos trastornos en la etapa adolescente, sujetos que se encuentran en una situación más vulnerable ya que, según Doltó, los sujetos en ésta etapa, se encuentran atravesando una fase de mutación, un progreso no lineal, lo cual puede producir que al intentar responder a un ideal de belleza, de completud, abundancia, puedan llevar a cabo estas prácticas, produciendo un trastorno alimentario.

4.1.6 Trastorno de atracones

La característica principal del trastorno de atracones son los episodios recurrentes de atracones que deben producirse, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses. Un "episodio de atracón" se define como la ingesta en un período determinado de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingeriría en un período similar y en circunstancias parecidas. El contexto en el que se produce la ingestión puede afectar a la valoración del clínico de si es o no excesiva.

Teniendo en cuenta los criterios diagnósticos en el DMS- V se tienen en cuenta las siguientes características para dicho trastorno:

A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:

1. Ingestión, en un período determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingeriría en un período similar en circunstancias parecidas.

2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o no se puede controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).

B. Los episodios de atracones se asocian a tres (o más) de los hechos siguientes:

1. Comer mucho más rápidamente de lo normal.

2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.

3. Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente.
 4. Comer solo debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere.
 5. Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado.
- C. Malestar intenso respecto a los atracones.
- D. Los atracones se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.
- E. El atracón no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio inapropiado como en la bulimia nerviosa y no se produce exclusivamente en el curso de la bulimia nerviosa o la anorexia nerviosa.

Para poder distinguir la gravedad en cada caso , se debe tener en cuenta la gravedad mínima de los episodios de atracones:

Leve: 1-3 atracones a la semana.

Moderado: 4-7 atracones a la semana.

Grave: 8-13 atracones a la semana.

Extremo: 14 o más atracones a la semana.

Teniendo en cuenta los factores de riesgo y el pronóstico de ésta enfermedad, nos encontramos con los genéticos y fisiológicos; el trastorno de atracones se da dentro de algunas familias, lo que podría reflejar influencias genéticas aditivas.

Por último, las consecuencias funcionales del trastorno de atracones están asociado a un abanico de consecuencias funcionales entre las que se encuentran los problemas de adaptación al rol social, el deterioro de la calidad de vida relacionada con la salud y con la satisfacción en la vida, un aumento en la morbilidad médica y la mortalidad, y una mayor utilización de los servicios de salud en comparación con los sujetos de control con igual índice de masa corporal (IMC). También puede asociarse a un aumento del riesgo de ganar peso y de desarrollar obesidad.

4.1.7 Otro trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos especificado

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos.

Algunos ejemplos de presentaciones que se pueden especificar utilizando la designación "otro especificado" son los siguientes:

1. Anorexia nerviosa atípica: Se cumplen todos los criterios para la anorexia nerviosa, excepto que el peso del individuo, a pesar de la pérdida de peso significativa, está dentro o por encima del intervalo normal.
2. Bulimia nerviosa (de frecuencia baja y/o duración limitada): Se cumplen todos los criterios para la bulimia nerviosa, excepto que los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, menos de una vez a la semana y/o durante menos de tres meses.
3. Trastorno de atracones (de frecuencia baja y/o duración limitada): Se cumplen todos los criterios para el trastorno de atracones, excepto que los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, menos de una vez a la semana y/o durante menos de tres meses.
4. Trastorno por purgas: Comportamiento de purgas recurrentes para influir en el peso o la constitución (p. ej., vómito autoprovocado, uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos) en ausencia de atracones.
5. Síndrome de ingesta nocturna de alimentos: Episodios recurrentes de ingesta de alimentos por la noche, que se manifiesta por la ingesta de alimentos al despertarse del sueño o por un consumo excesivo de alimentos después de cenar. Existe consciencia y recuerdo de la ingesta. La ingesta nocturna de alimentos no se explica mejor por influencias externas, como cambios en el ciclo de sueño-vigilia del individuo o por normas sociales locales. La ingesta nocturna de alimentos causa malestar significativo y/o problemas del funcionamiento. El patrón de ingesta alterado no se explica mejor por el trastorno de atracones u otro trastorno mental, incluido el consumo de sustancias, y no se puede atribuir a otro trastorno clínico o a un efecto de la medicación.

4.1.8 Trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos no especificado

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos en la categoría diagnóstica de los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos. La categoría del trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo de

incumplimiento de los criterios de un trastorno de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en servicios de urgencias).

4.2 Autoestima

A continuación, citaré las tres categorías que Góngora (2008) definió en relación a la autoestima, teniendo en cuenta la competencia y la valoración como maneras de abordar el concepto.

En primer lugar, definió a la competencia como el punto de partida desde donde se desarrolló el concepto de la autoestima, el cual se refiere a la valoración acerca del éxito o fracaso determinada por las experiencias a lo largo de la historia vital, las características de personalidad y los valores sociales. Consideró su origen en 1890 cuando William James planteó el concepto en el libro “Principios de Psicología”, en donde explicó que el sentimiento que posee el ser humano hacia sí mismo depende de lo que pueda ser y hacer y que se encuentra determinado por las condiciones de la realidad y las potencialidades (estándares y valores). En consecuencia, la autoestima es el resultado entre la división del éxito y las pretensiones personales, siendo considerada la valoración que hace de sí mismo como indicador de salud mental (Góngora, 2008). Asimismo, Polaino Lorente (2003) sugiere que tanto las pretensiones y el éxito se vinculan a tres factores: a) lo material, vinculado con la vanidad personal, modestia, orgullo económico, riqueza, o temor a la pobreza; b) lo social, relacionado con el orgullo social y familiar, la vanagloria, la afectación, la humildad y la vergüenza; y por último, c) lo espiritual, considerando el sentido de superioridad moral o mental, la pureza, el sentido de inferioridad o la culpa.

En segundo lugar, definió a la autoestima como valoración, planteada por Rosenberg (1965, en Góngora, 2008) quien considera que parte de una actitud, positiva o negativa, dirigida a un sujeto particular: el sí mismo. Esta valoración surge del proceso de discrepancia entre el valor percibido por los otros y por sí mismo, relacionado con valores y creencias. Según Epstein (1985, en Góngora, 2008), se afirma que la autoestima ocurre en un nivel explícito de la conciencia, pero la evaluación que se hace hacia uno mismo ocurre a un nivel implícito, considerando que las personas organizan la información adquirida de la experiencia generando teorías personales acerca de la realidad. De esta forma interpretan el pasado, el presente y les permite anticipar el futuro. El autor definió la autoestima como la necesidad humana básica de ser valorado, y por eso mismo, ocupa un rol central en la vida en tanto fuerza motivacional

consciente e inconsciente (Góngora, 2008). Finalmente, Góngora (2008) expone que la autoestima en la actualidad responde a la complejización de las teorías mencionadas, considerando la importancia de analizar tanto la competencia y la valoración.

4.2.1 Importancia de la Autoestima en el desarrollo del sujeto

Según Mejía Estrada, Pastrana Chávez y Mejía Sánchez (2011), la autoestima se construye durante toda la vida, por las experiencias pasadas y presentes, como así también por factores internos y externos que provocarán en los individuos impresiones, sentimientos y razonamientos que impactarán en el Yo, de modo que el resultado de cada una de las etapas aportará sentimientos de valía o de discapacidad. De tal forma, “las experiencias positivas y relaciones plenas ayudan a aumentar la autoestima, en tanto que las experiencias negativas y las relaciones problemáticas disminuyen la autoestima” (Mejía Estrada, Pastrana Chávez & Mejía Sánchez, 2011, pág. 7).

Asimismo, Polaino Lorente (2003), desde una perspectiva psicodinámica, considera que el proceso de la autoestima es sumamente importante en la implicancia del ideal del Yo, ya que manifiesta rasgos sobre la persona ideal que el individuo quiere llegar a ser. Su grado de cumplimiento posibilitará al sujeto estimarse en diferentes grados; relacionado con los sentimientos de admiración, es decir, características y cualidades que reproducen modelos sociales, inspiradores de su propio ideal. Así, definió el término como la convicción de ser digno de ser amado por sí mismo, y por este mismo motivo, por los otros. De tal forma, las personas tienen confianza objetiva en su mente y en su valor, se sienten seguras de sí mismas permitiéndoles juzgar positivamente los desafíos y oportunidades que se les presenten. Sostiene que la Autoestima fortalece la motivación y brinda energía, posibilitando alcanzar las metas y sentirse complacidos de sus propios logros. Por el contrario, su falta produce ansiedad, frustración y desesperación, considerando que la autoestima tiene valor de supervivencia, porque fomenta la capacidad para funcionar y adaptarse a los desafíos de la vida.

Branden (2011) mencionó la importancia del término Autoestima considerando que afecta significativamente la vida de las personas. Explicó que “un ser humano no puede realizarse en todo su potencial sin una sana autoestima, tampoco puede hacerlo una sociedad cuyos miembros no se valoran a sí mismos y no confían en su mente” (Branden, 2011, pág. 17). Explicó la importancia del contexto actual, donde la evolución de la sociedad industrial a la de la información, del trabajo físico al mental y el surgimiento de una economía global, caracterizada por un crecimiento acelerado tanto a nivel científico como tecnológico, genera altos niveles de

competitividad y nuevas demandas ante los individuos. Los cambios contextuales demandan a los individuos a desarrollar nuevos recursos psicológicos como: la innovación, la autonomía, la responsabilidad personal, la confianza en sí mismo, la iniciativa, y la independencia, englobándolas en el término autoestima, considerando que la sociedad actual requiere de individuos con niveles altos de autoestima que le permitan adaptarse a las diversas exigencias actuales por medio de mayores capacidades y recursos.

4.2.2 Medición de la Autoestima

Rosenberg (1965) define la autoestima como una actitud positiva o negativa hacia el sí mismo, es decir, el conjunto de percepciones, pensamientos, evaluaciones, sentimientos y tendencias de comportamiento dirigidas hacia sí mismo y los otros. Esta teoría vincula la implicancia de los factores sociales en la Autoestima, de manera que surge de un proceso de comparación, que involucra valores y discrepancias, desarrollados en la socialización. En consecuencia, si el resultado de la valoración entre el sí mismo real y el sí mismo ideal es pequeña, la Autoestima será mayor. Por el contrario, a mayor discrepancia del sí mismo real con el ideal, menor será la Autoestima, aun cuando la persona sea vista por otros como positiva.

Rojas Barahona, Zegers, y Förster (2009) menciona que, de los diversos instrumentos que miden la Autoestima, el más utilizado es la Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR), cuyo constructo propone a la Autoestima como un sentimiento hacia uno mismo, que puede ser positivo o negativo, el cual se construye por medio de una evaluación perceptiva de las propias características. El instrumento fue traducido y validado en diferentes países, presentando consistencia interna de la escala entre .76 y .87 y de confiabilidad .80. Se compone por diez ítems, divididos equitativamente en positivos y negativos (Por ejemplo: sentimiento positivo: “creo que tengo un buen número de cualidades”, sentimiento negativo: “siento que no tengo muchos motivos para sentirme orgulloso de mí”). Es un instrumento unidimensional que se contesta en una escala de cuadro alternativas que arrojan tres categorías: alta, media y baja. La puntuación obtenida oscila entre 10 como mínimo y 40 como máximo, categorizadas de la siguiente manera:

1) BAJA: Puntuación entre 0 y 25: Autoestima es baja, presenta problemas significativos de Autoestima. Mejía Estrada, Pastrana Chávez y Mejía Sánchez (2011) consideran que en las personas que presentan niveles bajos de Autoestima no fue estimulada en diferentes dimensiones en el desarrollo, tanto físico como afectivo-emocional, social, intelectual o cognitivo, quedando así insatisfechas, sin obtener un adecuado valor para su desarrollo

personal, es decir, no han aprendido a valorarse, por lo que experimentarán en el transcurso de la vida, sentimientos de inadecuación, incapacidad, inseguridad, indefensión y desvalorización.

2) MEDIA: Puntuación entre 26 y 29: no presenta problemas en la Autoestima. Echeburúa y Requesens (2012) plantean que niveles adecuados de Autoestima son fundamentales para el equilibrio emocional de la persona, posibilitando tener una actitud positiva hacia la vida, ya que sobre ésta se construye la personalidad.

3) ALTA: Puntuación entre 30 y 40: puede presentar problemas significativos en la Autoestima. Mejía Estrada, Pastrana Chávez y Mejía Sánchez (2011) consideran que en las personas que presentan niveles altos de Autoestima expresan la satisfacción de necesidades adecuadas durante el desarrollo, de forma que el sujeto ha aprendido a valorarse por sí mismo. Lo que reflejará sentimientos como: autoconfianza, honestidad, sinceridad, lealtad, entre otros, es decir, que contará con recursos que le posibilitarán alcanzar los objetivos que se proponga sorteando las dificultades que se le presenten de manera asertiva, siendo consciente de sus alcances y limitaciones, donde estas últimas no son tomadas como obstáculos sino como un desafío motivacional para su desarrollo. Buscando modelos ideales que puedan confiar y respetar que le sirvan de referencia para las dudas propias del momento, actuando de forma independiente, entusiasta, responsable, orgulloso y con una mayor amplitud emocional.

4.3 Adolescencia

Habitualmente, se utiliza la palabra adolescencia como un conjunto de características unitarias que se definen en un periodo de la vida que abarca aproximadamente la segunda década, pero para esto no es así, ya que con demasiada frecuencia, el énfasis recae en lo que es típico, a grandes rasgos. En su acepción más amplia, se considera a la adolescencia como un segundo proceso de individuación; el primero se ha completado hacia el final del tercer año de vida con el logro de la constancia objetal. El proceso psicológico de “salir del cascarón” pasa a ser, en la adolescencia el emerger desde la familia hacia el mundo adulto, hacia la sociedad global. La individuación adolescente puede describirse, asimismo, como un desasimiento progresivo de los objetos de amor primarios, o sea, de las figuras parentales, infantiles o sus sustitutos (Blos, 2003)

Durante esta etapa, los adolescentes comienzan a re-descubrirse y muchas veces llevan a cabo una representación corporal de sí mismos que es errónea a la realidad. Esta representación mental es la que conocemos como imagen corporal. Es la manera en como la persona se ve, y/o se imagina a sí mismo. Esta imagen se crea a partir del registro visual con el

propio cuerpo siempre situado en un determinado contexto y una determinada cultura que lo definen a lo largo de su proceso evolutivo. Hoy en día, las expectativas culturales actuales, en suma con una errónea imagen corporal y una creencia negativa de si mismo (baja autoestima) hacen factible la idea de que muchos adolescentes sean impulsados a llevar a cabo comportamientos en los adolescentes que pueden provocar trastornos en su imagen corporal, llevando a cabo conductas alimentarias de riesgo, como ser, ayunos prolongados, el uso de laxantes o pastillas para adelgazar, excesivo ejercicio físico, vómitos autoinducidos, etc., que pueden desembocar a corto o largo plazo en un trastorno alimentario.

Doltó, psicoanalista francesa, describe este pasaje metafóricamente como un segundo nacimiento (lo mismo proponía Rousseau hace más de un siglo), en el que el joven debe desprenderse poco a poco de la protección familiar, como al nacer se desprendió de la placenta. Esta autora compara el tiempo de la adolescencia con el momento en que las langostas pierden su caparazón y quedan indefensas mientras construyen uno nuevo. En el transcurso de este proceso de transformación, que no le resulta fácil, que muchas veces lo desconcierta o le provoca miedo e inseguridad, el adolescente suele presentar algunas manifestaciones preocupantes del punto de vista de los adultos de su entorno. Estas manifestaciones pueden abarcar, desde desprolijidad en su aspecto físico, falta de interés por la limpieza y el orden, desafío a la autoridad, provocación directa de los adultos, bajo rendimiento escolar, repetición del año, abandono de la escuela, dormir en exceso, o vagar, hasta conductas que lo ponen en franca situación de riesgo, como ejercicio prematuro de la sexualidad, fugas del hogar, consumo abusivo de alcohol y/o drogas, conducir sin licencia o con temeridad, trastornos alimentarios, actos delictivos e intentos de suicidio (que, lamentablemente, en muchos casos son exitosos).

Desde la aparición del estudio de Ronsenberg (1965), ha habido un conjunto sustancial de investigaciones sobre diversos aspectos de la autoestima. la mayor parte de esos estudios ha venido a reconocer que no sólo el autoconcepto es multidimensional, sino que la propia autoestima probablemente también lo es. Según Coleman y Hendry (2003), la satisfacción con la propia apariencia física es lo que más contribuye a la autoestima global.

5. Metodología

5.1 Diseño

Para ésta investigación, se tuvo en cuenta la clasificación que conceptualizó Hernández Sampieri (2006) en Metodología de la Investigación. El tipo de investigación al que apuntó este trabajo, estableció los siguientes criterios:

En cuanto a la finalidad, la investigación realizada fue de tipo aplicada (también denominada práctica, activa, dinámica). Esta investigación se aplicó a problemas concretos, en circunstancias y características concretas. Esta forma de investigación se dirige a su aplicación inmediata. Asimismo, se llevó a cabo en un contexto de prevención/ promoción de salud, ya que se halló interesada en la detección precoz de los Trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Según el alcance, se consideró a la investigación como cuantitativa ya que fue diseñado para evaluar, predecir y estimar los comportamientos de los adolescentes mediante una serie de estrategias de muestreo.

A través de la estrategia cuantitativa se buscó un conocimiento sistemático, comprobable y comparable, medible cuantitativamente y replicable (Vieytes, 2004).

Las fuentes de datos seleccionadas fueron a través de fuentes secundarias ya que las conclusiones fueron tomadas de revisiones de resultados científicos.

Por otro lado, a lo largo de esta investigación, se recogieron datos de primera mano a través de encuestas e información no abreviada. Éstas, cumplen el propósito de ser puestas en evidencia para llevar a cabo nuevas búsquedas y resultados.

Con respecto a los objetivos, la investigación fue de tipo correlacional ya que estos tipos de estudios asocian variables mediante un patrón predecible para un grupo o población (Hernández Sampieri, 2006).

En ésta investigación, cada variable fue presuntamente relacionada y, después, se midió y analizó la correlación. De esta manera, el propósito fue conocer la relación que existe entre las dos variables y a partir de ésto, llegar a una conclusión.

En cuanto al grado de control, el presente trabajo es no experimental ya que es una investigación en la cual "no se construye ninguna situación, sino que se observan situaciones ya existentes, no provocadas intencionalmente en la investigación por quien la realiza" (Hernandez Sampieri, 2006). Este tipo de investigación fue considerada no experimental ya que llevó a cabo la observación de los fenómenos en su ambiente natural para luego analizarlos.

Según el factor temporal, el estudio fue transversal ya que los datos refieren a un momento dado en una población específica. Los sujetos se observaron en un momento determinado y los datos de cada sujeto representaron un momento en el tiempo.

5.2 Participantes

Para poder determinar o no correlación entre las variables, es decir, la incidencia de la autoestima en el riesgo de padecer un trastorno alimenticio, se definió en primera instancia la población de análisis. En este caso, fueron todos aquellos adolescentes de sexo femenino y masculino que tengan entre 13 a 18 años de edad y que se encuentren estudiando en escuelas públicas o privadas en cualquier turno (mañana/ tarde o noche) de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires o en la Provincia de Buenos Aires.

Los mismos alumnos accedieron a completar los 3 instrumentos de manera voluntaria para lograr los fines académicos de la Universidad Argentina de la Empresa en la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales, firmando previamente un consentimiento informado (Ver Anexo I), en el cual se detalló brevemente el objetivo de la investigación, el carácter estrictamente anónimo de la participación y a su vez la no devolución de ningún tipo de resultado a todos los participantes.

Es importante tener en cuenta para la muestra, tanto los criterios de inclusión como de exclusión:

Criterios de inclusión:

- Adolescentes de 13 a 18 años de sexo femenino y masculino
- Adolescentes que asistan a escuelas públicas o privadas (turno mañana, tarde o noche)
- Adolescentes que asistan a escuelas dentro de Capital Federal o Provincia de Buenos Aires.
- Adolescentes que acepten participar firmando el consentimiento informado

Criterios de exclusión:

- Adolescentes que estén diagnosticados con un Trastorno Alimentario
- Adolescentes con algún tipo de trastorno mental que no puedan entender las consignas del cuestionario.

Se empleó una muestra probabilística por racimos, ya que los cuestionarios se aplicaron a una unidad de análisis encapsulada o encerrados dentro de un mismo lugar físico.

Por otra parte, el procesamiento de los datos y las pruebas realizadas fueron mediante el uso del software estadístico de IBM SPSS.

La media de la edad de la población evaluada fue de 16 años. Distribuyéndose la muestra en un 65% de mujeres y un 35% hombres. A su vez el 55,83% de la muestra se compuso de adolescentes que asisten a una escuela de gestión pública, mientras que el 44,17% asisten a escuela de gestión privada.

5.3 Instrumentos

De acuerdo a la pregunta de investigación planteada para este estudio, la solución metodológica que se plantea es mediante la toma de dos test empíricamente validados y un cuestionario sociodemográfico confeccionado específicamente para ésta investigación. La finalidad de aplicación de estos test fue poseer datos fehacientes, de un recorte de la población en estudio, para lograr determinar la relación o no de las variables Autoestima y Riesgo de Trastorno Alimenticio en hombres y mujeres de entre trece y dieciocho años de edad que se encuentren asistiendo a una escuela pública o privada.

1- Cuestionario Socio-Demográfico

Se entregó a los participantes, luego de la aceptación del consentimiento informado, en primer lugar un cuestionario socio-demográfico que incluía variables de sexo, edad, escuela pública o privada. El fin del cuestionario detallado, fue para poder tener en cuenta en qué edad y grupo etario inciden más las variables estudiadas en ésta investigación.

2- Escala de Autoestima de Rosemberg

Cuestionario para explorar el autoestima personal entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo. Se trata de uno de los instrumentos más utilizados para la medición global de la autoestima. Fue desarrollada originalmente por Morris Rosenberg (1965) para la evaluación de la autoestima en adolescentes. Está compuesta por 10 ítems cuyos contenidos se centran en los sentimientos de respeto y aceptación de sí mismo/a. La mitad de los ítems están enunciados positivamente y la otra mitad negativamente. La escala se ha evaluado en distintos grupos etáreos: niños, adolescentes y adultos, encontrándose en todos los casos adecuadas propiedades psicométricas del instrumento.

La autoestima según el estudio realizado por Góngora, V; Fernandez Liporace, M. Y Castro Solano, A., (2010), es una actitud acerca del sí mismo que está relacionada con las creencias personales sobre las propias habilidades, las relaciones sociales y los logros futuros. El estudio de la autoestima, se centra principalmente en sus dos niveles: alta y baja autoestima. Se considera que un alta autoestima tiene una función hedónica o de bienestar general ya que la persona se siente bien con respecto a sí mismo, a su vida y a su futuro. La alta autoestima se asocia con extraversión, autonomía, autenticidad, conducta prosocial, satisfacción en las relaciones interpersonales, buen desempeño laboral, adecuada resolución de problemas y buen manejo de estrés. Por su parte, la baja autoestima, se relaciona con la falta de confianza en sí mismo, depresión, soledad, introversión social, inestabilidad, pesimismo, evitación de riesgos e hipersensibilidad así como más de 20 trastornos mentales del DSM- IV en forma de criterio diagnóstico o como rasgo asociado.

La escala de Rosenberg, es una de las escalas más utilizadas para evaluar el autoestima. Aunque en sus inicios fue diseñada como escala de Guttman, posteriormente su puntuación se ha venido a utilizar habitualmente como escala tipo Likert, donde los ítems se responden en una escala de cuatro puntos (1= Muy de acuerdo, 2= De acuerdo, 3= En desacuerdo, 4= Totalmente en desacuerdo). Para su corrección se invierten las puntuaciones de los ítems enunciados negativamente (3,5,8,9,10) y posteriormente se suman todos los ítems, oscilando la puntuación total, por tanto, entre 10 y 40.

Tiempo de aplicación: 5-10 minutos

Tipificación: Baremación en centiles según el sexo y la edad

Material: Manual, escala y baremos.

Aplicación: Individual, colectiva y autoadministrable en adolescentes (a partir de los 12 años) y adultos.

Ámbito: Clínico

Propiedades psicométricas: La escala ha sido traducida y validada en castellano. La consistencia interna de la escala se encuentra entre 0,76 y 0,87. La fiabilidad es de 0,80

En relación a la validación del Test de Autoestima de Rosenberg, en la Provincia de Buenos Aires, Argentina, Góngora (2006) realizó un estudio en la población general de la Ciudad de Buenos Aires, con una muestra de 171 personas adultas (86 hombres y 85 mujeres), con una media de 32.35. Consideró el concepto de la Autoestima como el aspecto evaluativo del autoconcepto y la visión global de sí mismo como valioso, relacionado con las creencias

personales, las habilidades sociales, las relaciones sociales y los logros futuros. Los resultados de la investigación refieren a que no se encontraron diferencias significativas por género, por lo que se puede utilizar tanto en hombres como en mujeres, sin alterar la escala. Respecto al análisis factorial mostró que dos ítems no eran adecuados a la adaptación de la escala en la población, demostrando que el ítem 8: “me gustaría sentir más respecto por mí mismo”, si bien es negativo, no tiene propiedades negativas. Los coeficientes alfas de consistencia interna para la escala total son adecuados ($\alpha = .62$); como así también, para cada factor ($\alpha = .61$) y ($\alpha = .46$), respectivamente.

3- Cuestionario de Actitudes hacia la Comida (EAT)

Los autores de este cuestionario son Garner y Garfinkel.

A partir de este cuestionario, se busca detectar a personas con riesgo de padecer un trastorno alimentario. El cuestionario evalúa el miedo a engordar, motivación para adelgazar y patrones alimentarios restrictivos. Resulta idónea para identificar problemas alimentarios en poblaciones no clínicas, aunque no es capaz de discriminar entre anorexia y bulimia.

La aplicación es preferiblemente a jóvenes y adolescentes (de ambos sexos).

Cantidad de ítems: 40

La versión original presenta una fiabilidad de 0,79 para el grupo de anorexia y 0,94 para el grupo control; validez concurrente 0,87 con el criterio del grupo de anoréxicas; buena sensibilidad a los efectos de una intervención.

Con respecto a la aplicación, el tiempo de administración es entre 10 y 15 minutos. La persona debe calificar las afirmaciones que contienen los ítems en una escala de frecuencia con seis alternativas que van de “nunca” a “siempre”.

Por último, con respecto a la corrección y aplicación, en los ítems directos, nunca=0, casi nunca=0, algunas veces=0, bastantes veces=1, casi siempre=2 y siempre=3. Los ítems indirectos (1,18, 19, 23, 27 y 39) se puntúan de forma inversa a los directos. Los ítems pueden ser clasificados según 3 subescalas (dieta y preocupación por la comida: 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 14, 15, 16, 17, 20, 21, 22, 25, 27, 29, 30, 31, 32, 34, 36, 37, 38, 39; presión social percibida y malestar con la alimentación: 3, 8, 12, 24, 26, 33, 34, 5; trastornos psicobiológicos: 13, 19, 28, 29, 35, 40). El punto de corte propuesto en la versión original es de 30.

A partir de la obtención de los resultados de la muestra, se utilizará como instrumento de análisis cuálitativo de datos el *Statistical Product and Service Solutions* (SPSS). Éste instrumento es una potente herramienta de tratamiento de datos y análisis estadístico y es el más utilizado en investigación aplicada a las Ciencias Sociales.

6. Resultados

Se llevaron a cabo estadísticas descriptivas de las variables en estudio, previas a las pruebas para cumplir con los objetivos de la investigación.

La media de la autoestima general percibida en el grupo a analizar es de 25,72 puntos (DE=4,76), considerándose como media por no superar los 30 puntos, de acuerdo a los parámetros de la Escala de Autoestima de Rosenberg (1965).

Con respecto a la otra variable analizada, el riesgo de padecer un trastorno alimenticio en la población medida, tiene una media de 38,93 puntos (DE=23,12) considerándose como crítica según el Ministerio de Sanidad y Consumo del Servicio Aragonés de salud (2000).

Tabla 1: Descriptivos Autoestima, Riesgo a padecer un trastorno alimenticio en total de la muestra

	<i>Autoestima</i>	<i>Total Riesgo a padecer un trastorno alimentario</i>	<i>Dieta y Preocupación por la comida</i>	<i>Presión Social Percibida y Malestar con la alimentación</i>	<i>Trastornos Psicobiologicos</i>
	(n= 120)	(n= 120)	(n= 120)	(n= 120)	(n= 120)
Media	25,72	38,93	28,86	5,23	3,88
Desv. típ.	4,76	23,13	19,36	4,57	3,39
Mínimo	12	2	0	0	0
Máximo	37	89	62	18	11

6.1 Objetivo General

Considerando el objetivo general de “determinar en adolescentes de trece a dieciocho años de edad, la relación existente entre las variables autoestima y riesgo a padecer un trastorno alimenticio” y como hipótesis general: “¿La baja autoestima, es un factor que incide en los adolescentes para que estos desarrollen conductas alimentarias de riesgo?”. Se realizó una correlación lineal a través de la prueba *r* de Pearson la cual arrojó como resultado que el valor del estadístico fue de $-0,532$. Se puede observar, a partir de ésta correlación entre ambas

variables que la misma es negativa y muy significativa, lo cual permite afirmar la hipótesis general, considerando que la autoestima influye e incide en los adolescentes para que desarrollen o no un trastorno alimenticio. Es decir que a mayor autoestima menor probabilidad de riesgo a padecer un trastorno alimenticio.

Tabla 2: Correlación de Pearson entre Autoestima y Riesgo a padecer un trastorno alimentario

n= 120

Riesgo a padecer un trastorno alimentario	
Autoestima	-,532**

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

A partir de éstos resultados se puede corroborar que la baja autoestima es considerada un factor de riesgo para la insatisfacción corporal, las conductas dietantes y los trastornos alimenticios.

6.2 Objetivos Específicos

Retomando el primer objetivo específico que fue establecer la correlación existente entre la autoestima y la subdimensión *dieta y preocupación por la comida* del cuestionario de Actitudes hacia la Comida, se realizó la correlación *r* de Pearson.

Tabla 3: Correlación de Pearson entre Autoestima y Dieta y Preocupación por la comida

n= 120

Dieta y Preocupación por la comida	
Autoestima	-,560**

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

En dicha correlación se obtuvo un valor *r* de -.560 arrojando un nivel de significación alto. Dado que el coeficiente es significativo al nivel 0,01 se asume que hay un 99% de confianza de que la correlación sea verdadera. Es decir, a mayores niveles de autoestima menor es el nivel de dieta y preocupación por la comida.

Con estos resultados se puede advertir que toda aquella persona que posea un nivel de autoestima bajo y que no se encuentre satisfecho con su imagen corporal, comienza a

preocuparse por los alimentos que tienen calorías y a llevar a cabo conductas dietantes para bajar de peso ya que para éstos adolescentes, el aumento fisiológico de la adiposidad contribuye a una menor satisfacción con la imagen corporal y por lo tanto a una baja autoestima.

A partir de estas conductas, que generalmente se inician con una dieta, se pueden llegar a establecer también círculos viciosos que incrementarían el riesgo de bulimia y el comer compulsivo. Dentro de los comportamientos inadecuados de control de peso están la dieta restrictiva, el ayuno, los vómitos auto inducidos, el uso de laxantes y diuréticos de los cuales la dieta restrictiva es una de las estrategias más utilizadas (Contreras; Moran; Frez; Lagos; Marín; Pinto & Suzarte, 2015)

Siguiendo con los objetivos específicos del estudio, se procedió a realizar la correlación r de Pearson para determinar si existe relación entre la Autoestima y la subdimensión de *presión social percibida y malestar con la alimentación*.

Tabla 4: Correlación de Pearson entre Autoestima y Presión Social Percibida y Malestar con la alimentación

n= 120

Presión Social Percibida y Malestar con la alimentación	
Autoestima	-,203*

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Se detectó en dicha prueba que ambas variables correlacionan negativamente, al igual que las anteriores, pero ésta vez, a diferencia de la correlación anterior, los niveles de correlación son menores, con un error de probabilidad en la detección de dicha correlación del 5%. Si bien existe una relación entre dichas variables la misma es menor que la correlación general entre la Autoestima y la variable, y la subdimensión de dieta y preocupación por la comida.

Se puede observar que en estos adolescentes, la presión social y el malestar con la alimentación no afecta tan significativamente sus niveles de autoestima. Si bien piensan que el estar delgado contribuye a sentirse mejor consigo mismos y a tener una percepción más favorable acerca de su imagen corporal, no consideran notablemente que la presión social y el malestar con la alimentación contribuyan a sus niveles de autoestima.

La presión social que se vive hoy en día donde permanentemente se privilegia el ideal estético de delgadez, exhibiendo como modelos a figuras exitosas que lo representan y animan a su imitación, éstos adolescentes no consideran que éstas presiones influyan en su autoestima.

Por último, teniendo en cuenta el objetivo específico III en donde se planteó indagar sobre la incidencia de la autoestima y la subdimensión *trastornos psicobiológicos* del cuestionario de Actitudes hacia la Comida, nuevamente se realizó la prueba *r* para obtener el nivel de correlación entre las variables.

Tabla 5: Correlación de Pearson entre Autoestima y Trastornos Psicobiológicos

n= 120	
Trastornos Psicobiológicos	
Autoestima	-,382**

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

De acuerdo a la correlación obtenida entre la autoestima y la subdimensión trastornos psicobiológicos, podemos determinar que a mayor autoestima menor es la relación de que los individuos padezcan trastornos psicobiológicos. La correlación obtuvo un valor de -.382, siendo la misma altamente significativa con un nivel de 0,01.

Muchas veces el ser humano al sentirse disconforme con si mismo, con su Yo, y al no poder adaptarse normalmente al medio ambiente y a su entorno, comienza a desarrollar comportamientos que en éste caso, lo llevan a producir malestares como dolor abdominal, dolor de cabeza, contracturas, nauseas, etc.

Al llevar a cabo ésta correlación inversa entre autoestima y trastornos psicobiológicos, podemos advertir que a mayor autoestima, menor es el riesgo de que una persona se sienta mejor consigo misma y para esto desarrolle conductas adaptativas hacia su entorno y medio ambiente. Logrando, de ésta manera, una vida sin malestares, dolores, enfermedades. Es decir, con menos riesgo a padecer trastornos psicobiológicos.

Los individuos que padecen baja autoestima y a partir de esto, logran desarrollar éstos trastornos, además de una variedad de quejas somáticas, pueden tener molestias psicológicas, comúnmente, trastorno de ansiedad y de estado de ánimo.

Estos trastornos psicobiológicos se caracterizan por una historia con dolencias físicas que comienzan antes de los 30 años que ocurren a través de los años y resultan en tratamiento o deterioro significativo en áreas de funcionamiento importantes. Pueden ser; síntomas de dolor; síntomas gastrointestinales (por ejemplo náusea, diarrea, gases); síntoma sexual (por ejemplo flujo menstrual excesivo, disfunción eréctil) o algún síntoma pseudoneurótico (por ejemplo, visión doble, mala coordinación o equilibrio, dificultad para deglutir) (Adler y colaboradores, 1994; Kirmayer & Robbins, 1991; Lieb y colaboradores, 2002; Rief y colaboradores, 1998).

En base a esto, se puede advertir que aquella persona que cuenta con una autoestima bajo y no se siente satisfecho conmigo mismo, posee más posibilidades de enfermarse ya que su sistema inmune se encuentra susceptible de ser afectado por éstos factores externos y a partir de esto, desarrolla los trastornos psicobiológicos.

Dado estos resultados, se puede inferir que a mayores niveles de autoestima menores serán los niveles de riesgo a padecer un trastorno alimenticio, Es decir, se detectó que existe correlación significativa entre las dos variables estudiadas donde al aumentar una, disminuye la otra.

A partir de éstos resultados se puede observar que existe una semejanza entre ésta investigación y aquellas que se llevaron a cabo en el estado del arte, en las cuales, se llega a conclusiones en las cuales, la baja autoestima en los adolescentes, contribuye y afecta a desarrollar conductas alimentarias de riesgo. Esto se puede ver claramente en la investigación realizada por Ortiz Viveros & Moreno González (2009) "Trastorno Alimentario y su Relación con la Imagen Corporal y la Autoestima en Adolescentes", en la cual, en lo relativo a la relación entre trastornos alimentarios y la autoestima, los resultados son contundentes, indicando una relación significativa negativa entre ambas variables, es decir, al aumentar el puntaje en trastornos alimentarios, los puntajes en autoestima disminuyen.

Teniendo en cuenta los objetivos específicos nro. 4 y nro. 5, donde se estableció detectar las posibles diferencias de la Autoestima y en el Riesgo de padecer un trastorno alimenticio en hombres y mujeres, se realizó una prueba *t* de comparación de medias.

Autoestima y Conductas alimentarias de riesgo en adolescentes
Agostini, Andrea – Lic. Psicología

Tabla 6: Diferencias de la Autoestima y Riesgo de trastorno alimenticio según sexo

	Grupo Mujeres <i>n</i> = 78	Grupo Hombres <i>n</i> = 42	prueba <i>t</i>
Autoestima	25,192	26,690	,101 ns
Riesgo de Trastorno Alimenticio	37,83	40,98	,480 ns

A partir de ésta comparación entre ambas medias de la muestra total, se puede advertir que entre el grupo de mujeres y el grupo hombres no existe una relación significativa en base al autoestima y al riesgo de padecer un trastorno alimenticio.

Teniendo en cuenta la autoestima, los resultados arrojaron un valor *t* de ,101. Por lo que se puede observar que no hay una diferencia significativa entre el autoestima de las mujeres y el autoestima de los varones.

Con respecto al riesgo de padecer un trastorno alimenticio, los resultados arrojaron un valor *t* de 480. Se puede observar que ésta comparación tampoco es significativa en esta variable.

En base a éstos resultados se puede concluir que, si bien existe una diferencia mínima éntre ambos sexos, tanto las mujeres como los hombres adolescentes de entre 13 a 18 años de edad, sufren con respecto a su autoestima de igual manera y tienen riesgo de padecer un trastorno alimenticio.

Teniendo en cuenta el objetivo numero 6, se retomó el objetivo general del estudio y se realizaron las correlaciones entre autoestima y Riesgo de trastorno alimenticio en hombres y en mujeres por separado. En éste punto se examinó la relación entre autoestima y Riesgo de padecer un trastorno alimenticio tanto en hombres como en mujeres.

Los resultados fueron los siguientes:

Autoestima y Conductas alimentarias de riesgo en adolescentes
Agostini, Andrea – Lic. Psicología

Tabla 7: Correlación de Pearson entre Autoestima y Riesgo a padecer un trastorno alimenticio según el sexo

	Mujeres n= 78	Hombres n= 42
	Riesgo a padecer un trastorno alimentario	Riesgo a padecer un trastorno alimentario
Autoestima	-,485**	-,653**

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Vemos que entre ambos grupos hay diferencias siendo la correlación entre dichas variables, más fuerte en el grupo de hombres que en el grupo de mujeres. Si bien ambas correlaciones fueron significativas, se puede concluir que la relación entre el aumento de autoestima y la disminución del riesgo a padecer un trastorno alimenticio es más fuerte en el sexo masculino.

Es de gran relevancia éste resultado ya que a partir de esto, se puede observar que si bien las conductas dietantes en las mujeres están bien documentadas, las expectativas culturales actuales estarían contribuyendo a los trastornos de la alimentación en ambos sexos.

Los hombres tienden a adquirir la forma muscular mesomórfica como su ideal y creen que las mujeres buscan como ideal a un hombre musculoso y por otro lado, las mujeres tienden a considerar a los hombres con pectorales mas desarrollados como más atractivos (Facchini, 2006).

En 1993, Harrison Pope observó sobre una población de 108 físico-culturistas, que determinados individuos creían tener la apariencia de débiles y pequeños cuando en realidad eran fuertes y grandes; a su vez, referían evitar situaciones sociales, lugares o utilizaban ropas abrigadas aun en climas calurosos por temor a su apariencia; cuando no podrían evitar la exposición, ésta era vivida con gran sufrimiento. A éste cuadro lo denominaron “vigorexia”. Éste trastorno es una entidad psiquiátrica definida como una preocupación excesiva por un defecto mínimo o inexistente, que consume tiempo en exceso e interfiere con la vida de relación del ser humano que la padece (Facchini, 2006).

Es por éste motivo que si los hombres adolescentes de 13 a 18 años que no poseen un nivel de autoestima estable y no se sienten satisfechos con su propio cuerpo, tienden a padecer un riesgo de trastorno alimenticio.

Teniendo en cuenta el ultimo objetivo, a saber: analizar la existencia a padecer Riesgo de trastorno alimenticio en cuanto a la franja etaria, se procedió a segmentar la muestra en dos grupos de edades: el primer grupo conformado por mujeres y varones de entre 13 a 15 años de edad y el segundo grupo, conformado por hombres y mujeres de 16 a 18 años de edad. A partir de esto, observó cómo ésta variable aumenta o disminuye en relación al autoestima.

Se observó con respecto al autoestima, que aquellos que se encuentran dentro del primer grupo etario, poseen un nivel de ésta variable mayor (AU= 27,87) en relación a aquellos que se encuentran entre los 16 y 18 años (AU=24,59)

Con respecto al Riesgo de Trastorno Alimenticio, se observó que aquellos que poseen entre 13 y 15 años, tienen un riesgo a padecer éste trastorno mucho menor que los últimos en relación a la variable autoestima.

En base a esto se puede ver claramente que aquellos adolescentes que se encuentre entre los 16 y los 18 años de edad, al tener menos autoestima, tienen mayor riesgo de poseer un trastorno alimenticio que aquellos que se encuentran entre los 13 y 15.

Esto se puede advertir en la investigación de Unikel Santocini, C., Bojórquez Chapela, L.; Villatoro Velazquez, J.; Fleiz Bautista, C. & Mora Icaza, M. E (2006) en el cual, al analizar los datos de riesgo de padecer un trastorno alimenticio por rango de edad, se observó que conforme aumenta la edad, hay mayor porcentaje de sujetos que muestras conductas alimentarias de riesgo.

A continuación se ven expresadas las medias de las variables trabajadas dentro de los dos grupos segmentados:

Autoestima - 13 a 15 de edad	27,87
Riesgo de Trastorno Alimenticio- 13 a 15 de edad	21,90
Autoestima- 16 a 18 de edad	24,59
Riesgo de Trastorno Alimenticio- 16 a 18 de edad	41,77

Para poder dilucidar éstas mismas diferencias pero teniendo en cuenta el sexo, se procedió a realizar la misma segmentación de la muestra pero primero teniendo en cuenta el sexo femenino y luego con el masculino.

A continuación podemos observar cómo en el sexo femenino, el autoestima de aquellas mujeres que poseen entre 13 y 15 años es un poco más alto (26,24) que aquellas que tienen entre 16 y 18 años de edad (24,57). Teniendo en cuenta el Riesgo a padecer un trastorno alimenticio, aquellas mujeres que tienen entre 13 a 15, poseen una media de 24,82, mucho más bajo que las que tienen entre 16 y 18 años de edad (45,53).

Por lo tanto, se observó una vez más que existe mayor riesgo de padecer un Trastorno alimenticio en relación a la variable Autoestima en aquellos adolescentes, en éste caso mujeres, que poseen entre 16 y 18 años de edad ya que el valor de la media es visiblemente más alto, duplicándose. Por lo tanto, al tener un autoestima bajo, el riesgo de padecer un trastorno alimenticio entre los 16 y 18 años de edad, es considerablemente mucho mayor que en aquellas mujeres que tienen entre 13 y 15 años de edad.

Según la investigación de Unikel Santocini, C., Bojórquez Chapela, L.; Villatoro Velazquez, J.; Fleiz Bautista, C. & Mora Icaza, M. E (2006) al analizar los datos por diferencia entre sexo, observó que en el grupo de las mujeres existe un incremento a padecer éste trastorno siendo el más afectado.

Autoestima- 13 a 15 de edad	26,24
Riesgo de Trastorno Alimenticio- 13 a 15 de edad	24,82
Autoestima- 16 a 18 de edad	24,57
Riesgo de Trastorno Alimenticio- 16 a 18 de edad	45,53

Al segmentar la muestra teniendo en cuenta el sexo masculino, se observó que aquellos que tienen entre 13 y 15 años tienen mayor autoestima (31,83) que aquellos que se encuentran entre 16 y 18 años de edad (24,63).

Teniendo en cuenta la variable Riesgo de trastorno alimenticio, se pudo observar, como entre los 16 y 18 años la variable aumenta superando el doble el valor de la media de aquellos adolescentes que tienen entre 13 a 15 años de edad.

Por lo que, se pudo advertir una amplia correlación inversa entre aquellos adolescentes entre 16 a 18 años de edad ya que a menor autoestima, mayor riesgo de trastorno alimenticio.

De la misma manera en que la muñeca Barbi ha modelado la imagen corporal de las niñas actualmente lo harían los muñecos de acción con los varones. Estos muñecos presenan

objetivos físicos inalcanzables aún para el más corpulento de los fisicoculturistas. El mismo tipo de publicidad que bombardeó a las mujeres por muchos años con imágenes de delgadez inalcanzable, modelos perfectas y dietas mágicas está ahora enfocando a los adolescentes jóvenes (Facchini, 2006).

Al igual que la búsqueda de delgadez en las mujeres, la búsqueda de muscularidad puede tener consecuencias físicas y psicológicas adversas en los varones adolescentes. Un bajo autoconcepto y una tendencia a autovalorarse en términos de figura corporal serían predictivos de la posibilidad de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria (Facchini, 2006).

Autoestima -13 a 15 de edad	31,83
Riesgo de Trastorno Alimenticio- 13 a 15 de edad	14,83
Autoestima - 16 a 18 de edad	24,63
Riesgo de Trastorno Alimenticio- 16 a 18 de edad	51,43

7. Discusión

En respuesta a la pregunta de investigación de éste estudio, centrada en poder determinar si la variable autoestima es un factor que incide en los adolescentes para que estos desarrollen conductas alimentarias de riesgo los resultados indican que ante una baja autoestima ésta incide elevando el riesgo a padecer un trastorno alimentario tanto en mujeres como en hombres escolarizados de 13 a 18 años de edad, ya que a través de una correlación lineal, la r de Pearson, arrojó un valor estadístico de $-0,532^{**}$.

Se concluyó que efectivamente, el Autoestima es una variable que influye en los adolescentes para que éstos desarrollen, o no, un trastorno alimenticio.

La Autoestima es una parte fundamental para que el individuo alcance su plenitud y plena expresión de si mismo. La persona, en su autoevaluación, puede verse con orgullo o vergüenza, considerar que posee valor o falta de él. Las personas que presentan una autoestima alta, muestran un control de sus impulsos mayor, con más frecuencia se auto refuerzan y muestran una actitud más positiva hacia su propio cuerpo. De ésta manera, la baja autoestima, es uno de los principales síntomas presentes en las personas que llevan a cabo conductas alimentarias de riesgo (Moreno González & Ortiz Viveros, 2009).

Para realizar esta investigación se establecieron a su vez varios objetivos específicos.

Los primeros 3 objetivos, estuvieron basados en poder determinar si la Autoestima, influye en las subdimensiones del Cuestionario de Actitudes hacia la Comida de de Garner y Garfinkel (1979).

A partir de éstas correlaciones r de Pearson, se observó que todas fueron significativas por lo que se inferió que el Autoestima es un factor que influye sobre la dieta y preocupación por la comida ($r = -0,560^{**}$), sobre la presión social percibida ($r = -0,203^*$) y a su vez, sobre los trastornos psicobiológicos ($r = -0,382^{**}$).

Éste hallazgo coincide con lo observado por Griffiths y McCabe en una evaluación de 111 mujeres en la adolescencia temprana (11 a 13 años) y reafirma lo declarado por otros autores que consideran a la variable Autoestima como uno de los factores de mayor peso para el desarrollo de Conductas Alimentarias de Riesgo (Altamirano Martínez; Vizmanos Lamotte & Unikel Santocini, 2011).

Se detectó que aquellos individuos que al sentirse más confiados y seguros con si mismos y con su cuerpo, desarrollaron conductas facilitadoras, disminuyendo síntomas de enfermedad

que conllevan al sufrimiento y al malestar bio- psico- social. De esta manera, logramos ver como la baja Autoestima logra, en los participantes de ésta muestra, aumentar las conductas alimentarias de riesgo.

Se determinó a través de resultados t que tanto el autoestima como el Riesgo de trastorno alimenticio de las mujeres como el de hombres, no arrojó diferencias significativas. El primer grupo obtuvo un valor t de ,101ns y en el segundo, un valor t de 480ns.

Por lo tanto, se observó que en ésta muestra de individuos, tanto los hombres como las mujeres sufren de igual manera el riesgo a padecer un trastorno alimenticio con respecto a su autoestima.

Tanto hombres como mujeres se encuentran en una etapa de crecimiento y desarrollo en el que están constantemente evaluándose, presentan baja autoestima y se encuentran insatisfechos con su imagen corporal, lo que los puede llevar a realizar conductas para bajar de peso (Moreno González & Ortiz Viveros, 2009).

Tal como expone Mónica Facchini (2006), antes de finales de los años 80, la imagen corporal era vista como una problemática prioritariamente femenina, la mayor parte de la literatura disponible sobre trastornos de la alimentación se refería a mujeres. Sin embargo, estudios recientes muestran que los hombres también padecen preocupaciones por su propia imagen.

Estas afirmaciones de investigaciones anteriores, se pudieron ver claramente en éste estudio cuando se llevó a cabo la relación entre el Autoestima y el Riesgo de padecer un trastorno alimenticio tanto en hombres como en mujeres para poder ver si entre ambos sexos, existía una diferencia significativa.

En base a esto, se identificó una correlación estadística significativa entre ambos sexos, siendo la correlación entre dichas variables, más fuerte en el grupo de hombres ($r = -,653^{**}$) que en el grupo de mujeres ($r = -,485^{**}$).

La baja autoestima en los hombres adolescentes conlleva a que éstos desarrollen éstas conductas alimentarias de riesgo más previsiblemente que en el grupo de las mujeres. En los hombres, suele prevalecer una marcada tendencia a desear un cuerpo más corpulento y a mantener algunas conductas de riesgo como la práctica excesiva de ejercicio y comer compulsivamente (Moreno González & Ortiz Viveros, 2009).

Así mismo, Cruz; Ávila; Cortes; Vásquez & Mancilla (2008), en un estudio realizado con adolescentes, encontraron, al igual que en ésta investigación llevada a cabo, que los hombres

manifiestan mayor sintomatología de trastornos alimenticios y conductas alimentarias de riesgo que las mujeres.

Teniendo en cuenta la segmentación etaria para poder distinguir en qué franja de edades, era más factible poder padecer un Riesgo de trastorno alimenticio, en relación a la variable Autoestima, se observó que tanto, conforme aumenta la edad tanto en los hombres como en las mujeres, hay mayor porcentaje de conductas alimentarias de riesgo (Unikel Santocini, C., Bojórquez Chapela, L.; Villatoro Velazquez, J.; Fleiz Bautista, C. & Mora Icaza, M. E, 2006).

Las limitaciones que fueron encontradas en éste estudio se deben principalmente a la muestra tomada, ya que se llevo a cabo un estudio con un muestreo no probabilístico, es decir, una muestra por conveniencia por lo cual los resultados no son extrapolables a todos los adolescentes de 13 a 18 años de edad.

A partir de esto, se recomienda aumentar la cantidad de participantes para que sea más representativa a nivel país.

Asimismo sería conveniente ampliar el rango de estudios que ayuden a comprender éstos trastornos, sin embargo, reconocer que los grupos estudiantiles son una población de alto riesgo para desarrollar trastornos alimentarios y que dichos trastornos se encuentran estrechamente relacionados con la preocupación por su imagen corporal y la baja autoestima, son elementos clave para el diseño de programas preventivos de trastornos alimentarios.

Sería de gran relevancia para esto, desarrollar dispositivos de vigilancia de la población con riesgo y de los casos, de prevención secundaria en la comunidad como el que se presentó. Dada la prevalencia observada es necesario potenciar los servicios tanto de prevención primaria como secundaria

8. Conclusiones

El presente trabajo representa una investigación para comprender si la variable autoestima es un factor que incide en los adolescentes escolarizados de 13 a 18 años para que éstos desarrollen conductas alimentarias de riesgo.

La investigación planteó como hipótesis que a mayor autoestima, menor conductas alimentarias de riesgo.

En este estudio se analizó la incidencia de la variable Autoestima en la variables Riesgo de trastorno alimenticio en mujeres y varones de dicho rango etario y en base a esto se encontró que quienes poseen bajo autoestima, tienen mayor riesgo de padecer un trastorno alimenticio ya que al no sentirse conformes con su cuerpo, comienzan a llevar a cabo conductas alimentarias de riesgo.

Para poder llegar a ésta conclusión, se realizó una correlación lineal a través de la prueba *r* de Pearson la cual arrojó como resultado que el valor del estadístico fue de -0.532 . Se puede observar, a partir de ésta correlación entre ambas variables que la misma es negativa y muy significativa, lo cual permite afirmar la hipótesis general, considerando que la autoestima influye e incide en los adolescentes para que desarrollen o no un trastorno alimenticio. Es decir que a mayor autoestima menor probabilidad de riesgo a padecer un trastorno alimenticio.

Es sabido que la preocupación por el peso corporal es una de las variables de más alto riesgo y que más directamente puede conducir al desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria (Unikel- Santoncini y otros, 2006). Es por éste motivo que tanto mujeres como hombres, hoy en día, intentan alterar sus cuerpos es función de las demandas sociales.

Respecto a la variable genero, se realizó en éste estudio las correlaciones entre autoestima y Riesgo de trastorno alimenticio en hombres y en mujeres por separado para poder evaluar la incidencia de padecer éste trastorno en cuanto a la franja etaria. En base a esto se pudo distinguir que aquellos adolescentes, tanto hombres como mujeres que se encuentran entre los 16 a 18 años de edad, son más factibles a padecer un trastorno alimenticio al poseer una baja autoestima que aquellos que se encontraban entre los 13 a 15 años de edad.

Referencias

- Altamirano Martínez, M. B.; Vizmanos Lamotte, B.; & Unikel Santoncini, C. (2011). *Continuo de conductas alimentarias de riesgo en adolescentes de México*. Revista Panamericana Salud Publica, 30 (5).
- Bausela Herreras, E. (2005), *SPSS: Un Instrumento de Análisis de Datos Cuantitativos*. Revista de Informática Educativa y Medios Audiovisuales, 2 (62-69).
- Campos Cervera. (1995). Como afecta en la vida la baja autoestima.
- Contreras, L.; Morán, J.; Frez, S.; Lagos, C.; Marín, M. P.; Pinto, M. A. & Suzarte, A. (2015). *Conductas de Control de Peso en Mujeres Adolescentes Dietantes y su Relación con Insatisfacción Corporal y Obsesión por la Delgadez*. Chil. Pediatría, 86 (2).
- Cruz, B.R.M., Avila E.L. M., Cortés S. M. C., Vásquez A. R. & Mancilla D. J. M. (2008). *Restricción Alimentaria y Conductas de Riesgo de Trastornos Alimentarios en Estudiantes de Nutrición*. Psicología y Saludo, 18 (002), 189-198
- Doltó, F. (1989) *Palabras para adolescentes o el complejo de la langosta*. Buenos Aires: Atlántida.
- Facchini, M. (2006). *La imagen corporal en la adolescencia. ¿es un tema de varones?*. (2006). *Arch.argent.pediatr*, 104 (2), 177-184
- Góngora, V.; Fernández Liporace, M. & Castro Solano, A. (2010). *Estudio de validación de la escala de autoestima de Rosenberg en población adolescente de la Ciudad de Buenos Aires*. Perspectiva en Psicología, 7 (24-30)
- Góngora, V. (2010). *Hacia una Integración de los Paradigmas y de Enfermedad en la Prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en Adolescentes*. *Psicodebate* (10), 279-296
- Gonzalez Gross, M.; Castillo, M. J.; Moreno L.; Nova, E.; Gonzalez Lamuño D.; Perez Llamas, F.; Gutierrez A.; Garaulet, M.; Joyanes, & M.; Marcos, A. (2003). *Alimentación y Valoración del Estado Nutricional de los Adolescentes Españoles (Estudio Avena). Evaluación de Riesgos y Propuesta de Intervención. I. Descripción metodológica del Proyecto*. *Nutr. Hosp.* XVIII (1) 15-28
- Gual, P., Pérez – Gaspar, M., Martínez- González, M. A., Lahortiga, F., De Irala – Estevez, J., & Cervera, S (2002) *Self – esteem, personality, and eating disorders: baseline assessment of a prospective population – based cohort*. *International Journal of eating Disorders*, 31, 261 – 273.

- Lameiras Fernández, M.; Calado Otero, M.; Rodríguez Castro, Y. & Fernández Prieto, M. (2002). *Hábitos alimentarios e imagen corporal en estudiantes universitarios sin trastornos alimentarios*.
- Revista Internacional de Psicología clínica y de la salud, 3 (1), 23 – 33.
- Moreno González, M. A; & Ortiz Viveros, G.R. (2009). *Trastorno Alimentario y su Relación con la Imagen Corporal y la Autoestima en Adolescentes*. *Terapia Psicológica*, 27 (2), 181-190.
- Rutzstein, G.; Scappatura, M. L; & Murawski, B. (2014). *Perfeccionismo y baja autoestima a través del continuo de los trastornos alimentarios en adolescentes mujeres de Buenos Aires*. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 5, 39-49.
- Unikel Santoncini, C.; Bojórquez-Chapela, L.; Villatoro- Velazquez, J.; Fleiz- Bautista, C. & Medina-Mora Icaza, M. E. (2006). *Conductas Alimentarias de Riesgo en Población Estudiantil del Distrito Federal: Tendencias 1997-2003*. *Revista de Investigación Clínica* 58 (1), 15-27.
- Urzúa, A.; Castro, S.; Lillo, A. & Leal, C. (2009). *Evaluación de los Trastornos Alimentarios: Propiedades Psicométricas del Test EDI-2 en Adolescentes Escolarizados (as) de 13 a 18 años*. *Revista Chil Nutrición*, 36 (4).
- Tiggemann, M.(2005). *Body dissatisfaction and adolescent self – esteem: Prospective findings*. *Body Image*, 2, 129 – 135.
- Hernandez Sampieri, R; Fernandez Collado, C.; & Baptista Lucio, P. (2006). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw Hill.
- Vieytes, R. (2004). *Metodología de la Investigación Social en Organizaciones Mercado y Sociedad*. Buenos Aires

Anexo I - Instrumentos de evaluación

Consentimiento Informado

Estimado Alumno

Mediante la presente, usted es invitado a participar de forma anónima, a un estudio sobre *Autoestima y Conductas Alimentarias de Riesgo en Adolescentes*.

Este estudio tiene como principal función poder aportar, a partir de los resultados, a una mejor comprensión sobre las conductas de riesgo alimentario que existen hoy en día en los adolescentes.

La realización de los cuestionarios es de aproximadamente 20/25 minutos.

Yo, estoy de acuerdo en participar de la investigación llevada a cabo por Andrea Agostini (DNI: 34.189.005) Estudiante de Psicología de la Universidad Argentina de la Empresa (L.U: 1043997).

Comprendo lo que se me solicita; comprendo que puedo hacer las consultas que estime pertinentes, comprendo que puedo suspender mi participación en cualquier momento y también comprendo que la información aportada durante el proceso está sujeta a secreto profesional y que por lo tanto, no puede ser divulgada a terceras personas.

Firma del participante:

Fecha / /

• **Cuestionario Socio - Demográfico**

Edad:

Sexo:

Marque con una cruz la opción que corresponde:

Escuela Pública

Escuela Privada

Sufre Ud. Actualmente algún tipo de trastorno Alimenticio: Marque con una cruz lo que corresponda

SI

NO

• **Escala de Autoestima de Rosenberg**


Las siguientes preguntas tienen como objetivo evaluar el grado de satisfacción sobre lo que piensa de usted mismo. Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada.

- A. Muy de Acuerdo
- B. De Acuerdo
- C. En Desacuerdo
- D. Muy en Desacuerdo

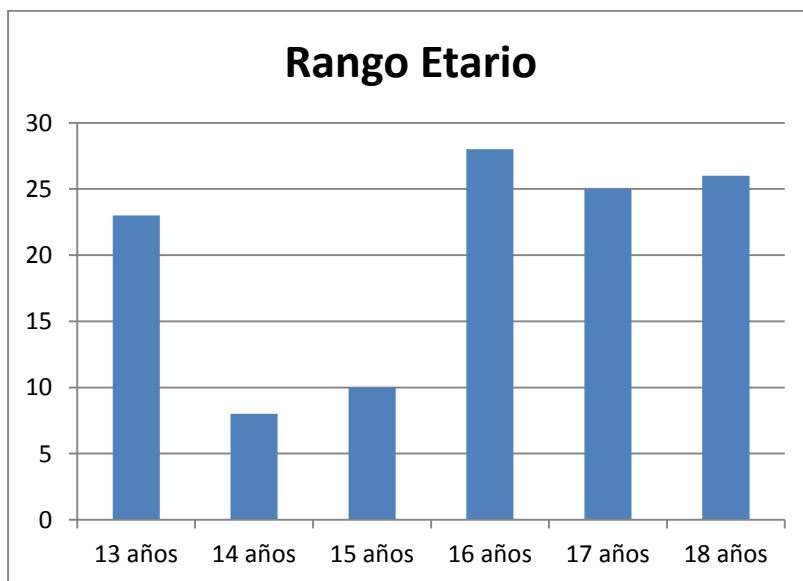
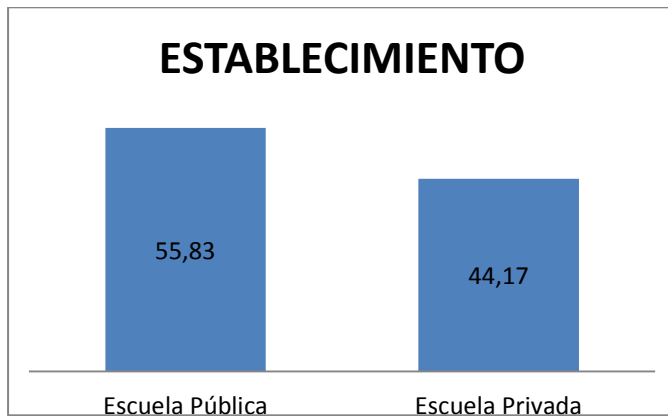
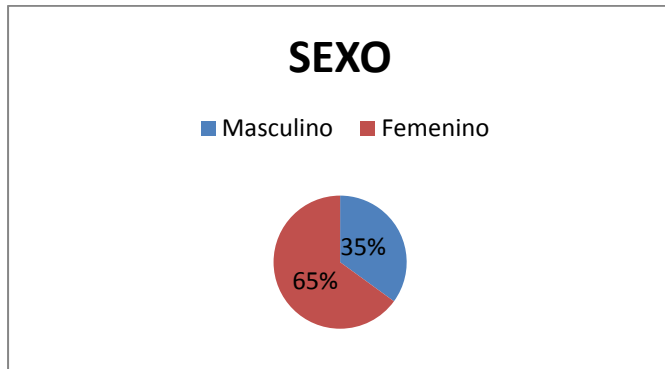
No hay respuestas buenas o malas (todas sirven). No deje frases sin responder. Marque su respuesta con una cruz en uno de los tres espacios

	A	B	C	D
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente				
4. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a				
5. En general estoy satisfecho/a de mí mismo/a				
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a				
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a				
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo/a				
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil				
10. A veces creo que no soy buena persona				

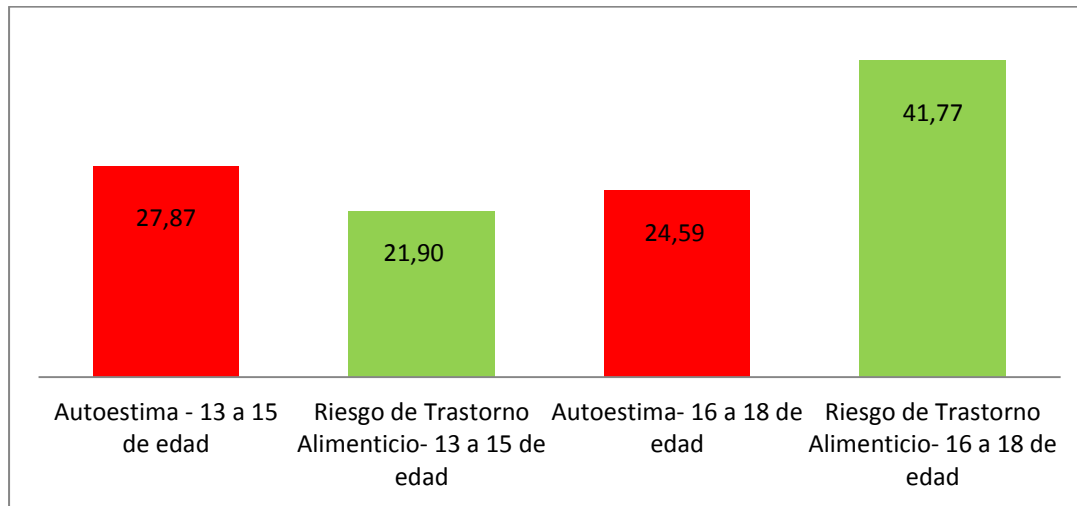
• **Cuestionario de Actitudes hacia la Comida (EAT)**

 Universidad Complutense Madrid		Proyecto de Apoyo a la Evaluación Psicológica Clínica					
		Instrumentos - Material de Prácticas					
Cuestionario de Actitudes hacia la Comida (EAT-40)							
Identificación		Fecha					
Ponga una marca en la casilla que mejor refleje su caso. Por favor, conteste cuidadosamente cada pregunta.							
A : Nunca B : Casi nunca C : Algunas veces D : Bastantes veces E : Casi siempre F : Siempre							
		A	B	C	D	E	F
1.	Me gusta comer con otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Preparo comidas para otros, pero yo no me las como.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Me pongo nervioso/a cuando se acerca la hora de las comidas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Me da mucho miedo pesar demasiado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Procuro no comer aunque tenga hambre.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Me preocupo mucho por la comida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	A veces me he "atracado" de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	Corto mis alimentos en trozos pequeños.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.	Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (por ejemplo: Pan, arroz, patatas, etc).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.	Me siento lleno/a después de las comidas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.	Noto que los demás preferirían que yo comiese más.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.	Vomito después de haber comido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.	Me siento muy culpable después de comer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.	Me preocupa el deseo de estar más delgado/a.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16.	Hago mucho ejercicio para quemar calorías.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17.	Me peso varias veces al día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18.	Me gusta que la ropa me quede ajustada.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.	Disfruto comiendo carne.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20.	Me levanto pronto por las mañanas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21.	Cada día como los mismos alimentos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22.	Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23.	Tengo la menstruación regular.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24.	Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25.	Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26.	Tardo en comer más que las otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27.	Disfruto comiendo en restaurantes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28.	Tomo laxantes (purgantes).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29.	Procuro no comer alimentos con azúcar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30.	Como alimentos de régimen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31.	Siento que los alimentos controlan mi vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32.	Me controlo en las comidas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33.	Noto que los demás me presionan para que coma.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34.	Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35.	Tengo estreñimiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36.	Me siento incómodo/a después de comer dulces.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37.	Me comprometo a hacer régimen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38.	Me gusta sentir el estómago vacío.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39.	Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40.	Tengo ganas de vomitar después de las comidas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TOTAL:		<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>					

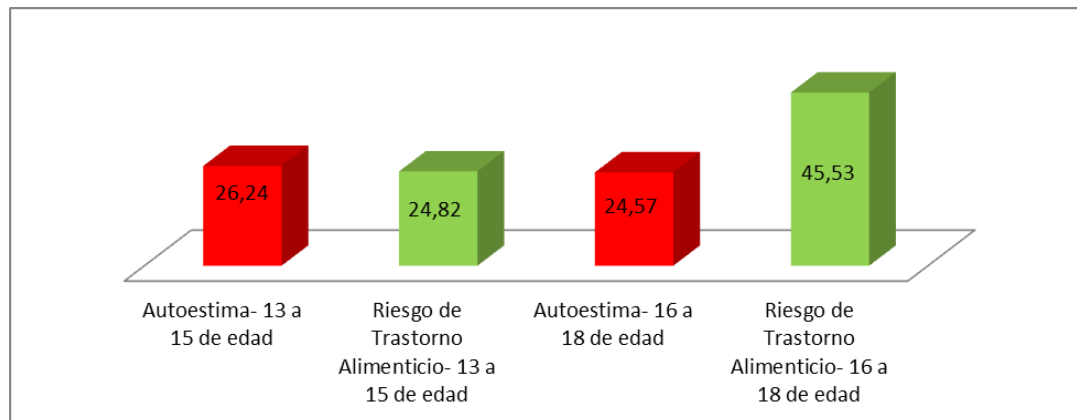
Anexo II - Descripción de la muestra



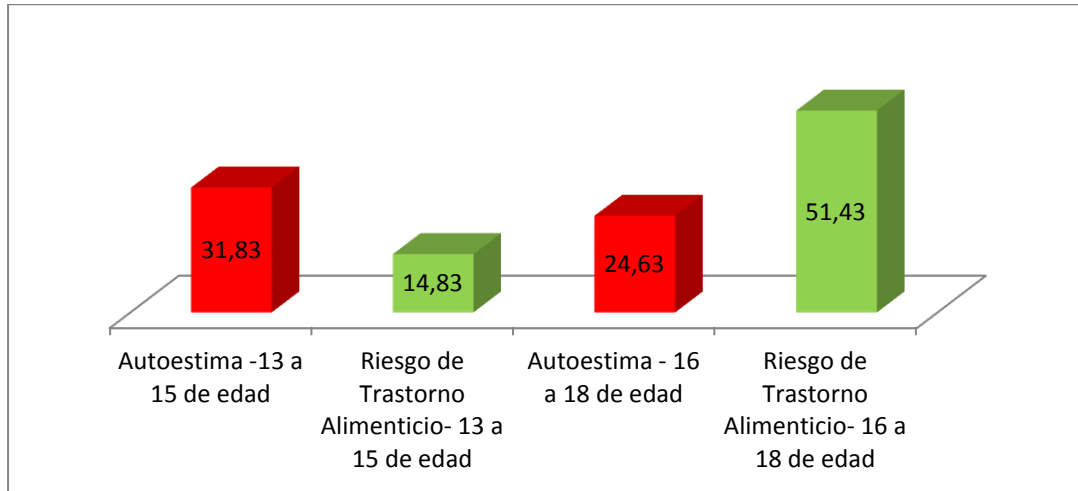
Relación entre Autoestima y Riesgo a padecer un trastorno Alimenticio por segmentación etaria:



Relación entre Autoestima y Riesgo a padecer un trastorno Alimenticio por segmentación etaria en mujeres



Relación entre Autoestima y Riesgo a padecer un trastorno Alimenticio por segmentación etaria en Hombres:



Anexo III - Bases científicas – Estado del Arte

FECHA	NOMBRE	PALABRA CLAVE	CANTIDAD DE ARTÍCULOS
15/09/2016	EBSCO	Trastornos alimenticios en adolescentes	77
		Autoestima	188
		Conductas alimentarias en adolescentes	10
		Autoestima y Riesgo de trastornos Alimenticios	2
		Autoestima	3
15/09/2016	Redalyc	Imagen corporal en adolescentes	113,216
		Autoestima	13,090
		Trastornos alimenticios de riesgo en adolescentes	10
15/09/2016		Autoestima y Riesgo de Trastorno Alimenticio	34
15/09/2016	Scielo	Autoestima y adolescentes	196
		Conductas Alimentarias de riesgo	829
15/09/2016	Dialnet	Trastornos alimenticios en adolescentes	10
		Autoestima y Riesgo de trastornos Alimenticios	2