

**UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y RELACIONES  
HUMANAS**



**TESIS DE GRADO**

**CONDUCTAS ALIMENTARIAS DISFUNCIONALES Y SU  
RELACION CON EL NIVEL DE AUTOESTIMA EN ADULTOS**

PRESENTADA POR

**MARÍA FERNANDA RODRÍGUEZ REDONDO**

**TUTORA: LIC. MARÍA LAURA SANTELLÁN**

Título a obtener con la presentación de la tesis: Licenciatura en  
Psicología

Fecha: Abril de 2018

## **AGRADECIMIENTOS**

Quiero agradecer a mi directora de tesis, la Lic. María Laura Santellán, por haber aceptado ser mi tutora, por la cual siempre tuve una gran admiración por sus conocimientos acerca del tema, y por su dedicación, generosidad y paciencia, por brindarme su experiencia personal y apoyo, y por facilitarme material para realización de la tesis.

A mi profesor de tesina, el Lic. Lucas Gago Galvagno, por sus valiosas sugerencias, y su buena predisposición.

Y muy especialmente al Lic. Maximiliano Preuss, quien fue mi compañero y mi primer guía para dar forma a mi tesis, por sus aportes, sencillez y generosidad que me ha sido de gran ayuda.

A mi familia, amigos y compañeros de trabajo por su apoyo incondicional, que desde un principio me acompañaron en este proceso de crecimiento profesional.

# **Conductas Alimentarias Disfuncionales y su Relación con el Nivel de Autoestima en Adultos**

**María Fernanda Rodríguez Redondo**

## **Resumen**

El objetivo general de este estudio fue establecer si hay relaciones entre las conductas alimentarias disfuncionales y la autoestima, en adultos de ambos sexos. Se realizó un estudio transversal con un diseño descriptivo correlacional de tipo cuasi experimental.

Se tomó una muestra no probabilística intencional simple de 100 adultos con una edad promedio de 31,88 años (DT= 5,800 años; Mediana= 33 años; Min.= 20 años; Max.= 40 años). El 50% son hombres y otro 50% son mujeres. En cuanto al estado civil, el 37,4% es soltero, el 33,3% convive o posee pareja de hecho, el 22,2% es casado, el 3% separado y el 4% divorciado. El 43% vive en la Ciudad de Buenos Aires y el 57% vive en el Gran Buenos Aires. El 96% no padeció ningún trastorno alimenticio.

Se administró el Inventario de Conductas Alimentarias [ICA] (Garner, 1991; Adaptación argentina: Casullo & Pérez, 2003) y la Escala de Autoestima de Rosemberg [AUTOE] (Rosenberg, 1965; Adaptación argentina: Casullo, 2005). Los resultados mostraron relaciones significativas entre la autoestima y gran parte de las conductas alimentarias disfuncionales, así como relaciones y diferencias significativas entre estos constructos y diversas variables sociodemográficas.

**Palabras claves:** Conductas alimentarias disfuncionales, Autoestima, Adultos, Género.

# **Dysfunctional Eating Behaviors and their Relation with Self-esteem Level in Adults**

**María Fernanda Rodríguez Redondo**

## **Abstract**

The general objective of this study was to establish if there are relations between dysfunctional eating behaviors and self-esteem, in adults of both sexes. It was made a cross-sectional study with a descriptive correlational design of quasi-experimental type.

It was taken a non-probabilistic intentional sample of 100 adults with an average age of 31,88 years (SD=5,800; Median= 33 years; Mn.= 20 years; Max.= 40 years). 50% are men and other 50% women. As for the civil state, 37,4% is single, 33,3% lives together or has domestic partner, 22,2% is married, 3% separated and 4% divorced. 43% lives in Buenos Aires City and 57% lives in the Greater Buenos Aires. 96% did not suffer from any eating disorder.

It was administered the Eating Behaviors Inventory [EBI] (Garner, 1991, Argentinian adaptation: Casullo & Pérez, 2003) and the Rosenberg Self-Esteem Scale [RSES] (Rosenberg, 1965; Argentinian adaptation: Casullo, 2005). Results showed significant relations between self-esteem and much of the dysfunctional eating disorders, as well as significant relations and differences between these constructs and diverse sociodemographic variables.

**Keywords:** Dysfunctional eating behaviors, Self-esteem, Adults, Gender.

## ÍNDICE GENERAL

AGRADECIMIENTOS.....	1
RESUMEN.....	2
ABSTRACT.....	3
INDICE GENERAL.....	4
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	6
ÍNDICE DE TABLAS.....	7
CAPITULO I.....	8
1. INTRODUCCIÓN.....	9
1.1 Planteamiento del problema.....	11
1.2. Estado del arte.....	12
CAPITULO II.....	16
2. MARCO TEÓRICO.....	17
2.1. Definiciones y características de la autoestima.....	17
2.2. Formación de la autoestima.....	19
2.3. Diferencia entre autoestima y autoconcepto.....	21
2.4. Trastornos psicopatológicos asociados a una baja autoestima.....	23
2.5. Factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria.....	25
2.6. Las conductas alimentarias disfuncionales.....	28
2.7. Factores de riesgo de las conductas alimentarias disfuncionales...	30
2.7.1. La autoestima .....	30
2.7.2. La imagen corporal.....	31
2.7.3. La alexitimia.....	33
2.8. Características de la adultez.....	34
2.9. Etapas de la adultez.....	36
CAPITULO III.....	42
3. METODOLOGIA.....	43
3.1. Diseño.....	43
3.2. Objetivos General.....	43
3.3. Objetivos específicos.....	43
3.4. Hipótesis.....	43
3.5. Relevancia.....	44
3.5.1. Teórica.....	44

3.5.2. Práctica.....	44
3.5.3. Social.....	44
3.7. Población.....	44
3.8. Muestra.....	45
3.9. Instrumentos.....	45
3.10. Procedimiento.....	47
CAPITULO IV.....	48
4. RESULTADOS.....	49
4.1. Descripción de la muestra.....	49
4.2. Descripción de las variables.....	53
4.2.1. Escala de Autoestima de Rosemberg [AUTOE].....	53
4.2.2. Inventario de Conductas Alimentarias [ICA].....	53
4.3. Análisis de normalidad.....	53
4.4. Análisis de la relación de variables.....	54
4.5. Análisis de la diferencia de grupos.....	57
CAPITULO V.....	60
5. DISCUSIÓN.....	61
CAPITULO VI.....	67
6. Anexos.....	69
6.1. Instrumento para la recolección de datos.....	69
7. REFERENCIAS.....	77

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>GRÁFICO 1.</b> Sexo.....	49
<b>GRÁFICO 2.</b> Estado civil.....	49
<b>GRÁFICO 3.</b> Tiene hijos.....	50
<b>GRÁFICO 4.</b> Zona de residencia.....	50
<b>GRÁFICO 5.</b> Trabaja actualmente.....	51
<b>GRÁFICO 6.</b> Nivel de educación.....	51
<b>GRÁFICO 7.</b> Padeció algún trastorno alimenticio.....	52
<b>GRÁFICO 8.</b> Realiza alguna actividad que asocia a su bienestar.....	52

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>TABLA I.</b> Resúmenes estadísticos de la Autoestima.....	53
<b>TABLA II.</b> Resúmenes estadísticos de las conductas alimentarias.....	53
<b>TABLA III.</b> Análisis de la normalidad de las variables a estudiar.....	53
<b>TABLA IV.</b> Correlación entre la Autoestima y las conductas alimentarias...	54
<b>TABLA V.</b> Correlación entre la Edad y las conductas alimentarias.....	55
<b>TABLA VI.</b> Correlación entre la Altura y las conductas alimentarias (I).....	55
<b>TABLA VII.</b> Correlación entre la Altura y las conductas alimentarias (II).....	55
<b>TABLA VIII.</b> Correlación entre el IMC y las conductas alimentarias.....	56
<b>TABLA IX.</b> Correlación entre el Tiempo de trabajo en el último empleo y las dimensiones de los instrumentos.....	56
<b>TABLA X.</b> Correlación entre la Remuneración mensual y las dimensiones de los instrumentos.....	56
<b>TABLA XI.</b> Correlación entre el Nivel de educación y las dimensiones de los instrumentos.....	57
<b>TABLA XII.</b> Diferencias grupales según el sexo (I).....	57
<b>TABLA XIII.</b> Diferencias grupales según el sexo (II).....	57
<b>TABLA XIV.</b> Diferencias grupales según el Estado civil.....	58
<b>TABLA XV.</b> Diferencias grupales según la zona de residencia.....	58
<b>TABLA XVI.</b> Diferencias grupales según si realiza alguna actividad que asocia a su bienestar.....	58

# **CAPÍTULO I**

## 1. INTRODUCCIÓN

No se puede hablar de trastornos de la conducta alimentaria, de imagen corporal y de pobreza emocional sin mencionar a la autoestima. Ésta son las percepciones que el sujeto posee de sí mismo o de los pensamientos y sentimientos de un sujeto que se refiere a sí mismo (Rosenberg, 1989 citados en Ochoa de Alda, 2009).

La autoestima comienza a formarse desde el inicio de la vida. La manera en que los padres se vinculan con el niño en sus primeros años establece la apreciación inicial que éste realiza de sí mismo. En ese momento, la autoestima se funda en la aceptación y vinculación con los individuos más cercanos. La misma se forma progresivamente en base a los mensajes que recibe y de las relaciones que se generan a su alrededor (Espina et al., 2007 citados en Ochoa de Alda, 2009), originándose los pensamientos y sentimientos sobre sí mismo.

El objetivo de este estudio es analizar la relación existente entre el nivel de autoestima y las diferentes conductas disfuncionales en adultos. Para ello, se plante como hipótesis que, a mayor presencia de síntomas asociados a los trastornos de la conducta alimentaria, habrá un menor nivel de autoestima en los adultos.

La autoestima es un concepto que posee una relación directa con el bienestar general de la persona (Robis, Hendin & Trzesniewski, 2001 citados en Rojas-Barahona, Beatriz Zegers & Förster, 2009), siendo un buen indicador de la salud mental (Garaigordobil, Pérez & Mozaz, 2008 citados en Rojas-Barahona et al.). En adición, existen estudios que muestran su relación inversa con síntomas depresivos, obsesivos compulsivos y ansiosos. Por ende, su conocimiento sería vital para predecir trastornos psicopatológicos y su prevención (Fan & Fu, 2001 citados en Rojas-Barahona et al.).

Las conductas alimentarias de riesgo son consideradas como un problema de salud que involucra aspectos tanto físicos, como mentales, podrían ser manifestaciones subclínicas o factores de riesgo para la aparición de los trastornos de la conducta alimentaria (Bojorquez, de Jesús Saucedo-Molina, Juárez-García & Unikel-Santoncini, 2012 citados en Loor Mora & Patiño Jaigua, 2016).

Uno de los elementos que hace que los individuos lleven a cabo conductas no saludables es debido a que son persuadidos socialmente, siendo proclives a ciertas preferencias estéticas que hacen que modifiquen sus comportamientos alimentarios, a veces llevándolos a padecer trastornos alimenticios (Martínez-González et al., 2016 citados en Loor Mora & Patiño Jaigua, 2016).

Algunos de estos comportamientos son dietas restrictivas, sentimiento de culpa por haber ingerido alimentos, conducta alimentaria extraña, evitación de comidas familiares, temor al sobrepeso, ejercicio físico excesivo, percepción de poseer un cuerpo grande, vómito autogenerado, entre otros (Unikel Santoncini & Caballero Romo, 2010 citados en Loor Mora & Patiño Jaigua, 2016). Estas conductas alimentarias son un riesgo para el surgimiento de trastornos alimentarios.

Según Amador Muñoz, Monreal Gimeno y Marco Macarro (2001), la adultez temprana se encuentra caracterizada por la máxima potencialidad y por el mayor nivel de tensión y estrés, siendo la señal de culminación de la etapa vital en lo biológico. Desde lo social y psicológico, se materializa y se hace realidad los anhelos y deseos de la adolescencia, como poseer un lugar en la sociedad, una familia, un trabajo y un status social. Asimismo, tienen lugar satisfacciones como el amor, la sexualidad, la vida familiar y la profesional, la creatividad y el logro de objetivos vitales.

Sin embargo, es el momento de tensiones, ansiedades y del estrés que generan las responsabilidades familiares, el trabajo, las cargas económicas, y la toma de decisiones sobre el futuro, como el matrimonio, el trabajo y el estilo de vida (Amador Muñoz et al., 2001).

Debido a lo mencionado hasta aquí, considerando las características de los adultos, se intentará comprobar si una baja autoestima es un factor de riesgo para desarrollar conductas alimentarias disfuncionales en esta franja etérea. Por lo tanto, en las siguientes páginas, se intentará responder a la siguiente pregunta de investigación: ¿cómo es la relación entre las distintas conductas alimentarias disfuncionales y los niveles de autoestima en los adultos?

## 1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Una de las metas principales de la docencia e investigación universitaria en la evaluación psicológica, es emplear instrumentos que permitan identificar a la población en riesgo, para permitir las labores de asistencia, prevención y educación para la salud. Los trastornos vinculados a los comportamientos alimentarios se incrementaron significativamente en la última década, siendo una de las problemáticas más comunes que generan desafíos a muchos psicólogos (Phelps & Bajorek, 1991 citados en Casullo, González, Sifre & Martorell, 2000).

Asimismo, la baja autoestima se relaciona al desarrollo de esta clase de trastornos (e.g. Beato, Rodríguez, Belmonte & Martínez, 2004 citados en Pascual, Etxebarria, Cruz & Echeburúa, 2011). En su estudio, Pascual et al. hallaron que la baja autoestima se relacionó a puntuaciones más altas de trastornos alimentarios. Los sujetos con estos trastornos son perfeccionistas, poseen baja autoestima, son obsesivos, rígidos y se encuentran insatisfechos con sus cuerpos (Borda et al., 2011 citados en Asuero Fernández, Avargues Navarro, Martín Monzón & Borda Mas, 2012; Franco-Paredes, Mancilla-Díaz, Peck & Lightsey, 2008 citados en Asuero Fernández et al., 2012).

Por lo tanto, es vital conocer la relación que posee la autoestima en el desarrollo de las conductas alimentarias disfuncionales. Esta es una problemática que se encuentra en auge, siendo cada vez más los adultos quienes las padecen. Es por esto que es importante su análisis, ya que su detección precoz permitiría brindar los tratamientos convenientes a los individuos afectados por estos trastornos.

Los datos que se recabarían serán un aporte significativo para comprender las conductas alimentarias y su relación con los niveles de autoestima que el sujeto percibe. Se pretende promover una visión preventiva, a través de una mayor concientización sobre los factores de riesgo para el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria.

La información recopilada en esta investigación ayudará en la promoción de niveles sanos de autoestima y de una menor prevalencia de las conductas de riesgo, las cuales podrían llevar al desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria. De esta manera, los sujetos podrán recibir un tratamiento adecuado para mejorar su salud, tanto física como mental.

## 1.2. ESTADO DEL ARTE

El estudio global de Dove (Etcoff, Orbach, Scott & D'Agostino, 2006) titulado "Más allá de los estereotipos: En reconstrucción de los cimientos sobre las creencias acerca de la belleza", fue un estudio telefónico de corte cuantitativo, que utilizó una muestra de 3200 mujeres, con una edad que oscilaba entre los 18 y los 64 años, pertenecientes a 10 países: Estados Unidos, Canadá, México, Gran Bretaña, Italia, Francia, Portugal, los Países Bajos, Brasil, Argentina y Japón.

El objetivo fue de ayudar a las mujeres a sobreponerse y desafiar los estereotipos nocivos y a aceptar formas saludables, novedosas y positivas de ser bellas. El estudio también aportó información sobre la hipótesis de que lo que las mujeres aprenden sobre la belleza puede generar un impacto tanto negativo o positivo en la manera en que se sienten sobre sí mismas y en la vida, sobre todo, en su autoestima (Etcoff et al., 2006).

Se encontró que las mujeres poseen una concepción más abarcativa sobre la belleza que los ideales de la cultura popular. El estándar poco realista de la belleza se hace hincapié en atributos físicos, considerando que su belleza abarca su felicidad, cortesía, seguridad y dignidad. Asimismo, afirman que la noción de belleza debería contener elementos físicos, evidenciando el deseo de que los medios de comunicación representen a las mujeres de distinta figura, edades y grupos étnicos (Etcoff et al., 2006).

El estudio evidenció que las creencias sobre la belleza empiezan tempranamente, ya que el 54% de las mujeres señalan que se dieron cuenta de la necesidad de ser atractivas físicamente cuando tenían entre 6 y 17 años. En adición, se analizó como los sentimientos sobre la belleza repercuten en el sentido de valor de la mujer, la forma en que vive y se involucra en su vida. Se pretendió hallar soluciones que afectaran positivamente la socialización de la belleza para las futuras generaciones de mujeres (Etcoff et al., 2006).

Por su parte, Fernández-Delgado y Jáuregui-Lobera (2016) realizaron un estudio comparativo con el objetivo de analizar 22 variables psicológicas y psicopatológicas generales y específicas de los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. Se estudiaron a 76 pacientes con anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastornos de la conducta alimentaria no especificados. Se administraron varios cuestionarios entre los que se encontraban la Escala de

Autoestima de Rosemberg y el Inventario de los Trastornos Alimentarios.

Como resultado, no se hallaron diferencias significativas entre los grupos, excepto en variables vinculadas con los trastornos alimentarios y la forma del cuerpo. La relación entre las variables asociadas con los trastornos alimentarios y demás variables mostraron diferencias entre grupos. Se concluye que existen pocas diferencias en los síntomas psicopatológicos entre los diferentes trastornos alimentarios. Se recomienda aumentar el tamaño de la muestra, la participación de sujetos masculinos y recopilar información sobre la conducta restrictiva y purgatoria en los grupos de trastornos alimentarios (Fernández-Delgado & Jáuregui-Lobera, 2016).

Asimismo, Vázquez Arévalo, López Aguilar, Ocampo Tellez-Girón y Mancilla-Díaz (2015) llevaron a cabo un estudio con el objetivo de analizar las modificaciones del DSM-IV-TR al DSM-V en cuanto a los trastornos alimentarios, sus criterios diagnósticos y sus repercusiones en el entorno clínico. Para esto, se llevaron a cabo tablas comparativas para cada uno de los trastornos alimentarios del DSM-5, los cuales son pica, rumiación, trastorno de la evitación/restricción de alimentos, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno de atracones, otro trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos especificado, y no especificado.

Se concluye que existen transformaciones significativas en su concepción, como es el caso del tiempo del comienzo, por lo que su definición concibe a la conducta alimentaria y agrega sobre las problemáticas relacionadas a la absorción de los alimentos, así como explicita ámbitos de deterioro. Específicamente, los trastornos de la evitación/restricción de alimentos y la anorexia nerviosa son los que más modificaciones mostraron (Vázquez Arévalo et al., 2015).

Por otro lado, Colás Bravo y Villaciervos Moreno (2007) realizaron una investigación dentro de la línea de estudio Género y Educación, desarrollada por el Grupo de Investigación, Evaluación y Tecnología Educativa de la Universidad de Sevilla integrado en el Plan Andaluz de I+D+I. El objetivo del trabajo es establecer las representaciones culturales, es decir, los estereotipos de género interiorizados por jóvenes y adolescentes de entre 14 y 18 años de la escuela secundaria.

El estudio es descriptivo, consiguiéndose la muestra en 25 instituciones de enseñanzas secundarias de Sevilla, llegando a 455 estudiantes, de los

cuales 48,2% son varones y un 51,8% son mujeres. El diseño del estudio se divide en tres etapas distintas que ocurren en el tiempo. El análisis cuantitativo enfocado en los estadísticos descriptivos permite establecer los estereotipos de género internalizados por los sujetos (Colás Bravo & Villaciervos Moreno, 2007).

Los resultados muestran una elevada interiorización de los estereotipos culturales de género en los estos adolescentes. De los resultados emanan formulaciones para la intervención pedagógica tendientes a trabajar la igualdad de género en los establecimientos educativos secundarios. La investigación realizada es aporte que puede contribuir a la visibilización y sensibilización de la relevancia de las temáticas de género en la formación de los establecimientos educativos (Colás Bravo & Villaciervos Moreno, 2007).

Por su parte, Raich (2010) escribió un libro titulado *"Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo"*. El cuerpo es una parte vital del sujeto. Su percepción explica una parte significativa de la autoestima. La historia muestra que los modelos estéticos corporales fueron variando a través del tiempo, dependiendo en ocasiones de los intereses políticos o económicos que se pretendían imponer.

En su obra, se presenta los principales elementos psicológicos vinculados con el aspecto físico. No solo existen modelos que son propuestos, sino que son interiorizados, pretendiendo copiarlos. Lo que se aparta de los mismos no agradan, pudiendo odiar algunas partes del cuerpo o su totalidad. Tom Cash ha investigado a lo largo de los años la imagen corporal, afirmando que es más significativo cómo se observa el cuerpo desde dentro que desde afuera (Raich, 2010).

Esta autora afirma que sujetos bellos pueden encontrarse infelices con su cuerpo y que sujetos no muy "normales" pueden encontrarse tan bien dentro que aparentan y son mucho más encantadores de lo que pudieran ser en un principio. Rosen estudió la implementación de técnicas de intervención para mejorar la imagen corporal en distinta clase de personas, y por ende, gran parte de los datos que se proporcionan se basan en sus trabajos. Este libro presenta lo que conforma la imagen corporal, su trastorno, cómo se ha arribado a él, las formas de localizarlo, analizarlo, así como los posibles tratamientos para superarlo. Es mucho más importante que creer que se es perfecto físicamente el hecho de sentirse bien con el propio cuerpo (Raich, 2010).

Un estudio realizado en adolescentes mujeres encontró que la insatisfacción corporal predecía variaciones en la autoestima (Tiggemann, 2005 citado en Rutzstein Scappatura & Murawski, 2014), evidenciando que la autoestima pobre sería un factor de riesgo para el surgimiento de trastornos alimentarios. Por otro lado, la autoestima reducida sería una consecuencia de dichos trastornos, siendo un factor de propensión y de mantenimiento de estos trastornos (Gual et al., 2002 citados en Rutzstein et al.).

Por su parte, Aramburu y Guerra (2001) definen la autoestima un “sociómetro” que señala el nivel en que un sujeto se percibe como incluido o excluido en el tejido social, por lo que una de las tareas más significativas que se imputan a la autoestima es la protección de la exclusión social, siendo la forma en que los sujetos lidian con la impresión que generan a los otros, con estrategias que permitan su inclusión social y eviten su exclusión. La autoestima es la manera en que los sujetos se perciben a sí mismos en términos generales (García, 1998 citados en Moreno González & Ortiz Viveros, 2009).

Según Ortuno (1978 citado en Moreno González & Ortiz Viveros, 2009), los individuos que poseen una elevada autoestima, poseen un mayor control de sus impulsos, se auto refuerzan, refuerzan a los demás, se autoafirman, son tenaces en la búsqueda de respuestas constructivas, son poco agresivos y poseen una actitud positiva hacia su cuerpo.

Por otro lado, Toro (1996 citado en Moreno González & Ortiz Viveros, 2009) y Rosen y Ramírez (1998 citados en Moreno González & Ortiz Viveros) afirman que la baja autoestima es uno de los síntomas que se haya en los sujetos diagnosticados con trastornos alimentarios, siendo inseguros, con carencia de aprobación y respeto hacia sí mismos. La preocupación sobre el peso y la insatisfacción con la imagen corporal son los componentes básicos en los que se funda la baja autoestima, como resultado de derivaciones y creencias, propensas a las distorsiones.

# **CAPÍTULO II**

## 2. MARCO TEÓRICO

### 2.1. Definiciones y características de la autoestima

Según Nin Márquez y Santellán (2016), los teóricos de la psicología han otorgado diversas definiciones de la autoestima. Robson la delimita como el sentimiento de autoaceptación que posee un sujeto. Además, otros la describen como la asociación positiva entre la percepción de uno mismo y su ideal propio, lo que el sujeto aprecia, lo que le gusta de quien es en base a un ideal. La autoestima sería la discrepancia entre cómo el individuo se percibe a sí mismo, el autoconcepto, y cómo le gustaría ser idealmente en las distintas esferas de la vida.

Coopersmith (1967 citado en Mruk, 1995) define la autoestima como la apreciación que realiza el sujeto en cuanto a sí mismo, expresa aprobación o desaprobación y señala como el sujeto se cree competente, importante, exitoso y merecedor. Es una apreciación sobre el merecimiento, que se manifiesta en la actitud que posee hacia sí mismo. Es una vivencia subjetiva que la persona transmite a otros a través de informes verbales o con la conducta.

Pope, Mc Hale y Craighead (1988) la caracterizan como la evaluación del autoconcepto, originándose de la discrepancia entre el self o autoconcepto y el self ideal. Esta apreciación se genera en diversas esferas de la vida dependiendo de las labores e intereses a que se dedique el sujeto.

Robson (1988) señala que la autoestima es el sentimiento de alegría y autoaceptación que proviene de una apreciación de alguien sobre su capacidad, significación, atractivo y habilidad para satisfacer sus deseos.

Según Briggs (1986), la autoestima es:

la disposición a considerarse competente frente a los desafíos básicos de la vida y sentirse merecedor de la felicidad. Tener una alta autoestima es sentirse confiadamente apto para la vida, es decir, competente y merecedor; tener una baja autoestima es sentirse inapropiado para la vida. (p.21)

De acuerdo a Tierno (1998), la autoestima *“es el concepto que tenemos de nuestra valía personal y de nuestra capacidad. Es, por tanto, la suma de la autoconfianza, el sentimiento de la propia competencia y el respeto y consideración que nos tenemos a nosotros mismos”* (p. 12).

En adición, Massó (2001 citado en Ortega Becerra, 2010) señala que la autoestima posee dos elementos psíquicos:

- **La conciencia que se posee sobre sí mismo:** de los rasgos de la identidad y particularidades más significativas de la forma de ser. Este nivel de conciencia es el autoconcepto.

- **Un sentimiento:** es estima y amor hacia la propia persona, la consideración hacia los intereses, reconocimientos, valores y formas de pensar propios.

Por otro lado, Castillo Ceballos (2003) afirma que *“la verdadera autoestima se alimenta con la satisfacción que produce alcanzar nuevas metas por uno mismo”* (p. 3). Es común que cuando un sujeto logra algo con su esfuerzo, se halla orgulloso del mismo.

La autoestima posee un papel significativo, ya que de la misma dependen la satisfacción en los éxitos y fracasos, el bienestar psicológico y las relaciones sociales. Poseer una autoestima positiva es vital para la vida personal, profesional y social. Permite el sentido de la propia identidad, conforma su marco de referencia, desde el que se interpreta la realidad externa y las vivencias, afectando el rendimiento personal, incrementando las perspectivas, su motivación, ayudando a su salud y equilibrio mental (Mejía Estrada, Pastrana Chávez & Mejía Sánchez, 2011).

Hay sujetos que aprecian lo que llevan a cabo y valoran como son, y hay quienes poseen una visión negativa de sí mismos, así como personas que creen que no son valiosos. La mayoría de los sujetos oscilan entre un espectro que va de un punto al otro. Cuando el sentido de valía es bajo, la autoestima es baja, como si le añadiera un valor a cada elemento de quién se es. Por ende, algunos individuos la consideran como una actitud positiva o negativa hacia sí mismo, en la que medían criterios sociales y culturales, siendo un proceso de contraste que involucra valores. El nivel de autoestima se relaciona con la percepción que se posee de sí mismo en contraposición con los valores personales obtenidos en la vida. Cuando la distancia entre el sí mismo ideal y el real es mínima, la autoestima se incrementa, pero a mayor distancia, menor

autoestima, y esto no concierne a cómo se es visto por los demás (Nin Márquez & Santellán, 2016).

## **2.2. Formación de la autoestima**

Wilber (s.f. citado en Nin Márquez & Santellán, 2016) afirma que la noción del yo y de la autoestima, se despliega en la vida empezando en la infancia y traspasando diferentes momentos de complejidad, los cuales brindan sentimientos y razonamientos sobre el sentido de sí, sobre el autoconcepto. Se conforman capas intercaladas de vivencias que se posan entre sí. Para formar una buena autoestima se debe desplegar confianza hacia sí mismo y de seguridad frente a los demás. Una autoestima adecuada se retroalimenta cuando se es abierto y flexible: se debe apreciar y aceptar a los demás, ser autónomos en las decisiones, comunicarse clara y directamente y contar con una una actitud empática.

De acuerdo a la Teoría del Desarrollo de la Personalidad (Erikson, 1956 citado en Mejía Estrada et al., 2011), la noción del Yo y la autoestima se desarrollan de forma paulatina a lo largo de la vida, comenzando en la infancia y pasando por distintos períodos de diversa complejidad. Este autor define la etapa del adulto joven, la cual oscila comprende el período entre los veinte años a los cuarenta años. El adulto ingresa en la sociedad al tener un empleo y vincularse con una pareja formando una familia. El compartir una familia brinda intimidad, siendo la labor fundamental en de este período. Se requiere solidaridad e identidad compartida en pareja. Esto se aplica al trabajar, donde se debe mostrar su habilidad en la entrega estable a un trabajo determinado.

Además, Nin Márquez y Santellán (2016) señalan que requiere del conectarse con las necesidades de los demás, adjudicarse compromiso y ser optimista en las labores que se llevan a cabo. La autoestima se construye con individuos significativos que rodean al sujeto, y es necesaria para afrontar la vida con seguridad y esmero. Cuando desde niño se haya cerca de individuos equilibrados y constructivos es más probable que se desarrolle una personalidad sana y con características positivas. El individuo puede desenvolverse con más posibilidades de éxito, lo cual aumenta la autoestima.

En la infancia, las vivencias de los padres, la forma de desplegar su autoridad y la manera en que generan las vinculaciones de independencia son importantes para que el sujeto desarrolle las capacidades necesarias en los vínculos interpersonales, punto vital de la autoestima. Si los padres otorgan al niño las experiencias de satisfacción que ayuden con su ajuste emocional y social, fundarán las bases de una elevada autoestima. Asimismo, son importantes las vivencias escolares y la relación con los pares (Nin Márquez & Santellán, 2016).

El ámbito social y emocional es significativo para el desarrollo de la valoración del sí mismo. Mucho de lo que se piensa de sí mismo se funda en lo que piensen y en cómo se comportan los demás sujetos. A los ocho o nueve años, el niño cuenta con su criterio de auto-apreciación, siendo estable en el tiempo. Coopersmith afirma que en la primera infancia se generan las destrezas referidas a la socialización y a la conformación de la autoestima. Si el ambiente que rodea al niño es adecuado y lo acepta, conseguirá seguridad y la integración para generar las bases de una autoestima sana (Nin Márquez & Santellán, 2016).

Posteriormente, desde los cuarenta años a los sesenta años comienza la adultez media o madura. Lo más significativo de este momento es la habilidad de cuidar y permitir el desarrollo de las nuevas generaciones. Los adultos forman parte de esta tarea siendo padres y guías. El adulto que es generativo vivencia estancamiento, y vive de manera egocéntrica y sin impulso hacia el futuro. Erickson afirma que los adultos medios requieren de los niños, y que es tan importante para ellos cuidarlos, como los niños requieren de alguien que los cuide (Mejía Estrada et al., 2011).

Las experiencias del sujeto en cuanto al trato que ha recibido, las relaciones con los demás, la comunicación y la emoción que obtiene, median en la formación de la autoestima y le permite dirigir sus percepciones. En la infancia se reciben opiniones, evaluaciones y críticas sobre cómo se es y de cómo se comporta el sujeto. La mirada de quien se es proviene desde afuera, de los demás. En la infancia, los niños no pueden diferenciar lo que les viene desde afuera y lo que es propio: lo que perciben sobre sí mismos y del entorno es una realidad que aprecian como una verdad incuestionable (Nin Márquez & Santellán, 2016).

La formación de la autoestima empieza con las valoraciones que el niño recibe, principalmente de las figuras de apego, que son los sujetos más importantes a temprana edad. En la conformación de la autoestima hay un elemento importante que se vincula con las primeras emociones. Más adelante en el ciclo vital, los sujetos despliegan la habilidad cognitiva de otorgarle valor a quienes son. Sin embargo, no siempre se valoran de una forma realista, motivos como el perfeccionismo y la autoexigencia hacen que no reconozcan lo positivo y lo negativo, por lo que la autoestima se ve repercutida por esto (Nin Márquez & Santellán, 2016).

### **2.3. Diferencia entre autoestima y autoconcepto**

De acuerdo a Roa García (2013), es común confundir la autoestima y el autoconcepto y emplear ambos conceptos como sinónimos. A pesar de que se hayan asociados, no son lo mismo. En el autoconcepto prevalece la dimensión cognitiva y en la autoestima la valorativa y emocional. En los últimos años, los psicólogos, psicopedagogos, educadores y trabajadores sociales se interesaron solo por la noción autoconcepto y autoestima y solo si se vinculaban con el proceso educativo en la infancia.

La relación entre autoconcepto y autoestima es un planteamiento de James (1892 citado en García Flores, 2005), que posteriormente Harter (1988 citado en García Flores) añade a sus investigaciones. Éste último establece que la Autoestima es la autovalía global. Asimismo, Musuti (2001 citado en García Flores) afirma que la autoestima contiene la apreciación de acuerdo a las cualidades que derivan de la vivencia, siendo valoradas como negativas o positivas. De esta manera, la autoestima es la conclusión de un proceso de autovaloración, siendo la satisfacción personal del sujeto consigo mismo.

Según Mora y Raich (2006), el autoconcepto involucra la percepción, frente a la autoestima que señala la apreciación. El primero está compuesto por distintas áreas:

- **Social:** Soy la vecina.
- **Académica/trabajo:** Soy estudiante de Filosofía y Letras.
- **Familiar:** Soy la hija.
- **Corporal:** Soy alto, moreno.

**- Global.**

McKay y Fanning (1999 citados en Mora & Raich, 2006) señalan ocho ámbitos en los que explicar el autoconcepto:

- **Aspecto físico:** altura, peso, piel, pelo, indumentaria, zonas corporales.

- **Cómo se vincula con los demás:** habilidades y debilidades en las relaciones con los amigos, la familia y los compañeros, y en la manera de vincularse con extraños en los marcos sociales.

- **Personalidad:** rasgos de personalidad positivos y negativos.

- **Cómo lo ven los demás.**

- **Rendimiento en la escuela o trabajo.**

- **Realización de las tareas cotidianas:** higiene, salud, mantenimiento de su ambiente, alimentos, hijos y cualquier otra forma de cuidado.

- **Funcionamiento mental:** apreciación de lo bien que piensa y soluciona problemas, de su habilidad para aprender y crear, de su cultura, sus esferas de saber especiales, la formación, intuición, entre otras.

- **Sexualidad:** cómo se ve a sí mismo en la esfera sexual.

Pastor et al. (2001 citados en García Flores, 2005) afirman que la autoestima se encuentra afectada por la visión de competencia o ajuste a las distintas dimensiones del autoconcepto, hallándose esta vinculación mediada por la significación que el sujeto le otorga. En otras palabras, esas áreas o dimensiones del autoconcepto que son pensadas como más significativas, poseerán una autoridad mayor en el nivel de autoestima.

La autoestima estará compuesta por la asociación entre la percepción o autoconcepto y el ideal. Si se amolda a su ideal habrá una mayor autoestima, cuanto menos se adapte su autoconcepto a su ideal habrá menor autoestima. Asimismo, cuantas más esferas se hallen afectadas, mayor será la ausencia de autoestima (Mora & Raich, 2006).

En sintonía con esta idea, González-Pienda, Núñez Pérez, Glez-Pumariega y García García (1997) señalan que la autoestima se relacionaría con el autoconcepto ideal, de lo le agradaría ser y de lo que los demás les gustaría que el sujeto fuese. Los contenidos que incluyen el autoconcepto ideal y el deseado por los demás, pueden ser de naturaleza social y privada, coexistiendo ambas clases de contenidos

Es fundamental conocer la autoestima en la adultez y descubrir cómo es la imagen cuando se está conformando. La autoestima es vital para su

desarrollo, su salud psicológica y su actitud hacia sí mismo y hacia los demás. El autoconcepto repercute en la manera en que se valoran los hechos, los objetos y los individuos del ambiente. El autoconcepto forma parte en el comportamiento y en las experiencias de la persona. La misma desarrolla su autoconcepto, genera su autoimagen, por lo que éste no es innato (Roa García, 2013).

El autoconcepto se refiere a los componentes cognitivos, definiéndose como el saber y las creencias que el individuo posee de sí mismo en las dimensiones que lo configuran como sujeto. Involucra una descripción de sí mismo, la cual contiene diversidad de partes que sirven para diferenciar a un sujeto como distinto de las demás. El sujeto los jerarquiza de acuerdo al orden de significación personal, pudiendo modificar el rango en base al ambiente, de la vivencia o de los sentimientos (González Martínez, 1999).

Un individuo puede contener en su autoconcepto elementos referentes a su profesión, a su estado civil, o componentes raciales en base a la importancia que poseen para él esas características o los criterios externos como la apreciación social. En esa autodescripción y en la elección de los componentes se hayan los elementos emocionales y evaluativos. Es esto lo que la mayoría de los autores define como autoestima, siendo la apreciación que el individuo realiza de su autoconcepto, de lo que sabe de sí mismo. La autoestima es un elemento del autoconcepto (Berk, 1998 citado en González Martínez, 1999), o cómo un componente de la misma (Burns, 1990 citado en González Martínez), conteniendo juicios valorativos sobre la competencia de sí mismo y los sentimientos relacionados a esos juicios.

#### **2.4. Trastornos psicopatológicos asociados a una baja autoestima**

Diferentes teorías psicológicas señalan que es un elemento clave de la conducta vinculada con la salud y el bienestar mental, observándose estas asociaciones entre un ajuste positivo del yo y un elevado funcionamiento del ego en distintas situaciones. La baja autoestima o su carencia se relaciona a estados negativos, como las enfermedades mentales y los trastornos de personalidad (Ortega Ruiz, Mínguez Vallejos & Rodes Bravo, 2000).

Mora y Raich (2006) afirman que la baja autoestima posee muy mala

reputación. En ella se fundan los grandes problemas psicológicos. Se relaciona con dependencia, necesidad de aprobación, desesperanza, hostilidad, depresión, ansiedad, sometimiento, salud débil, apatía, agotamiento, retraimiento, dejadez, antipatía, pasividad y servilismo. Los sujetos con baja autoestima injurian a los demás, proyectando sus sentimientos, tendiendo a:

- Buscar la aprobación de los demás.
- Controlar a los demás.
- Padecer explotación por parte de las personas cercanas.
- Generar dependencia con personas, instituciones, causas o sustancias.
- Poseer pensamientos distorsionados.
- Poseer percepciones distorsionadas.
- Sentimientos de insatisfacción, odio, disgusto y desprecio hacia si mismo.

Según Mora y Raich (2006), se la ha relacionado con:

- Poca capacidad para escoger un trabajo que se amolde a sus necesidades y capacidades.
- Propensión a aceptar valoraciones desfavorables.
- Poco éxito escolar.
- Vulnerabilidad a cuestiones interpersonales en la adolescencia.
- Sentirse atraídos por sujetos con baja autoestima y poseer relaciones infortunadas y poco saludables en la adultez.

La autoestima posee mucho interés clínico por su significatividad en los distintos cuadros psicopatológicos (Skager & Kerst, 1989 citados en Vázquez Morejón, Jiménez García-Bóveda & Vázquez-Morejón Jiménez, 2004; Silverstone & Salsali, 2003 citados en Vázquez Morejón et al.), y por su relación con la búsqueda de asistencia psicológica (Coopersmith, 1967 citado en Vázquez Morejón et al.; Kaplan & Pokorny, 1969 citados en Vázquez Morejón et al.).

En cuanto a los trastornos que puede generar, Mora y Raich (2006) afirman que la autoestima es un facilitador de la depresión, la ansiedad, los trastornos alimentarios y de la imagen corporal. Genera menos salud, más dolor, mayor incapacidad, ansiedad, depresión y somatización. Es un factor de riesgo de suicidio y de intentos de suicidio, depresión, embarazos adolescentes o de ser victimizado por los demás. La autoestima en la niñez se relaciona con trastornos alimentarios y de la imagen corporal en la adolescencia, y a ingresos económicos o mantención del puesto de trabajo en la adultez.

No obstante, Emler (2000 citado en Mora & Raich, 2006) afirma que los estudios longitudinales señalaron que la baja autoestima no es un factor de riesgo de delincuencia, violencia, abuso de drogas, alcohol, bajo rendimiento académico o racismo, encontrándose que en ocasiones éstos correlacionan con una alta autoestima.

Quienes poseen una autoestima más elevada pueden expresar más una opinión controvertida, autoaprobarse, aprobar a los demás, ser más asertivos, resueltos, menos ansiosos, sensibles a la crítica, hallarse más atentos a los valores personales, poseer mejor salud física, competir, poseer un mayor éxito, apreciar la autonomía y reconocer más las particularidades positivas o negativas de los otros. Además, se vinculan conductas poco sociales como el abuso de drogas o del alcohol, o accidentes generados por descuido y exceso de velocidad (Mora & Raich, 2006).

## **2.5. Factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria**

Las únicas variables que se han analizado en referencia al desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria fueron la ansiedad, la alexitimia y la autoestima. Por otro lado, a pesar de la actitud negativa hacia la expresión emocional, no se analizó en referencia a los trastornos de la conducta alimentaria, sí estudiándose la falta de expresión emocional (Pascual et al., 2011).

En cuanto a la ansiedad, Davey y Chapman (2009 citados en Pascual et al., 2011) y Holtkamp, Müller, Heussen, Remschmidt y Herpertz-Dahlmann (2005 citados en Pascual et al.) encontraron que es un rasgo permanente en los sujetos que padecen trastornos de la conducta alimentaria, debido a que permanece luego de que el individuo se haya recuperado del trastorno. Por su parte, Buckner, Silgado y Lewinsohn (2010 citados en Pascual et al.) hallaron que uno de los factores de riesgo de esta clase de trastornos es la ansiedad.

Además, la alexitimia posee repercusión en el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria, relacionándose a un mayor riesgo de padecer esta clase de trastornos (Kiyotaki & Yokoyama, 2006 citados en Pascual et al., 2011; Speranza, Loas, Wallier & Corcos, 2007 citados en Pascual et al.), pareciendo ser un rasgo medianamente estable en los

individuos que padecen estos trastornos (Iancu, Cohen, Yehuda & Kotler, 2006 citados en Pascual et al.; Ridout, Thom & Wallis, 2010 citados en Pascual et al.).

Aparte de la ansiedad, el tener problemas para reconocer y expresar las emociones, la autoestima y la carencia de expresión emocional, Pascual et al. (2010) sostiene que poseer una percepción negativa de las emociones, un estado de ánimo demasiado afectado por la alimentación, el peso y la figura corporal, así como una necesidad exagerada de tener todo bajo control y emplear ciertas estrategias para regular las emociones, puede ser factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria.

Según Salaberría, Rodríguez y Cruz (2007 citados en Asuero Fernández et al., 2012), uno de los factores más importantes para el surgimiento y el mantenimiento de estos trastornos es la imagen corporal. La imagen corporal se relaciona con los ideales de belleza que prevalecen en la cultura. De esta forma, los modelos socioculturales que se idealizan, una figura delgada en las mujeres auxiliada por la cirugía, generan un modelo estético difícil de lograr de manera natural y con una alimentación equilibrada.

Según Raich (2004), a pesar de que la insatisfacción corporal es muy común, no es suficiente para establecer un trastorno de la imagen corporal. Las personas con este trastorno deprecian su apariencia, imaginan que los demás se fijan y se interesan por su defecto, se enfocan demasiado en dicho defecto y lo suelen ubicar en el primer lugar cuando realizan una jerarquía de valores personales, con lo que se subestiman. Piensan que su defecto es un motivo de impedimento de ser queridos, así como una muestra de debilidad o de algún defecto en el carácter. Esta preocupación puede surgir en cualquier momento del día, siendo más pronunciada en circunstancias sociales en las que el sujeto es autoconsciente y espera ser “analizado” por otras personas.

Debido a esto, una cantidad significativa de chicas se hallan insatisfechas y empiezan cada vez más tempranamente a realizar dietas restrictivas y/o a emplear otros métodos para perder peso, con la ilusión de lograr el cuerpo soñado de los famosos favoritos (Del Río, Borda, Torres & Lozano, 2002 citados en Asuero Fernández et al., 2012).

Asimismo, Asuero Fernández et al. (2012) señala que el valor del índice de masa corporal se halle ajustado, no quiere decir que haya satisfacción con la imagen corporal, logrando precipitar la realización de dietas. En su estudio,

Ramos, Rivera y Moreno (2010 citados en Asuero Fernández et al.) afirman que el IMC no es una variable importante al momento de explicar la satisfacción que poseen los jóvenes con su cuerpo, siendo la percepción de la imagen corporal y la satisfacción con la misma lo que explica las conductas de pérdida de peso.

Entre los factores más significativos, la pobre autoestima es un elemento significativo de debilidad para el desarrollo de estos trastornos (Beato et al., 2004 citados en Asuero Fernández et al., 2012; Fairburn, Cooper, Doll & Welch, 1999 citados en Asuero Fernández et al.). Al respecto, Gual et al. (2002 citados en Asuero Fernández et al.) analizó la relación entre la autoestima y las perturbaciones en la conducta alimentaria, encontrando que la prevalencia de puntuaciones altas en comportamientos alimentarios de riesgo, en los sujetos con autoestima baja, fue del 20,8%.

Por su parte, Schmidt (2001 citado en Asuero Fernández et al., 2012) halló que, desde edades tempranas, la autoestima pobre era la clave para el surgimiento de conductas tendientes a bajar de peso. Asimismo, Cervera et al. (2003 citados en Asuero Fernández et al.) encontraron que la autoestima elevada era un factor protector frente a las alteraciones en la conducta alimentaria. No obstante, quienes habían desarrollado un trastorno de la conducta alimentaria poseían una autoestima baja. Por su parte, Karpowicz, Skärsäter y Nevonen (2009 citados en Asuero Fernández et al.) encontraron que la autoestima se había incrementado luego recibir tres meses de tratamiento para la anorexia nerviosa.

En referencia al vínculo entre la autoestima y las alteraciones emocionales, se puede apreciar que la pobre autoestima posee un rol vital en la comprensión de la sintomatología ansiosa y depresiva en la evolución del trastorno de la conducta alimentaria (Southall & Roberts, 2002 citados en Asuero Fernández et al., 2012; Stice, Marti & Durant, 2011 citados en Asuero Fernández et al.).

En adición, Martyn-Nemeth, Penckofer, Gulanick, Velsor-Friedrich y Bryant (2009 citados en Asuero Fernández et al., 2012) hallaron que el aumento de la autoestima en los adolescentes previene conductas alimentarias disfuncionales y reduce el riesgo de que se origine la sintomatología depresiva. Asimismo, Ahrén-Moonga, Holmgren y Klinteberg (2008 citados en Asuero Fernández et al.) hallaron que las pacientes con trastornos alimenticios se

encontraban con mayor tensión y ansiedad que el grupo control, siendo ésta última un factor que podía predisponer a esta clase de trastornos.

Finalmente, Asuero Fernández et al. (2012) sostienen que la insatisfacción corporal, la poca autoestima, la ansiedad y la depresión son particularidades que se encuentran presentes en la mayoría de los sujetos con trastornos alimentarios, siendo factores de riesgo para el surgimiento y/o desarrollo de los mismos.

## **2.6. Las conductas alimentarias disfuncionales**

De acuerdo a Irurtia, Arias, Olivares-Olivares, Olivares y Fuentes (2006), las alteraciones de la conducta alimentaria están aumentando desde hace años. Una de las razones más importantes que pueden explicar el aumento de estos trastornos es la repercusión sociocultural, principalmente en los países desarrollados, debido a que la importancia de estas alteraciones es muy poca en los países en vías de desarrollo. La presión social por la imagen estética de delgadez genera cada año más cantidad de casos de anorexia y bulimia nerviosa, a así como comportamientos alimenticios patológicos como la ortorexia, potomanía, entre otras, y una mayor preocupación de los individuos con sobrepeso para perderlo.

Actualmente, la deseabilidad por la delgadez se encuentra extendida, siendo un criterio para lograr el éxito social. Esto hace que muchos jóvenes lleven a cabo actitudes muy parecidas a la de los trastornos de la alimentación y, a pesar de esto se las considera normales. La situación es crítica cuando además hay una baja autoestima y una elevada ansiedad social (Irurtia et al., 2006).

Los trastornos de la conducta alimentaria son desórdenes de relevancia significativa en la actualidad. Los medios de comunicación mencionan con frecuencia esta problemática, inclusive con cierto sensacionalismo, relacionándolo a ciertas actividades profesionales y haciendo hincapié en su pronóstico pobre. Son una amenaza a la salud y bienestar de muchas personas, con el riesgo de muerte. Estos trastornos son un tema de gran interés público, así como de perplejidad para los estudiosos y un desafío para los clínicos (Fairburn & Harrison, 2003 citados en Irurtia et al., 2006).

De acuerdo a Papp Paz y Campos Cavada (2010 citados en Loor Mora & Patiño Jaigua, 2016), las nociones de conducta alimentaria y hábitos alimentarios son confundidos por la ambigüedad el hábito y la conducta. El primero es un patrón de alimentación diario, por lo que se considera un comportamiento alimentario a una conducta normal que se vincula con los hábitos alimenticios. En esta última intervienen vivencias, sentimientos, necesidades del sujeto, así como las influencias ambientales. Un ejemplo es como un individuo se siente al consumir cierta comida, lo que se relaciona a un recuerdo hacia la misma. Está consciente del por qué ingiere cierta comida.

Según León, Fulkerson, Perry y Cudeck (1993 citados en Casullo et al., 2000) analizaron el desarrollo de los trastornos alimentarios y su relación con el autoconcepto, los patrones de conductas alimentarias y las actitudes hacia las mismos, hallando que las variables que predicen las conductas de riesgo son la insatisfacción corporal, la emocionalidad negativa y la falta de introspección para identificar sentimientos y sensaciones, es decir, la alexitimia.

Rutzstein et al. (2014) afirman que, entre los factores psicológicos relacionados a los trastornos alimentarios, la autoestima reducida y el perfeccionismo requieren atención. Éste último llevaría a la búsqueda del estándar perfecto en referencia a la imagen corporal y al control de la comida y el peso (Garner, Olmsted, Polivy, & Garfinkel, 1984 citados en Rutzstein et al.). Sería un predictor y un factor de mantenimiento de los trastornos alimentarios (Chang, Ivezaj, Downey, Kashima, & Morady, 2008 citados en Rutzstein et al.; Fairburn, 2008 citado en Rutzstein et al.).

Las dietas restrictivas, la actividad física desmesurada y el empleo de laxantes, diuréticos y pastillas para adelgazar son prácticas generalizadas, siendo comportamientos de riesgo para el desarrollo de un trastorno alimentario. Existe un continuo entre las problemáticas alimentarias subclínicas y estos trastornos, siendo los últimos el extremo de un continuo que empieza con desvelos por el peso y la figura, la insatisfacción corporal y las dietas (Levine & Smolak, 1992 citados en Rutzstein et al., 2014). El continuo existe en referencia la sintomatología de los trastornos alimentarios y a las particularidades psicológicas relacionadas con el mantenimiento y desarrollo de estos trastornos (Levine & Smolak, 2006 citados en Rutzstein et al.).

## 2.7. Factores de riesgo de las conductas alimentarias disfuncionales

### 2.7.1. La autoestima

No se puede hablar de trastornos alimentarios sin referirse a la autoestima y el autoconcepto. El mismo puede definirse como las percepciones que el sujeto posee de sí mismo, de los pensamientos y sentimientos de una persona que hacen referencia a sí mismo (Rosenberg, 1989 citado en Ochoa de Alda, 2009). La autoestima se halla muy relacionada con el autoconcepto, siendo una la actitud positiva o negativa hacia el sí mismo (Rosenberg, 1965 citado en Ochoa de Alda), siendo un elemento valorativo del autoconcepto. Es lo que se siente, piensa y muestra sobre sí mismo. Se halla vinculada con la apreciación del sí mismo y con los sentimientos que esta evaluación genera. Posee dos elementos:

- **Cognitivo:** se refiere a la apreciación que se realiza del sí mismo,
- **Emocional:** se relaciona con la estima o el amor que se siente hacia sí mismo.

En cuanto al inicio de la autoestima, se forma desde el inicio de la vida. La manera en que los padres se vinculan con el niño en sus primeros años establece la apreciación inicial que el niño realiza de sí mismo. En esta corta edad, la autoestima se funda en la aceptación y la vinculación con los más próximos. En los primeros años de vida, no se posee un concepto de sí mismo. Éste se va conformando progresivamente en base a mensajes que va recibiendo y de los vínculos que se van generando a su alrededor (Espina et al., 2007 citados en Ochoa de Alda, 2009).

Ochoa de Alda (2009) afirma que los mensajes que los adultos transmiten al niño deben de tres clases:

- Transmiten una idea de sí mismo, ayudando a definirlo.
- Transmiten normas y valores que se van interiorizando para estudiar la realidad y a sí mismo.
- Los que le transfieren una manera de ubicarse frente a las equivocaciones y errores.

Es vital saber cómo el sujeto formó su autoestima y como son sus percepciones sobre las apreciaciones de sus figuras parentales. Se deben conocer las bases sobre las que ha edificado la identidad y el proyecto vital. Analizar el origen de la misma y a donde se quiere llegar ayuda a entender el

presente, a buscar otros caminos que el trastorno alimentario para lograr que se atribuya más significación quitándosela a la exterior (Ochoa de Alda, 2009).

Un estudio llevado a cabo por Moreno González y Ortíz Viveros (2016) sobre los trastornos alimentarios y la autoestima en adolescentes, muestra que existe un 8% de riesgo de padecerlo y un 10% de que se presente la patología relacionándose esto con la pobre autoestima. Ésta última se relaciona con la imagen corporal debido a que el sujeto al encontrarse insatisfecho con su cuerpo demuestra una actitud negativa, difiriendo el comportamiento de acuerdo a las ocasiones en las que se halla el sujeto (Cruz-Sáez, Pascual, Etxebarria & Echeburúa, 2013 citados en Llor Mora & Patiño Jaigua, 2016).

### 2.7.2. La Imagen corporal

La imagen corporal es la representación corporal que cada individuo genera en su mente (Raich, 2000 citada en Salaberria, Rodríguez & Cruz, 2007), así como la percepción que posee de su cuerpo (Guimón, 1999 citado en Salaberria et al.). Apariencia física e imagen corporal con dos conceptos separados: hay individuos con una apariencia física que se haya lejos de los cánones de belleza que se sienten bien con su imagen corporal, así como sujetos "bellos" que no se sienten así. La apariencia física sirve como fuente de interacción social, siendo la realidad física, por lo que existe el riesgo de que haya problemáticas psicosociales de los sujetos que las padecen.

Cash y Pruzinsky (1990 citados en Salaberria et al., 2007) y Thompson (1990 citado en Salaberria et al.) afirman que la imagen corporal se conforma de:

- **Elementos perceptivos:** como se percibe el peso, el tamaño y la forma del cuerpo. Las alteraciones perceptivas pueden generar sobre o subestimaciones.
- **Elementos cognitivos-afectivos:** sentimientos, actitudes, pensamientos y apreciaciones que genera el cuerpo o algunas partes, su peso, su tamaño, su forma. La imagen corporal añade vivencias de placer, satisfacción, disgusto, impotencia, entre otros.
- **Elementos conductuales:** provienen de la percepción y de los sentimientos relacionados con el cuerpo. Puede ser por manifestación, evitación, comprobación, su ocultamiento, entre otros.

Según Guimón (1999 citado en Salaberria et al., 2007), la percepción, la apreciación, la evaluación y la vivencia corporal se vincula con la imagen de uno mismo como una totalidad, con la personalidad y el bienestar psicológico. De esta forma, Rosen (1995 citado en Salaberria et al.) afirma que la imagen corporal es la forma en que alguien se percibe, siente y se comporta en base a su cuerpo.

Sin embargo, Ochoa de Alda (2009) afirma que los factores de mantenimiento, son los elementos más preocupantes en los trastornos alimentarios. La distorsión corporal es la discrepancia entre la percepción y las creencias sobre la talla y la realidad.

La mayoría de los individuos están inconformes con alguna parte de su cuerpo: esto generó estrategias de modificación corporal, ni que se transforme su vida cotidiana, conociéndose esto como malestar normativo. Los comportamientos nocivos para la salud que pretenden transformar la imagen corporal son conocidos como insatisfacción corporal (Devlin & Zhu, 2001 citados en Amaya Hernández, Álvarez Rayón & Mancilla Díaz, 2010). Ésta es uno de los predictores y mantenedores de los trastornos alimentarios más importantes (Sepúlveda, Botella & León, 2001 citados en Amaya Hernández et al.; Thompson & Stice, 2001 citados en Amaya Hernández et al.).

Al ser la insatisfacción corporal un precursor de los trastornos alimentarios, se realizaron diversos estudios para saber qué variables la provocan, con cuáles se relaciona, cómo se distingue en hombres y mujeres, entre otros (Amaya Hernández et al., 2010).

Al respecto, Salaberria et al. (2007) señala que un hecho activante como la exposición corporal, el análisis y la comparación social, son sucesos que activan el esquema negativo de la imagen corporal, generando malestar. Éste lleva a comportamientos de evitación, a rituales y demostraciones que generan pensamientos y autoevaluaciones negativas que retroalimentan la disforia y que no funcionan para tratar con los sucesos, los afectos, las preocupaciones y los pensamientos negativos. Cuando la preocupación y la insatisfacción con el cuerpo no se amoldan a la realidad, provocan un malestar que interfiriere de forma negativa en la vida cotidiana, siendo un trastorno de la imagen corporal.

Este trastorno contiene elementos perceptivos, emocionales y cognitivos, siendo una preocupación excesiva por algún defecto imaginario o

existente del cuerpo. Se genera una devaluación de la apariencia y a preocuparse mucho por la opinión ajena. En los sujetos con trastornos de la conducta alimentaria, se ven o se perciben obesos cuando no lo están, restringiendo más su ingesta (e.g. Raich, 1994 citado en Ochoa de Alda, 2009; Toro & Vilardell, 1987 citados en Ochoa de Alda).

### **2.7.3. La alexitimia**

Las emociones se hallan vinculadas a los trastornos alimentarios, principalmente los problemas en el procesamiento cognitivo de las emociones. Es habitual que los pacientes con trastornos alimentarios no distingan el estado emocional, no pudiendo imputar a qué se debe, enfocándose en la comida o en los comportamientos purgativos que en lo que los rodea (Ochoa de Alda, 2009).

Nemiah (1977 citado en Ochoa de Alda, 2009) postula dos dimensiones en la alexitimia: problemas para expresar sentimientos verbalmente, habiendo dificultad para diferenciar entre los elementos somáticos y los subjetivos de la activación emocional, y la carencia de fantasías para expresarlos, refiriéndose al pensamiento operatorio (Marty, 1980 citado en Ochoa de Alda).

En cuanto al control emocional, Markey y Vanderwal, (2007 citados en Hernández-Cortés & Londoño Pérez, 2013) analizaron el rol de la inteligencia emocional y demás variables encargadas de la regulación de la emoción en la asociación entre afecto negativo y sintomatología bulímica, empleando una muestra de 154 estudiantes universitarias de los Estados Unidos. Hallaron que las emociones no reguladas se asocian al desarrollo y sostenimiento de estos trastornos.

La clave es el déficit en el procesamiento cognitivo de las emociones. El origen del mismo se relaciona a las variaciones de la organización cerebral y en los patrones de intercambio afectivo incorrectos en el desarrollo infantil. (e.g. Emde, 1988 citado en Ochoa de Alda, 2009; Stern, 1984 citado en Ochoa de Alda) o en las relaciones familiares (Onnis & Di Genaro, 1987 citados en Ochoa de Alda, 2009).

## 2.8. Características de la adultez

De acuerdo a Izquierdo Martínez (2005), la clave de la psicología del desarrollo de la adultez sería si existen transformaciones con el incremento en la edad, qué dimensión poseen las mismas, en qué áreas pueden observarse y si se asocian entre sí, indagando además cómo se generan. Como las modificaciones ocurren de forma distinta en las diferentes competencias, se habla de multidimensionalidad y multidireccionalidad. Asimismo, se deben caracterizar los cambios, de acuerdo a las particularidades de cada sujeto o cada grupo.

La influencia de la experiencia y de la propia historia, el extenso hábito en los criterios cognitivos y comportamentales, así como la consecuencia de los distintos ámbitos educativos, sociales, son variables significativas. Se deben considerar las conversiones diferenciales al incrementarse la edad. Las diferencias en las transformaciones inter e intraindividuales son la base de la mutabilidad en los sujetos mayores. Son muy pocas las teorías en el ámbito de la psicología del desarrollo de la edad adulta (Schroots, 1996 citado en Izquierdo Martínez, 2005; Wahl & Heyl, 2004 citados en Izquierdo Martínez).

Según Adam (2011), existen inconvenientes al definir la adultez, tomando como base la edad cronológica. La adultez es un proceso acumulativo y diverso, se arriba a la plenitud en períodos sucesivos y en distintas edades.

- **Adultez biológica:** desarrollo anatómico y fisiológico total de los órganos de su funcionamiento. Capacidad de reproducción manifestándose entre los 11 y 15 años de edad con el surgimiento de caracterizaciones fisiológicas.

- **Adultez psicológica:** se caracteriza por el perfeccionamiento de la actividad psíquica. Las funciones cognitivas, emocionales y conativas logran mayor intensidad, extensión y funcionalidad. Aunque el desarrollo de la inteligencia es vital en la madurez psicológica, el hombre debe tomar conciencia de sí mismo, de sí mismo, de su condición y del entorno, estando en condiciones de enfrentar las cuestiones menores de la vida diaria. El hombre se torna autoconsciente, percibe su yo y su inconsciente, donde se albergan las vivencias de sus primeros años, las cuales se intensifican y afectan su comportamiento. De esta forma, la adultez psicológica es el entendimiento del hombre.

Al respecto, Kilpatrick (1958) afirma que la particularidad del yo

consciente es pensar sobre sí mismo en la manera de lo que sabe de los demás y pensar sobre lo que conoce de sí. El adulto es un ser autoconsciente. Lo que caracteriza la adultez psicológica es el comportamiento responsable de quien conoce lo que realiza, por qué lo lleva a cabo y las consecuencias de su comportamiento.

- **Adultez sociológica:** se manifiesta en el trabajo, en la participación social y en la responsabilidad jurídica. Las habilidades intelectuales y físicas maduraron para que los individuos subsistan de forma autónoma. Su interposición en las cuestiones laborales, políticas y ciudadanas, muestran su madurez psicológica y su adultez sociológica. La sociedad adulta, reguladora de la vida comunitaria, otorga a los adultos jóvenes el derecho a entremeterse en las cuestiones políticas al brindarle el derecho de escoger los poderes que representan al Estado. La posesión de determinados criterios sobre la disposición económica y social dirigen su conducta cívica, amoldándola a los procedimientos existentes, sin que ello represente la aprobación o conformismo frente a éstos (Adam, 2011).

De acuerdo a Jiménez Sánchez (2012), en la adultez temprana, el pensamiento se hace más maleable, abierto, configurable e independiente como resultado de la habilidad para separar, analizar y cotejar los contenidos cognitivos. Esta etapa de la vida involucra tres momentos que oscilan desde la adquisición de saberes y pericias, siendo lo que se requiere conocer, pudiendo ser a través de la educación formal o informal, llevando a la integración de los mismos, lo que se asemeja a las competencias, haciendo que este proceso halle un significado y meta en el devenir de las decisiones y de los objetivos.

El pensamiento abstracto admite el entendimiento y la ampliación de la percepción del mundo, aceptar la variedad de pensamientos y afrontar el caos y la duda, haciendo que desde una reflexión independiente, adecuada y responsable le brinde sentido, donde lo que predomina es la inteligencia y conciencia. En este período, existen relaciones iguales y de reciprocidad, ya que el respeto por la ley, así como los valores y las creencias son una característica moral, más que como una necesidad, lo que genera una vida personal y laboral, fundada en los valores universales (Jiménez Sánchez, 2012).

Por otro lado, la psicología de los ciclos vitales (Baltes, 1990 citado en Izquierdo Martínez, 2005; Thomae, 1979 citado en Izquierdo Martínez) postula

un proceso de transformación y estabilidad del sujeto desde el nacimiento hasta la muerte. La mutabilidad interindividual de las transformaciones permite más significado normativo con la edad. Las características son las siguientes:

- En cada etapa vital hay transformaciones psíquicas, incluida la edad joven y madura.
- En cada etapa, existe una constante del comportamiento y de la experiencia.
- La mutabilidad interindividual a nivel conductual y la experiencia queda verificada en cada etapa vital.

Las transformaciones evolutivas posteriores continúan un patrón de desarrollo en cada momento de la vida, y que cuando se lograron las especificidades de este patrón, de acuerdo a la etapa de vida a la que atañe, no habrá involución, conservándose para posteriormente descender. Las personas se transforman en aprendices de tiempo completo y de por vida, debido a que aprenden de forma natural a través de los sentidos y a las prácticas diarias. Estar activo desde lo cognitivo permite hallarse en contacto con el mundo físico e intelectual, añadiendo saberes culturales, científicos y ocupacionales, que puedan emplearse en las labores relacionadas al trabajo o en lo recreativo. Esto disminuye el estrés, previniendo las secuelas físicas o psicológicas provenientes de la respuesta del organismo frente a sucesos que no se pueden controlar o evitar (Jiménez Sánchez, 2012).

Al concluirse la etapa adulta intermedia, a los 60 o 65 años, llega el fin de la vida laboral por la jubilación, marcando el cierre de la vida productiva, no obstante, habrá otras tareas que brinden la misma satisfacción al permitir el sujeto jubilado se sienta productor y útil para la familia y para la sociedad, al emplear lo aprendido en los períodos previos, aunque principalmente al ayudar su crecimiento intelectual (Jiménez Sánchez, 2012).

## **2.9. Etapas de la adultez**

En la psicología del desarrollo de la adultez, son usuales las teorías definidas por los períodos vitales, siendo descritas en ocasiones como transiciones. Gould (1972, 1978 citado en Izquierdo Martínez, 2005) habla de transiciones desde los 16 años hasta los 60 años. Vaillant (1977 citado en Izquierdo Martínez) habla de labores básicas para una buena adaptación,

separadas de acuerdo a las edades de establecimiento, afianzamiento y transformación. Por su parte, Keagan (1982 citado en Izquierdo Martínez) creó diversas teorías evolutivas, postulando seis etapas de desarrollo, en base al significado que se otorga al ambiente más que en base a la edad cronológica.

Asimismo, Loevinger (1976 citado en Izquierdo Martínez, 2005) creó una teoría que profundiza teórica y empíricamente los señalamientos de Erikson. Considera al “yo” como el integrador del desarrollo, describiéndolo como un escenario de siete etapas que ocurren desde la infancia a la madurez, transitando por la etapa impulsiva, autoprotectiva y conformista, la de la conciencia y de la independencia. Cada una posee sus preocupaciones, su estilo y su forma de pensar y de solucionar los problemas.

La teoría de Loevinger sobre la mitad de la vida, la cual ocurre entre los 40 y los 45 años, lleva a la adultez intermedia. En esta etapa, los individuos se interrogan sobre diferentes elementos y valores de su vida, lo que les molesta emocionalmente. Levinson (1986 citado en Izquierdo Martínez, 2005) estudió en 40 varones variables sociodemográficas, tratando de hallar la “estructura de la vida”, definida como la pauta que diseña la vida de una persona en un cierto momento. Según este autor, la transición de los 50 años involucra una transformación de la estructura, aunque el final de la adultez, cerca de los 60 años, es una etapa consolidada que favorece la revisión de toda la vida.

De los modelos empíricos, el de Levinson (1978 citado en Amador Muñoz et al., 2001) es el más característico y el que muestra más esmero. Diferencia entre eras y períodos, estando determinados por las estructuras del ciclo vital y los mapas del orden en el transcurso de la vida, desde su nacimiento hasta su muerte. Este autor concibe cuatro eras:

- **Pre-adulthood:** hasta los 17 años. Se genera un cambio biopsicosocial veloz, por el que el individuo pasa del desvalimiento hasta su capacidad plena de vivir y tener conductas como un adulto autónomo y responsable.

- **Adulthood temprana:** ocurre entre los 17 y los 45 años. Se produce la vitalidad que logra su máxima expresión y el mayor nivel de tensión y estrés. Finaliza con el periodo vital en lo biológico. Es el momento ideal desde lo social y psicológico para plasmar y hacer realidad los sueños y deseos de la juventud: contar con un lugar en la sociedad, tener una familia, lograr una función laboral conveniente y un status valorado desde lo social. Culminan grandes satisfacciones relacionadas al amor, la sexualidad, la familia, lo profesional, la

creatividad y los objetivos. Se producen grandes tensiones, inquietudes y estrés, como las responsabilidades familiares, las cargas laborales y económicas, las decisiones para el futuro, como el matrimonio, el trabajo y el estilo de vida.

- **Adulthood intermedia:** ocurre entre los 45 y los 65 años. Se caracteriza desde lo biológico por la reducción de las habilidades y fuerza física en comparación con la etapa previa, a pesar de que se posee vitalidad y energía para una vida personal y social agradable. Desde lo psíquico y lo social, es el momento del liderazgo en los niveles políticos, laborales, científicos, religiosos y artísticos.

- **Adulthood tardía:** tiene lugar desde los 65 años en adelante. Levinson no describe esta etapa debido a que se halla por fuera de sus objetivos.

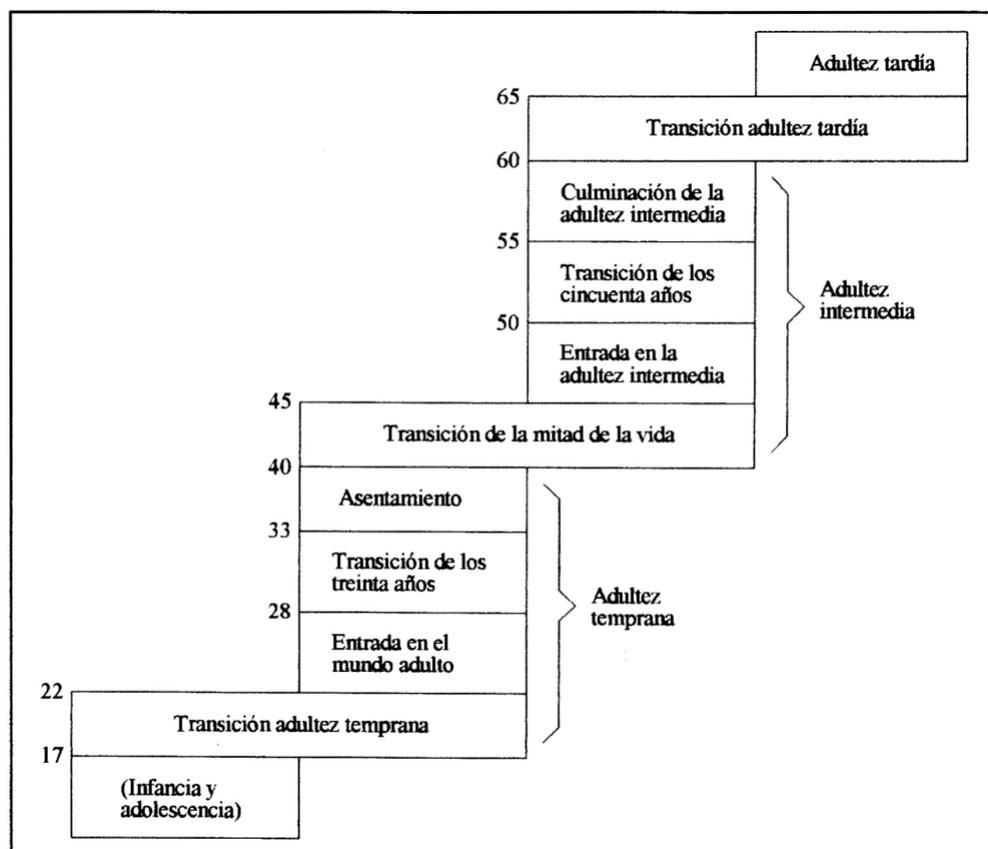


Figura 1. Períodos evolutivos en el curso de la adultez. Fuente: Amador Muñoz, L., Monreal Gimeno, M. C. & Marco Macarro, M. J. (2001). El Adulto: Etapas y Consideraciones para el Aprendizaje. *Eúphoros*, 3, 97-112

Por su parte, Amador Muñoz et al. (2001) afirma que el modelo motivacional hace hincapié en los asuntos en los que los adultos se interesan. A su vez, especifica que estos intereses o motivaciones evolucionan durante la

etapa adulta en seis ciclos y los concreta de la siguiente forma:

- **Concentración en la vida (18-30 años):** el adulto ya cuenta con una identidad psicológica, pretende lograr su identidad social mediante el trabajo u oficio, conseguir un status, una ideología propia, escoge una pareja y posee una buena imagen de sí mismo.

- **Concentración de las energías (30-40 años):** incremento en la experiencia y capacidad en el ámbito profesional, siendo un período estable. Está al máximo de sus capacidades, fuerza y energía. Lo mueven la crianza y educación de los hijos, y el mundo profesional y laboral. Se interesa por actividades y compromisos comunes y grupales, y por cuestiones económicas.

- **Consolidación y valores (40-50 años):** es la cumbre del ciclo vital adulto. Toda su energía se encuentra proyectada hacia el exterior. Las cuestiones sociales y públicas lo cautivan y lo motivan. En cuanto a la familia, halla recompensa con el crecimiento de sus hijos, a los que ve desenvolviéndose y valiéndose por sí mismos.

- **Mantenimiento de la posición lograda (50-60 años),** se reducen las potencialidades físicas. Debe esforzarse por no perder terreno en su profesión. El mundo es vivenciado como más complejo que en etapas previas y su yo se repliega. Las motivaciones que lo movilizan provienen de las recompensas a corto plazo. Frente a la acción emplea la reflexión. Sus intereses académicos giran alrededor de la filosofía, la historia y la religión.

- **Especulando con el retiro (60-70 años).**

Por su parte, Erikson (1950, 1968, 1985 citado en Izquierdo Martínez, 2005) expone el desarrollo humano como una indagación de la identidad personal. La resolución positiva de cada una de ellas es significativa para acceder a las etapas posteriores. El conflicto permite el pasaje de una etapa a otra. Si esa "crisis" no se soluciona satisfactoriamente, sigue requiriendo energía y provocando complicaciones. Por ende, la personalidad sana debe solucionar la crisis convenientemente. La característica de cada crisis es distinta, habiendo una bipolarización. La cuestión principal que se afronta en la adultez es el de la generatividad contra el estancamiento. En cuanto a la primera, Erikson señala que se opera en tres áreas:

- **El procreativo:** radica en dar y en responder los requerimientos de la siguiente generación,

- **El productivo:** es suplir el trabajo a la vida familiar y velar por la siguiente generación,

- **El creativo:** radica en aportar a la sociedad en gran escala.

La disyuntiva radica en el estancamiento y el sentido de aislamiento y aburrimiento. Algunas personas no perciben lo importante de ayudar a la siguiente generación y poseen sentimientos frecuentes de una vida insatisfactoria. Logran poco o rebajan lo que han conseguido (Izquierdo Martínez, 2005).

Según Erikson (1985 citado en Amador Muñoz et al., 2001) y su modelo clínico, existen ocho etapas en el desarrollo, tres de las cuales corresponden a la edad adulta, siendo:

- **Etapas de la joven edad adulta (18-30 años):** es la etapa de la oposición crítica entre intimidad y retraimiento. El adulto debe establecer buenas relaciones con los demás y con el otro sexo, debiendo aumentar su habilidad para amar. Para ello, debe contar con confianza, independencia, identidad y aceptación. Estas llevarán a sentimientos como clemencia, apego, empatía, identificación y correspondencia. Sin ellos, no puede haber intimidad, generando aislamiento.

- **Etapas de la edad adulta intermedia (30-60 años):** se caracteriza por la generatividad versus la detención. Existe mayor plenitud y madurez, debiendo generar un escenario estable laboralmente, criar a los hijos para que sean adultos, un status favorable, ser partícipe de cuestiones comunitarias. Hay más generosidad y entrega, observándose en la educación de los hijos. La superación de las crisis previas es vital, el estancamiento o autoabsorción puede retrasar esta etapa, llevando al sujeto a la percepción de la monotonía y a la idea de envejecer sin haber realizado nada significativo.

Diversas teorías de crisis normativa se asientan en las ocho etapas de Erikson (1950, 1968 citado en Izquierdo Martínez, 2005) denominadas “ocho edades del hombre”. Este autor amplió las etapas de Freud, modificando su modelo psicosexual por uno psicosocial, ensanchando el camino para la investigación del ciclo vital.

<b>Etapa</b>	<b>Problema</b>	<b>Patología</b>
Etapa de la joven adulta (18-30). Intimidad versus aislamiento	Búsqueda de relaciones	Aislamiento, separatividad.
Etapa adulta intermedia (30-60). Generalidad versus estancamiento	Plenitud y madurez psicosocial	Estancamiento, autoabsorción.
Etapa de la edad avanzada (60 en adelante) Integridad versus desesperación	Fin de la vida: unificación	Desesperanza.

Figura 2. Etapas adultas del ciclo vital de Erickson. Fuente: Amador Muñoz, L., Monreal Gimeno, M. C. & Marco Macarro, M. J. (2001). El Adulto: Etapas y Consideraciones para el Aprendizaje. *Eúphoros*, 3, 97-112.

# **CAPÍTULO III**

### **3. METODOLOGÍA**

#### **3.1. Diseño**

El propósito de este trabajo es indagar la relación entre la autoestima y las conductas alimenticias disfuncionales en los adultos. La investigación será transversal, con un abordaje cuantitativo, y seguirá un diseño descriptivo-correlacional de tipo cuasi experimental, debido a que se manipulará intencionalmente una variable independiente para observar su efecto y su relación con una variable dependiente. Los individuos no se determinan al azar, estando conformados los grupos antes del experimento (Hernández Sampieri, Fernández Collado & Baptista Lucio, 2006).

#### **3.2. Objetivo general**

- Analizar la relación existente entre el nivel de autoestima y las diferentes conductas disfuncionales en adultos.

#### **3.3. Objetivos específicos**

- Describir la muestra de acuerdo a variables sociodemográficas, como el género, la edad, el nivel de educación, el lugar de residencia y la presencia de algún trastorno alimenticio.
- Determinar el nivel de autoestima de los adultos.
- Analizar las distintas conductas alimentarias disfuncionales en los adultos.
- Asociar el nivel de autoestima y las diferentes conductas alimenticias disfuncionales en los adultos encuestados.

#### **3.4. Hipótesis**

- A mayor presencia de síntomas asociados a los trastornos de la conducta alimentaria, habrá un menor nivel de autoestima.
- Las mujeres presentan mayores niveles de conductas alimentarias disfuncionales comparado con los hombres.
- Las mujeres presentan un menor nivel de autoestima en comparación con los hombres.

### **3.5. Relevancia**

#### **3.5.1. Teórica**

Los datos que se desprenden del estudio realizado, serán un aporte significativo de información sobre las conductas alimentarias disfuncionales y su relación con los niveles de autoestima que el sujeto percibe. Esta investigación trata de sentar las bases desde lo teórico, para promover una visión preventiva, a través de una mayor concientización sobre los factores de riesgo para el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria.

#### **3.5.2. Práctica**

La información recopilada en esta investigación servirá para la promoción de niveles sanos de autoestima y de una menor prevalencia de las conductas de riesgo que podrían llevar al desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria. De esta manera, como la población adulta no se encuentra exenta de padecer estos trastornos, es importante que en el caso de que se padezcan, los sujetos puedan recibir un tratamiento adecuado para mejorar su salud, tanto física como mental.

#### **3.5.3. Social**

Los resultados de este estudio ayudarán a la implementación de parte del Estado de políticas de prevención y tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria. Por lo tanto, se podrían promover campañas de concientización sobre las conductas de riesgo y sus consecuencias sobre la salud. Cabe destacar que la sociedad actual aprecia la figura delgada y esbelta, siendo implícitamente sinónimo de una elevada autoestima. Esto ha ocasionado un problema de salud pública que requiere una respuesta inmediata.

### **3.7. Población**

La población estaría conformada por adultos que cumplan con los siguientes criterios de inclusión:

- Que posean entre 20 y 40 años de edad.
- Que residan en Capital Federal o en el Gran Buenos Aires.
- Que acepten participar voluntariamente del estudio.

Por otro lado, los criterios de exclusión para que un sujeto no forme parte de la muestra son los siguientes:

- Se encuentren fuera del rango de edad estipulado.
- Se encuentren residiendo fuera de la zona geográfica establecida.
- Presenten alguna patología psiquiátrica, con excepción de los trastornos de conducta alimentaria.
- No acepten participar del estudio en cuestión.

### 3.8. Muestra

Se tomó una muestra no probabilística intencional simple de 100 adultos con una edad promedio de 31,88 años (DT= 5,800 años; Mediana= 33 años; Min.= 20 años; Max.= 40 años). En referencia al sexo, el 50% son hombres y el 50% son mujeres. En cuanto al estado civil, el 37,4% se encuentra soltero, el 33,3% convive o posee pareja de hecho, el 22,2% es casado, el 3% separado y el 4% divorciado. El 43% vive en la Ciudad de Buenos Aires y el 57% en el Gran Buenos Aires. En referencia al nivel de educación el 1% posee primario completo, el 12,1% secundario incompleto, el 10,1% terciario incompleto, el 9,1% terciario completo, 34,3% universitario incompleto y el 33,3% universitario completo. El 96% no padeció ningún trastorno alimenticio.

### 3.9. Instrumentos

- **Cuestionario sociodemográfico:** creado para los requerimientos de este estudio, pretende recabar información sobre las características antropométricas y la presencia actual o pasada de algún trastorno de la conducta alimentaria.
- **Escala de Autoestima de Rosenberg [AUTOE]** (Rosenberg, 1965; adaptación argentina: Casullo, 2005). Este instrumento posee 10 ítems con una escala Likert con 4 opciones de respuesta que oscilan entre 1- Estoy en total desacuerdo y 4- Estoy totalmente de acuerdo. Los ítems inversos son los números 3, 5, 8, 9 y 10. Para su análisis, se suman las puntuaciones de los ítems directos e inversos y se obtiene una puntuación global de la autoestima.

La consistencia interna, medida mediante el Alfa de Cronbach, es de 0.70 (Góngora & Casullo, 2009).

- **Inventario de Conductas Alimentarias [ICA]** (Garner, 1991; adaptación argentina: Casullo & Pérez, 2003). Este instrumento es una adaptación del Inventario de Desórdenes en la Alimentación [EDI] creado por Garner. Está conformado por 91 ítems con una escala Likert con cuatro opciones de respuestas que oscilan entre 0= Nunca o casi nunca y 4= Siempre o casi siempre. Es de autoadministración individual, permitiendo detectar rasgos o dimensiones psicológicas relacionadas a la presencia de trastornos alimentarios. Además, se pueden valorar elementos biológicos, psicológicos y sociales en once dimensiones:

- **Deseos de adelgazar:** necesidad de ser delgado o temor a ser “gordo”.

- **Bulimia:** pensar o tener conductas para comer de forma excesiva.

- **Insatisfacción corporal:** disconformidad con partes del cuerpo, perturbación de la imagen corporal.

- **Ineficacia:** sentimientos de inseguridad, desamparo y carencia de control sobre la vida. Se relaciona con una baja autoestima o pobre autoconcepto.

- **Perfeccionismo:** creencias de que los demás esperan solo comportamientos exitosos.

- **Desconfianza:** sentimientos sobre la necesidad de alejarse de los demás.

- **Alexitimia:** sentimientos confusos sobre el reconocimiento de las emociones, no pudiendo distinguirlos de las sensaciones corporales.

- **Miedo a crecer:** deseo de detener el crecimiento corporal.

- **Ascetismo:** comportarse de forma virtuosa mediante ideales como el autocontrol.

- **Impulsividad:** tendencias impulsivas, hiperactividad, hostilidad y elementos destructivos en los vínculos interpersonales.

- **Inseguridad social:** creencias sobre los vínculos sociales, pudiendo percibirlos como tensos, inseguros y de una calidad pobre.

La implementación de instrumentos autoadministrables permite el filtrado de los trastornos alimentarios (Garner & Keiper, 2010 citados en Rutzstein et al. 2013), dando lugar a actividades de investigación y prevención (Franco Paredes et al., 2011 citados en Rutzstein et al.). Es por esto que el Inventario de Trastornos Alimentarios es uno de los instrumentos más empleados en la detección de estos trastornos, así como para la exploración en pacientes

(Herrero & Viña, 2005 citados en Rutzstein et al.). Debido a la necesidad de poseer instrumentos adaptados a las particularidades culturales rioplatenses, Casullo y Pérez (2003 citados en Rutzstein et al.) realizaron la adaptación y baremación del EDI-2.

### **3.10. Procedimiento**

Se administraron los instrumentos de forma personal e individual a los individuos que cumplían con las características planteadas para formar parte de la muestra, en los distintos momentos del día en los que la investigadora tuvo acceso a cada uno de los sujetos. Debido a esto, no fue posible realizar un contrabalanceo de la muestra. Los mismos firmaron un consentimiento informado prestando conformidad de que los resultados serían anónimos y que serían empleados solo para los fines de la presente investigación.

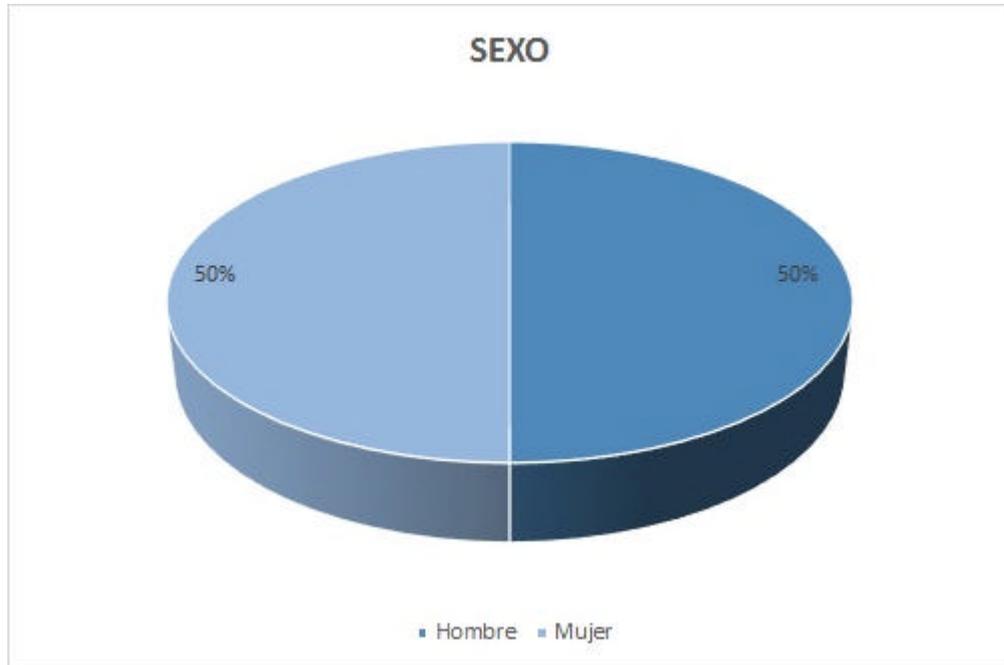
Luego de que los cuestionarios fueran completados, los mismos devueltos a la investigadora al cabo de algunos minutos. A continuación, se volcaron los datos recabados y se analizaron empleando el SPSS 22.0, empleando estadística descriptiva e inferencial para establecer la presencia de relaciones entre las variables, y así confirmar o refutar la hipótesis de investigación.

# **CAPÍTULO IV**

## 4. RESULTADOS

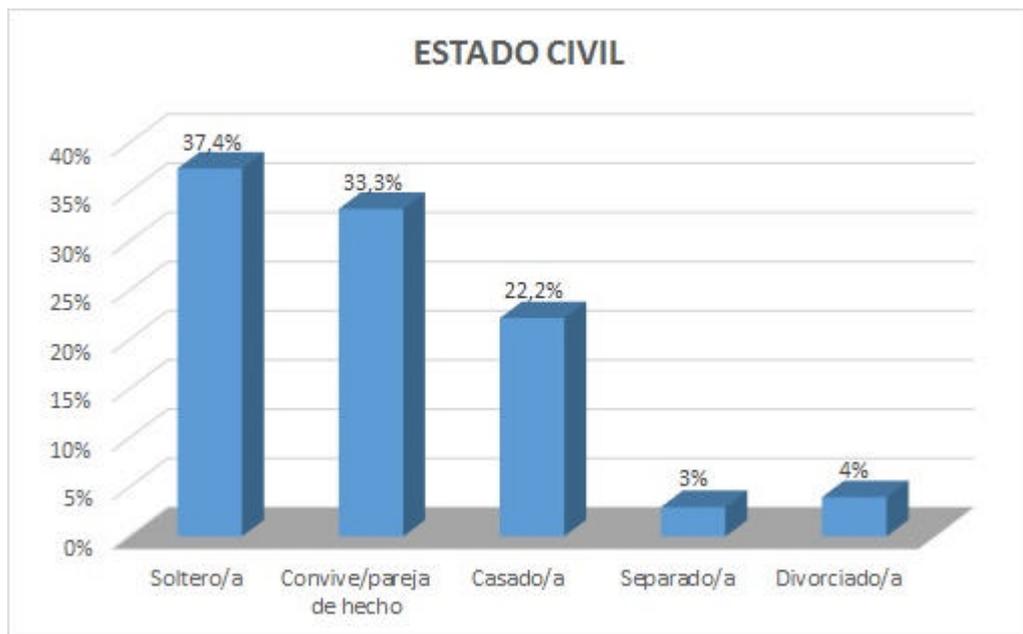
### 4.1. Descripción de la muestra

Gráfico 1. Sexo



En referencia al sexo, el 50% son hombres y el 50% son mujeres.

Gráfico 2. Estado civil



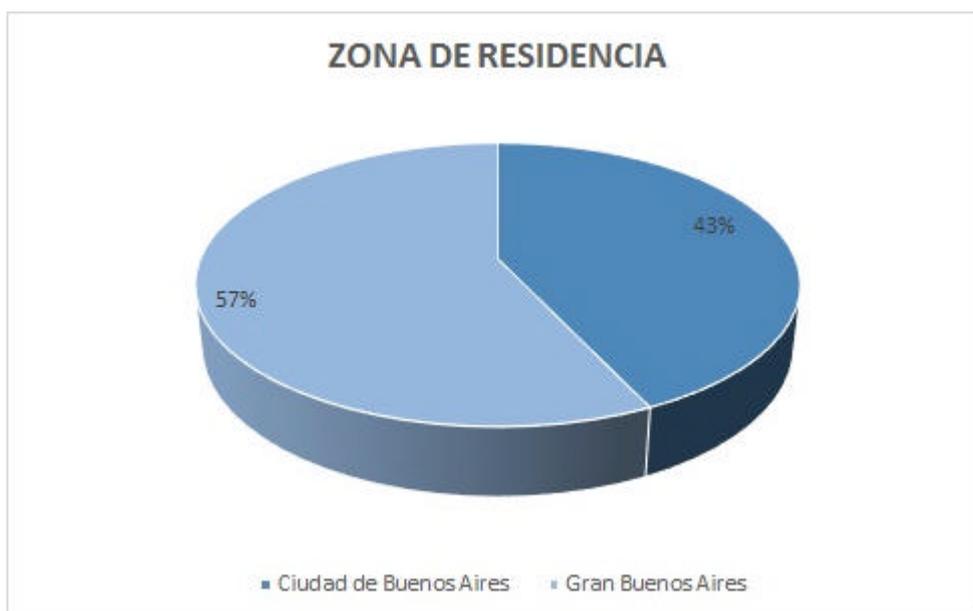
En referencia al estado civil, el 37,4% se encuentra soltero, el 33,3% convive o posee pareja de hecho, el 22,2% es casado, el 3% separado y el 4% divorciado.

Gráfico 3. Tiene hijos



En cuanto a si tiene hijos, el 40,4% sí los tiene y el 59,6% no tiene hijos.

Gráfico 4. Zona de residencia



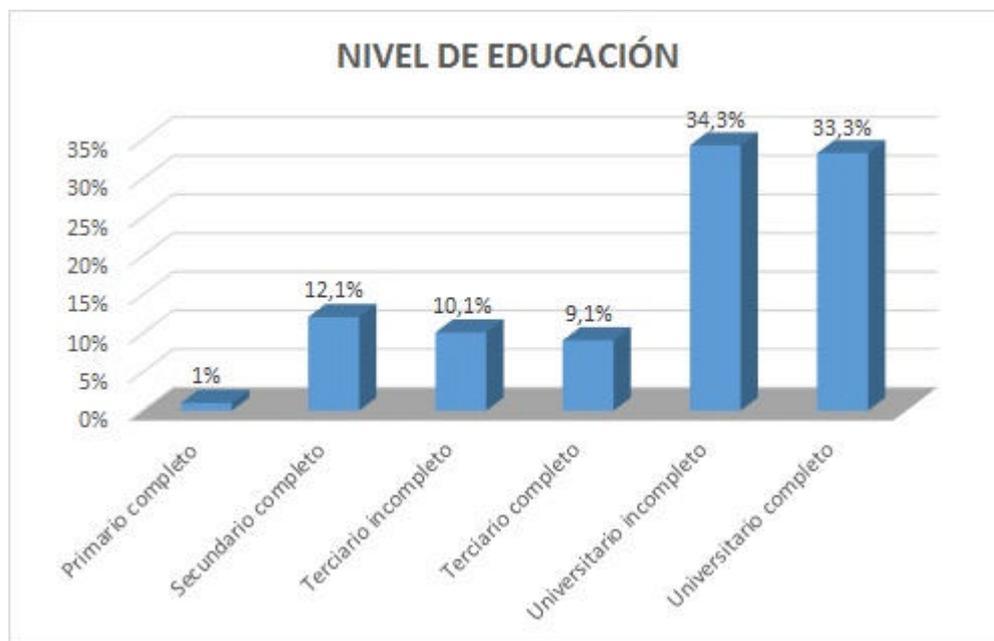
En cuanto a la zona de residencia, el 43% vive en la Ciudad de Buenos Aires y el 57% en el Gran Buenos Aires.

Gráfico 5. Trabaja actualmente



En cuanto a si trabaja actualmente, el 86,7% sí lo hace mientras que el 13,3% no trabaja.

Gráfico 6. Nivel de educación



En referencia al nivel de educación el 1% posee primario completo, el 12,1% secundario incompleto, el 10,1% terciario incompleto, el 9,1% terciario completo, 34,3% universitario incompleto y el 33,3% universitario completo.

Gráfico 7. Padeció algún trastorno alimenticio



En lo referido a si padeció algún trastorno alimenticio, el 96% no lo padeció mientras que el 4% sí padeció algún trastorno alimenticio.

Gráfico 8. Realiza alguna actividad que asocia a su bienestar



En cuanto a si realiza alguna actividad que asocia a su bienestar, el 74% sí la realiza y el 26% no lleva a cabo ninguna actividad.

## 4.2. Descripción de las variables

### 4.2.1. Escala de Autoestima de Rosenberg [AUTOE]

Tabla I. Resúmenes estadísticos de la Autoestima.

	N	M	Md	DT	Mín.	Máx.
Autoestima	94	34.45	35	4.476	20	40

### 4.2.2. Inventario de Conductas Alimentarias [ICA]

Tabla II. Resúmenes estadísticos de las Conductas alimentarias.

	N	M	Md	DT	Mín.	Máx.
Deseo de adelgazar	98	6.66	6	5.242	0	21
Bulimia	97	3.41	3	2.715	0	11
Insatisfacción corporal	97	9.03	9	5.145	0	27
Ineficacia	90	6.31	5	4.820	0	28
Perfeccionismo	99	6.53	6	3.924	0	18
Desconfianza	97	7.15	7	3.563	0	16
Alexitimia	96	6.13	5.50	4.216	0	18
Miedo a crecer	96	10.60	10	3.570	0	19
Ascetismo	98	4.67	4	2.503	0	13
impulsividad	100	7.20	6	4.954	0	27
Inseguridad social	99	8.22	8	3.469	1	20

## 4.3. Análisis de normalidad

Se realizó el análisis de normalidad para las variables mencionadas con anterioridad. Se utilizó la prueba de Shapiro-Wilk, los resultados son los siguientes:

Tabla III. Normalidad de las variables a estudiar.

	p.
Autoestima	.000

Deseo de adelgazar	.001
Bulimia	.001
Insatisfacción corporal	.385
Ineficacia	.022
Perfeccionismo	.030
Desconfianza	.194
Alexitimia	.006
Miedo a crecer	.174
Ascetismo	.006
impulsividad	.001
Inseguridad social	.332

Como se puede observar, las variables analizadas no poseen distribución normal, excepto las dimensiones psicológicas Insatisfacción corporal, Desconfianza, Miedo a crecer e Inseguridad social.

#### 4.4. Análisis de la relación de variables

Se encontraron relaciones significativas entre la Autoestima y gran parte de las conductas alimentarias disfuncionales. Asimismo, existen relaciones significativas entre algunas conductas alimentarias y la edad, la altura, el índice de masa corporal y el nivel de educación. Por su parte, existen relaciones significativas entre el tiempo de trabajo en el último empleo y la remuneración mensual, y la autoestima y distintas conductas alimentarias disfuncionales.

No se encontraron relaciones significativas entre el peso, la cantidad de hijos, la cantidad de horas que trabaja semanalmente, y la autoestima y las conductas alimentarias disfuncionales.

Tabla IV. Correlación entre la Autoestima y las conductas alimentarias disfuncionales.

	Autoestima	p
Bulimia	-.237	.023
Insatisfacción corporal	-.233	.026
Ineficacia	-.531	.000
Desconfianza	-.313	.002

Alexitimia	-.459	.002
Miedo a crecer	-.375	.000
Impulsividad	-.422	.000
Inseguridad social	-.615	.000

Nota: coeficiente utilizado: Rho de Spearman

Se hallaron relaciones significativas entre la Autoestima y gran parte de las conductas alimentarias disfuncionales. Las relaciones encontradas fueron inversamente proporcionales, por lo que, a mayor nivel de autoestima, habrá menor nivel de las conductas alimentarias disfuncionales y viceversa.

Tabla V. Correlación entre la Edad y las conductas alimentarias disfuncionales .

	Edad	p
Bulimia	-.279	.006
Desconfianza	-.238	.019

Nota: coeficiente utilizado: Rho de Spearman

Se encontraron relaciones significativas entre la edad y las dimensiones psicológicas Bulimia y Desconfianza, siendo las mismas inversamente proporcionales, por lo que estas conductas alimentarias se reducirían al incrementarse la edad.

Tabla VI. Correlación entre la Altura y las conductas alimentarias disfuncionales (I).

	Altura	p
Insatisfacción corporal	-.255	.012
Inseguridad social	-.209	.039

Nota: coeficiente utilizado: r de Pearson

Tabla VII. Correlación entre la Altura y las conductas alimentarias disfuncionales (II).

	Altura	p
Deseos de adelgazar	-.219	.031
Alexitimia	-.202	.049
Impulsividad	-.270	.007

Nota: coeficiente utilizado: Rho de Spearman

Los resultados mostraron relaciones significativas entre la altura y algunas dimensiones psicológicas del ICA, reduciéndose las mismas a mayor altura y viceversa.

Tabla VIII. Correlación entre el IMC y las conductas alimentarias.

	IMC	p
Deseos de adelgazar	.245	.016
Bulimia	.217	.035
Ascetismo	.244	.016

Nota: coeficiente utilizado: Rho de Spearman

Se hallaron relaciones significativas entre el índice de masa corporal y las dimensiones psicológicas Deseos de adelgazar, Bulimia y Ascetismo. A mayor índice de masa corporal, se incrementan las conductas alimentarias disfuncionales, ya que las relaciones encontradas fueron directamente proporcionales.

Tabla IX. Correlación entre el Tiempo de trabajo en el último empleo y las dimensiones de los instrumentos.

	Tiempo de trabajo en el último empleo	p
Autoestima	.311	.007
Impulsividad	-.226	.048

Nota: coeficiente utilizado: Rho de Spearman

Se encontraron relaciones significativas entre el tiempo de trabajo en el último empleo y la Autoestima y la Impulsividad. La relación con la primera variable fue directamente proporcional, mientras que con la segunda fue inversamente proporcional.

Tabla X. Correlación entre la Remuneración mensual y las dimensiones de los instrumentos.

	Remuneración mensual	p
Autoestima	.258	.017
Ineficacia	-.283	.011
Alexitimia	-.252	.019
Miedo a crecer	-.282	.009
Inseguridad social	-.346	.001

Nota: coeficiente utilizado: Rho de Spearman

Los resultados mostraron relaciones significativas entre la remuneración mensual, y la Autoestima y distintas dimensiones psicológicas del ICA. En el caso de la primera, al aumentar la remuneración se incrementaría la autoestima, reduciendo las dimensiones psicológicas del ICA y viceversa.

Tabla XI. Correlación entre el Nivel de educación y las dimensiones de los instrumentos.

	Nivel de educación	p
Ineficacia	-.257	.015
Miedo a crecer	-.271	.008
Inseguridad social	-.353	.000

Nota: coeficiente utilizado: Rho de Spearman

Se hallaron relaciones significativas entre el nivel de educación y la Ineficacia, el Miedo a crecer y la Inseguridad social. Al incrementarse la primera, se reducirían estas dimensiones psicológicas del ICA y viceversa.

#### 4.5. Análisis de la diferencia de grupos

Se encontraron diferencias significativas de acuerdo al sexo, estado civil, zona de residencia y si realiza alguna actividad que asocia a su bienestar, para algunas conductas alimentarias disfuncionales.

No se encontraron diferencias significativas según si tiene hijos, si trabaja actualmente, tipo de trabajo, puesto ocupado en la organización, si padeció algún trastorno para la autoestima y las dimensiones psicológicas del ICA.

Tabla XII. Diferencias grupales según el sexo (I).

	Sexo	p
Desconfianza	Femenino (M=6.37)	.046
	Masculino (M=7.84)	

Nota: Prueba utilizada: T de Student

Tabla XIII. Diferencias grupales según el sexo (II).

	Sexo	p
Ascetismo	Femenino (R=41.91)	.022
	Masculino (R=54.82)	

Nota: Prueba utilizada: U de Mann Whitney

Se encontraron diferencias significativas de acuerdo al sexo, para las dimensiones psicológicas Desconfianza y Ascetismo. En ambos casos, los hombres mostraron mayores niveles de dichas dimensiones en comparación con las mujeres.

Tabla XIV. Diferencias grupales según el estado civil.

	Estado civil	p
Bulimia	Soltero/a (R=58.26)	.010
	Convive/pareja de hecho (R=40.02)	
	Casado/a (R=52.67)	
	Separado/a (R=20.50)	
	Divorciado/a (R=27.63)	

Nota: Prueba utilizada: H de Kruskal Wallis

Se hallaron diferencias grupales de acuerdo al estado civil, para los niveles de Bulimia. Los solteros mostraron mayores niveles de esta dimensión psicológica, seguidos por los casados, por los que conviven o poseen pareja de hecho, por los divorciados y por los separados.

Tabla XV. Diferencias grupales según la zona de residencia.

	Zona de residencia	p
Miedo a crecer	Ciudad de Buenos Aires (M=9.76)	.045
	Gran Buenos Aires (M=11.26)	

Nota: Prueba utilizada: T de Student

Se encontraron diferencias significativas según la zona de residencia para los niveles de Miedo a crecer. Los sujetos residentes del Gran Buenos Aires mostraron mayores niveles de dicha dimensión psicológica en comparación con los sujetos residentes en la Ciudad de Buenos Aires.

Tabla XVI. Diferencias grupales según si realiza alguna actividad que asocia a su bienestar.

	Realiza alguna actividad que asocia a su bienestar	p
Deseos de adelgazar	Sí (R=50.84)	.042
	No (R=37.75)	

Nota: Prueba utilizada: U de Mann Whitney

Se hallaron diferencias significativas de acuerdo a si realiza alguna actividad que asocia a su bienestar para los Deseos de adelgazar. Quienes realizan alguna actividad poseen mayores niveles de esta dimensión psicológica en comparación con quienes no llevan a cabo ninguna actividad.

Asimismo, no se analizó la variable que establece el trastorno alimentario padecido, ya que solo 4 individuos refirieron haber padecido alguno, mientras que actualmente ningún sujeto padece algún trastorno alimentario.

# **CAPÍTULO V**

## 5. DISCUSIÓN

En este capítulo final del estudio, se asociarán las hipótesis planteadas en el apartado metodológico con los resultados obtenidos. Asimismo, éstos serán descritos en base a la bibliografía desarrollada en el marco teórico. En adición, se brindará alguna aplicación práctica que puede originarse del estudio realizado. Finalmente, se indicarán las fortalezas y limitaciones de la investigación, brindando un cierre con alguna propuesta a futuro.

Los resultados de la investigación mostraron que existen relaciones significativas entre los niveles de autoestima y la mayoría de las dimensiones psicológicas del ICA. Las relaciones encontradas fueron inversamente proporcionales, por lo que se puede afirmar que, a mayor nivel de autoestima, habrá menor presencia de síntomas asociados a los trastornos de la conducta alimentaria y viceversa. Debido a estos hallazgos, se puede señalar que la hipótesis que sostiene que, a mayor presencia de síntomas asociados a los trastornos de la conducta alimentaria, habrá un menor nivel de autoestima, se confirma parcialmente.

Al respecto, se puede señalar que la autoestima posee interés clínico por su relevancia en los diversos cuadros psicopatológicos (Skager & Kerst, 1989 citados en Vázquez Morejón et al., 2004; Silverstone & Salsali, 2003 citados en Vázquez Morejón et al.), así como por su relación con la búsqueda de asistencia psicológica (Coopersmith, 1967 citado en Vázquez Morejón et al.; Kaplan & Pokorny, 1969 citados en Vázquez Morejón et al.).

Asimismo, Mora y Raich (2006) afirman que los trastornos que puede generar la autoestima son la depresión, la ansiedad, los trastornos alimentarios y de la imagen corporal. La misma provoca más dolor, incapacidad, ansiedad, depresión y somatización. Es un factor de riesgo tanto de suicidio, como de intentos de suicidio, depresión, embarazos adolescentes o de ser victimizado. En la niñez, la autoestima se asocia a los trastornos alimentarios, en la adolescencia a los trastornos de la imagen corporal, mientras que en la adultez provoca dificultades en los ingresos económicos o en la mantención del puesto de trabajo.

Asimismo, Cervera et al. (2003 citados en Asuero Fernández et al., 2012) encontraron que la autoestima elevada era un factor protector frente a las alteraciones en la conducta alimentaria. No obstante, quienes habían

desarrollado un trastorno de la conducta alimentaria poseían una autoestima baja.

Por otra parte, se encontraron diferencias significativas de acuerdo al sexo, para las dimensiones psicológicas del ICA Desconfianza y Ascetismo. En ambos casos, los hombres mostraron mayores niveles de dichas dimensiones psicológicas en comparación con las mujeres. En el resto de las dimensiones psicológicas no se encontraron diferencias significativas entre los sexos. Por ende, la hipótesis que señala que las mujeres poseen mayor presencia de síntomas asociados a los trastornos de la conducta alimentaria, comparado con los hombres, se refuta.

Puede que estos hallazgos se deban a que, como señalan Casullo y Pérez (2003), la desconfianza representa los sentimientos sobre la necesidad de apartarse de los demás, mientras que el ascetismo es considerado como el comportarse de forma virtuosa a través de ideales como el autocontrol. A simple vista, estas características parecen observarse comúnmente en el comportamiento de los hombres, posiblemente por algún estereotipo de género. Podría ser que la sociedad imponga que deben demostrar que poseen el control sobre cualquier situación por más complicada que sea, y que “todo se encuentra bien”, por lo que también tienden a comportarse más desconfiadamente con los demás.

Al respecto de los roles de género, Lamas (2002) afirma que:

el papel (rol) de género se configura con el conjunto de normas y prescripciones que dictan la sociedad y la cultura sobre el comportamiento femenino o masculino. Aunque hay variantes de acuerdo con la cultura, la clase social, el grupo étnico y hasta el estrato generacional de las personas, se puede sostener una división básica que corresponde a la división sexual del trabajo más primitiva: las mujeres paren a los hijos y, por lo tanto, los cuidan: ergo, lo femenino es lo maternal, lo doméstico, contrapuesto con lo masculino, que se identifica con lo público. La dicotomía masculino-femenino, con sus variantes establece estereotipos, las más de las veces rígidos, que condicionan los papeles y limitan las potencialidades humanas

de las personas al estimular o reprimir los comportamientos en función de su adecuación al género. (p.33)

De acuerdo a Lamas (2002 citado en Instituto Nacional de las Mujeres, s.f.), el que mujeres y hombres sean distintos desde lo anatómico los lleva a pensar que sus valores, características intelectuales, capacidades y actitudes lo son. Las sociedades establecen las actividades de ambos sexos de acuerdo a los estereotipos.

Esto quizás también explicaría el hecho de que no se encontraron diferencias significativas en los niveles de autoestima, según el sexo del sujeto encuestado. Por no hallarse diferencias entre ambos grupos, la hipótesis que señala que las mujeres presentan un menor nivel de autoestima en comparación con los hombres, se refuta.

Una posible explicación de estos hallazgos puede que tenga que ver con que tanto hombres como mujeres vivencian un mismo proceso en la formación de la autoestima. No se debe olvidar que existen distintos estereotipos de género, no obstante, aunque esto moldearía el proceso de formación y mantenimiento de la autoestima, no sería suficiente para avalar que alguno de los géneros posea mayor autoestima que el otro. En la sociedad actual, tanto hombres como mujeres se encuentran sometidos a las mismas “presiones”, como el ser atractivos y exitosos, por lo que a pesar de las diferencias que siempre pueden existir entre los géneros, la autoestima permanecerá en niveles similares para ambos grupos.

De acuerdo a la Teoría del Desarrollo de la Personalidad (Erikson, 1956 citado en Mejía Estrada et al., 2011), el adulto ingresa en la sociedad al tener un empleo y vincularse con una pareja formando una familia. El compartir una familia brinda intimidad, siendo la labor fundamental en de este período. Se requiere solidaridad e identidad compartida en pareja. Esto se aplica al trabajar, donde se debe mostrar su habilidad en la entrega estable a un trabajo determinado.

En adición, Pastor et al. (2001 citados en García Flores, 2005) afirman que la autoestima se encuentra afectada por la visión de competencia o ajuste a las distintas dimensiones del autoconcepto, hallándose esta vinculación mediada por la significación que el sujeto le otorga. En otras palabras, esas

áreas o dimensiones del autoconcepto que son pensadas como más significativas, poseerán una autoridad mayor en el nivel de autoestima.

La autoestima estará compuesta por la asociación entre la percepción o autoconcepto y el ideal. Si se amolda a su ideal habrá una mayor autoestima, cuanto menos se adapte su autoconcepto a su ideal habrá menor autoestima. Asimismo, cuantas más esferas se hallen afectadas, mayor será la ausencia de autoestima (Mora & Raich, 2006).

Según Kearney-Cooke (2002 citado en González Fernández, 2011), cuando se asocian los influjos culturales sobre el esquema corporal y sobre los mecanismos psicológicos, se debe relacionar los mecanismos de internalización y de identificación con la influencia de la familia, la comparación social, el feedback y el modelado, con las amistades y con la comparación social y la información activa con las repercusiones de los medios de comunicación. El rol de género afecta indirectamente sobre la insatisfacción corporal y sobre la patología alimentaria, debido a que la internalización entra en juego en este proceso. Cuando la apariencia física se transforma en el criterio principal de la autoestima, aparece una atención selectiva hacia los mensajes asociados con el atractivo físico.

Cabe señalar que se hallaron relaciones y diferencias significativas entre la autoestima y las distintas conductas alimentarias disfuncionales, y algunas variables sociodemográficas presentes en el cuestionario administrado.

Se encontró que, a mayor edad, existe menor nivel de Bulimia y Desconfianza. Al respecto, Schmidt (2001 citado en Asuero Fernández et al., 2012) encontró que, desde edades tempranas, la autoestima pobre era la clave para el surgimiento de conductas tendientes a bajar de peso. Sin embargo, parece que al incrementarse la edad se reduciría el riesgo de padecer estas conductas alimentarias.

Además, se halló que, a mayor altura, se presentan menos conductas alimentarias disfuncionales, mientras que, a mayor índice de masa corporal, se incrementan las mismas. Parece que como el hecho ser alto y delgado es apreciado en la sociedad actual, siendo considerado muchas veces sinónimo de belleza, las personas con menor índice de masa corporal y más altas son quienes poseerían menor riesgo de padecer estas conductas.

Asimismo, se hallaron relaciones significativas entre el tiempo de trabajo en el último empleo, y la autoestima y la impulsividad. La relación con la

primera variable fue directamente proporcional, mientras que con la segunda fue inversamente proporcional. Se puede señalar que el hecho de hallarse más tiempo en un empleo aumentaría la autoestima del sujeto, tornándolo menos impulsivo, quizás por la valoración del hecho de pertenecer a cierta organización o por el apego hacia su trabajo, promoviendo el bienestar en la persona. Quizás esto también explique el hecho de que, al incrementarse la remuneración, aumente la autoestima, y se reduzcan las conductas alimentarias disfuncionales.

Por otra parte, se encontró que, al incrementarse el nivel de educación, se reducía la Ineficacia, el Miedo a crecer y la Inseguridad social. Según Jiménez Sánchez (2012), la adultez temprana involucra la adquisición de saberes y pericias, pudiendo ser a través de la educación formal o informal, llevando a la integración de los mismos, y haciendo que este proceso halle un significado y una meta en el devenir de las decisiones y de los objetivos.

Al poseer más conocimientos, el sujeto se sentiría más seguro de sí mismo, reduciendo las conductas alimentarias disfuncionales. Como señalan Schroots (1996 citado en Izquierdo Martínez, 2005) y Wahl y Heyl (2004 citados en Izquierdo Martínez), la influencia de la experiencia y de la propia historia, el extenso hábito en los criterios cognitivos y comportamentales, así como la consecuencia de los distintos ámbitos educativos, sociales, son variables significativas.

Asimismo, los solteros mostraron mayores niveles de Bulimia, seguidos por los casados, los que conviven o poseen pareja de hecho, los divorciados y los separados. Según Casullo y Pérez (2003), la bulimia es pensar o poseer conductas para comer de forma excesiva, por lo que, al no contar con pareja, los solteros se encontrarían más propensos a padecer estas conductas, estando en último lugar quienes se hallan casados o divorciados, posiblemente no estando muy preocupados por bajar de peso.

Por otra parte, los sujetos residentes en el Gran Buenos Aires mostraron mayores niveles de la dimensión Miedo a crecer en comparación con los sujetos de la Ciudad de Buenos Aires. Este deseo de detener el crecimiento corporal (Casullo & Pérez, 2003) puede que se deba a algún otro factor que se encuentre presente en los sujetos residentes en esta zona geográfica, ya que la cercanía de ambas zonas hace que la cultura en la que se hayan inmersos

los sujetos sea similar, no pudiendo dilucidarse muy claramente el motivo por el que este hecho ocurre.

Por último, quienes realizan alguna actividad asociada a su bienestar poseen mayores niveles de Deseos de adelgazar en comparación con quienes no llevan a cabo ninguna actividad. Al respecto, Levine y Smolak (1992 citados en Rutzstein et al., 2014) señalan que, por ejemplo, la actividad física desmesurada es una de las prácticas generalizadas que puede ser una conducta de riesgo para el desarrollo de un trastorno alimentario. De todas formas, no todos los sujetos encuestados realizan actividad física, pero es un dato a tener en cuenta en cuanto a los deseos de adelgazar de los sujetos.

Para concluir con este estudio, se sabe que tanto mujeres como hombres se encuentran sometidos a los cánones de belleza que valoran la delgadez. En el caso de las mujeres, la belleza puede generar un impacto negativo o positivo en la manera en que se sienten sobre sí mismas y en la vida, sobre todo, en su autoestima (Etcoff et al., 2006). Para alcanzar estos estándares de belleza, las personas llevan a cabo conductas alimentarias disfuncionales, con la creencia de que podrán lograr las metas impuestas por los modelos estéticos corporales. Sin embargo, estas conductas pueden ser perjudiciales para su autoestima y para su salud en general.

En síntesis, desde la cultura, se le brindó una gran significancia a la cuestión del género, ya que como se planteó en este estudio, se conjeturó que las mujeres eran más proclives a contar con una menor autoestima y, evidentemente por muchas razones que exceden a esta investigación, las cuales pueden ser disparadores de futuros estudios, tal vez la autoestima no se asoció a factores de riesgo, ni de insatisfacción con la imagen corporal, quedando más difuso de lo que se presumía, estando asociado evidentemente a otras características sociodemográficas.

Como limitación de esta investigación, se puede indicar que está circunscripta a una sola franja etaria, los jóvenes adultos. Sin embargo, esto fue necesario, ya que como se mencionó en el marco teórico, las problemáticas asociadas a la autoestima y a las conductas alimentarias disfuncionales comienzan desde temprano. Por ende, es necesario analizarla en ciertas etapas vitales para conocer sus características.

Como fortaleza, se puede afirmar que este trabajo contribuye a la creciente bibliografía sobre las conductas alimentarias disfuncionales, sirviendo

como base para estudios en el ámbito local sobre esta cuestión. Asimismo, se indagaron tanto a hombres como a mujeres, al contrario de lo que ocurre en la mayoría de los estudios que solo analizan al sexo femenino.

En lo referente al futuro, se debe continuar indagando la relación entre la autoestima y las conductas alimentarias disfuncionales, así como la influencia de las variables socio-demográficas sobre las mismas. Aunque se conoce que existe relación entre ambos constructos, también existe una gran cantidad de factores que repercuten de manera negativa sobre ambas variables. Asimismo, se recomienda analizar que sucede en la adolescencia, debido a que es una población vulnerable a padecer esta clase de conductas, así como indagar en sujetos de otras áreas geográficas, la aparición de las conductas alimentarias disfuncionales y su repercusión sobre los niveles de autoestima en los adultos.

# **CAPÍTULO VI**

## 6. ANEXOS

### 6.1. Instrumento para la recolección de datos

Te invitamos a colaborar en una investigación de la Universidad Abierta Interamericana, en la que se estudia las conductas alimentarias y la autoestima en adultos. Tu participación es voluntaria. La información brindada es anónima y los datos son confidenciales. Los resultados de la misma serán utilizados sólo para fines académicos-científicos.

Recordá que no hay respuestas correctas o incorrectas, por favor, intentá no omitir ninguna pregunta y responder todo el cuestionario. Desde ya, muchas gracias.

#### INVENTARIO DE CONDUCTAS ALIMENTARIAS

P.1) A continuación, hay 91 ítems que hacen referencia a tus sentimientos, actitudes y comportamientos. Para cada uno de ellos indicá con una X en el cuadro correspondiente de acuerdo con la frecuencia con que para vos te sucede lo que dice.

No hay respuestas correctas o incorrectas. Se sincera/o al responder y hacelo de acuerdo a lo que pensás o sentís, podés tomarte tu tiempo.

0	1	2	3
Nunca o casi nunca	Algunas veces	Generalmente	Siempre o casi siempre

1. Como dulces e hidratos de carbono (pastas, pan, etc.) sin hacerme problemas	0	1	2	3
2. Pienso que mi abdomen (panza) es demasiado grande	0	1	2	3
3. Me gustaría sentirme segura/o como cuando era chica/o	0	1	2	3
4. Cuando estoy nerviosa/o me pongo a comer	0	1	2	3
5. Me lleno excesivamente de comida	0	1	2	3

6. Me gustaría ser más joven	0	1	2	3
7. Pienso acerca de hacer dieta	0	1	2	3
8. Me asusto cuando siento emociones muy fuertes	0	1	2	3
9. Creo que mis muslos son demasiados grandes	0	1	2	3
10. Siento que no sirvo para nada	0	1	2	3
11. Me siento muy culpable cuando como demasiado	0	1	2	3
12. Creo que mi abdomen (panza) es de tamaño normal	0	1	2	3
13. Para mi familia lo más importante es ser primero en todo	0	1	2	3
14. La infancia es la etapa más feliz de la vida	0	1	2	3
15. Soy muy abierta/o con mis sentimientos	0	1	2	3
16. Me aterroriza subir de peso	0	1	2	3
17. Confío en los demás	0	1	2	3
18. Me siento muy sola/	0	1	2	3
19. Estoy conforme con el cuerpo que tengo	0	1	2	3
20. En general puedo manejar lo que me pasa en mi vida	0	1	2	3
21. Me resulta difícil entender mis sentimientos	0	1	2	3
22. Me gusta ser más un/a adulto/a que un/a niño(a)	0	1	2	3
23. Me resulta fácil comunicarme con los demás	0	1	2	3
24. Desearía ser otra persona	0	1	2	3
25. Exagero la importancia del peso de mi cuerpo	0	1	2	3
26. Puedo darme cuenta claramente de lo que siento (miedo, alegría, rabia, etc.)	0	1	2	3
27. Siento que no hago nada bien	0	1	2	3
28. He llegado a comer y comer sin parar	0	1	2	3
29. De niña/o me esforcé por no desilusionar a mis padres y maestros	0	1	2	3
30. Tengo buenos vínculos afectivos	0	1	2	3
31. Me gusta la forma de mis nalgas (cola)	0	1	2	3
32. Quiero estar más delgada/o	0	1	2	3
33. No sé qué pasa dentro mío	0	1	2	3
34. Me resulta difícil expresar mis sentimientos a los demás	0	1	2	3
35. Es muy difícil ser adulta/o	0	1	2	3
36. Detesto cuando no soy la/él mejor en algo	0	1	2	3

37. Me siento seguro(a) de mí misma/o	0	1	2	3
38. Pienso mucho en comer	0	1	2	3
39. Me alegra no ser más una chica/o	0	1	2	3
40. Me confundo cuando intento saber si estoy hambriento/a o no	0	1	2	3
41. Tengo una baja opinión de mí misma/o	0	1	2	3
42. Creo que puedo lograr las metas que me propongo	0	1	2	3
43. Mis padres esperan de mí un alto nivel de rendimiento	0	1	2	3
44. Me preocupa no poder controlar mis sentimientos	0	1	2	3
45. Creo que mis caderas son demasiado grandes	0	1	2	3
46. Como moderadamente cuando estoy con otras personas y excesivamente si estoy solo/a	0	1	2	3
47. Me siento llena/o después de una comida pequeña	0	1	2	3
48. Creo que la niñez es la época más feliz de la vida	0	1	2	3
49. Si aumento de peso, me preocupa seguir aumentando	0	1	2	3
50. Siento que soy una persona valiosa	0	1	2	3
51. Cuando me siento nerviosa/o, no sé si estoy triste, enojada/o o atemorizada/o	0	1	2	3
52. Creo que tengo que hacer todo a la perfección o no hacer nada	0	1	2	3
53. Pienso que si trato de vomitar podré bajar de peso	0	1	2	3
54. Necesito tener a la gente a cierta distancia (me incomoda/o si alguien trata de acercarse demasiado a mí)	0	1	2	3
55. Creo que el tamaño de mis muslos es normal	0	1	2	3
56. Me siento emocionalmente vacía/o	0	1	2	3
57. Puedo hablar sobre problemas o sentimientos personales	0	1	2	3
58. La mejor época de la vida es cuando se llega a hacer adulta/o	0	1	2	3
59. Creo que mis nalgas(cola) son demasiado grandes	0	1	2	3
60. Tengo sentimientos que no puedo explicar	0	1	2	3
61. Como o bebo a escondidas.	0	1	2	3
62. Creo que mis caderas son de tamaño normal	0	1	2	3
63. Me propongo metas sumamente elevadas	0	1	2	3
64. Cuando estoy nerviosa/o, me preocupa que voy a empezar a comer	0	1	2	3
65. Las personas que más me agradan terminan	0	1	2	3

desilusionándome				
66. Me avergüenza ser una persona débil	0	1	2	3
67. Algunas personas piensan que soy emocionalmente inestable	0	1	2	3
68. Me gustaría poder dominar las tentaciones de mi cuerpo	0	1	2	3
69..Me siento cómoda/o en la mayoría de las situaciones grupales	0	1	2	3
70. Digo cosas impulsivas de las que después me arrepiento	0	1	2	3
71. Me esfuerzo mucho por hacer cosas que me dan placer	0	1	2	3
72.Tengo que cuidarme de mi tendencia a consumir droga	0	1	2	3
73. Soy comunicativa/o con la mayoría de la gente	0	1	2	3
74. Tengo vínculos que me hacen sentir atrapada/o	0	1	2	3
75. Me siento fortalecida/o espiritualmente cuando me privo de ciertas cosas	0	1	2	3
76.Los demás son capaces de entender mis problemas	0	1	2	3
77.Me es imposible sacar de mi cabeza ciertos pensamientos extraños	0	1	2	3
78. Comer por placer es un signo de debilidad	0	1	2	3
79.Suelo tener ataques de rabia	0	1	2	3
80.Creo que la gente me da el reconocimiento que merezco	0	1	2	3
81. Tengo que cuidarme de mi tendencia a consumir alcohol	0	1	2	3
82.Creo que pasarla bien es una pérdida de tiempo	0	1	2	3
83.Algunas personas piensan que me enojo fácilmente	0	1	2	3
84. Siento que todo me sale mal	0	1	2	3
85.Cambio fácilmente de estado de animo	0	1	2	3
86.Me avergüenzo de las tentaciones de mi cuerpo	0	1	2	3
87.Me gustaría estar sola que en compañía de otras personas	0	1	2	3
88.El sufrimiento nos convierte en mejores personas	0	1	2	3
89. Sé que la gente me quiere	0	1	2	3
90.Siento la necesidad de causarme daño a mí misma/o o a otros	0	1	2	3
91.Creo que me conozco bien a mí misma/o	0	1	2	3

## ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

**P.2) Leé los siguientes diez ítems y respondé teniendo en cuenta lo que pensás y sentís. No hay respuestas incorrectas. Tenés las siguientes cuatro opciones de respuesta:**

1	2	3	4
<b>Estoy en total desacuerdo</b>	<b>Estoy algo en desacuerdo</b>	<b>Estoy en parte de acuerdo</b>	<b>Estoy totalmente de acuerdo</b>

1. Siento que soy una persona digna, al menos tanto como la mayoría de la gente	1	2	3	4
2. Creo que yo tengo bastantes cualidades buenas como persona.	1	2	3	4
3. En términos generales, puedo decir que me siento un fracasado/a.	1	2	3	4
4. Puedo hacer las cosas tan bien como las demás personas.	1	2	3	4
5. Creo que no tengo mucho de que sentirme orgulloso/a.	1	2	3	4
6. Tengo una actitud positiva respecto a mí mismo/a.	1	2	3	4
7. En términos generales, me siento satisfecho/a conmigo mismo/a.	1	2	3	4
8. Quisiera poder sentir más respeto hacia mí mismo/a.	1	2	3	4
9. Me siento un/a inútil la mayor parte del tiempo.	1	2	3	4
10. Algunas veces suelo pensar que yo no soy una buena persona.	1	2	3	4

### **P.3) Datos Socio- Demográficos:**

**a. Edad:** \_\_\_\_\_ años.

**b. Género:**  1. Hombre

2. Mujer

3. Otro

c. Altura: \_\_\_\_\_

d. Peso: \_\_\_\_\_

e. Estado civil:

- 1. Soltero
- 2. Convive/Pareja de hecho
- 3. Casado
- 4. Separado
- 5. Divorciado
- 6. Viudo

f. ¿Tenés hijos?  1. Si  2. No

f.1. Si contestaste **Sí**, ¿cuántos?: \_\_\_\_\_

g. Zona de residencia:

- 1. Ciudad de Buenos Aires  Indicar barrio \_\_\_\_\_
- 2. Gran Buenos Aires (Conurbano)  Indicar localidad \_\_\_\_\_

h. ¿Trabajás actualmente?  1. Si  2. No

h.1. Si contestaste **Sí** en la pregunta anterior, indicá con una cruz:

- 1. En relación de dependencia
- 2. De manera independiente
- 3. Ambas

h.2) Si **trabajás de manera independiente**, ¿cómo definirías tu ocupación?

---

h.3. Cantidad de horas que trabajás semanalmente: \_\_\_\_\_

h.4. ¿Cuánto tiempo hace que trabajás en su último empleo? \_\_\_\_\_

i. Remuneración que recibís por tu trabajo en forma mensual (en pesos):

- 1. Hasta 4000
- 2. De 4000 a 7000
- 3. De 7000 a 10000
- 4. De 10000 a 13000
- 5. De 13000 a 17000
- 6. De 17000 a 20000
- 7. Más de 20000

**i.1. Si trabajás en relación de dependencia, ¿qué puesto ocupás en la organización?**

- 1. Administrativo
- 2. Operario
- 3. Vendedor/Atención al cliente
- 4. Supervisor
- 5. Jefe
- 6. Gerente
- 7. Director
- 8. Dueño
- 9. Otro                      Especificá: \_\_\_\_\_

**j. Máximo nivel de educación alcanzado:**

- 1. Primario incompleto
- 2. Primario completo
- 3. Secundario incompleto
- 4. Secundario completo
- 5. Terciario incompleto
- 6. Terciario completo
- 7. Universitario incompleto
- 8. Universitario completo

**j.1. En caso de que poseas estudios terciarios o universitarios completos indicá el título que te fue otorgado:**

---

**k. ¿Padeciste algún trastorno alimenticio?**                       1. Sí    2. No

**k.1. Si contestaste Sí en la pregunta anterior, indicá cual:**

- 1. Pica
- 2. Trastorno de rumiación
- 3. Trastorno de evitación/restricción de alimentos
- 4. Anorexia nerviosa
- 5. Bulimia nerviosa

- 6. Trastorno de atracones
- 7. Otro trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos especificado
- 8. Otro trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos no especificado

**k.2. Indicá la duración del trastorno:** \_\_\_\_\_

**m. ¿Presentás actualmente diagnóstico de algún trastorno alimenticio?**

- 1. Sí  2. No

**m.1. Si contestaste Sí en la pregunta anterior, indicá cual:**

- 1. Pica
- 2. Trastorno de rumiación
- 3. Trastorno de evitación/restricción de alimentos
- 4. Anorexia nerviosa
- 5. Bulimia nerviosa
- 6. Trastorno de atracones
- 7. Otro trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos especificado
- 8. Otro trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos no especificado

**m.2. Indicá el tiempo desde que te fue diagnosticado:** \_\_\_\_\_

**n. ¿Realizás alguna actividad que asociás a tu bienestar?**

- 1. Si  2. No

**n.1. Si contestaste Sí, indicá cuál:** \_\_\_\_\_

**¡MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACIÓN!**

## 7. REFERENCIAS

- Adam, F. (2011). *Capítulo 2. Concepto de adultez*. Caracas, Venezuela: Universidad Nacional Experimental Simón Rodríguez.
- Amador Muñoz, L., Monreal Gimeno, M. C. & Marco Macarro, M. J. (2001). El adulto: etapas y consideraciones para el aprendizaje. *Eúphoros*, 3, 97-112
- Amaya Hernández, A., Álvarez Rayón, G. L. & Mancilla Díaz, J. M. (2010). Insatisfacción corporal en interacción con autoestima, influencia de pares y dieta restrictiva: Una revisión. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 1, 76-89
- Aramburu, M. & Guerra, J. (2001). Autoconcepto: dimensiones, origen, funciones, incongruencias, cambios y consistencia. *Interpsiquis*, 2, 246-249
- Asuero Fernández, R., Avargues Navarro, M. L., Martín Monzón, B. & Borda Mas, M. (2012). Preocupación por la apariencia física y alteraciones emocionales en mujeres con trastornos alimentarios con autoestima baja. *Escritos de Psicología*, 5, 39-45
- Briggs, D. C. (1986). *El niño feliz*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Castillo Ceballos, G. (2003). *El desarrollo de la identidad personal*. Madrid: Asociación FERT.
- Casullo, M. M. & Pérez, M. (2003). Inventario para la evaluación de conductas alimentarias. Recuperado el 11 de agosto de 2017, de <http://www.aidep.org/uba/Bibliografia/lca%20Apunte.pdf>
- Casullo, M. M. (2005). *Escala AUTOE, adaptación UBA de la escala Rosenberg*. Buenos Aires, Argentina: Universidad de Buenos Aires.
- Casullo, M. M., González, R., Sifre, S. & Martorell, C. (2000). El comportamiento alimentario en estudiantes adolescentes españoles y argentinos. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, 10, 9-24
- Colás Bravo, P. & Villaciervos Moreno, P. (2007). La interiorización de los estereotipos de género en jóvenes y adolescentes. *Revista de Investigación Educativa*, 25, 35-58

- Etcoff, N., Orbach, S., Scott, J. & D'Agostino, H. (2006). *Más allá de los estereotipos: En reconstrucción de los cimientos sobre las creencias acerca de la belleza*. (Estudio Global Dove).
- Fernández-Delgado, A. & Jáuregui-Lobera, I. (2016). Variables psicológicas y psicopatológicas asociadas a los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). *Journal of Negative & No Positive Results*, 1, 71-80
- García Flores, L. C. (2005). *Autoconcepto, autoestima y su relación con el rendimiento académico*. Tesis inédita de maestría, Universidad Autónoma de Nuevo León, Nuevo León, México.
- Góngora, V. C. & Casullo, M. M. (2009). Validación de la escala de autoestima de Rosenberg en población general y en población clínica de la Ciudad de Buenos Aires. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 1, 179-194.
- González Fernández, O. (2011). *La presión sociocultural percibida sobre el autoconcepto físico: naturaleza, medida y variabilidad*. Tesis inédita de doctorado, Universidad del País Vasco.
- González Martínez, M. T. (1999). Algo sobre la autoestima. Qué es y cómo se expresa. *Aula*, 11, 217-232.
- González-Pienda, J. A., Núñez Pérez, J. A., Glez-Pumariega, S. & García García, M. S. (1997). Autoconcepto, autoestima y aprendizaje escolar. *Psicothema*, 19, 271-289
- Hernández-Cortés, L. M. & Londoño Pérez, C. (2013). Imagen corporal, IMC, afrontamiento, depresión y riesgo de TCA en jóvenes universitarios. *Anales de Psicología*, 29, 748-761
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. & Baptista Lucio, P. (2006). *Metodología de la investigación* (4º ed.). México D.F.: McGraw-Hill.
- Instituto Nacional de las Mujeres. (s.f.). *El impacto de los estereotipos y los roles de género en México*. México
- Irurtia, M. J., Arias, B., Olivares-Olivares, P. J., Olivares, J. & Fuentes, I. (2006). Alteraciones del comportamiento alimentario y baja autoestima: Indicadores de riesgo en ansiedad social. *Psicología de la Salud*, 18, 113-126
- Izquierdo Martínez, A. (2005). Psicología del desarrollo de la edad adulta. Teorías y contextos. *Revista Complutense de Educación*, 16, 601-619
- Jiménez Sánchez, G. (2012). *Teorías del Desarrollo III*. Red Tercer Milenio.

- Kilpatrick, W. H. (1958). *Filosofía de la Educación*. Buenos Aires: Editorial Losada.
- Lamas, M. (2002). La antropología feminista y la categoría género. En *Cuerpo, Diferencia Sexual y Género*. México: Taurus.
- Loor Mora, J. J. & Patiño Jaigua, J. K. (2016). *Conductas alimentarias de riesgo relacionadas con la imagen corporal y autoestima en estudiantes de la Unidad Educativa Octavio Cordero Palacios, Cuenca*. Tesis inédita de grado, Universidad de Cuenca, Cuenca, Ecuador.
- Mejía Estrada, A., Pastrana Chávez, J. & Mejía Sánchez, J. M. (2011). *La autoestima, factor fundamental para el desarrollo de la autonomía personal y profesional*. XII Congreso Internacional de Teoría de la Educación, Universitat de Barcelona, Barcelona, España.
- Mora, M. & Raich, M. M. (2006). *Autoestima. Evaluación y tratamiento*. Madrid: Editorial Síntesis
- 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, 181-190
- Mruk, C. (1995). *Autoestima: Investigación, teoría y práctica*. Nueva York: Springer Publishing Company Inc.
- Nin Márquez, M. I. & Santellán, M. L. (2016). *Sabrosamente (parte psicológica)*. Buenos Aires: Ciudad Nueva.
- Ochoa de Alda, I. (2009). La importancia de la imagen corporal, la alexitimia, la autoestima y los estilos de crianza en jóvenes con Trastorno de Conducta Alimentaria. *Revista de Estudios de Juventud*, 84, 106-124
- Ortega Becerra, M. A. (2010). *Relación entre la insatisfacción con la imagen corporal, autoestima, autoconcepto físico y la composición corporal en el alumnado de primer ciclo de educación secundaria de la Ciudad de Jaén*. Tesis inédita de doctorado, Universidad de Granada, Granada, España.
- Ortega Ruiz, P., Mínguez Vallejos, R. & Rodes Bravo, M. L. (2000). Autoestima: un nuevo concepto y su medida. *Teoría de la Educación*, 12, 45-66
- Pascual, A., Etxebarria, Cruz, M. S. & Echeburúa, E. (2011). Las variables emocionales como factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11, 229-247.

- Pope, A. W., Mc Hale, S. M. & Craighead, E. (1988). *Aumento de la autoestima en niños y adolescentes*. Nueva York: Pergamon Press.
- Raich, R. M. (2004). Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22, 15-27.
- Raich, M. R. (2010). *Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Roa García, A (2013). La educación emocional, el autoconcepto, la autoestima y su importancia en la infancia. *EDETANIA*, 44, 241-257
- Robson, P. J. (1988). Autoestima: una revisión psiquiátrica. *British Journal of Psychiatry*, 153, 6-15
- Rojas-Barahona, C. A., Beatriz Zegers, P. & Förster, C. E. (2009). La escala de autoestima de Rosenberg: Validación para Chile en una muestra de jóvenes adultos, adultos y adultos mayores. *Revista Médica de Chile*, 137, 791-800.
- Rutzstein, G., Leonardelli, E. Scappatura, M. L., Murawski, B., Elizathe, L. & Maglio, A. L. (2013). Propiedades psicométricas del Inventario de Trastornos Alimentarios - 3 (EDI-3) en mujeres adolescentes de Argentina. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 4, 1-14
- 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
- Salaberria, K., Rodríguez, S. & Cruz, S. (2007). Percepción de la imagen corporal. *Osasunaz*, 8, 171-183
- Tierno, B. (1998). *Adolescentes. Las cien preguntas clave*. Madrid: Ediciones Temas de Hoy.
- Vázquez Arévalo, R., López Aguilar, X., Ocampo Tellez-Girón, M. T. & Mancilla-Díaz, J. M. (2015). *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 6, 108-120
- Vázquez Morejón, A. J., Jiménez García-Bóveda, R. & Vázquez-Morejón Jiménez, R. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de Psicología*, 22, 247-255