

CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y
JUSTIFICACIÓN

1. PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO

En el siglo XXI, de la salud mental se ha convertido en una prioridad a nivel global, con los trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) entre las áreas de mayor preocupación. Estos trastornos, que abarcan desde la anorexia nerviosa hasta la bulimia nerviosa, han experimentado un notable aumento en su prevalencia y afectan a individuos de todas las edades y géneros. Esta creciente relevancia de los TCA no se limita a una región geográfica específica, sino que se extiende por todo el mundo. Factores como la globalización, las transformaciones socioculturales y la difusión de ideales de belleza poco realistas a través de los medios de comunicación y las redes sociales han contribuido a esta propagación. Este fenómeno ejerce presión sobre la salud mental de las personas, especialmente en el grupo etario de 18 a 23 años, que se halla en una fase crucial de desarrollo de su identidad y autonomía. Es en este contexto donde se hace patente la importancia de investigar las variables relacionadas con los TCA, como las dificultades en la regulación emocional, la influencia del modelo estético vigente, la ansiedad y la autoestima, con el propósito de comprender sus interacciones y su influencia en la salud mental de los jóvenes actuales (Trejo et al., 2010).

En el contexto de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), es fundamental comprender los factores psicológicos de riesgo que pueden contribuir a su desarrollo y perpetuación. Estos factores psicológicos, que desempeñan un papel crítico en la génesis de los TCA, se refieren a “variables intrapsíquicas y emocionales que interactúan de manera compleja y pueden aumentar la vulnerabilidad de una persona a estos trastornos” (Llofri, 2023, p. 51). Dentro de esta amplia categoría de factores psicológicos, la investigación estará enfocada en cuatro variables específicas que se exploran: las dificultades en la regulación emocional, la influencia del modelo estético vigente, la ansiedad y la autoestima. Estas variables, identificadas como posibles factores de riesgo en la literatura científica, tienen la capacidad de influir en la relación de los individuos con la alimentación y la percepción de su imagen corporal.

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) “son un grupo de trastornos psiquiátricos complejos que afectan la alimentación, la percepción de la imagen corporal y la regulación emocional de quienes los padecen. Estos trastornos incluyen, entre otros, la anorexia nerviosa,

caracterizada por la restricción extrema de la ingesta de alimentos; la bulimia nerviosa, que se manifiesta en episodios de atracones seguidos de conductas de purga; y la alimentación selectiva, que implica una restricción selectiva de ciertos alimentos o grupos de alimentos” (APA, 2013; como se citó en Staudt y Rojo, 2006, p. 27). Estos trastornos pueden tener graves implicaciones para la salud física y psicológica de quienes los experimentan, y a menudo requieren intervenciones clínicas especializadas para la recuperación. La comprensión de los TCA y la identificación de los factores psicológicos de riesgo que contribuyen a su desarrollo son esenciales para abordar estos trastornos de manera efectiva y prevenir su impacto negativo en la salud de los jóvenes.

Uno de los factores psicológicos de riesgo que se ha identificado en relación con los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) es "Dificultades en la Regulación Emocional." Esta variable se refiere a la “dificultad de una persona para identificar, comprender y gestionar sus propias emociones de manera efectiva. Comprende aquellos procesos externos e internos responsables de monitorizar, evaluar y modificar nuestras reacciones emocionales para cumplir nuestras metas” (Gratz y Roemer, 2004; como se citó en Camargo 2022, p. 53). En el contexto de los TCA, las dificultades en la regulación emocional pueden manifestarse como la incapacidad para manejar estados emocionales negativos de manera adaptativa, lo que puede llevar a la búsqueda de estrategias inadecuadas de afrontamiento, como la restricción alimentaria o los episodios de atracones y purgas. La comprensión precisa de esta variable es esencial para explorar su papel en la aparición y desarrollo de los TCA en jóvenes adultos (Guzmán et al., 2014).

La "Influencia del Modelo Estético Vigente" se presenta como otra variable de interés en el contexto de los TCA. Esta variable hace referencia a *“la influencia de los estándares de belleza idealizados y promovidos en la sociedad contemporánea, sobre la percepción de la imagen corporal y en los comportamientos alimentarios de las personas”* (Toro, 1994; como se citó en Tagre Roldán, 2014, p. 40). Los TCA, como la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, a menudo están asociados con la internalización de estos ideales de belleza poco realistas, lo que puede dar lugar a una insatisfacción crónica con la imagen corporal y la adopción de conductas de restricción alimentaria o de atracones y purgas como una forma de cumplir con estos estándares (Vázquez et al., 2000).

La Ansiedad es una variable psicológica que se ha identificado como un factor de riesgo en la aparición y desarrollo de los TCA. La ansiedad se caracteriza por ser una respuesta emocional y fisiológica anormal ante situaciones de estrés o amenaza. En el contexto de los TCA, la ansiedad puede manifestarse como preocupaciones excesivas relacionadas con la comida, el peso corporal y la figura, lo que puede aumentar el riesgo de desarrollar conductas alimentarias desordenadas. “La ansiedad es una emoción de alarma que se experimenta con inquietud, desasosiego, temor indefinido, preocupación desbordante y miedo a perder el control” (Rojas, 2014, p.78).

La Autoestima es otra variable de interés en la investigación de los TCA. En relación a los TCA, la autoestima puede desempeñar un papel crítico, ya que las percepciones negativas de uno mismo pueden aumentar la vulnerabilidad a estos trastornos. En esta tesis se ha tomado la definición y el instrumento de autoestima de Coopersmith, la cual dice: “La autoestima es la evaluación que una persona hace y comúnmente mantiene con respecto a sí mismo expresando una actitud de aprobación que indica la medida en que una persona cree ser importante, capaz, digna y exitosa, es decir, un juicio de mérito” (Coopersmith, 1995, p. 14). Además, los propios TCA pueden afectar negativamente la autoestima, ya que la obsesión por la comida, el peso y la figura corporal puede socavar la confianza del individuo y la sensación de valía personal. La comprensión de la autoestima como variable esencial en la investigación de los TCA es fundamental para identificar factores de riesgo y oportunidades de intervención (Peris et al., 2013).

A **nivel internacional** se han realizado numerosas investigaciones sobre los factores de riesgo psicológicos de los trastornos de la conducta alimentaria. Una investigación relevante sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) se llevó a cabo en Zaragoza, España, denominada “Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria, Bulimia y Anorexia”, con Jóvenes Adultos. Este estudio se enmarca el contexto de la creciente preocupación por la salud mental de los jóvenes adultos y busca arrojar luz sobre los factores que pueden contribuir a la aparición de TCA en esta población. En este estudio multidimensional, se emplearon varios instrumentos de evaluación para obtener una comprensión completa de los factores de riesgo relacionados con los TCA. Uno de estos instrumentos fue la Escala de Dificultades en la

Regulación Emocional (DERS) para evaluar las habilidades de regulación emocional de los participantes.

Los resultados de esta investigación revelaron una asociación significativa entre las dificultades en la regulación emocional y la presencia de TCA. Los participantes que reportaron dificultades en la gestión de sus emociones tenían una mayor propensión a manifestar síntomas de TCA.

Una explicación posible es que “las emociones desempeñan un papel fundamental en nuestros hábitos alimenticios. Las personas que tienen dificultades para regular sus emociones pueden recurrir a la comida como una forma de afrontar el estrés, la ansiedad, la tristeza u otras emociones intensas. Esto puede llevar a patrones de alimentación desordenados, como la ingesta emocional, en la que se come en exceso en respuesta a las emociones negativas, o la restricción extrema como una forma de controlar las emociones. Existe un ciclo en el que las emociones negativas pueden desencadenar comportamientos alimentarios problemáticos, como el atracón o la purga, lo que a su vez puede aumentar las emociones negativas, creando un ciclo perjudicial. La falta de habilidades para regular estas emociones puede perpetuar este ciclo” (Ruiz-Lázaro, 2010, p. 67).

En otro estudio titulado “Trastornos de la conducta alimentaria en España”, se exploraron las complejas relaciones entre la ansiedad, la autoestima y los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en una muestra de 800 jóvenes madrileños de edades comprendidas entre 15 y 23 años. La autoestima de los participantes se midió mediante la Escala de Autoestima de Rosenberg, un cuestionario que evalúa la percepción de uno mismo y su valía personal. Los resultados de esta investigación revelaron hallazgos significativos sobre la relación entre estos factores psicológicos y los TCA.

Una autoestima positiva demostró ser un factor protector, ya que niveles más altos de autoestima se relacionaron con una menor probabilidad de desarrollar trastornos alimentarios en el grupo de estudio. Al contrario, se observó que “las personas con baja autoestima tienen una percepción negativa de sí mismas, especialmente en lo que respecta a su apariencia física. Esta autoimagen negativa puede convertirse en un factor de riesgo para el desarrollo de TCA, como la anorexia

nerviosa o la bulimia, ya que pueden buscar alcanzar un ideal de belleza poco realista a través de la restricción alimentaria o comportamientos purgativos. Por otro lado, las personas con baja autoestima a menudo buscan validación y aprobación externa para sentirse valiosas. En el contexto de los TCA, esto puede manifestarse en la búsqueda de elogios o cumplidos sobre su apariencia o peso. El logro de ciertos estándares de belleza percibidos puede proporcionar un impulso temporal a su autoestima, lo que puede llevar a patrones de alimentación desordenados para mantener o mejorar esa validación” (Peláez-Fernández, 2010, p.101).

En otro estudio titulado “Trastornos de la conducta alimentaria; Anorexia nerviosa” llevado a cabo en la ciudad de México, se pudo evidenciar la influencia de los modelos estéticos vigentes en el desarrollo y mantenimiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA). Los resultados sugieren que estos modelos, que a menudo promueven una apariencia física idealizada y poco realista, ejercen una presión significativa sobre la percepción que las personas tienen de sí mismas y sus hábitos alimenticios. En casi todas las sociedades occidentales existe un ideal de delgadez que se presenta como deseable y aspiracional. Los medios de comunicación, las redes sociales y la industria de la moda a menudo promueven imágenes de cuerpos extremadamente delgados como el estándar de belleza.

Esto puede llevar a una presión significativa sobre las personas para que alcancen o mantengan un peso corporal muy bajo, lo que puede contribuir al desarrollo de trastornos alimentarios como la anorexia nerviosa. “La exposición constante a imágenes de cuerpos "perfectos" suele aumentar la insatisfacción corporal en muchas personas. Aquellos que no se sienten conformes con su apariencia pueden recurrir a comportamientos alimentarios desordenados en un intento de acercarse a este ideal inalcanzable. La presencia constante de modelos estéticos ideales en los medios y las redes sociales puede llevar a la comparación constante entre las personas y estos estándares. Las personas pueden sentir que nunca pueden igualar lo que ven en los medios, lo que puede aumentar la ansiedad y la insatisfacción corporal. Esta comparación constante puede ser un factor de riesgo para los TCA (...) Asimismo, la presión social para cumplir con ciertos estándares de belleza puede ser abrumadora. Amigos, familiares o compañeros pueden hacer comentarios sobre la apariencia de alguien, lo que puede intensificar la preocupación por

la imagen corporal y los comportamientos alimentarios desordenados” (Staudt y Rojo, 2006, p.48).

En **Bolivia** se han realizado diferentes estudios sobre los TCA. Sin embargo, los estudios sobre los factores de riesgo psicológicos que desencadenan estos trastornos los estudios son muy indirectos, ya que no se ha encontrado ninguno con ese objetivo específico. Por ejemplo, en la ciudad de La Paz se presentó el proyecto de la creación de un Instituto de prevención para tratamiento de trastornos alimenticios, para lo cual se hizo un diagnóstico de la prevalencia de los TCA. Al respecto, la autora del proyecto indica: “En Bolivia hay una gran influencia de los países desarrollados, a partir de los medios de comunicación como ser la televisión, el Internet, las revistas y otros, los cuales promueven patrones de belleza inadecuados, que pueden impulsar a las jóvenes a desarrollar trastornos de la conducta alimentaria, sin embargo, también se piensa que dichos trastornos vienen asociados con características patológicas de tipo psicológico. La modernidad ha acarreado muchos males, entre ellos, los TCA. La modernidad se caracteriza por cambios significativos en la sociedad, la cultura, la tecnología y la economía, y estos cambios pueden influir en la aparición y la evolución de los TCA de diversas maneras. Principalmente se hace referencia a los cambios en los estilos de vida. La mayor urbanización ha ocasionado un ritmo de vida acelerado. Esto ha influido en la vida sedentaria y en los hábitos alimentarios, con alta concentración de productos energéticos lo cual ha desencadenado patrones de alimentación desordenados” (Saavedra, 2015, p.23).

En la ciudad de Sucre, en la Universidad Andina Simón Bolívar se llevó a cabo una investigación titulada “Cambiando el concepto de belleza”: una propuesta de prevención piloto de los trastornos alimentarios de la ciudad de Sucre”, en la cual se hizo un sondeo de los factores que inducen a los TCA en los jóvenes y adolescentes y se llegó a esta conclusión: “Entre los principales factores que desencadenan los TCA está en primer lugar, la adolescencia, los estudios llevados a cabo con relación a los TCA muestran que el grupo etario con más riesgo de desarrollar uno de estos trastornos son las personas que se encuentran en esa etapa del desarrollo. Otro factor de riesgo es ser mujer, ya que las investigaciones muestran que las mujeres desarrollan estos trastornos en una proporción de 10 a 1 en relación a los varones. Es importante tomar en cuenta la influencia que tienen los medios de comunicación en determinar lo que se

considera bello para la intervención en TCA. Las dietas extremas y supuestamente “milagrosas” son un factor de riesgo determinante en el desarrollo de los TCA, pues ofrecen lo inalcanzable y bajan la moral y autoestima de las personas que padecen los TCA” (Yáñez, 2017, p. 57).

Durante la pandemia del COVID 19 se realizaron diversos estudios relacionados con los TCA debido al aumento de la vida sedentaria. En la ciudad de Cochabamba se realizó una investigación titulada “Trastornos alimentarios, un problema silencioso que recrudece en pandemia”. En dicho estudio se indica que durante y después de la cuarentena de 2020, los casos de TCA aumentaron en un 70% en Cochabamba. La anorexia y bulimia afectan, sobre todo, a mujeres; sin embargo, cada vez se suman más varones. Desde que el coronavirus COVID-19 llegó al país, se agudizaron ciertos problemas, entre ellos los trastornos alimentarios. Así lo explica el psicólogo Santiago Valda, director clínico del Centro de Anorexia y Bulimia Bolivia (ABB). “La pandemia fue el detonante para que muchos comenzaran a manifestar o agravaran sus trastornos alimentarios y mentales. La pandemia no solo aportó daños en tema de salud física, sino a nivel emocional. Antes, el tiempo que se pasaba en casa era menor, lo que facilitaba que los jóvenes puedan esconder mejor sus problemas o sus acciones en el momento de comer. Después del confinamiento obligatorio los casos aumentaron en casi un 70% con respecto al año 2019. Tenemos entre tres y cinco nuevos pacientes a la semana, eso es altísimo. Antes recibíamos entre uno y dos, señala. Generalmente, todo parte de una insatisfacción con el cuerpo y con el peso. Pero, no solo es un tema relacionado con la comida, aunque sea uno de los principales síntomas. En realidad, son problemas psicológicos y psiquiátricos. De cada 10 pacientes, 9 son mujeres y 1 es varón” (Vargas, 2021, p. única).

A nivel **regional** son mucho menos los estudios encontrados sobre los TCA. Ninguno de los documentos consultados aborda el tema de los factores de riesgo psicológicos de los trastornos de la conducta alimentaria, sino que son estudios un tanto generales, que sobre todo hacen referencia a la prevalencia de estos trastornos. A continuación, se cita algunos de estos estudios:

El año 2018, Daroca Oller Cyra Soledad y Velasco Arce Carla realizaron una investigación denominada “Trastornos de la conducta alimentaria en jóvenes de las ciudades de La Paz, Santa Cruz y Tarija. En dicho estudio se seleccionó una muestra de jóvenes tarijeños comprendidos

entre los 13 y 20 años, a quienes se les aplicó un cuestionario con el objetivo principal de detectar la prevalencia y la población en riesgo de trastornos de la conducta alimentaria. “Entre los principales resultados se encontró una prevalencia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria del 4,44% entre el total de jóvenes encuestados. A su vez se pudo determinar que la población identificada con alto riesgo de desencadenar trastornos de la conducta alimentaria corresponde al 25,9% de la población estudiada. Las mujeres son más afectadas por los Trastornos de la Conducta Alimentaria, particularmente con la anorexia. Cada vez es más generalizado el miedo intenso a ganar peso y la autopercepción de vivir al margen de los estereotipos estéticos que difunden los medios de comunicación. Asimismo, se detectó elevada prevalencia de comportamientos bulímicos, más específicamente comportamientos caracterizados por atracones de comida y posteriormente el empleo de métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso, como el vómito auto inducido o el uso de purgantes” (Daroca y Velasco, 2018, p. única).

En la universidad Autónoma Juan Misael Saracho existen varias tesis de grado que abordan el problema de los TCA, particularmente centrándose en la cuestión de la obesidad. Por ejemplo, se tiene el estudio denominado “Autoestima depresión, satisfacción sexual e interacción conyugal en mujeres que padecen obesidad”. Este estudio concluye que existe una estrecha relación entre la obesidad en mujeres y un mayor riesgo de desarrollar depresión. La obesidad puede llevar a problemas de imagen corporal, baja autoestima y discriminación social, lo que a su vez puede desencadenar síntomas depresivos. Además, la obesidad suele influir negativamente en la función sexual de mujeres, causando dificultades relacionadas con la libido, la satisfacción sexual y la autoimagen corporal. Las mujeres con obesidad pueden experimentar inseguridad en su desempeño sexual y enfrentar obstáculos físicos que afectan su intimidad, lo que puede contribuir a la depresión (Quiroga, 2009).

En otro estudio realizado en la misma Universidad, denominado “Caracterización psicológica de personas obesas entre 25-50 años de edad de la ciudad de Tarija”, la autora resalta ciertos rasgos sobresalientes entre las personas obesas adultas. Por lo general se sienten insatisfechas con su apariencia física debido a las normas de belleza prevalentes en la sociedad y la discriminación que a veces experimentan. Esto puede afectar negativamente su percepción de

sí mismas. En la investigación se ha demostrado que un gran porcentaje de las personas obesas desarrollan síntomas depresivos debido a la estigmatización y las dificultades asociadas con la obesidad. A su vez, la depresión puede llevar a comportamientos alimentarios poco saludables y al aumento de peso. Muchas de las personas obesas acuden a la comida como una forma de manejar el estrés o las emociones negativas, lo que puede contribuir a un ciclo de aumento de peso (Choque, 2009).

A partir de la revisión exhaustiva de investigaciones a nivel internacional, nacional y regional, surge la pregunta de trabajo que orientará esta investigación:

¿Cuáles son los factores de riesgo psicológicos de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en jóvenes de la ciudad de Tarija?

Aunque los TCA han despertado un interés creciente a nivel global, con una considerable cantidad de investigaciones sobre sus factores de riesgo en diversas poblaciones, es importante destacar que, a nivel nacional y regional, en Bolivia y específicamente en la ciudad de Tarija, este tema ha sido abordado de manera limitada en comparación con la magnitud del problema que representa. La escasez de investigaciones locales y regionales enfocadas en los factores psicológicos de riesgo de los TCA en jóvenes tarijeños resalta la necesidad de emprender un estudio que se adentre en esta área de vital importancia para la salud mental de la población joven en esta región. Esta investigación busca llenar este vacío de conocimiento al identificar y comprender los factores psicológicos de riesgo que podrían estar contribuyendo a la aparición de TCA en la ciudad de Tarija.

1.2. JUSTIFICACIÓN

El presente estudio sobre los factores psicológicos de riesgo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) entre jóvenes de la ciudad de Tarija tiene una relevancia indiscutible en el **ámbito científico**. Como señala Belmonte (2017), los TCA representan un desafío de salud mental que ha ido ganando notoriedad en la comunidad científica a nivel internacional. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Asociación Americana de Psicología (APA) han reconocido la magnitud de este problema y su impacto en la calidad de vida de los individuos.

La ciencia ha demostrado que los TCA no solo afectan la salud física de quienes los padecen, sino que también tienen implicaciones profundas en el bienestar emocional y social. La falta de investigaciones locales en Tarija específicamente enfocadas en factores psicológicos de riesgo exige una respuesta científica que permita una comprensión más completa de este fenómeno en el contexto regional. Por tanto, este estudio no solo contribuirá al avance del conocimiento científico en el campo de la psicología y la salud mental, sino que también enriquecerá la literatura científica con datos y perspectivas específicas de esta población.

Este tipo de estudios trascienden el ámbito científico y representan una contribución significativa para el beneficio de la **sociedad** en su conjunto. La preocupación por los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) no se limita únicamente al ámbito de la salud mental, sino que abarca dimensiones sociales más amplias. Como destacan Cancela y Ayán (2011), los TCA pueden tener un impacto devastador en la calidad de vida de quienes los experimentan, pero también generan un efecto en cadena que afecta a familias, amigos y comunidades en general.

La percepción de la imagen corporal y los comportamientos alimentarios disfuncionales pueden traducirse en una disminución de la autoestima, aislamiento social y una merma en la calidad de las relaciones interpersonales. Por lo tanto, abordar estos trastornos desde una perspectiva científica y social es crucial. Organizaciones de renombre mundial, como la Organización Mundial de la Salud (OMS), han subrayado la importancia de abordar los TCA como un problema de salud pública. Este estudio no solo contribuirá a la comprensión y prevención de los TCA en jóvenes tarijeños, sino que también tiene la pretensión de aportar con información valiosa para promover la conciencia pública y la acción comunitaria en torno a esta problemática.

La presente investigación posee un valor **teórico** fundamental, ya que aportará datos nuevos y específicos en relación a las variables contempladas. En el ámbito de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), la literatura científica internacional ha proporcionado una base sólida, pero aún queda mucho por explorar en el contexto de Tarija, Bolivia. Las variables de ansiedad, dificultades en la regulación emocional, influencia del modelo estético vigente y autoestima son pilares clave en el entendimiento de los TCA. Aunque se han abordado en

múltiples investigaciones a nivel global, su aplicación y manifestación en poblaciones específicas como los jóvenes tarijeños, son áreas donde la literatura científica aún presenta brechas significativas. Este estudio permitirá llenar ese vacío teórico al proporcionar datos empíricos y evidencia concreta sobre cómo estas variables se relacionan y contribuyen a la aparición de TCA en jóvenes de Tarija. Los hallazgos de esta investigación enriquecerán la base de conocimientos teóricos y brindarán información valiosa para futuras investigaciones en el campo de la psicología clínica y la salud mental. Además, la adaptación y contextualización de estos conceptos teóricos a la realidad local permitirán una comprensión más profunda de la dinámica de los TCA en esta población específica.

Los resultados de esta investigación no solo tendrán un impacto en el ámbito teórico y científico, sino que se espera que ofrezcan aportes concretos y **prácticos** que podrían ser aprovechados por diversos actores involucrados en el abordaje de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA). La trascendencia de esta investigación se refleja en su capacidad para guiar acciones y decisiones orientadas a la prevención, detección y tratamiento de los TCA en jóvenes de la ciudad de Tarija y, en última instancia, a nivel nacional. En primer lugar, los resultados de este estudio pueden ser de interés para la comunidad académica y las instituciones de educación superior, especialmente para la carrera de Psicología y campos relacionados. Los hallazgos proporcionarán información valiosa que puede integrarse en programas de formación y capacitación de futuros profesionales de la salud mental, contribuyendo así a una atención más especializada y sensible a los TCA. Por otro lado, los padres de familia y educadores de jóvenes con TCA podrían beneficiarse de los conocimientos generados por esta investigación. La identificación temprana de los factores psicológicos de riesgo podría permitir una intervención más efectiva y un apoyo adecuado a los jóvenes en riesgo o en proceso de recuperación. Los terapeutas y profesionales de la salud mental que trabajan en el ámbito de los TCA podrían utilizar los resultados como una guía para adaptar y mejorar sus enfoques terapéuticos. Comprender cómo estas variables se relacionan con los TCA en jóvenes tarijeños puede abrir nuevas posibilidades de tratamiento personalizado y centrado en las necesidades específicas de esta población.

CAPÍTULO II

DISEÑO TEÓRICO

2. DISEÑO TEÓRICO

2.1. PREGUNTA PROBLEMA

¿Cuáles serán los factores de riesgo psicológicos en los trastornos de la conducta alimentaria en jóvenes de la ciudad de Tarija?

2.2. OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores de riesgo psicológicos en los trastornos de la conducta alimentaria en jóvenes de la ciudad de Tarija.

2.3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Evaluar el nivel de dificultad en la regulación emocional como factor de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria.
2. Analizar el nivel de influencia del modelo estético corporal como factor de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria.
3. Valorar la ansiedad como factor de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria.
4. Identificar el nivel de autoestima como factor de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria.

2.4. HIPÓTESIS

1. El alto nivel de dificultad en la regulación emocional es un factor de riesgo en los trastornos de la conducta alimentaria.
2. La alta influencia del modelo estético vigente es un factor de riesgo en los trastornos de la conducta alimentaria.
3. La ansiedad grave y muy grave es un factor de riesgo de los trastornos en la conducta alimentaria.
4. La autoestima baja es un factor de riesgo en los trastornos de la conducta alimentaria.

2.5. OPERACIONALIZACIÓN

VARIABLE	CATEGORÍA	INDICADORES	ESCALA
Dificultades en la regulación emocional. <i>“Dificultad de una persona para identificar, comprender y gestionar sus propias emociones de manera efectiva. Comprende aquellos procesos externos e internos responsables de monitorizar, evaluar y modificar nuestras reacciones emocionales para cumplir nuestras metas”</i> (Grazt y Roemer, 2004; como se citó en Camargo 2022, p.53).	Rechazo emocional	No aceptación de respuestas emocionales	Escala de dificultades de la regulación emocional Gratz y Roemer 2004. Versión de Camargo Pastrana (2022). Escala de los ítems: Casi nunca = 1. A veces = 2. La mitad del tiempo = 3. La mayoría de las veces = 4. Casi siempre = 5. Escala de la variable: -17 puntos (nivel bajo). 18-32 (nivel medio). + 33 (nivel alto).
	Descontrol emocional	Dificultades de control de impulso	
	Interferencia emocional	Acceso limitado a estrategias de regulación emocional.	
	Desatención emocional	Dificultades en el comportamiento dirigido a un objetivo	
	Confusión emocional	Falta de conciencia emocional	

VARIABLE	CATEGORÍA	INDICADORES	ESCALA
Influencia de los modelos estéticos corporales. <i>“Influencia de los estándares de belleza idealizados y promovidos en la sociedad contemporánea, sobre la percepción de la imagen corporal y en los comportamientos alimentarios de las personas”</i> (Toro, 1994; como se cita en Tagre Roldán, 2014, p. 40).	Influencia de la Publicidad.	Interés que despierta en el individuo la publicidad de productos adelgazantes.	Cuestionario de influencia de los modelos estéticos corporales (CIMEC-35). Toro, J., (1994); Adaptación de Vázquez, R., Álvarez, G. y Mancilla, J. M., (2000). Escala de los ítems: Sí siempre = 2; Sí a veces = 1; No nunca = 0 Escala de la variable: Baja Moderada Baja Moderada Alta Alta
	Malestar por la imagen corporal y conductas para reducción de peso.	Síntomas de ansiedad al enfrentarse a situaciones que cuestionan el propio cuerpo o que propician el deseo de igualarse a los modelos sociales de delgadez obvios y sistemáticos.	
	Influencia de los Modelos Estéticos corporales públicos.	Interés que despierta en la persona los cuerpos de los personajes públicos, de las/os modelos publicitarias y de las transeúntes.	
	Influencia de las Relaciones Sociales.	Presión social subjetiva experimentada en situaciones alimentarias, y a la aceptación social atribuida a la delgadez.	

VARIABLE	CATEGORÍA	INDICADORES	ESCALA
Ansiedad: <i>“La ansiedad es una emoción de alarma que se experimenta con inquietud, desasosiego, temor indefinido, preocupación desbordante y miedo a perder el control”</i> (Rojas, 2014, p. 78).	Síntomas físicos	Son manifestaciones somáticas y se deben a una activación del sistema nervioso autónomo.	Test de ansiedad de Rojas. (2014)
	Síntomas cognitivos	Se refiere al modo de procesar la información que le llega y afecta a la percepción, la memoria, el pensamiento y la forma de utilizar los instrumentos de la inteligencia.	Escala de los ítems: Sí NO Intensidad Escala de la variable: -Normal 0-9 -Ansiedad ligera 20-30 -ansiedad moderada 31-40 -Ansiedad grave 41-50 -Ansiedad muy grave >50
	Síntomas asertivos	Hacen referencia al contacto interpersonal.	
	Síntomas conductuales	Son manifestaciones observables de forma objetiva y que generalmente son motoras.	

VARIABLE	CATEGORÍA	INDICADORES	ESCALA
Autoestima. <i>“La evaluación que el individuo hace de sí mismo expresando una actitud de aprobación o desaprobación e indica la extensión en la cual el individuo se cree capaz, significativo y exitoso. En este caso la autoestima es igualmente subjetiva, agregando que el sujeto puede aprobar o no, el resultado de dicha percepción”.</i> (Coopersmith, 1995, p. 13).	Sí mismo General	Grado de apreciación personal en lo relativo a la manera de ser, planes, capacidades y valores.	Inventario de autoestima de Coopersmith (1995). Escala de los ítems: Verdadero. Falso.
	Social	Conformidad con las destrezas sociales: conversación, sentido del humor, liderazgo.	
	Familiar	Grado de aceptación del clima familiar, comunicación, intercambio de afectos, colaboración y apoyo mutuo.	Escala de la variable: Bajo 0 - 24 Medio Bajo 25 - 49 Medio alto 50 - 74 Alto 75 -100

CAPÍTULO III

MARCO TEÓRICO

3. MARCO TEÓRICO

En el presente capítulo se expone toda la información recabada en relación al tema de investigación. En el mismo se presentan las definiciones de las variables de estudio, las teorías que servirán de respaldo para la correcta comprensión de los conceptos abordados y las investigaciones que permitirán la interpretación de los datos recogidos.

En primer lugar, se aborda el tema de los trastornos de la conducta alimentaria, y de los factores de riesgo que pueden desencadenarlos. A continuación, se desarrollará la teoría de Gratz & Roemer, (2004), respecto a las dificultades de regulación emocional. Posteriormente se examina la cuestión de la influencia del modelo estético corporal en los jóvenes, como motivador de los TCA, revisando la teoría de Toro et al. (1994). Seguidamente se expone la teoría de Enrique Rojas en relación a la variable ansiedad. Finalmente, se aborda la cuestión de la autoestima, revisando la teoría de Coopersmith.

Se cierra el capítulo haciendo referencia a estudios sobre los factores de riesgo psicológicos de los trastornos de la conducta alimentaria en jóvenes.

3.1. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

3.1.1. Conceptualización y breve historia de los estudios sobre la conducta alimentaria

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) constituyen un conjunto de complejas patologías mentales que afectan significativamente la relación de una persona con la comida, el peso y la imagen corporal. Estos trastornos van mucho más allá de simples problemas dietéticos o preocupaciones por la apariencia física, y en su lugar, reflejan una interacción intrincada entre factores biológicos, psicológicos y sociales. En esencia, los TCA representan una manifestación extrema de los desafíos que enfrenta la mente humana al lidiar con las expectativas culturales, las presiones sociales y las emociones individuales relacionadas con la alimentación y el cuerpo. Los TCA pueden manifestarse de diversas maneras, siendo los más comunes la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón. La anorexia nerviosa se caracteriza por una restricción extrema de la ingesta de alimentos, acompañada de un temor intenso a ganar peso y una imagen corporal distorsionada. Por otro lado, la bulimia nerviosa involucra episodios

recurrentes de atracones de comida, seguidos de comportamientos compensatorios, como el vómito o el ejercicio excesivo. Finalmente, el trastorno por atracón se caracteriza por episodios de atracones sin los comportamientos compensatorios presentes en la bulimia. Estos trastornos no solo tienen efectos devastadores en la salud física de quienes los padecen, sino que también pueden tener un impacto profundo en su bienestar psicológico y calidad de vida en general (Belmonte, 2017).

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) “son un grupo de trastornos psiquiátricos complejos que afectan la alimentación, la percepción de la imagen corporal y la regulación emocional de quienes los padecen. Estos trastornos incluyen, entre otros, la anorexia nerviosa, caracterizada por la restricción extrema de la ingesta de alimentos; la bulimia nerviosa, que se manifiesta en episodios de atracones seguidos de conductas de purga; y la alimentación selectiva, que implica una restricción selectiva de ciertos alimentos o grupos de alimentos” (APA, 2013, como se citó en Staudt y Rojo, 2006: 27).

La investigación sobre los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) tiene sus raíces en el siglo XIX, aunque en ese momento, estos trastornos no se comprendían ni se definían como lo hacemos hoy en día. A principios del siglo XX, los estudios médicos empezaron a documentar casos de anorexia nerviosa y otros trastornos similares, pero la comprensión de estos trastornos era limitada y se enfocaba principalmente en los aspectos médicos y físicos. No fue sino hasta la década de 1970 que se comenzó a desarrollar una comprensión más completa de los TCA como problemas psicológicos y psiquiátricos. En las últimas décadas, la investigación sobre TCA ha avanzado significativamente.

Los estudios actuales se basan en una comprensión mucho más profunda de los factores psicológicos, sociales y culturales que contribuyen a la aparición y la perpetuación de estos trastornos. Se han desarrollado diversas teorías, como el enfoque sociocultural, que resalta el papel de la cultura y los medios de comunicación en la formación de las expectativas de belleza y su influencia en la psicología individual. Además, la neurociencia ha aportado conocimientos sobre las bases biológicas de los TCA, como las diferencias en la actividad cerebral y la regulación de las sustancias químicas cerebrales. La investigación actual también se centra en

la identificación de factores de riesgo específicos, la evaluación de intervenciones terapéuticas efectivas y la promoción de la prevención. Los estudios epidemiológicos han arrojado luz sobre la prevalencia de los TCA a nivel mundial, y se ha observado un aumento en la conciencia pública y la desestigmatización de estos trastornos (Llofri, 2023).

A nivel mundial, se estima que millones de jóvenes padecen algún tipo de TCA, aunque las cifras exactas varían según la región y los criterios de diagnóstico utilizados en los estudios. La adolescencia es una etapa de la vida en la que la imagen corporal y la aceptación social pueden ser especialmente importantes, lo que aumenta el riesgo de desarrollar TCA, como la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón. En el contexto de países sudamericanos, la prevalencia de los TCA también ha aumentado. Si bien en el pasado estos trastornos podrían haber sido considerados menos comunes en comparación con regiones con tasas más altas, como América del Norte o Europa, los datos actuales sugieren que los TCA están en aumento en América del Sur. Factores socioculturales, como la occidentalización de las dietas y los ideales de belleza promovidos por los medios de comunicación, han contribuido a esta tendencia preocupante. Además, es importante mencionar que, en muchos países sudamericanos, la falta de acceso a la atención médica y de salud mental puede dificultar la detección temprana y el tratamiento adecuado de los TCA, lo que agrava aún más el problema (Trejo et al., 2010).

El DSM-5 (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición, 2018) identifica varios trastornos de la conducta alimentaria. A continuación se presentan los principales, que se consideran en esta investigación:

1. **La anorexia nerviosa.** Es un trastorno de la conducta alimentaria caracterizado por una restricción extrema de la ingesta de alimentos, un temor intenso a ganar peso y una percepción distorsionada del propio cuerpo. Este trastorno afecta tanto la salud física como la mental de quienes lo padecen y puede tener graves consecuencias a largo plazo. Restricción de la ingesta: Las personas con anorexia nerviosa limitan en gran medida la cantidad y el tipo de alimentos que consumen, a menudo reduciendo su ingesta calórica a niveles peligrosamente bajos. Pueden evitar ciertos grupos de alimentos, como los carbohidratos o las grasas, y desarrollar rituales en torno a la comida, como cortar la comida

en pequeños trozos o comer lentamente. Uno de los síntomas centrales de la anorexia nerviosa es el temor intenso a aumentar de peso o a perder el control sobre su cuerpo. Esta preocupación obsesiva por la delgadez conduce a una autoevaluación exagerada de la apariencia física y a una búsqueda constante de la pérdida de peso, incluso si la persona ya está en un estado de desnutrición. Las personas con anorexia a menudo tienen una percepción distorsionada de su propio cuerpo. Pueden verse a sí mismos con sobrepeso o con exceso de grasa incluso cuando están peligrosamente delgadas. Esta distorsión puede contribuir a la negación de la gravedad de su estado de salud y mantener el ciclo de restricción alimentaria.

2. **La bulimia nerviosa.** Es otro trastorno de la conducta alimentaria que tiene características específicas y puede tener un impacto significativo en la salud física y mental de quienes lo padecen. La bulimia nerviosa se caracteriza por episodios regulares de ingesta excesiva de alimentos, conocidos como "atracones". Durante estos episodios, la persona consume grandes cantidades de comida en un corto período de tiempo, a menudo sintiéndose fuera de control y sin poder detenerse. Después de los atracones, las personas con bulimia nerviosa suelen llevar a cabo comportamientos compensatorios para contrarrestar las calorías consumidas. Estos comportamientos pueden incluir el vómito autoinducido, el uso excesivo de laxantes, el ejercicio extremo o la restricción alimentaria extrema en los días siguientes al atracón.

Al igual que en la anorexia nerviosa, la imagen corporal juega un papel central en la bulimia nerviosa. Las personas con este trastorno suelen tener una preocupación excesiva por su peso y su apariencia física. A menudo se sienten insatisfechas con su cuerpo y buscan constantemente perder peso. La bulimia nerviosa se caracteriza por un patrón cíclico de atracones y purgas. Después de un atracón, la persona experimenta sentimientos de culpa, vergüenza y angustia, lo que la lleva a recurrir a los comportamientos compensatorios. Este ciclo puede ser muy difícil de romper y puede llevar a graves problemas de salud física y mental. Los vómitos frecuentes pueden dañar el esmalte dental, provocar problemas gastrointestinales y electrolitos, y tener un impacto negativo en el corazón y los órganos internos. Además de los efectos físicos, la bulimia nerviosa también afecta la salud mental,

puede llevar a la depresión, la ansiedad, la baja autoestima y una sensación abrumadora de vergüenza. La preocupación constante por la comida y el cuerpo puede interferir en la vida cotidiana y las relaciones interpersonales.

3. **El trastorno por atracón.** También conocido como trastorno de la alimentación compulsiva, se caracteriza por episodios recurrentes de atracones de comida. A diferencia de la bulimia nerviosa, las personas con trastorno por atracón no llevan a cabo comportamientos compensatorios excesivos, como el vómito o el ejercicio extremo, para contrarrestar los atracones. El síntoma principal del trastorno por atracón son los episodios regulares de atracones de comida. Durante estos episodios, la persona consume grandes cantidades de alimentos en un período de tiempo breve y se siente fuera de control. Los atracones suelen ser una respuesta a emociones negativas, como el estrés, la ansiedad o la tristeza.

Como ya se indicó, a diferencia de la bulimia nerviosa, las personas con trastorno por atracón no realizan comportamientos extremos para compensar los atracones, como el vómito o el uso excesivo de laxantes. Sin embargo, después de un atracón, pueden sentir una profunda vergüenza y culpa. Al igual que en otros trastornos de la conducta alimentaria, la preocupación por el peso y la imagen corporal juega un papel importante en el trastorno por atracón. Las personas suelen tener una insatisfacción significativa con su cuerpo y pueden buscar constantemente perder peso, a pesar de no llevar a cabo comportamientos de restricción. Este trastorno a menudo se asocia con otros trastornos psicológicos, como la depresión, la ansiedad y el trastorno de estrés postraumático. Estas condiciones pueden complicar aún más el cuadro clínico y la vida cotidiana de la persona.

4. **El Trastorno de la Alimentación Selectiva.** Es un trastorno de la alimentación que se caracteriza por una restricción selectiva y persistente de la ingesta de alimentos, lo que resulta en una dieta limitada y monótona. A diferencia de otros trastornos de la alimentación, como la anorexia nerviosa o la bulimia nerviosa, este trastorno se centra en la limitación de la variedad de alimentos en lugar de la cantidad total de alimentos consumidos. A menudo tienen una aversión o repulsión hacia ciertos alimentos, texturas, olores, colores o incluso

marcas específicas de alimentos. Esto puede llevar a una dieta extremadamente limitada y repetitiva, a menudo compuesta por un pequeño grupo de alimentos que la persona considera seguros o aceptables. Los alimentos rechazados a menudo son grupos completos, como frutas, verduras o proteínas. Este trastorno a menudo comienza en la infancia y puede persistir en la adolescencia y la edad adulta. En muchos casos, los padres y cuidadores pueden notar signos de este trastorno cuando el niño es reacio a probar nuevos alimentos o muestra una fuerte preferencia por ciertos alimentos desde una edad temprana. Una dieta extremadamente limitada puede resultar en deficiencias nutricionales significativas. Las personas con este trastorno a menudo tienen un mayor riesgo de no obtener los nutrientes esenciales que necesitan para mantener una buena salud. Esto puede llevar a problemas de crecimiento y desarrollo en los niños, así como problemas de salud a largo plazo en adultos.

3.1.2. Factores de riesgo psicológicos de los trastornos de la conducta alimentaria

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son afecciones complejas en las que los factores psicológicos desempeñan un papel fundamental en su desarrollo y mantenimiento. De manera general, los factores de riesgo psicológicos en los TCA están relacionados con la percepción distorsionada de la imagen corporal, una autoevaluación excesivamente influenciada por el peso y la apariencia, y una serie de patrones de pensamiento disfuncionales en torno a la comida, el peso y la alimentación. Estos factores pueden contribuir a la adopción de comportamientos alimentarios extremos, como la restricción extrema de la ingesta de alimentos, los atracones y la purga, que son características comunes en los TCA. Estos factores psicológicos, son “variables intrapsíquicas y emocionales que interactúan de manera compleja y pueden aumentar la vulnerabilidad de una persona a estos trastornos” (Llofri, 2023, p. 51).

De manera más específica, los factores de riesgo psicológicos en los TCA incluyen la baja autoestima, la ansiedad, la depresión, el perfeccionismo, la impulsividad y la tendencia a la comparación social. La baja autoestima puede llevar a la insatisfacción con la apariencia y la búsqueda de la autovaloración a través del control del peso y la forma corporal. La ansiedad y la depresión pueden desencadenar comportamientos de atracones y purgas como formas de hacer frente a las emociones intensas. El perfeccionismo puede crear estándares inalcanzables de delgadez y control, mientras que la impulsividad puede contribuir a la falta de control en la

alimentación. La comparación social puede llevar a una mayor presión para cumplir con los ideales de belleza promovidos por la sociedad y los medios de comunicación. Estos factores psicológicos no operan de manera aislada, sino que interactúan entre sí y con los factores biológicos y sociales para aumentar el riesgo de desarrollar TCA (Peláez-Fernández et al, 2010).

Enfatizar la importancia de estudiar los factores de riesgo psicológicos en los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) es esencial para abordar con eficacia estos trastornos de salud mental. Los TCA no son simplemente cuestiones de hábitos alimentarios o preocupaciones superficiales sobre la apariencia física; en su núcleo, son trastornos psicológicos complejos arraigados en la percepción distorsionada de la imagen corporal, la autoevaluación influenciada por el peso y la apariencia, y los patrones de pensamiento disfuncionales. Al comprender estos factores psicológicos de riesgo, los profesionales de la salud mental pueden desarrollar intervenciones y tratamientos más efectivos que no solo se centran en la sintomatología física, sino que también aborden las causas subyacentes y las dinámicas psicológicas que perpetúan estos trastornos.

Además, el estudio de los factores de riesgo psicológicos en los TCA proporciona una visión más profunda de cómo los aspectos emocionales y cognitivos pueden desencadenar y mantener estos trastornos. La baja autoestima, la ansiedad, la depresión y otros factores emocionales pueden desempeñar un papel crucial en la adopción de comportamientos alimentarios extremos, como la restricción, los atracones y la purga. Comprender cómo estos factores interactúan y se relacionan con la alimentación y la imagen corporal es esencial para desarrollar estrategias terapéuticas personalizadas que aborden las necesidades emocionales de cada individuo. Además, al enfocarse en los factores psicológicos de riesgo, también se puede avanzar en la prevención de los TCA. La educación y la conciencia pública sobre estos factores pueden ayudar a identificar señales de alerta temprana en los jóvenes y proporcionarles herramientas para afrontar la presión social, la baja autoestima y la insatisfacción corporal de manera saludable (Staudt y Rojo, 2006).

3.2. DIFICULTADES EN LA REGULACIÓN EMOCIONAL

3.2.1. Conceptualización de las dificultades en la regulación emocional

Las dificultades en la regulación emocional se refieren a la capacidad de una persona para identificar, comprender, expresar y gestionar sus emociones de manera saludable y adaptativa. Esta habilidad es esencial para navegar por las complejidades de la vida cotidiana, ya que las emociones desempeñan un papel fundamental en nuestras relaciones interpersonales, toma de decisiones, bienestar psicológico y comportamiento en general. Las personas con dificultades en la regulación emocional pueden experimentar una serie de desafíos, como dificultad para controlar sus emociones intensas, tendencia a reprimir o negar sus sentimientos, cambios bruscos de humor o una incapacidad para adaptarse de manera efectiva a situaciones estresantes. Estas dificultades pueden manifestarse de diversas maneras y pueden estar relacionadas con problemas de salud mental, como los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), la depresión, la ansiedad y otros trastornos emocionales (Guzmán et al, 2014).

La definición de esta variable que se adopta en esta investigación es: *“Las dificultades en la Regulación Emocional son los problemas que tiene una persona para identificar, comprender y gestionar sus propias emociones de manera efectiva. Comprende aquellos procesos externos e internos responsables de monitorizar, evaluar y modificar nuestras reacciones emocionales para cumplir nuestras metas”* (Gratz y Roemer, 2004; como se citó en Camargo 2022, p.53).

3.2.2. Las dificultades en la regulación emocional como factor psicológico de riesgo de los TCA

La dificultad en la regulación emocional puede ser un factor psicológico de riesgo significativo en el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) debido a una serie de razones interrelacionadas. En primer lugar, los TCA, como la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón, a menudo están asociados con una intensa insatisfacción corporal y una preocupación obsesiva por el peso y la imagen corporal. Las personas que tienen dificultades para regular sus emociones pueden recurrir a la alimentación y la restricción de alimentos como una forma de lidiar con sus sentimientos. Comer en exceso o atracones también pueden ser vistos como estrategias para amortiguar emociones incómodas o reducir el estrés. Las

emociones intensas, como la tristeza, la ira, la ansiedad y la culpa, pueden desencadenar comportamientos de atracones y purgas en personas con TCA. Las dificultades en la regulación emocional pueden hacer que sea más difícil para estas personas manejar y expresar estas emociones de manera efectiva, lo que podría llevar al uso de la comida como una vía de escape o una forma de auto calmarse. Además, la baja autoestima y la autoevaluación influenciada por la apariencia son comunes en las personas con TCA. Aquellos que tienen dificultades para regular sus emociones pueden ser más propensos a evaluar negativamente su valía personal en función de su apariencia, lo que aumenta la vulnerabilidad a desarrollar TCA (Ruiz-Lázaro 2010).

Según los estudios realizados en el tema de los TCA, hay ciertas situaciones o estados emocionales cuya falta de control son las más propensas a desarrollar los problemas en la ingesta alimenticia. Se pueden citar las siguientes:

Depresión. La depresión es un trastorno del estado de ánimo que a menudo coexiste con los TCA, y esta relación es bidireccional. Por un lado, la depresión puede ser un factor de riesgo que predispone a una persona a desarrollar un TCA, ya que la comida puede ser utilizada como una forma de aliviar la tristeza y el malestar emocional. Por otro lado, la restricción extrema de alimentos y la preocupación obsesiva por el peso y la imagen corporal en los TCA pueden llevar a la depresión debido a la insatisfacción crónica y la falta de placer en la vida.

Culpa. La culpa es una emoción comúnmente experimentada por las personas con TCA después de episodios de atracones o comportamientos de purga. Esta culpa puede aumentar la tendencia a repetir estos patrones de alimentación, lo que perpetúa el ciclo de los TCA. La culpa también puede llevar a una baja autoestima y a una mayor insatisfacción corporal.

Estrés. El estrés puede desencadenar atracones y purgas en personas con TCA como una forma de afrontamiento. El alivio temporal que brindan estos comportamientos puede hacer que se conviertan en una respuesta habitual al estrés, lo que agrava los TCA. Además, el estrés puede influir en la regulación emocional deficiente, lo que a su vez puede contribuir a la aparición de TCA.

Obsesión. Las personas con TCA a menudo tienen obsesiones relacionadas con la comida, el peso y la imagen corporal. La obsesión constante con estos temas puede aumentar la ansiedad y la preocupación, lo que puede contribuir a los TCA y dificultar la regulación emocional adecuada (Camargo, 2022).

3.2.3. La teoría de Gratz y Roemer sobre las dificultades en la regulación emocional

La teoría de Gratz y Roemer sobre las dificultades en la regulación emocional es un enfoque psicológico que se centra en la comprensión de cómo las personas gestionan sus emociones y cómo esta gestión puede influir en su salud mental y comportamiento. Desarrollada por Kim L. Gratz y Lizabeth Roemer, esta teoría proporciona un marco para examinar las dificultades en la regulación emocional y su relación con una variedad de trastornos y problemas psicológicos.

Además, esta perspectiva ofrece una visión integral de cómo las personas procesan y responden a sus emociones, lo que puede tener implicaciones significativas en la salud mental y el bienestar emocional. La teoría de Gratz y Roemer sobre las dificultades en la regulación emocional se construyó sobre la base de varias vertientes teóricas en el campo de la psicología y la psicopatología. Estas vertientes incluyen la teoría de la regulación emocional y la terapia de aceptación y compromiso (Guzmán et al., 2014).

La teoría de la regulación emocional se enfoca en cómo las personas gestionan sus emociones, incluyendo la capacidad de identificar, entender, expresar y modular las emociones de manera efectiva. La teoría de Gratz y Roemer se basa en gran medida en la idea de que las dificultades en la regulación emocional pueden llevar a una serie de problemas psicológicos y trastornos, y se inspira en la investigación sobre la regulación emocional. La teoría de la regulación emocional es una perspectiva fundamental en psicología que explora cómo las personas gestionan sus emociones para adaptarse a las demandas del entorno y mantener el bienestar psicológico. Varios autores y conceptos han influido en el desarrollo de esta teoría, y su comprensión es esencial para apreciar cómo la teoría de Gratz y Roemer sobre las dificultades en la regulación emocional se construyó sobre esta base.

Hay que mencionar a James Gross y el Modelo de Procesamiento Emocional, quien ha desarrollado el Modelo de Procesamiento Emocional, que destaca la importancia de dos estrategias fundamentales de regulación emocional: la regulación emocional intrínseca (cambiar la emoción experimentada) y la regulación emocional extrínseca (cambiar la situación para regular la emoción). Por ejemplo, alguien puede cambiar su enfoque (estrategia intrínseca) cuando se siente triste al pensar en cosas alegres, o puede alejarse de una situación estresante (estrategia extrínseca).

También es importante el aporte de Richard Lazarus con su teoría de la Regulación Emocional. Este autor enfatizó el papel de la evaluación cognitiva en la regulación emocional. Según su teoría, las emociones son el resultado de cómo se evalúa una situación. Por ejemplo, si se interpreta una situación como amenazante, se experimentará miedo. Esta teoría resalta cómo cambiar las evaluaciones cognitivas puede ser una estrategia de regulación emocional efectiva (Guzmán et al., 2014).

La teoría de Gratz y Roemer sobre las dificultades en la regulación emocional se basa en gran medida en estos conceptos y enfoques teóricos. Gratz y Roemer se centraron en la idea de que las dificultades en la regulación emocional, como la incapacidad para identificar y expresar emociones de manera efectiva, pueden aumentar el riesgo de trastornos psicológicos, incluidos los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Su trabajo se basa en la comprensión de cómo las estrategias de regulación emocional inadecuadas pueden llevar a comportamientos autodestructivos, como los atracones y la restricción alimentaria, como una forma de lidiar con las emociones intensas. La teoría de Gratz y Roemer también destaca la importancia de promover la conciencia y el desarrollo de habilidades de regulación emocional como parte integral de la prevención y el tratamiento de los TCA y otros trastornos emocionales (Guzmán et al., 2014).

El instrumento creado por Gratz y Roemer, el cual se emplea en esta investigación, tiene las siguientes dimensiones:

1. **Rechazo Emocional.** Esta dimensión se refiere a la tendencia de algunas personas a no aceptar o validar sus propias respuestas emocionales. En otras palabras, aquellos que puntúan alto en esta dimensión presentan cierta tendencia a negar, minimizar o rechazar sus emociones en lugar de aceptarlas y procesarlas de manera saludable. Las conductas relacionadas con un alto puntaje en esta dimensión son variadas y pueden manifestarse de diferentes maneras. Las personas que experimentan un alto rechazo emocional pueden evitar hablar sobre sus emociones personales con otras personas, incluso con amigos cercanos o familiares. Pueden minimizar la importancia de sus emociones o ignorarlas por completo, tratando de mantener una apariencia de calma o indiferencia.

Un ejemplo concreto basado en los ítems de la escalada podría ser alguien que, cuando se enfrenta a una pérdida significativa o una experiencia emocionalmente desafiante, trata de "olvidar" la situación y finge que no le afecta en absoluto. Esta negación de las emociones puede llevar a una falta de procesamiento y a la acumulación de tensión emocional.

Obtener un alto puntaje en rechazo emocional implica interpretar que la persona tiene dificultades para aceptar y validar sus emociones. Esto puede tener implicaciones importantes en su bienestar emocional y relaciones interpersonales. Aquellos con puntajes altos en esta dimensión pueden enfrentar dificultades para comprender sus propias necesidades emocionales y, como resultado, pueden tener dificultades en la resolución de conflictos o en la expresión de sus sentimientos hacia los demás.

Por otro lado, un puntaje bajo en rechazo emocional indica que la persona tiende a aceptar y validar sus emociones de manera efectiva. Esto no significa que nunca experimenten emociones negativas, sino que están dispuestos a enfrentarlas y procesarlas de una manera saludable. Una baja puntuación en esta dimensión puede estar asociada con una mayor autoconciencia emocional y una mejor capacidad para manejar y expresar las emociones de manera constructiva (Gratz y Roemer, 2004).

2. **Descontrol Emocional.** Esta dimensión sirve para comprender cómo las personas gestionan sus impulsos y emociones intensas. Esta dimensión se relaciona con la capacidad de controlar las reacciones impulsivas ante emociones fuertes y mantener un comportamiento

equilibrado. Las personas que puntúan alto en esta dimensión pueden experimentar dificultades para regular sus emociones, lo que puede manifestarse en comportamientos impulsivos en respuesta a situaciones emocionales. Por ejemplo, pueden reaccionar con enojo desproporcionado ante una provocación menor, tomar decisiones impulsivas sin pensar en las consecuencias a largo plazo o tener dificultades para aplazar la gratificación.

Un ejemplo podría ser alguien que, cuando se siente abrumado por la ansiedad antes de un examen, decide no estudiar en absoluto y en su lugar se dedica a actividades distractoras, como mirar televisión o jugar videojuegos. Esta falta de control emocional puede llevar a una serie de problemas en la vida diaria, como dificultades en las relaciones interpersonales y en el logro de metas personales. Un alto puntaje en descontrol emocional indica que la persona puede tener dificultades para impulsos regulares y emociones intensas, lo que puede llevar a comportamientos impulsivos o autodestructivos. Esto puede afectar negativamente la calidad de vida y las relaciones interpersonales. Por otro lado, un puntaje bajo en descontrol emocional sugiere que la persona tiene una mayor capacidad para mantener el autocontrol emocional y la toma de decisiones reflexivas incluso en situaciones emocionales desafiantes. Esto no significa que nunca experimenten emociones intensas, sino que pueden manejarlas de manera más efectiva y tomar decisiones más racionales en lugar de impulsivas (Gratz y Roemer, 2004).

3. **Interferencia Emocional.** Es la falta de capacidad para acceder a estrategias efectivas de regulación emocional cuando se enfrenta a situaciones desafiantes o estresantes. Aquellas personas que puntúan alto en esta dimensión pueden verse abrumadas por sus emociones y tener dificultades para encontrar formas saludables de lidiar con ellas. Las conductas relacionadas con un alto puntaje en esta dimensión pueden manifestarse en situaciones cotidianas. Por ejemplo, alguien que experimenta una gran ansiedad antes de una presentación importante en el trabajo puede sentirse paralizado por el miedo y no ser capaz de acceder a estrategias efectivas de manejo del estrés. Pueden experimentar una interferencia emocional que afecta su rendimiento y bienestar.

Un ejemplo específico podría ser alguien que, cuando se siente emocionalmente abrumado, no puede identificar ni aplicar estrategias efectivas para calmarse. En lugar de recurrir a técnicas de relajación, como la respiración profunda, o buscar apoyo emocional de amigos o familiares, pueden recurrir a comportamientos perjudiciales, como el consumo excesivo de alcohol o la evasión emocional. Dar un alto puntaje en interferencia emocional sugiere que la persona puede tener dificultades para encontrar y aplicar estrategias efectivas de regulación emocional en momentos de estrés. Esto puede llevar a un aumento en la intensidad de las emociones y puede contribuir a la perpetuación de patrones de respuesta emocional poco saludable. Por otro lado, un puntaje bajo en interferencia emocional indica que la persona es capaz de mantener la claridad y el control emocional incluso en situaciones difíciles. Pueden acceder a estrategias efectivas de regulación emocional y, en consecuencia, enfrentar el estrés de manera más saludable (Gratz y Roemer, 2004).

4. **Desatención Emocional.** Esta dimensión se centra en la capacidad de una persona para mantener un comportamiento dirigido a un objetivo a pesar de las emociones intensas que puedan surgir. Aquellos que puntúan alto en esta dimensión pueden tener dificultades para concentrarse en tareas importantes cuando experimentan emociones fuertes. Las conductas relacionadas con un alto puntaje en esta dimensión pueden manifestarse en situaciones donde las emociones interfieren con la capacidad de una persona para completar tareas específicas. Por ejemplo, alguien que está lidiando con una tristeza profunda después de una ruptura puede tener dificultades para concentrarse en su trabajo o en sus estudios, lo que puede llevar a un rendimiento académico o laboral deficiente.

Un ejemplo podría ser alguien que, cuando se siente abrumado por la ansiedad antes de un examen importante, no puede concentrarse en el material de estudio y se distrae fácilmente con pensamientos ansiosos. Esta desatención emocional puede afectar negativamente su rendimiento académico y su capacidad para alcanzar metas a largo plazo. Dar un alto puntaje en desatención emocional sugiere que la persona puede tener dificultades para mantener el enfoque y la atención en tareas importantes cuando experimenta emociones intensas. Esto puede afectar su capacidad para cumplir con responsabilidades y lograr metas personales. Asimismo, un puntaje bajo en desatención emocional indica que la persona tiene una mayor

capacidad para mantener el enfoque y la atención en sus objetivos, incluso en presencia de emociones intensas. Pueden ser más efectivos en la gestión de tareas y en la toma de decisiones dirigidas a metas a pesar de las emociones que puedan experimentar (Gratz y Roemer, 2004).

5. **Confusión Emocional.** Se relaciona con la falta de conciencia y comprensión de las propias emociones. Aquellas personas que puntúan alto en esta dimensión pueden tener dificultades para identificar, etiquetar y comprender sus emociones de manera precisa. Las conductas relacionadas con un alto puntaje en esta dimensión pueden incluir la incapacidad para reconocer y expresar adecuadamente las emociones. Por ejemplo, alguien que puntúa alto en confusión emocional puede tener dificultades para distinguir entre emociones similares, como la ansiedad y el miedo, o puede experimentar emociones intensas sin comprender por qué están sintiendo lo que sienten.

Un ejemplo basado en los ítems de la escalada podría ser alguien que, al enfrentarse a una situación emocionalmente desafiante, tiene dificultades para identificar sus sentimientos o se siente desconectado de sus propias emociones. Puede resultarle complicado discernir si está triste, enojado, ansioso o confundido, lo que puede dificultar la comunicación de sus necesidades emocionales. Dar un alto puntaje en confusión emocional sugiere que la persona puede tener dificultades para comprender y comunicar sus emociones de manera precisa. Esto puede llevar a malentendidos en las relaciones interpersonales y dificultades para expresar sus necesidades emocionales. A su vez, un puntaje bajo en confusión emocional indica que la persona tiene una mayor conciencia emocional y es capaz de identificar y comprender sus emociones con precisión. Esto facilita la comunicación emocional efectiva y puede contribuir a relaciones interpersonales más saludables (Gratz y Roemer, 2004).

3.3. INFLUENCIA DEL MODELO ESTÉTICO CORPORAL

3.3.1. Conceptualización de la influencia del modelo estético corporal

Los modelos estéticos corporales se refieren a los estándares o ideales de belleza y apariencia física que una sociedad o cultura en particular valora y promueve en un momento dado. Estos modelos representan la percepción colectiva de lo que se considera deseable o estéticamente atractivo en términos de tamaño, forma, proporciones y características físicas. A medida que los medios de comunicación se han vuelto más accesibles y globalizados en las últimas décadas, su influencia en la definición y difusión de estos modelos ha crecido significativamente.

Las imágenes de figuras públicas, modelos y celebridades, junto con la publicidad y la moda, han desempeñado un papel crucial al exponer a las personas a ciertos estándares estéticos y, en muchos casos, han contribuido a la internalización de estos ideales en la percepción individual de la belleza. Esta variable hace referencia a “la influencia de los estándares de belleza idealizados y promovidos en la sociedad contemporánea, sobre la percepción de la imagen corporal y en los comportamientos alimentarios de las personas” (Toro, 1994, como se citó en Tagre Roldán, 2014, p.40). Los TCA, como la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, a menudo están asociados con la internalización de estos ideales de belleza poco realistas, lo que puede dar lugar a una insatisfacción crónica con la imagen corporal y la adopción de conductas de restricción alimentaria o de atracones y purgas como una forma de cumplir con estos estándares (Vázquez et al., 2000).

3.3.2. La influencia del modelo estético corporal como factor psicológico de riesgo de los TCA

A lo largo del siglo XX y hasta la actualidad, los modelos estéticos corporales han experimentado una transformación significativa y diversa, reflejando los cambios culturales, sociales y tecnológicos de cada época. En la década de 1920, el ideal de belleza femenina estaba marcado por la "Era del Jazz" y la liberación de las restricciones de la moda victoriana. Las mujeres de los años 20 buscaban una apariencia más andrógina, con cuerpos delgados y pechos pequeños. Durante la década de 1940, en medio de la Segunda Guerra Mundial, vio una preferencia por figuras más curvilíneas y saludables, ya que se consideraban símbolos de fuerza

y resistencia. La década de 1960 trajo consigo la revolución sexual y la contracultura, con un ideal de belleza que celebraba la juventud y la libertad de expresión. Las figuras delgadas y atléticas eran populares, influenciadas en parte por algunos íconos de la moda. A finales del siglo XX, en la década de 1980, el ideal de belleza era musculoso y atlético tanto para hombres como para mujeres, con una obsesión por la delgadez en las mujeres que comenzaba a ser preocupante. En la actualidad, los modelos estéticos corporales han evolucionado hacia una mayor diversidad y aceptación de la belleza en todas sus formas y tamaños. La revolución de las redes sociales ha permitido que voces diversas y movimientos de inclusión promuevan la aceptación del cuerpo y la belleza en su variedad. Aunque aún persisten presiones culturales para cumplir con ciertos estándares, cada vez más personas desafían estos ideales preestablecidos y abogan por la aceptación y la celebración de la diversidad corporal. La historia de los modelos estéticos corporales en el siglo XX y XXI refleja la complejidad de la cultura y la moda, y la influencia cambiante de los medios de comunicación y la conciencia social en la percepción de la belleza (Llofri, 2023).

El modelo estético corporal vigente en la sociedad contemporánea es complejo y diverso, caracterizado por una multiplicidad de dimensiones y estándares de belleza que a menudo se promueven a través de los medios de comunicación y la cultura popular. Este modelo abarca una amplia gama de aspectos, que incluyen el tamaño y la forma del cuerpo, la tonalidad de la piel, la edad, la raza y el género. En términos de tamaño corporal, se valora la delgadez extrema en muchas culturas occidentales, con la promoción de cuerpos esbeltos y definidos como ideales. La juventud también es un componente clave, con la presión para parecer más joven y mantener una apariencia fresca y sin arrugas. Además, la raza y la etnia a menudo influyen en los estándares de belleza, con diferentes culturas que celebran diversas características faciales y corporales.

El estilo de vestir, la elección de la ropa y la apariencia física general también desempeñan un papel importante en este modelo, y las tendencias de moda pueden cambiar rápidamente, dictando lo que se considera "a la moda". La dieta y la alimentación son otra dimensión fundamental, con un énfasis en la comida saludable, la restricción calórica y la búsqueda de dietas "limpias". En resumen, el modelo estético corporal vigente es sumamente complejo y

puede variar según la cultura y la región, pero suele estar influenciado por una combinación de factores que abarcan desde la delgadez y la juventud hasta la raza, la moda y las tendencias dietéticas.

La importancia del modelo estético corporal vigente es algo a tomarse muy en cuenta pues ejerce una influencia significativa como factor de riesgo en el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Numerosos estudios han destacado la relación entre la exposición constante a imágenes de belleza poco realistas en los medios de comunicación y la presión social para alcanzar esos estándares, y el aumento en la incidencia de TCA, como la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. Por ejemplo, investigaciones han demostrado que la exposición repetida a imágenes de cuerpos extremadamente delgados puede aumentar la insatisfacción corporal y fomentar comportamientos alimentarios perjudiciales en adolescentes y jóvenes. Las personas que interiorizan estos ideales de belleza pueden sentirse motivadas para adoptar comportamientos extremos, como la restricción de alimentos o el ejercicio excesivo, como una forma de acercarse a estos estándares. Además, las estadísticas revelan que en sociedades donde prevalece la idealización de la delgadez, los TCA son más comunes. Sin embargo, la influencia del modelo estético corporal varía según la cultura y la región, lo que sugiere que las diferencias en los ideales de belleza pueden contribuir a tasas de TCA distintas en diversas partes del mundo (Guzmán et al, 2014).

3.3.3. El modelo de Toro y colaboradores sobre la influencia del modelo estético corporal

El cuestionario de influencia de los modelos estéticos corporales (CIMEC-35) de Toro, Josep fue creado en España. Existen diferentes versiones, pero la que se toma en esta investigación es el CIMEC-35. El modelo de Toro y colaboradores se basa en una variedad de vertientes teóricas relacionadas con la percepción de la belleza y la imagen corporal. Entre las principales está la Teoría de la Comparación Social y la teoría de la Internalización de los Modelos Estéticos.

Teoría de la Comparación Social. Esta teoría sugiere que las personas evalúan su propia apariencia comparándola con la de los demás. El CIMEC-35 puede incluir preguntas que evalúen la tendencia de una persona a comparar su cuerpo con los estándares de belleza que perciben en su entorno. La Teoría de la Comparación Social es un marco teórico en psicología

social que se centra en cómo las personas evalúan sus propias habilidades, opiniones y rasgos personales al compararse con otros. Esta teoría sugiere que las personas tienen una tendencia innata a compararse con los demás como una forma de comprenderse a sí mismas y evaluar su propio rendimiento, características y logros. Es preciso tomar en cuenta que la comparación social es el proceso mediante el cual las personas evalúan sus propios atributos, habilidades o logros en relación con los de los demás. Esta comparación puede ser hacia arriba (cuando una persona se compara con personas que considera superiores en una dimensión específica) o hacia abajo (cuando una persona se compara con personas que considera inferiores).

Teoría de la Aceptación Social. Esta teoría se refiere a cómo las normas y expectativas sociales influyen en la percepción de la belleza. Es una perspectiva dentro de la psicología social que se enfoca en cómo las personas obtienen la aceptación y la aprobación de los demás en sus interacciones sociales y cómo estas necesidades de aceptación influyen en su comportamiento y actitudes. Esta teoría se basa en la idea de que los seres humanos son criaturas sociales por naturaleza y que la pertenencia y la aprobación social son aspectos esenciales para el bienestar psicológico y emocional. Según esta teoría, las personas tienen una necesidad innata de ser aceptadas y valoradas por los demás. Esta necesidad se deriva de la creencia de que la pertenencia a un grupo social y la aprobación de los compañeros son fundamentales para la satisfacción emocional, la autoestima y la adaptación en general. La necesidad de aceptación social puede ejercer presión sobre el comportamiento de una persona. Esta presión puede manifestarse en la adopción de actitudes, valores y comportamientos que son coherentes con las normas y expectativas sociales predominantes. Por otra parte, la búsqueda de la aceptación también puede influir en la autoimagen de una persona. Las percepciones de uno mismo a menudo se ven moldeadas por cómo creen que son percibidas por los demás. La autoestima y la autovaloración pueden estar ligadas a la percepción de ser aceptado y respetado por los demás (Tagre Roldán, 2014).

El Cuestionario de Influencia de los Modelos Estéticos Corporales (CIMEC-35) de Josep Toro, tiene las siguientes dimensiones:

1. **Influencia de la Publicidad.** Despierta interés en el individuo por productos adelgazantes. Esta dimensión es esencial para comprender cómo los mensajes publicitarios relacionados con la pérdida de peso y la búsqueda de una figura ideal pueden influir en la percepción de la belleza y la autoimagen de una persona. Para interpretar los valores obtenidos en esta dimensión, es fundamental tener en cuenta tanto los valores altos como los valores bajos:

Valores Altos: Si una persona obtiene una puntuación alta en esta dimensión, indica que siente un alto grado de interés o atención hacia la publicidad de productos adelgazantes. Esto puede indicar que la persona es altamente susceptible a los mensajes publicitarios relacionados con la pérdida de peso y la búsqueda de una figura delgada. Los valores altos pueden estar asociados con una mayor vulnerabilidad a la influencia de la publicidad en la percepción de la propia imagen corporal y la autoestima. En algunos casos, esto podría indicar una mayor probabilidad de adoptar prácticas insalubres para perder peso debido a la exposición constante a estos anuncios.

Valores Bajos: Por otro lado, los valores bajos en esta dimensión indican que la persona presta poca atención o interés a la publicidad de productos adelgazantes. Esto podría sugerir que la persona es menos influenciable por los mensajes publicitarios relacionados con la pérdida de peso y es más resistente a las presiones culturales en torno a la delgadez. Sin embargo, es importante destacar que los valores bajos no necesariamente indican una autoimagen positiva o una relación saludable con la alimentación y el cuerpo, ya que otros factores también pueden estar en juego (Tagre Roldán, 2014).

2. **Malestar por la imagen corporal y conductas para reducción de peso.** Síntomas de ansiedad al enfrentarse a situaciones que cuestionan el propio cuerpo o que propician el deseo de igualarse a los modelos sociales de delgadez obvios y sistemáticos. Este factor también incluye la práctica de restringir los alimentos por el propio sujeto.

Valores Altos: Si una persona obtiene una puntuación alta en esta dimensión, indica que experimenta un malestar significativo en relación con su imagen corporal y es propensa a adoptar conductas destinadas a reducir su peso. Esto puede incluir prácticas insalubres como

la restricción de alimentos o el exceso de ejercicio en un esfuerzo por acercarse a los estándares de delgadez. Los síntomas frente a situaciones que cuestionan la apariencia corporal pueden ser más pronunciados en personas con valores altos en esta dimensión. Esto podría indicar un riesgo potencial mayor de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria (TCA) o problemas de salud mental relacionados con la imagen corporal.

Valores Bajos: Por otro lado, valores bajos en esta dimensión sugieren que la persona experimenta un menor malestar por su imagen corporal y es menos propensa a adoptar conductas extremas para reducir su peso. Puede sentirse menos ansioso o afectado por situaciones que cuestionan su apariencia. Sin embargo, es importante tener en cuenta que los valores bajos no necesariamente indican una imagen corporal positiva o una relación saludable con la alimentación, ya que otros factores también pueden influir en esta dinámica (Tagre Roldán, 2014).

3. **Influencia de los Modelos Estéticos corporales.** Esta dimensión tiene como objetivo evaluar el nivel de interés que despiertan en una persona los cuerpos de personajes públicos, modelos publicitarios y transeúntes en su entorno. En esencia, esta dimensión busca comprender cómo la apariencia física de otras personas impacta en la percepción y autoevaluación de uno mismo.

Valores Altos: Si una persona obtiene una puntuación alta en esta dimensión, indica que presta una atención significativa y tiene un alto interés en los cuerpos de personajes públicos, modelos publicitarios y personas en su entorno. Esto podría sugerir que la persona es más susceptible a compararse con los estándares de belleza representados por estos modelos y que puede sentir una mayor presión para cumplir con esos ideales estéticos. Los valores altos en esta dimensión pueden estar asociados con una mayor preocupación por la imagen corporal y la autoestima.

Valores Bajos: Por otro lado, los valores bajos en esta dimensión indican que la persona presta menos atención y tiene un menor interés en la apariencia física de los demás. Esto puede sugerir que la persona es menos influenciada por los estándares de belleza

representados por los modelos y personas en su entorno. Sin embargo, es importante destacar que los valores bajos no necesariamente indican una autoimagen positiva o una relación saludable con la alimentación y el cuerpo, ya que otros factores también pueden estar en juego (Tagre Roldán, 2014).

4. **Influencia de las Relaciones Sociales.** Esta dimensión busca evaluar la presión social subjetiva que una persona experimenta en situaciones relacionadas con la alimentación y la percepción de la aceptación social atribuida a la delgadez. Para interpretar los puntajes en esta dimensión, es importante considerar la dinámica de presión social y la percepción de la aceptación de la delgadez en la vida de una persona por parte de las personas que rodean al individuo.

Valores Altos: Si una persona obtiene una puntuación alta en esta dimensión, sugiere que experimenta una presión significativa por parte de su entorno social en situaciones relacionadas con la alimentación. Esto podría manifestarse en la sensación de que los demás esperan que la persona siga ciertos estándares de alimentación o que alcance un cierto nivel de delgadez. Además, valores altos pueden indicar que la persona recibe una mayor aceptación social atribuida a la delgadez, es decir, siente que ser más delgado se asocia con una mayor aprobación o aceptación por parte de su entorno.

Valores Bajos: En contraste, valores bajos en esta dimensión sugieren que la persona experimenta menos presión social en relación con la alimentación y recibe menos aceptación social atribuida a la delgadez. Esto podría indicar una menor influencia de las expectativas sociales en sus elecciones alimentarias y su percepción de la imagen corporal. Sin embargo, nuevamente, es importante destacar que los valores bajos no necesariamente indican una relación saludable con la alimentación o la imagen corporal, ya que otros factores pueden estar en juego (Tagre Roldán, 2014).

3.4. ANSIEDAD

La palabra ansiedad implica una emoción negativa que se vive como una amenaza, como anticipación cargada de malos presagios, de tonos generalmente difusos. Esto quiere decir que

se trata de una vivencia, de un estado subjetivo o de una experiencia interior que podemos calificar como un estado emocional que provoca inestabilidad y miedo, un estado poco claro. La ansiedad no es un hecho objetivo, sino una valoración que la persona hace de sí misma y de la situación (Rojas, 1995).

3.4.1. Definición de ansiedad

La Ansiedad es una variable psicológica que se ha identificado como un factor de riesgo en la aparición y desarrollo de los TCA. La ansiedad se caracteriza por ser una respuesta emocional y fisiológica anormal ante situaciones de estrés o amenaza. En el contexto de los TCA, la ansiedad puede manifestarse como preocupaciones excesivas relacionadas con la comida, el peso corporal y la figura, lo que puede aumentar el riesgo de desarrollar conductas alimentarias desordenadas. *“La ansiedad es una emoción de alarma que se experimenta con inquietud, desasosiego, temor indefinido, preocupación desbordante y miedo a perder el control”* (Rojas, 1995, p. 78).

3.4.2. La ansiedad como factor psicológico de riesgo de los TCA

La relación entre la ansiedad y los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) es amplia e intrincada, y ha sido objeto de estudio en la psicología y la psiquiatría durante décadas. Numerosos estudios han demostrado que la ansiedad y los TCA tienden a coexistir con una alta frecuencia. Las personas con TCA a menudo experimentan niveles elevados de ansiedad, y viceversa. Esta comorbilidad sugiere una conexión significativa entre estos dos conjuntos de trastornos psicológicos. La ansiedad puede actuar como un factor de riesgo para el desarrollo de TCA. Las personas con ansiedad crónica o trastornos de ansiedad, como el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) o el trastorno de ansiedad de pánico, pueden tener un mayor riesgo de desarrollar TCA, ya que la ansiedad puede influir en los patrones alimentarios y la percepción de la imagen corporal. Por otro lado, los TCA pueden desencadenar o exacerbar la ansiedad. La preocupación constante por la alimentación, el peso y la figura corporal, así como los comportamientos alimentarios restrictivos o compulsivos, pueden aumentar los niveles de ansiedad en las personas con TCA (Peláez-Fernández, 2010).

La relación entre los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) y la ansiedad tiene una base biológica y cerebral que se ha investigado en profundidad en los últimos años. En este contexto, la neuroquímica y la actividad cerebral han surgido como áreas de interés cruciales para comprender mejor cómo estas dos condiciones están relacionadas. Se ha demostrado que existen diferencias en la actividad cerebral y la neuroquímica en individuos con TCA y ansiedad. La serotonina, un neurotransmisor relacionado con el estado de ánimo y la regulación del apetito, ha sido objeto de estudio en esta relación. Las alteraciones en la función serotoninérgica pueden contribuir tanto a la ansiedad como a los TCA. En la ansiedad, se ha observado un desequilibrio en los niveles de neurotransmisores, incluida la serotonina. La serotonina es conocida por su función en la regulación del estado de ánimo y la ansiedad.

Las personas con niveles bajos de serotonina pueden ser más propensas a experimentar síntomas de ansiedad, como preocupación excesiva y ataques de pánico. En los TCA, como la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, también se han identificado desregulaciones en los neurotransmisores, incluyendo la serotonina.

La serotonina está involucrada en la regulación del apetito y la saciedad. Las alteraciones en la función serotoninérgica pueden contribuir a los comportamientos alimentarios disfuncionales observados en los TCA, como la restricción extrema de la ingesta o sobre ingesta seguida de purgas.

Estudios de neuroimagen han revelado diferencias en la actividad cerebral de individuos con TCA y ansiedad. En particular, se han identificado áreas cerebrales implicadas en la regulación del apetito, el procesamiento emocional y la toma de decisiones que parecen estar hiperactivas o hipoactivas en personas con estos trastornos. Las investigaciones sugieren que las áreas cerebrales involucradas en la ansiedad, como la amígdala y la corteza prefrontal, pueden estar conectadas con las regiones cerebrales implicadas en los TCA. Esto sugiere que existe una comunicación compleja entre estas áreas cerebrales, lo que podría contribuir a la aparición y mantenimiento de ambos trastornos (Peláez-Fernández, 2010).

Los TCA y la ansiedad pueden tener un impacto significativo en la calidad de vida y el funcionamiento psicosocial de las personas. La coexistencia de ambos trastornos puede

complicar aún más la situación, lo que hace que el trastorno sea más complejo y difícil de tratar. El impacto psicosocial de los Trastornos de la Conducta Alimentaria eleva el nivel de ansiedad, repercutiendo directamente en la emergencia de conductas anómalas. Los TCA y la ansiedad pueden afectar negativamente las relaciones interpersonales. Las personas con TCA pueden volverse retraídas socialmente debido a la preocupación por su apariencia o su alimentación, lo que puede llevar a la soledad y el aislamiento. La ansiedad puede intensificar esta reclusión, ya que las situaciones sociales pueden generar ansiedad significativa. Como resultado, las relaciones familiares, amistosas y románticas pueden verse comprometidas, lo que impacta la calidad de vida. Los TCA pueden afectar el rendimiento académico y laboral. Las preocupaciones sobre la comida y el cuerpo pueden distraer la concentración y dificultar la productividad. La ansiedad puede exacerbar estos problemas, ya que las personas pueden sentirse abrumadas por el estrés y la preocupación constante. Esto puede dar lugar a una disminución de calificaciones académicas o dificultades en el desempeño laboral, lo que a su vez puede afectar la autoestima y la satisfacción laboral.

Los TCA pueden tener graves consecuencias para la salud física. La restricción alimentaria en la anorexia nerviosa y los episodios de atracones en la bulimia nerviosa pueden causar problemas médicos graves, como desnutrición, desequilibrios electrolíticos y problemas cardíacos. La ansiedad puede exacerbar estos problemas al aumentar la activación del sistema nervioso simpático, lo que puede tener efectos adversos en el cuerpo, como aumento de la presión arterial y trastornos gastrointestinales. Además, la preocupación constante por la alimentación y el peso puede generar estrés adicional (Ruiz-Lázaro, 2010).

3.4.3. La teoría de la ansiedad de Enrique Rojas

El "Cuestionario de Ansiedad de Rojas" es una herramienta de evaluación desarrollada por el psiquiatra español Enrique Rojas. El Dr. Rojas es un destacado profesional en el campo de la psiquiatría y la psicología clínica, conocido por sus contribuciones en el estudio y tratamiento de trastornos mentales, incluyendo la ansiedad. La creación de este test se enmarca en la búsqueda de herramientas necesarias para evaluar la ansiedad, un problema de salud mental que afecta a un gran número de personas en todo el mundo. La ansiedad puede manifestarse de diversas formas, y su evaluación es esencial para un diagnóstico adecuado y un tratamiento

efectivo. El desarrollo de este instrumento se basó en una combinación de la experiencia clínica del Dr. Rojas, su conocimiento en el campo de la psiquiatría y la psicología, así como la necesidad de contar con una herramienta que ayude a los profesionales de la salud mental a evaluar la ansiedad de manera sistemática. El test se ha convertido en una herramienta útil en la práctica clínica y en la investigación en el campo de la ansiedad. Proporciona una forma estructurada para evaluar la intensidad de los síntomas de ansiedad en individuos, lo que puede ser fundamental para determinar el diagnóstico y planificar la intervención terapéutica adecuada.

La teoría de la ansiedad de Enrique Rojas se centra en el estudio de la ansiedad como una emoción humana universal que puede manifestarse en diversas formas y grados. Rojas aborda la ansiedad desde una perspectiva integradora, reconociendo que esta emoción puede tener múltiples causas y efectos en la salud mental y emocional de las personas. Enrique Rojas ha integrado conceptos del enfoque psicodinámico, que se originó con Sigmund Freud y otros psicoanalistas. Desde esta perspectiva, se considera que la ansiedad puede surgir de conflictos internos, represiones y procesos inconscientes. Rojas explora cómo los factores psicodinámicos pueden contribuir a la ansiedad. Por otra parte, la teoría de Rojas también incorpora elementos de la psicología cognitiva, que se enfocan en los patrones de pensamiento y las creencias irracionales que pueden contribuir a la ansiedad. Rojas analiza cómo los pensamientos negativos y distorsionados pueden desencadenar y mantener la ansiedad. Desde otro punto de vista, la teoría de la ansiedad de Rojas se nutre de la psicopatología, que se enfoca en el estudio de los trastornos mentales y emocionales. Examina cómo la ansiedad puede ser un componente central en diversos trastornos, como los trastornos de ansiedad, el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) y otros (Rojas, 1995).

El cuestionario de ansiedad de Enrique Rojas tiene 4 dimensiones, las cuales se explican a continuación:

1. **La dimensión de "Síntomas Físicos"**. Se centra en evaluar los síntomas físicos que pueden estar relacionados con la ansiedad. Los síntomas físicos son manifestaciones corporales que una persona puede experimentar cuando está en situaciones estresantes, preocupaciones

excesivas o miedos intensos. Estos síntomas pueden variar en intensidad y duración, y a menudo están vinculados a la respuesta de "lucha o huida" del cuerpo ante una amenaza percibida. Algunos ejemplos de síntomas físicos de ansiedad incluyen:

- Palpitaciones o latidos cardíacos acelerados.
- Sudoración excesiva.
- Temblor o sensación de debilidad en las extremidades.
- Mareos o sensación de desmayo.
- Dificultad para respirar o sensación de opresión en el pecho.
- Malestar gastrointestinal, como náuseas o dolor abdominal.
- Tensión muscular o temblores.
- Sensación de calor o frío extremo.
- Cambios en la frecuencia cardíaca o la presión arterial.

Es importante destacar que estos síntomas físicos pueden ser normales en situaciones de estrés agudo o peligro real. Sin embargo, en los trastornos de ansiedad, estos síntomas pueden manifestarse de manera crónica o en respuesta a estímulos menos amenazantes.

Un puntaje alto en la dimensión de "Síntomas Físicos" implica una presencia exagerada de los síntomas antes mencionados. Esto puede indicar que la ansiedad tiene un impacto sustancial en su bienestar físico y que podría estar interfiriéndose con su calidad de vida. En casos extremos, un puntaje muy alto podría indicar la presencia de un trastorno de ansiedad grave que requiere intervención y tratamiento.

Por otro lado, un puntaje bajo en esta dimensión sugiere que la persona experimenta pocos o ningún síntoma físico relacionado con la ansiedad. Esto podría indicar que la ansiedad no está afectando significativamente su estado físico en este momento. Sin embargo, es importante recordar que los puntajes bajos en esta dimensión no descartan la presencia de otros síntomas de ansiedad, como los síntomas psíquicos o emocionales. La interpretación de los resultados en la dimensión de "Síntomas Físicos" debe hacerse en conjunto con la evaluación de otras dimensiones del test y la evaluación clínica global. También es fundamental tener en cuenta que la ansiedad es una experiencia subjetiva, y la interpretación

de los síntomas físicos debe considerar el contexto individual y las circunstancias personales de cada individuo (Rojas, 1995).

2. **La dimensión de "Síntomas Conductuales"**. Esta dimensión se enfoca en evaluar los comportamientos que una persona puede manifestar como resultado de la ansiedad. Los síntomas conductuales relacionados con la ansiedad son acciones o comportamientos que una persona puede llevar a cabo como respuesta a niveles elevados de ansiedad. Estos comportamientos pueden variar ampliamente y se manifiestan de manera individualizada, pero tienden a tener en común la función de aliviar o reducir la ansiedad experimentada. Entre los principales síntomas conductuales de ansiedad se pueden mencionar:

- Evitar situaciones o lugares que desencadenan ansiedad. Por ejemplo, una persona con ansiedad social puede evitar eventos sociales para evitar la ansiedad social.
- Realizar rituales o comportamientos repetitivos. Esto puede incluir acciones como contar, revisar, lavar las manos repetidamente o realizar otros rituales compulsivos en un intento de reducir la ansiedad.
- Hacer preguntas repetitivas o buscar constantemente reafirmación de los demás. Esto puede ocurrir en personas con ansiedad por la preocupación excesiva sobre su rendimiento o la necesidad de seguridad constante.
- Consumir sustancias como el alcohol o las drogas como una forma de autotratamiento de la ansiedad. Esto puede llevar a comportamientos de abuso de sustancias.
- Tener dificultades para tomar decisiones o actuar debido a la indecisión causada por la ansiedad.
- Reaccionar de manera agresiva o impulsiva en respuesta a situaciones estresantes.

Un puntaje alto en la dimensión de "Síntomas Conductuales" indica que la persona está manifestando una cantidad significativa de comportamientos relacionados con la ansiedad. Esto puede indicar que la ansiedad está teniendo un impacto notable en su comportamiento diario y en su capacidad para funcionar en diversas áreas de su vida. Puntajes altos pueden indicar la necesidad de intervención terapéutica o de manejo de la ansiedad. Por otro lado,

un puntaje bajo en esta dimensión sugiere que la persona manifiesta pocos o ningún comportamiento conductual relacionado con la ansiedad. Esto puede indicar que la ansiedad no está teniendo un impacto significativo en su comportamiento en este momento. Sin embargo, es importante recordar que los puntajes bajos en esta dimensión no excluyen la posibilidad de que la persona experimente otros síntomas de ansiedad, como síntomas físicos o emocionales (Rojas, 1995).

3. **La dimensión de "Síntomas Cognitivos"**. Esta dimensión pretende evaluar los síntomas cognitivos o mentales que una persona puede experimentar en relación con la ansiedad. Estos se refieren a los procesos mentales y cognitivos que pueden ser influenciados por niveles elevados de ansiedad. Estos síntomas implican pensamientos, preocupaciones y cogniciones que reflejan la ansiedad experimentada. Se pueden mencionar los siguientes síntomas cognitivos:

- Preocupación excesiva o rumiación: La persona puede tener pensamientos intrusivos, persistentes y preocupantes relacionados con eventos futuros, problemas personales o situaciones de incertidumbre.
- Pensamientos catastróficos: Se pueden experimentar pensamientos sobre las peores consecuencias posibles de una situación, incluso cuando es poco probable que ocurran.
- Autoevaluación negativa: La persona puede tener una baja autoestima o autocrítica, con pensamientos auto despreciativos y una percepción negativa de sí misma.
- Hipersensibilidad a las señales de amenaza: La ansiedad puede hacer que una persona sea más propensa a detectar señales de peligro, incluso cuando no existen amenazas reales.
- Dificultades en la concentración: La ansiedad puede distraer a la persona y dificultar la concentración en las tareas cotidianas.
- Perfeccionismo: Se pueden establecer estándares extremadamente altos y poco realistas para uno mismo, lo que genera preocupación constante por alcanzar esos estándares.

- Repetición de pensamientos obsesivos: En algunos casos, la ansiedad puede estar asociada con pensamientos intrusivos y repetitivos, como los observados en el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC).

Para valorar esta dimensión hay que tomar en cuenta que un puntaje alto indica que la persona está experimentando una cantidad significativa de síntomas cognitivos relacionados con la ansiedad. Esto sugiere que la ansiedad está afectando en gran medida su funcionamiento cognitivo y mental. Puntajes altos pueden ser un indicativo de una preocupación excesiva y angustiante que puede requerir atención terapéutica para abordar los patrones de pensamientos negativos y disfuncionales. Por otra parte, un puntaje bajo en esta dimensión sugiere que la persona manifiesta pocos o ningún síntoma cognitivo relacionado con la ansiedad. Esto puede indicar que la ansiedad no está teniendo un impacto significativo en su funcionamiento cognitivo en este momento. Sin embargo, es importante recordar que los puntajes bajos en esta dimensión no excluyen la posibilidad de que la persona experimente otros síntomas de ansiedad en diferentes áreas, como los síntomas físicos o conductuales (Rojas, 1995).

4. **La dimensión de "Síntomas Asertivos".** Esta área evalúa la capacidad de una persona para expresar sus necesidades, opiniones y deseos de manera asertiva y efectiva en situaciones sociales. La asertividad es una habilidad de comunicación importante que implica expresarse de manera clara y respetuosa, defender los propios derechos y mantener límites saludables sin ser ni pasivo ni agresivo. Una persona con un nivel adecuado de asertividad puede expresar sus pensamientos y sentimientos de manera directa, pero también sabe escuchar y ser receptiva a los demás. En este test, la asertividad implica:

- Comunicación Clara: Ser capaz de expresar ideas y sentimientos de manera clara y directa, evitando la ambigüedad o la vaguedad en la comunicación.
- Defensa de los Propios Derechos: Estar dispuesto a defender los propios derechos y límites personales sin ser dominante o agresivo.
- Respeto por los Demás: Tratar a los demás con respeto y consideración, reconociendo que también tienen derechos y necesidades.

- Escucha Activa: Saber escuchar a los demás, demostrando interés genuino en sus puntos de vista y emociones.
- Manejo de Conflictos: Ser capaz de manejar conflictos de manera constructiva, buscando soluciones que beneficien a ambas partes en lugar de evadir o reprimir problemas.

En cuanto a la calificación de los puntajes en esta dimensión hay que tomar en cuenta que un puntaje alto en esta dimensión indica que la persona posee un nivel elevado de habilidades asertivas. Esto significa que es capaz de comunicarse de manera efectiva, expresar sus necesidades y defender sus derechos de una manera equilibrada y respetuosa. Las personas con puntajes altos en esta dimensión suelen ser hábiles en la comunicación interpersonal y tienden a mantener relaciones más saludables y satisfactorias. Sin embargo, es importante tener en cuenta que puntajes extremadamente altos podrían indicar una sobrevaloración de la asertividad, lo que podría llevar a comportamientos dominantes. Por otro lado, un puntaje bajo en esta dimensión sugiere que la persona puede tener dificultades en la comunicación asertiva. Esto podría manifestarse como una tendencia a ser pasivo, impidiendo expresar sus pensamientos y deseos (Rojas, 1995).

3.5. AUTOESTIMA

3.5.1. Definición de autoestima

Las investigaciones realizadas sobre el tema estudio indican que los TCA tienen bastante relación con la autoestima de las personas implicadas. En este estudio se entiende por **autoestima**: *“La evaluación que el individuo hace de sí mismo expresando una actitud de aprobación o desaprobación e indica la extensión en la cual el individuo se cree capaz, significativo y exitoso. En este caso la autoestima es igualmente subjetiva, agregando que el sujeto puede aprobar o no, el resultado de dicha percepción”* (Coopersmith, 1995, p. 13). La autoestima es un juicio de la persona sobre el merecimiento que se expresa en la actitud que mantiene esta hacia sí misma.

La autoestima es el valor que un individuo se otorga si mismo de manera global. Hace referencia a la confianza fundamental que el ser humano deposita en sus propios recursos, en su eficacia y

en sus capacidades. De modo más concreto, la autoestima puede definirse como la conciencia del valor personal que uno se reconoce. Se manifiesta por un conjunto de actividades y de creencias que permiten enfrentar al mundo y a las dificultades de la vida (Barrenechea, 2001).

3.5.2. Componentes de la Autoestima

Según Barrenechea (2001), la autoestima está compuesta por los siguientes elementos:

- **Autoconocimiento:** Consiste en conocer el yo en una manera integral, en el aspecto biológico, psicológico y social. Se refiere a la capacidad de reflexionar sobre sí mismo, acerca de las características personales, gustos, preferencias, etc. A medida que se va desarrollando esta área, la persona será capaz de brindarse a los otros con toda su integridad, tal cual es y será reconocida por su entorno, así también tendrá adecuada relaciones interpersonales con sus iguales.
- **Auto concepto:** Es la creencia que tiene el sujeto de sí mismo, se basa en el juicio que las otras personas hacen respecto a su conducta, esta área se va conformando mediante las evaluaciones positivas o negativas, los comentarios, a actitudes de la familia, amigos, etc. Esta área es muy importante porque ayuda a construir la propia imagen y proporciona seguridad o inseguridad en la persona.
- **Autoevaluación:** Es la autocrítica que hace la persona de sí misma, establece juicios valorativos respecto a sus sentimientos, comportamientos e intelecto, al considerarlos buenos o malos.
- **Auto aceptación:** Se refiere a conocer e identificar las potencialidades y debilidades de cada uno(a). Es el reconocimiento responsable, ecuánime y sereno de aquellos rasgos físicos y psíquicos que limitan y empobrecen al individuo, así como aquellas conductas inapropiadas y/o erróneas de las que los individuos son autores. También se refiere a la conciencia de la dignidad innata como persona.

- **Auto respeto:** Esto tiene mucha relación con el amor hacia uno mismo, tiene que ver con los sentimientos y las emociones, la capacidad de la persona de sentirse orgulloso (a) de lo que es, de lo que realiza con sus posesiones. Consiste en buscar metas realistas y alcanzables, esforzarse por conseguirlas y respetarse cada vez más (Barrenechea, 2001).

3.5.3. Niveles de autoestima

La autoestima, según sus niveles, puede clasificarse como:

- **Autoestima Alta:** Se considera que una persona tiene una alta autoestima cuando posee una valoración positiva de sí misma. La autoestima depende de la valoración que uno tiene, y de sí mismo. Para tener una alta autoestima no es necesario ser perfecto, sino saber aceptarse tal como uno es, con todas sus imperfecciones. Sin embargo esto no significa caer en el conformismo y dejar de luchar por aquello que se desea solo por aceptarse tal como se es. Tener una autoestima elevada es la capacidad de sentirse bien con uno mismo. Cuando una persona tiene una autoestima elevada, tiene una mayor probabilidad de alcanzar la felicidad y, a la vez, conseguir lo que se propone.

Las personas con una alta autoestima, por lo general:

- Se relacionan mejor con las demás personas, pero también aprecian y saben estar solas.
- Suelen lograr lo que se proponen y las metas que se plantean.
- Tienen confianza en sí mismos y saben lo que son capaces de lograr.
- Se sienten más capaces de enfrentarse a retos aun cuando saben que corren el riesgo de no lograrlos.
- Saben plantear sus puntos de vista, sus gustos, mostrar su opinión y decir cuando están de acuerdo y cuando no lo están
- Pueden aceptar sus errores sin sentirse fracasados.
- Tienen menos dificultades para expresarse o dar a conocer sus sentimientos.

Autoestima baja: Uno de los principales investigadores en el estudio de la autoestima, la autoestima baja se define como una percepción negativa de uno mismo que se manifiesta a través de una falta de confianza y una autoevaluación desfavorable, este autor planteaba que la autoestima se relaciona con la autoaceptación y la autovaloración en función de las experiencias y las comparaciones que la persona realiza consigo misma y con su entorno

La baja autoestima es una actitud que pocas veces se expresa con palabras. La persona no siempre puede definir lo que siente y piensa, mejorar la autoestima implica un trabajo a largo plazo (Coopersmith, 1995).

3.5.4. La autoestima como factor psicológico de riesgo de los TCA

La relación entre la autoestima y los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) es compleja y abarca bastantes campos, y ha sido objeto de investigación en psicología y salud mental durante décadas. Los TCA están caracterizados por patrones anormales de alimentación, preocupación excesiva por la imagen corporal y una serie de problemas emocionales y físicos asociados. Como es ampliamente conocido, la autoestima se refiere a la evaluación subjetiva que una persona hace de sí misma en términos de su valor, competencia y autovaloración.

En este sentido, la baja autoestima se ha identificado como un factor de riesgo significativo en el desarrollo de TCA. Las personas con baja autoestima a menudo tienen una imagen negativa de sí mismas y pueden ser más vulnerables a los ideales de belleza poco realistas promovidos por la sociedad y los medios de comunicación. Esto puede llevar a la insatisfacción corporal y a la adopción de comportamientos alimentarios extremos como una forma de aumentar la autoestima percibida al alcanzar un cuerpo idealizado.

Por lo general, las personas con TCA suelen ser muy autocríticas en relación con su apariencia física y sus comportamientos alimentarios. Esto puede erosionar aún más su autoestima, ya que constantemente se evalúan de manera negativa y se sienten inadecuadas. La autocrítica excesiva puede llevar a un ciclo destructivo en el que la persona se siente mal consigo misma, lo que a su vez aumenta la probabilidad de participar en comportamientos alimentarios desordenados.

A todo esto, se añade que las personas con TCA a menudo son sensibles a los comentarios y críticas relacionadas con su apariencia o peso. Estos comentarios pueden tener un impacto devastador en su autoestima y reforzar sus creencias negativas sobre sí mismas. Estas personas constantemente buscan la validación externa y la aprobación a través de la conformidad con estándares de belleza poco realistas, lo que perpetúa su lucha con la autoestima, ya que al mirarse al espejo su apariencia no coincide con esos estándares de belleza.

En este contexto la relación entre la baja autoestima y los TCA puede formar un círculo vicioso. Los comportamientos alimentarios desordenados pueden conducir a una pérdida de peso significativa, lo que a veces se interpreta erróneamente como un aumento en la autoestima. Sin

embargo, esta aparente mejora en la autoestima es frágil y a menudo efímera, ya que se basa en la conformidad con un ideal inalcanzable. A medida que los efectos negativos para la salud y emocionales de los TCA se hacen evidentes, la autoestima puede disminuir aún más. Todos los expertos del tema coinciden en indicar que el abordaje terapéutico de los TCA incluye necesariamente trabajar en la autoestima de la persona. El fortalecimiento de la autoestima es un componente importante de la recuperación, ya que una autoimagen más positiva puede ayudar a la persona a desafiar los pensamientos y comportamientos disfuncionales relacionados con la alimentación y la imagen corporal.

Las personas que padecen de TCA tienen una serie de pensamientos negativos sobre sí mismas y sobre su situación que entorpece la autoestima. Este hecho es ampliamente explicado por la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC). Según esta corriente psicológica, los patrones de pensamiento negativos y distorsionados pueden influir en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos alimentarios. La TCC considera que los TCA, como la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, están vinculados a pensamientos disfuncionales y creencias erróneas sobre la imagen corporal, el autoconcepto y la valoración personal. Las personas con TCA a menudo tienen una distorsión significativa de su imagen corporal, lo que significa que perciben su cuerpo de manera inexacta, generalmente viéndose más grandes de lo que realmente son. Esta distorsión puede llevar a la insatisfacción corporal y la percepción de que nunca alcanzan los estándares de belleza ideales. Los pensamientos negativos sobre su apariencia física bajan su autoestima y provoca comportamientos alimentarios restrictivos o compulsivos.

Por otra parte, se ha observado con frecuencia que las personas que padecen de TCA, paradójicamente tienen pensamientos excesivamente perfeccionistas sobre sí mismos. El perfeccionismo es una característica común en personas con TCA, y a menudo se relaciona con la autoestima. Estas personas tienden a establecer estándares extremadamente altos e inalcanzables para sí mismos en términos de apariencia física y rendimiento en general. Cuando no cumplen con estos estándares irrealistas, pueden experimentar una disminución en su autoestima y autocrítica. Otra distorsión cognitiva es la comparación constante que hacen de sí mismas con el resto de las personas. La comparación social es una cognición negativa clave en los TCA. Las personas afectadas tienden a compararse constantemente con otras, especialmente

con modelos de belleza idealizados presentes en los medios de comunicación y la cultura popular. Estas comparaciones suelen resultar en una percepción negativa de uno mismo y una sensación de no estar a la altura de los estándares establecidos, lo que afecta negativamente a la autoestima.

Por lo general las personas que padecen de TCA han intentado diversas dietas y recomendaciones para intentar bajar de peso, pero al haber fracasado desarrollan lo que se denomina pensamientos catastróficos. Estos pensamientos catastróficos tienen que ver con el peso, la comida y la apariencia física, pueden incluir miedo exagerado para ganar peso, disgustos intensos por la comida y preocupaciones obsesivas por la forma del cuerpo. Estos patrones de pensamiento negativo pueden minar la autoestima y contribuir a la ansiedad y la depresión. Como un complemento del perfeccionismo, las personas que padecen de TCA tienden a ser muy estrictos en su valoración personal y a resaltar los aspectos negativos de sus vidas. Estas personas están evaluándose constantemente de manera negativa y percibiendo sus errores y fracasos de manera desproporcionada. Esta autocrítica excesiva puede dañar aún más su autoestima, ya que se sienten inadecuadas y se castigan mentalmente por no cumplir con sus propias expectativas poco realistas (Peris et al, 2013).

3.5.3. La teoría de la autoestima de Coopersmith.

El Test de Autoestima de Coopersmith se basa en los fundamentos teóricos de la autoestima, que es un concepto central en la psicología y las diversas teorías psicológicas. El desarrollo del test se fundamenta en varias vertientes teóricas y enfoques psicológicos que contribuyen a la comprensión de la autoestima. El test lleva el nombre de su creador, Stanley Coopersmith, un psicólogo clínico y de desarrollo que formuló su propia teoría propia de la autoestima en la década de 1960. Coopersmith se centró en la autoestima como una evaluación subjetiva de uno mismo y argumentó que se forma a través de las experiencias de socialización y la retroalimentación de los demás en la infancia y la adolescencia. Su teoría se basa en la idea de que la autoestima está relacionada con el autoconcepto y la percepción de valor personal. Coopersmith es un psicólogo humanista. Como es bien sabido, la teoría humanista, representada por psicólogos como Abraham Maslow y Carl Rogers, enfatiza la importancia de la autoestima en el proceso de autorrealización y crecimiento personal. Según esta perspectiva, la autoestima

es esencial para alcanzar el potencial humano y vivir una vida significativa y auténtica. Los principios humanistas destacan la necesidad de amor propio y aceptación incondicional para el desarrollo óptimo del individuo.

La teoría sobre la autoestima de Coopersmith también está influenciada por la teoría de la autoevaluación social, que se centra en cómo las personas se comparan con los demás en términos de atributos personales. La autoestima puede estar relacionada con la percepción de cómo uno se compara con los estándares sociales y las expectativas culturales. Esta perspectiva subraya la importancia de la comparación social en la formación de la autoestima. Incluso es posible encontrar aportes del trabajo de Erik Erikson en la teoría de Coopersmith, pues se hace mención al desarrollo de la autoestima en las diferentes etapas de la vida o crisis identificadas por Erikson; su teoría propone que el desarrollo psicosocial implica una serie de crisis y que la formación de una identidad positiva y una autoestima saludable son aspectos cruciales en la etapa de la adolescencia (Bonet, 1997).

El test de autoestima de Coopersmith (de adultos) tiene tres dimensiones:

1. **Sí mismo.** Esta dimensión se enfoca en evaluar el grado de apreciación personal en relación con la manera de ser, los planes, las capacidades y los valores de una persona. Esta dimensión es esencial para comprender cómo una persona se percibe a sí misma en términos de su personalidad, metas y valores fundamentales. Esta dimensión mide elementos fundamentales de la autoestima, como ser:
 - La manera de ser autopercebida: Analizar cómo la persona se percibe a sí misma en términos de su personalidad, temperamento y estilo de interacción con los demás. Esta área se refiere a si la persona se siente cómoda con su propia personalidad y comportamiento.
 - Planes y Metas: Examinar la percepción de la persona sobre sus planes de vida, metas y ambiciones. Evalúa si la persona se siente capaz de establecer y lograr metas significativas.

- **Capacidades y Habilidades:** Medir cómo la persona evalúa sus habilidades, talentos y capacidades en diferentes áreas como académicas, laborales, deportivas o artísticas. Esta área refleja la autoevaluación de la competencia y habilidades personales.
- **Valores y Creencias:** Evaluar los valores, creencias y principios fundamentales de la persona. Determina si la persona se siente en sintonía con sus propios valores y si los considera coherentes con su identidad.

Para la interpretación de los resultados hay que tomar en cuenta que los valores altos en esta dimensión indican que la persona tiene una apreciación positiva y saludable de sí misma en términos de su personalidad, metas, habilidades y valores. Se siente segura y satisfecha con quien es y con sus aspiraciones en la vida. Por otra parte, los valores moderados indican que la persona tiene una autoevaluación equilibrada en esta dimensión. Se siente cómoda en general con su manera de ser, metas y capacidades, aunque puede haber áreas en las que aspira mejorar. Finalmente, los valores bajos sugieren que la persona tiene una autoimagen negativa o insegura. Puede que no se sienta cómoda con aspectos de su personalidad, tenga dudas sobre sus metas o no se sienta competente en ciertas áreas de su vida.

2. **Social.** Esta dimensión se centra en evaluar la conformidad con las destrezas sociales de una persona, lo que incluye su capacidad en áreas como la conversación, el sentido del humor y el liderazgo. Esta dimensión examina cómo la persona se percibe a sí misma en términos de sus habilidades sociales y su capacidad para interactuar efectivamente con los demás. Lo importante es que esta dimensión evalúa el grado de conformidad con estas aptitudes, no necesariamente las que posee de manera objetiva. En este sentido, a través de los ítems de esta dimensión se evalúa cómo la persona se percibe a sí misma en términos de su capacidad para mantener conversaciones significativas y efectivas con los demás. Implica la confianza en la comunicación verbal y no verbal. Por otra parte, mide la percepción de la persona sobre su sentido del humor y su capacidad para hacer reír a los demás. Refleja la autoevaluación de la habilidad para generar un ambiente agradable y relajado en las interacciones sociales. En cuanto al liderazgo, esta dimensión valora la capacidad del sujeto para influir y guiar a los demás de manera positiva.

Para interpretar los resultados hay que considerar que una puntuación alta en esta dimensión indica que la persona se percibe a sí misma como socialmente competente y segura en sus habilidades sociales. Se siente cómodo en situaciones sociales, es capaz de liderar y comunicarse de manera efectiva, y disfruta de interacciones positivas con los demás. Una puntuación moderada sugiere que la persona tiene una autoevaluación equilibrada en esta dimensión. Se siente competente en situaciones sociales en general, aunque puede haber áreas específicas en las que aspiran a mejorar sus habilidades sociales. Finalmente, una puntuación baja podría indicar que la persona se percibe a sí misma como socialmente insegura o carente de habilidades sociales. Puede sentirse incómodo en situaciones sociales, tener dificultades para liderar o comunicarse de manera efectiva, o experimentar ansiedad social.

3. **Familiar.** Esta dimensión se enfoca en evaluar el grado de aceptación del clima familiar, la comunicación, el intercambio de afectos, la colaboración y el apoyo mutuo que una persona percibe en su entorno familiar. Además dimensión se centra en la autoevaluación de la calidad de las relaciones familiares y la percepción de la persona sobre su lugar en la unidad familiar.

Los ítems de esta dimensión están orientados a evaluar si la persona se siente aceptada y valorada por los miembros de su familia. Implica la autoevaluación de la percepción de ser amado y aceptado en el hogar. Asimismo, mide cómo la persona percibe la comunicación en su familia. Se refiere a si la persona se siente escuchada, comprendida y capaz de expresar sus pensamientos y sentimientos en el seno familiar. También permite evaluar la percepción de la persona sobre la expresión de afecto en su familia. Implica si la persona se siente querida y apreciada, y si experimenta muestras de cariño de parte de sus familiares. Otros ítems miden cómo la persona se ve a sí misma en términos de su capacidad para colaborar y trabajar en equipo con los miembros de su familia. Refleja la autoevaluación de la capacidad de contribuir positivamente al funcionamiento familiar. Desde otro punto de vista, evalúa si la persona percibe que existe apoyo mutuo y ayuda en su familia o si hay desinterés

colaborativo. Se refiere a si se siente respaldado por su familia en momentos de necesidad y si experimenta solidaridad familiar.

Una puntuación alta en esta dimensión indica que la persona se percibe a sí misma como parte de un ambiente familiar cálido, amoroso y solidario. Se siente aceptada, apoyada y valorada en su familia y experimenta una comunicación abierta y saludable. Una puntuación moderada sugiere que la persona tiene una autoevaluación equilibrada en esta dimensión, se siente cómodo en su familia en general, aunque puede haber áreas en las que aspirar a una mayor comunicación, apoyo o colaboración.

Finalmente, una puntuación baja podría indicar que la persona se percibe a sí misma como parte de un ambiente familiar con dificultades en la comunicación, el afecto o el apoyo mutuo. Puede que no se sienta completamente aceptada o valorada en su familia (Coopersmith, 1995).

3.6. INVESTIGACIONES RELACIONADAS CON LOS FACTORES PSICOLÓGICOS DE RIESGO DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

A continuación, se citan investigaciones que abordaron el tema de los factores psicológicos de riesgo de los TCA.

Una investigación relevante sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) se llevó a cabo en Zaragoza, España, denominada “Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria, Bulimia y Anorexia con Jóvenes Adultos”, este estudio se enmarca en la creciente preocupación por la salud mental de los jóvenes adultos y busca arrojar luz sobre los factores que pueden contribuir a la aparición de TCA en esta población. En este estudio multidimensional, se emplearon varios instrumentos de evaluación para obtener una comprensión completa de los factores de riesgo relacionados con los TCA.

Uno de estos instrumentos fue la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS) para evaluar las habilidades de regulación emocional de los participantes. Los resultados de esta

investigación revelaron una asociación significativa entre las dificultades en la regulación emocional y la presencia de TCA. Los participantes que reportaron dificultades en la gestión de sus emociones tenían una mayor propensión a manifestar síntomas de TCA. Una explicación posible es que “las emociones desempeñan un papel fundamental en nuestros hábitos alimenticios. Las personas que tienen dificultades para regular sus emociones pueden recurrir a la comida como una forma de afrontar el estrés, la ansiedad, la tristeza u otras emociones intensas. Esto puede llevar a patrones de alimentación desordenados, como la ingesta emocional, en la que se come en exceso en respuesta a las emociones negativas, o la restricción extrema como una forma de controlar las emociones. Existe un ciclo en el que las emociones negativas pueden desencadenar comportamientos alimentarios problemáticos, como el atracón o la purga, lo que a su vez puede aumentar las emociones negativas, creando un ciclo perjudicial. La falta de habilidades para regular estas emociones puede perpetuar este ciclo” (Ruiz-Lázaro, 2010, p.67).

La relación entre el desequilibrio emocional y el desarrollo de los TCA, particularmente de la bulimia, es analizada en esta investigación desde la perspectiva de la Teoría de la Autodeterminación y su aplicación a los Trastornos de la Conducta Alimentaria. La Teoría de la Autodeterminación se centra en la motivación intrínseca y la satisfacción de las necesidades psicológicas básicas. Esta teoría fue desarrollada por Edward Deci y Richard Ryan y postula que las personas tienen una tendencia innata a buscar la autonomía, la competencia y la relación (conexión social) en sus vidas. Cuando estas necesidades psicológicas básicas no se satisfacen adecuadamente, puede surgir una serie de problemas de bienestar psicológico, incluyendo los TCA como la bulimia. Según esta investigación, los TCA sobre todo guardan relación con la insatisfacción en la necesidad de conexión social.

Lo que sucede es que las personas tienden a compararse con los demás en términos de su apariencia física y su imagen corporal. En un mundo cada vez más conectado a través de las redes sociales y los medios de comunicación, las imágenes de cuerpos ideales y estándares de belleza son ampliamente difundidos. La insatisfacción con la propia imagen corporal puede aumentar cuando las personas se sienten socialmente desconectadas y perciben que no cumplen con esos estándares. Esta comparación constante puede llevar a una búsqueda obsesiva de la

delgadez y a la adopción de comportamientos alimentarios desordenados. La conexión social (amigos, familia, pareja) proporciona un importante soporte emocional y puede ayudar a las personas a hacer frente al estrés y las emociones negativas. Cuando las personas se sienten aisladas o carecen de relaciones sociales significativas, pueden experimentar una mayor carga emocional. Esto puede llevar a la búsqueda de métodos de afrontamiento poco saludables, como la restricción alimentaria o los atracones, que son comunes en los TCA. El bullying tiene su parte en este intrincado problema, pues cuando falta la valoración social, el individuo busca cómo compensar ese desbalance y puede recurrir a mecanismos compensatorios tan básicos como la alimentación. Las personas pueden sentir que necesitan cumplir con ciertos estándares de belleza o peso para ser socialmente aceptadas y valoradas. Cuando la conexión social es deficiente, la búsqueda de esta validación puede intensificarse, lo que a su vez puede impulsar comportamientos alimentarios extremos para lograr la aprobación social percibida.

En un mundo tan individualista e impersonal como el moderno, a menudo las personas se sienten solas y aisladas. La soledad y el aislamiento social pueden aumentar la vulnerabilidad a los TCA. Las personas que se sienten aisladas pueden recurrir a la comida o a la restricción alimentaria como una forma de llenar el vacío emocional. Además, la falta de interacción social puede llevar a un mayor enfoque en la apariencia física y la alimentación como una fuente de identidad y control, lo que puede fomentar los TCA.

El recurrir a la alimentación exagerada para compensar el desbalance emocional es una solución momentánea y, a mediano y largo plazo, causa más problemas que soluciones. Las emociones negativas, como la tristeza, la ansiedad, la soledad o el estrés, pueden generar un malestar emocional que las personas buscan aliviar. Comer, especialmente alimentos ricos en azúcares y grasas, puede activar el sistema de recompensa del cerebro, liberando neurotransmisores como la dopamina que producen una sensación de placer y bienestar temporal. Esto puede crear un efecto de alivio inmediato de las emociones negativas, aunque sea breve.

Cuando una persona se siente abrumada por emociones negativas, puede recurrir a la comida como una forma de distraerse de esas emociones o de "llenar el vacío" emocional temporalmente. Enfocar la atención en la comida puede desplazar temporalmente el enfoque de

las emociones incómodas. Además, la idea popular de que alguien tiene éxito en la vida come bien y permite ciertos placeres básicos influye en la relación entre desbalance emocional y TCA. Para el común de las personas, la comida está asociada con experiencias positivas de confort y cuidado en la infancia. En momentos de estrés o tristeza, buscar comida reconfortante puede ser una respuesta arraigada en la memoria emocional. Esta búsqueda de comodidad a través de la comida puede convertirse en un patrón de comportamiento que se repite cuando surgen emociones negativas.

La idea de fondo que destaca este estudio es que el aumento desproporcionado de ingesta alimentaria es un intento de compensar carencias emocionales subyacentes. Las personas pueden usar la comida como una forma de llenar el vacío emocional o de "llenar" necesidades no satisfechas en otras áreas de su vida, como la afectividad, la intimidad o la autoestima. Sin embargo, esta es una solución ilusoria, pues a largo plazo aumenta el problema. Lo que sucede es que el aumento de la ingesta alimentaria como mecanismo de afrontamiento emocional desencadena un ciclo auto perpetuante, pues después de comer en exceso, las personas suelen experimentar sentimientos de culpa, vergüenza o remordimiento, lo que a su vez puede generar emociones negativas adicionales. Este ciclo puede llevar a patrones crónicos de alimentación emocional.

En cuanto a la relación entre el perfil de personalidad y los patrones de comportamiento que desencadenan los TCA, llama la atención los valores bajos en asertividad. La relación entre la represión emocional, especialmente la baja asertividad, es una idea fundamental para comprender el origen de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Esta idea se fundamenta en que las personas que tienen dificultades para expresar sus emociones de manera asertiva tienden a reprimir sus sentimientos y pensamientos. En lugar de comunicar sus necesidades y preocupaciones, guardan estas emociones dentro de sí mismas. Con el tiempo, esta acumulación de emociones negativas suele generar una creciente tensión emocional y estrés, el cual puede motivar la idea de recurrir a los atracones alimenticios para comenzar ese desbalance.

Cuando las emociones negativas se vuelven abrumadoras debido a la represión, las personas pueden buscar formas de alivio emocional. En algunos casos, recurre a la comida como una

estrategia para lidiar con esta tensión emocional. El acto de comer en exceso puede proporcionar una sensación momentánea de alivio, ya que la comida puede activar el sistema de recompensa en el cerebro y liberar neurotransmisores que producen una sensación de placer y reducción del malestar emocional. Sin embargo, tal como se lo ha expresado líneas arriba, después de los episodios de atracones de comida, las personas suelen experimentar sentimientos intensos de culpa, vergüenza y remordimiento, lo que agrava el malestar e intensifica la represión emocional. Esta estrategia fallida aumenta la sensación de pérdida de autocontrol. Durante los episodios de atracones, las personas pueden sentir que han perdido el control total de su alimentación, lo que refuerza la sensación de vergüenza y la tendencia a no expresar adecuadamente sus emociones y necesidades (Ruiz-Lázaro, 2010).

En otro estudio titulado “Trastornos de la conducta alimentaria en España”, se exploraron las complejas relaciones entre la ansiedad, la autoestima y los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en una muestra de 800 jóvenes madrileños de edades comprendidas entre 15 y 23 años. La autoestima de los participantes se midió mediante la Escala de Autoestima de Rosenberg, un cuestionario que evalúa la percepción de uno mismo y su valía personal. Los resultados de esta investigación revelaron hallazgos significativos sobre la relación entre estos factores psicológicos y los TCA. La autoestima positiva demostró ser un factor protector, ya que niveles más altos de autoestima se relacionaron con una menor probabilidad de desarrollar estos trastornos alimentarios en el grupo de estudio. Al contrario, se observó que las personas con baja autoestima tienen una percepción negativa de sí mismas, especialmente en lo que respecta a su apariencia física.

Esta autoimagen negativa puede convertirse en un factor de riesgo para el desarrollo de TCA, como la anorexia nerviosa o la bulimia, ya que pueden buscar alcanzar un ideal de belleza poco realista a través de la restricción alimentaria o comportamientos purgativos. Por otro lado, las personas con baja autoestima a menudo buscan validación y aprobación externa para sentirse valiosas. En el contexto de los TCA, esto puede manifestarse en la búsqueda de elogios o cumplidos sobre su apariencia o peso. El logro de ciertos estándares de belleza percibidos puede proporcionar un impulso temporal a su autoestima, lo que puede llevar a patrones de alimentación desordenados para mantener o mejorar esa validación.

La baja autoestima hace que las personas sean más vulnerables a la presión social y a los estándares de belleza. Aquellas personas con baja autoestima pueden sentir que necesitan cumplir con ciertos ideales de belleza para ser aceptados y valorados por los demás. Esto puede llevar a comportamientos extremos como la restricción alimentaria, los atracones o el uso excesivo de ejercicio para lograr esos estándares, lo que aumenta el riesgo de desarrollar TCA. A menudo las personas con baja autoestima descargan sus frustraciones consigo mismas empeorando su situación de valía negativa. Lo que sucede muy a menudo es que las personas con baja autoestima tienden a ser autocríticas y perfeccionistas. Buscan constantemente la aprobación y validación de los demás y pueden sentir que nunca cumplen con sus propios estándares exigentes. En este sentido, la autocrítica puede llevar a una obsesión por la alimentación, el peso y la forma corporal, lo que puede impulsar comportamientos extremos para alcanzar la perfección percibida.

Sin embargo, la autoestima es una variable genérica que puede desglosarse en diferentes dimensiones, pues cada una de ellas guarda una relación específica con los TCA. La autoestima personal (la que ha sido analizada líneas arriba), ha sido ampliamente estudiada, pues se ha demostrado que una baja autoestima personal puede ser un factor de riesgo importante para los TCA. Estudios recientes han dado importancia a la autoestima familiar, particularmente en los adolescentes, jóvenes, púberes y, cada vez en mayor grado en la obesidad infantil.

Los estudios sobre el tema han revelado que las familias con dinámicas de crítica, comparación y presión pueden contribuir al desarrollo de TCA, puesto que los miembros de la familia pueden sentir que deben cumplir con ciertos estándares para recibir amor y aceptación. Un entorno familiar con baja autoestima y falta de apoyo emocional puede aumentar el riesgo de TCA, ya que las personas pueden recurrir a la alimentación desordenada como una forma de lidiar con el estrés y la falta de apoyo. La percepción de que solo serán amadas o aceptadas si cumplen con ciertos estándares de belleza puede intensificar la búsqueda de la delgadez. Esto normalmente sucede en las familias donde los padres tienen hábitos alimenticios y deportivos sanos, lo cual se traduce en cuerpos esbeltos, pero los hijos tienen sobrepeso.

También hay que hacer especial hincapié en el tema de la autoestima social. Como es bien sabido, la autoestima social se refiere a cómo una persona se siente valorada y aceptada por sus relaciones sociales y su comunidad. La influencia de la sociedad y la presión social en la percepción de la autoestima social es significativa en el contexto de los TCA. Los estándares de belleza y la comparación con los demás pueden tener un impacto importante en la autoestima social. Los tiempos modernos no favorecen a los individuos con sobrepeso pues se idealiza la silueta sumamente delgada. La baja autoestima social, impulsada por la percepción de no cumplir con los estándares de belleza socialmente impuestos, puede llevar a comportamientos alimentarios desordenados. Las personas pueden sentir la necesidad de alcanzar estos estándares para ser socialmente aceptadas y valoradas. La comparación constante con otros en las redes sociales y los medios puede aumentar la insatisfacción corporal.

La vigorexia y la anorexia son dos trastornos de la conducta alimentaria (TCA) que, a primera vista, pueden parecer opuestos en términos de comportamiento alimentario y percepción corporal, pero en ambos casos, subyace una búsqueda de elevación de la autoestima. Como es bien sabido, la vigorexia se caracteriza por una obsesión con el desarrollo muscular y la búsqueda constante de un físico musculoso y perfecto. Las personas con vigorexia a menudo sienten que necesitan alcanzar ciertos estándares de belleza y masculinidad que se asocian con la musculatura. Esta búsqueda de la perfección física puede estar impulsada por la creencia de que un cuerpo musculoso será más atractivo y aceptado socialmente, lo que puede elevar la autoestima. Las personas con vigorexia pueden vincular su autoestima y autovaloración a su apariencia física y a la percepción de ser musculosos y atractivos.

A medida que desarrollan músculos y se acercan a su ideal de cuerpo, pueden experimentar momentos de mayor autoestima y confianza en sí mismos. La búsqueda de un cuerpo musculoso es una búsqueda de validación y aceptación social. Las personas pueden creer que, al alcanzar el ideal de un cuerpo musculoso, serán más admiradas y respetadas por los demás, lo que puede elevar su autoestima.

En el caso de la anorexia, la restricción alimentaria extrema y la pérdida de peso pueden ser percibidas como logros personales. La capacidad de controlar la ingesta de alimentos y reducir

el peso corporal puede generar una sensación de logro y autocontrol, lo que, temporalmente, puede elevar la autoestima. Las personas con anorexia a menudo relacionan su autoestima con la delgadez extrema. La percepción de ser delgado se convierte en un factor crítico para su autoestima y autovaloración. Cuando se acercan a su ideal de delgadez, pueden sentir una momentánea sensación de satisfacción y autoestima elevada. Sin embargo, la pérdida de peso extrema en la anorexia evidentemente atrae la atención y la expectativa social, pero de manera negativa, pues a todos les llama la atención este fenómeno atípico, sin embargo, la persona que padece de anorexia puede interpretarlo de manera contraria. Algunas personas con anorexia pueden percibir la atención de los demás como una validación de su control sobre su cuerpo y su capacidad para alcanzar estándares de delgadez, lo que puede tener un impacto en su autoestima (Peláez-Fernández, 2010).

En otro estudio titulado “Trastornos de la conducta alimentaria; Anorexia nerviosa” llevado a cabo en la ciudad de México, se pudo evidenciar la influencia que los modelos estéticos vigentes desempeñan en el desarrollo y mantenimiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA). Los resultados permiten firmar que estos modelos, que a menudo promueven una apariencia física idealizada y poco realista, ejercen una presión importante sobre la percepción que las personas tienen de sí mismas y sus hábitos alimenticios. En casi todas las sociedades occidentales existe un ideal de delgadez que se presenta como deseable y aspiracional.

Los medios de comunicación, las redes sociales y la industria de la moda a menudo promueven imágenes de cuerpos extremadamente delgados como el estándar de belleza. Esto puede llevar a una presión significativa sobre las personas para que alcancen o mantengan un peso corporal muy bajo, lo que puede contribuir al desarrollo de trastornos alimentarios como la anorexia nerviosa, la vigorexia y otros estilos de vida modernos. A continuación, se hace un análisis de estos elementos:

Los modelos estéticos vigentes pueden ser desglosados en una serie de dimensiones importantes, como ser: delgadez exagerada, vigorexia, comportamientos metrosexuales, búsqueda constante de la elegancia al vestir, legalización de las cirugías plásticas como una forma de alcanzar la belleza, sobrevaloración de las dietas balanceadas, normalización del consumo de ciertos

productos energéticos y proteínicos, etc. Lo que sucede es que todos estos hechos citados tienen un trasfondo ideológico y sobre todo comercial.

Los modelos estéticos actuales están influenciados por una ideología de la belleza que promueve ciertos estándares de apariencia física como deseables y aspiracionales. Esta ideología a menudo se basa en conceptos de belleza que son culturalmente contruidos y cambiantes con el tiempo. Por ejemplo, en algunas épocas, la delgadez extrema se ha considerado atractiva, mientras que, en otras, la musculatura masculina ha sido valorada. Esta ideología crea una presión constante para que las personas se ajusten a estos estándares, lo que puede afectar su autoestima y autoimagen, los cuales actúan como catalizadores de los TCA.

La ideología de la belleza es, en gran medida, una construcción cultural que varía significativamente según la época, la ubicación geográfica y las influencias culturales. Lo que se considera bello en una cultura puede no serlo en otra, lo que subraya su naturaleza relativa y socialmente contruida. Los estándares de belleza se transmiten a través de la educación, los medios de comunicación, la publicidad y las interacciones sociales. Esta ideología de la belleza es importante en el tema de estudio de esta investigación pues ejerce una presión constante sobre las personas para que se ajusten a los estándares de belleza predominantes. Las personas a menudo sienten la necesidad de cumplir con estos estándares para ser socialmente aceptadas y valoradas.

La imposición social puede manifestarse en formas como la discriminación basada en la presión de la apariencia, la exclusión social o la falta de oportunidades debido a la no conformidad con los ideales de belleza. Esta ansiedad por cumplir con dichos estándares puede desencadenar los TCA.

Todas las áreas del individuo moderno están atravesadas por la comercialización de la belleza. La industria de la belleza, que incluye la moda, la cosmética, la cirugía plástica y la industria de la alimentación y los suplementos, se beneficia ampliamente de la promoción de estos modelos estéticos. La comercialización de la belleza se basa en gran medida en la creación de necesidades y deseos en los consumidores, convenciéndolos de que necesitan productos y servicios para alcanzar estos estándares de belleza. Esto genera una economía significativa en torno a la apariencia física. De esta manera, los modelos estéticos sirven para crear y mantener mercados

de consumo. Por ejemplo, la promoción de la delgadez extrema y las dietas puede llevarse a la venta de productos dietéticos y suplementos. La promoción de la musculatura puede conducir a la venta mediante suplementos y equipos de entrenamiento. La belleza se ha convertido en una mercancía que se compra y se vende, lo que genera un ciclo de consumo constante.

La comercialización de la belleza es una parte integral de una industria multimillonaria que abarca desde productos de cuidado de la piel y maquillaje hasta cirugía plástica y moda. Esta industria se beneficia enormemente al convencer a las personas de que necesitan productos y servicios para alcanzar los estándares de belleza promocionales. La publicidad desempeña un papel fundamental en la comercialización de la belleza.

A través de imágenes retocadas y modelos que cumplen con los estándares de belleza convencionales, se crea la ilusión de que ciertos productos y tratamientos son la clave para lograr la apariencia deseada. Esto a menudo conduce a expectativas poco realistas sobre la eficacia de los productos y su capacidad para transformar la apariencia. La comercialización de la belleza a menudo crea necesidades que las personas pueden no haber tenido previamente. Los anuncios sugieren que ciertos productos son esenciales para la belleza y el bienestar, lo que lleva a un consumo constante y la acumulación de productos que a menudo son innecesarios. Los modelos estéticos también están vinculados a estereotipos de género. Por ejemplo, la presión sobre las mujeres para que sean delgadas y elegantes puede perpetuar roles tradicionales de género que enfatizan la apariencia y la feminidad. La promoción de la musculatura en los hombres puede reforzar la masculinidad tradicional centrada en la fuerza y la dominación.

El marketing moderno indirectamente es el que sostiene gran parte de los TCA. La industria de la belleza no solo promueve productos y servicios en general, sino que se ha vuelto tan eficaz que segmenta el mercado para llegar a audiencias específicas. Por ejemplo, se desarrollan productos dirigidos a diferentes grupos demográficos según la edad, el género, el tipo de piel y las preocupaciones de belleza. Esta segmentación maximiza las oportunidades de venta y genera una amplia variedad de opciones en el mercado. La comercialización de la belleza a menudo promueve la idea de que los productos y servicios deben utilizarse de manera constante para mantener una apariencia deseada. Esto significa que las personas se ven alentadas a comprar

productos de forma regular, lo que genera un ciclo de consumo constante y un flujo continuo de ingresos para la industria de la belleza. Asimismo, las marcas de belleza se esfuerzan por crear lealtad a la marca entre los consumidores. Esto se logra a través de estrategias de marketing, como programas de recompensas, membresías exclusivas y la promoción de productos emblemáticos. La lealtad a la marca impulsa la repetición de compra y la preferencia por productos y servicios de una marca en particular. La industria de la belleza también se enfoca en brindar una positiva experiencia al positiva.

Esto incluye la creación de espacios de venta atractivos, el desarrollo de contenidos en línea relacionados con la belleza y el servicio al cliente personalizado. La experiencia del cliente contribuye a la fidelización y al boca a boca positivo. La comercialización de la belleza promueve la idea de que siempre hay nuevos productos y tratamientos que ofrecen mejoras en la apariencia. Esta constante innovación impulsa a las personas a probar productos y servicios actualizados, lo que contribuye al crecimiento del mercado y al consumo continuo. En suma, la industrialización de la belleza está destinada a crear un individuo constantemente insatisfecho en su apariencia física, lo cual incrementa la ansiedad y da pie a los TCA.

En este estudio también se aborda la identificación del estándar de belleza particular que cada individuo tiene. Desde la perspectiva del psicoanálisis, especialmente en la teoría freudiana y el concepto del Complejo de Edipo, se explora cómo el ideal de belleza asumido y la búsqueda de cumplir con los estándares están relacionados con procesos de identificación paterna o materna. Como es bien sabido, el complejo de Edipo es una etapa fundamental en el desarrollo psicosexual según la teoría de Sigmund Freud. En esta etapa, que ocurre en la infancia temprana, los niños experimentan sentimientos amorosos hacia el progenitor del sexo opuesto (Complejo de Edipo positivo) y rivalidad o celos hacia el progenitor del mismo sexo (Complejo de Edipo negativo). Este proceso es una parte natural del desarrollo psicológico y es una forma de aprendizaje sobre las dinámicas de género y las relaciones interpersonales.

Por otra parte, la identificación es un mecanismo de defensa central en la teoría freudiana. Durante el complejo de Edipo, los niños pueden identificarse con el progenitor del mismo sexo, incorporando características y valores asociados con ese progenitor en su propia identidad. Esta

identificación es fundamental para la construcción de la identidad de género y la internalización de normas y valores culturales. Ahora bien, los estándares de belleza en una sociedad dada suelen estar relacionados con la percepción de lo que es atractivo o deseable según las características físicas y estéticas. Estos estándares pueden influir en la forma en que las personas perciben su propia apariencia y buscan cumplir con ellos. En la mayor parte de los casos, los estándares de belleza suelen estar vinculados a la idealización de la figura paterna o materna. Por ejemplo, una persona puede internalizar la idea de que para ser deseable o amada debe parecerse al progenitor del sexo opuesto, ya que esto reflejaría la relación de amor y deseo que experimentasen durante la etapa del Complejo de Edipo.

La búsqueda de cumplir con los estándares de belleza está vinculada al deseo de obtener la aprobación y el amor originalmente asociados con la relación con el progenitor del sexo opuesto. Si una persona internaliza la creencia de que ser más atractiva o deseable la acercará a ese ideal paterno o materno, es posible que busque cumplir con esos estándares como una forma de obtener esa aprobación y amor. Sin embargo, esta búsqueda de cumplir con los estándares de belleza también puede generar conflicto, ya que los estándares de belleza a menudo son poco realistas y difíciles de alcanzar. La presión social para cumplir con estos estándares puede generar ansiedad, baja autoestima y disonancia entre la autoimagen y el ideal internalizado, lo cual es el caldo de cultivo para los TCA (Staudt y Rojo, 2006, p. 48).

CAPÍTULO IV

DISEÑO METODOLÓGICO

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1. ÁREA A LA CUAL PERTENECE LA INVESTIGACIÓN

Esta investigación se enmarca en el campo de la **psicología clínica**, una rama de la psicología que se centra en “el estudio, diagnóstico, tratamiento y prevención de trastornos mentales y emocionales. La psicología clínica se distingue por su aplicación directa en la práctica clínica y su objetivo principal de mejorar la salud mental y el bienestar de las personas” (Morris, 1992, p.43). En este estudio, el enfoque consiste en analizar y comprender los factores de riesgo psicológicos asociados a los trastornos de la conducta alimentaria en jóvenes, contribuyendo así al conocimiento de la psicología clínica en esta población específica.

4.2. TIPIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El presente estudio se enmarca como una investigación **exploratoria**, siguiendo el enfoque de quienes definen los estudios exploratorios como "investigaciones diseñadas para generar ideas más precisas, que a menudo sirven de base para investigaciones posteriores" (Hernández, Fernández y Baptista, 2014, p. 72). En este contexto, los objetivos planteados buscan analizar y evaluar diversos factores psicológicos que podrían estar relacionados con los trastornos de la conducta alimentaria en jóvenes. Estos objetivos exploratorios se fundamentan en la necesidad de comprender en profundidad cómo la dificultad en la regulación emocional, la influencia del modelo estético corporal, la ansiedad y el nivel de autoestima pueden actuar como factores de riesgo en la aparición y desarrollo de estos trastornos.

El presente estudio se configura como una investigación **descriptiva**, en consonancia con la definición de este tipo de estudios: Investigaciones que tienen como objetivo principal describir a las personas, eventos, procesos o condiciones tal como existen en el momento de la investigación (Hernández, et al., 2014, p. 70). En este contexto, los objetivos planteados buscan examinar y detallar a través de un enfoque descriptivo, la naturaleza de ciertos factores y su posible contribución a los trastornos alimentarios en esta población. Este enfoque metodológico permite una comprensión más precisa y detallada de los factores de riesgo psicológico que se investigan, lo que puede servir de base para futuros estudios en el campo de la salud mental y la psicología clínica.

El presente estudio se clasifica como un estudio de tipo **teórico** debido a su enfoque en la generación y expansión del conocimiento científico en lugar de abordar un problema específico con una solución concreta. Un estudio teórico tiene como objetivo principal “desarrollar, probar o refinar teorías o conceptos” (Hernández et, al., 2014, p.77). En este contexto, los objetivos delineados se centran en evaluar y analizar diversos factores psicológicos que podrían estar relacionados con los trastornos de la conducta alimentaria en jóvenes.

Aunque estos factores son relevantes desde una perspectiva clínica y de salud pública, el propósito fundamental es contribuir al avance del conocimiento científico en el campo de la psicología clínica y la psicopatología. Este enfoque teórico se justifica porque el estudio busca proporcionar una base empírica sólida para futuras investigaciones y para el desarrollo o adaptación de intervenciones terapéuticas y programas preventivos. A través de la recopilación y análisis de datos cuantitativos, se espera que este estudio busque contribuir a la comprensión de los factores de riesgo psicológico de los trastornos alimentarios en jóvenes. Se espera que estos hallazgos no solo guíen y actualicen los datos existentes, si no que también orienten investigaciones futuras.

La presente investigación se enmarca en el paradigma de los estudios **cuantitativos**, siguiendo la definición proporcionada por quienes los describen como “investigaciones que recopilan datos en forma numérica, luego los analizan y resumen en términos de números, porcentajes y estadísticas” (Hernández, et al., 2014, p.69). En este contexto, los objetivos delineados buscan abordar de manera cuantitativa la evaluación de la dificultad en la regulación emocional, la influencia del modelo estético corporal, la ansiedad y el nivel de autoestima como factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria en jóvenes. La elección de instrumentos de tipo cuantitativo permite la obtención de datos numéricos y estadísticos que posibilitan un análisis riguroso y objetivo de las relaciones entre los factores de riesgo, los jóvenes y los trastornos alimentarios en la población seleccionada. Este enfoque metodológico cuantitativo contribuye a la generación de evidencia empírica sólida en el campo de la psicología clínica y la salud mental, permitiendo así una comprensión más precisa y detallada de los factores de riesgo psicológico investigados.

La presente investigación se puede tipificar como un estudio **transversal**, siguiendo la definición proporcionada por quienes describen los estudios transversales como "aquellos en los que la recolección de datos se realiza en un solo momento del tiempo, con el fin de describir fenómenos en su estado actual"(Hernández, et al., 2014, p. 66). En este contexto, los objetivos planteados buscan analizar en un momento específico cómo la dificultad en la regulación emocional, la influencia del modelo estético corporal, la ansiedad y el nivel de autoestima se relacionan con los trastornos de la conducta alimentaria en jóvenes. Este enfoque transversal es adecuado para este estudio, ya que permite una obtención instantánea de la situación en el momento actual, sin requerir un seguimiento a lo largo del tiempo.

4.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

4.3.1. Población

La población está constituida por todos los jóvenes de la ciudad de Tarija que sufren algún trastorno de la conducta alimentaria. No existe ningún registro del número de jóvenes que sufren algún tipo de trastorno de la conducta alimentaria en la ciudad de Tarija.

Variables de inclusión:

1. Procedencia. Jóvenes que residan en la ciudad de Tarija.
2. Jóvenes que sufran de algún trastorno de la conducta alimentaria: Anorexia nerviosa; bulimia nerviosa; trastorno por atracón; trastorno de la alimentación selectiva (DSM-5, 2018, p. 275).
3. Jóvenes que tengan entre 18 y 23 años.

Variables de exclusión:

1. Procedencia. Que vivan fuera de la ciudad de Tarija.
2. Que no sufran de ningún trastorno de la conducta alimentaria.
3. Jóvenes que no tengan entre 18 y 23 años de edad.

Variables sociodemográficas:

1. Sexo: Hombres y mujeres.
2. Edad. 18-19 años; 20-21 años; 22-23 años.
3. Nivel socioeconómico: alto, medio o bajo

4.3.2. Muestra

La muestra seleccionada estuvo compuesta por 100 personas que sufren de algún trastorno de la conducta alimentaria el cual fue confirmado con el Cuestionario de actitudes hacia la comida (EAT). No es posible saber el porcentaje de la población pues el número de esta última es desconocido en la ciudad de Tarija.

La investigación planificada se enmarca como un estudio con una muestra de tipo no aleatorio, específicamente de tipo intencional o por conveniencia, debido a que en el contexto de esta investigación se desconoce el número total de la población objetivo, que en este caso son los jóvenes que sufren TCA. Dada esta limitación, se optó por seleccionar una muestra representativa de la población de jóvenes que pueda proporcionar información relevante para los objetivos del estudio.

La selección de la muestra se llevó a cabo de manera intencional, buscando individuos a través de centros de atención médica, profesionales del área y buscando voluntarios por redes sociales. Se consideraron las variables de inclusión, como el sexo, la edad y especialmente que sufrieran de algún TCA. Además, que estuvieran de acuerdo en colaborar con la investigación.

4.4. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.

4.4.1. Métodos

Los métodos empleados en esta investigación fueron los siguientes:

4.4.1.1. Método empírico

Con el método empírico se pudo determinar los factores de riesgo psicológico de los TCA, pues este método se basa en la observación directa y la recopilación de datos objetivos y verificables a través de la experiencia práctica. En este contexto, el método empírico permitió recopilar información concreta y precisa sobre las variables de estudio. El método empírico “implica la aplicación de técnicas de recolección de datos, como cuestionarios y escalas de evaluación, que se utilizarán para obtener información directa de los sujetos participantes en la investigación” (Morris, 1992, p. 51).

Estos datos fueron cruciales para evaluar y medir las variables mencionadas y, posteriormente, analizar las relaciones entre ellas y los trastornos de la conducta alimentaria. Al ser datos objetivos y recabados a través de la observación y la medición directa, se garantizó la validez y la confiabilidad de los resultados, lo que contribuyó a una comprensión más profunda de estos trastornos y sus factores de riesgo en la población de interés.

4.4.1.2. Método estadístico

El método estadístico permitió analizar y procesar los datos recopilados a través del método empírico de manera rigurosa y sistemática. Este método, como se mencionó anteriormente, se basa en la observación directa y la recopilación de datos objetivos a través de técnicas de recolección de datos, como cuestionarios y escalas de evaluación que arrojan datos numéricos. Una vez que se ha obtenido esta información, el método estadístico entra en juego para organizar, resumir y analizar los datos de manera cuantitativa.

En este proceso, se utilizan diversas técnicas estadísticas, como porcentajes, cruzados de variables, correlación y pruebas de hipótesis, para identificar patrones, relaciones y tendencias en los datos. La estadística descriptiva que se emplea en esta investigación, permite resumir los

datos de manera concisa, lo que facilita la comprensión de las características clave de las variable. Por otro lado, la estadística inferencial se utiliza para hacer inferencias y generalizaciones basadas en la muestra de jóvenes estudiadas a toda la población de interés en Tarija. Desde todo punto de vista el método estadístico es esencial en esta investigación para obtener conclusiones significativas y respaldadas por datos debido a la naturaleza numérica de los instrumentos empleados (Morris, 1992).

4.4.1.3. Método analítico

El método analítico fue imprescindible en esta investigación, pues se complementa con los dos métodos anteriores. El método analítico, como se ha mencionado anteriormente, se basa en la observación directa y la recopilación de datos objetivos a través de técnicas de recolección de datos. Una vez obtenidos estos datos, el método analítico entra en juego para examinar, interpretar y comprender en profundidad las relaciones y los patrones entre las variables de estudio. Como es bien sabido, el método analítico se caracteriza por su enfoque detallado y crítico, que implica descomponer las variables en sus componentes más pequeños y examinar cómo interactúan entre sí.

En esta investigación, las variables clave, como las dificultades en la regulación emocional, la influencia del modelo estético corporal, la ansiedad y la autoestima, se estudiaron a través de un análisis minucioso de sus dimensiones y componentes. Por ejemplo, la regulación emocional se desglosó en diferentes aspectos, como la identificación y la expresión de emociones, la tolerancia a la angustia y la regulación de las emociones negativas. El método analítico permitió investigar cómo cada uno de estos aspectos contribuye de manera específica a los trastornos de la conducta alimentaria y cómo interactúan entre sí. Además, el método analítico incluía la revisión crítica de la literatura científica existente sobre el tema, lo que implica analizar y sintetizar investigaciones previas para identificar patrones y tendencias en los resultados. Esta revisión crítica de la literatura enriqueció la comprensión de los factores de riesgo psicológico (Morris, 1992).

A su vez, el método que se empleó para recoger los datos y poder cumplir con los objetivos fue el de los **test psicológicos estandarizados**:

Test psicológicos estandarizados: Para alcanzar los objetivos planteados se emplearon test psicológicos estandarizados en cada uno de ellos. Esta decisión se justifica debido a la gran objetividad y la confiabilidad de dichos tests. Esto significa que, al utilizar estas pruebas, los evaluadores no introducirán sesgos personales en la recopilación de datos, aumentando así validez de las mediciones. Asimismo, este tipo de tests se caracterizan por la uniformidad en la administración de las pruebas lo cual asegura que todos los participantes del estudio sean evaluados de manera idéntica, garantizando que todos tengan las mismas oportunidades y condiciones para completar las evaluaciones.

La uniformidad reduce la posibilidad de sesgos derivados de diferencias en la administración y maximiza la consistencia de los datos recopilados, lo que aumenta la confiabilidad de los resultados. Finalmente, este tipo de tests cuentan con normas de comparación o baremos objetivos, basados en poblaciones representativas. Esto permitió evaluar a los jóvenes de Tarija en relación con los estándares establecidos a nivel internacional. Estas comparaciones enriquecen la comprensión de cómo se sitúan los jóvenes de Tarija en el espectro de los factores de riesgo psicológico en comparación con otras poblaciones, lo que es esencial para contextualizar y generalizar los resultados del estudio (Hernández, et al., 2014).

4.4.2. Técnicas

En la presente investigación las técnicas que se utilizaron fueron las siguientes:

Escala: Este término se suele utilizar para hacer referencia al instrumento elaborado para medir variables no cognitivas: actitudes, intereses, preferencias, opiniones, etc., y se caracterizan porque los sujetos responden eligiendo, sobre una escala de categorías graduada y ordenada, aquella categoría que mejor represente su posición respecto a aquello que se está midiendo. No hay respuestas correctas o incorrectas, y la puntuación total es la suma de las puntuaciones asignadas a las categorías elegidas por los sujetos (Hernández, Fernández y Baptista, 2014). En

esta investigación se empleó la Escala de dificultades de la regulación emocional de Gratz y Roemer (2004).

Cuestionarios: Un cuestionario es un instrumento de investigación que consiste en una serie de preguntas y otras indicaciones con el propósito de obtener información de los consultados. Los cuestionarios pueden ser estructurados o no estructurados. Los cuestionarios estructurados son aquellos que tienen la particularidad de que la respuesta del entrevistado es categorizada de forma inmediata ya que se le fuerza al mismo a elegir una categoría definida (Hernández, et al., 2014). En esta investigación se aplicó cuestionarios estructurados: Cuestionario de influencia de los modelos estéticos corporales (CIMEC-35) de Toro (1994) y Cuestionario de ansiedad de Enrique Rojas (2014).

Inventarios: Un inventario es una técnica de recolección de datos que implica la utilización de un conjunto estructurado de preguntas o afirmaciones diseñadas para medir y evaluar una serie de características, actitudes, creencias o comportamientos específicos en los individuos que participan en un estudio. Estas preguntas suelen estar diseñadas de manera estandarizada y se administran de manera uniforme a todos los participantes. El término "Inventario" se refiere al instrumento elaborado para medir variables psicológicas, con la característica de que las respuestas no son correctas o incorrectas, lo único que demuestran es la conformidad o no de los sujetos con los enunciados de los ítems (Hernández, et al., 2014). En esta investigación se empleó el Inventario de Autoestima de Coopersmith (1995).

4.4.3. Instrumentos

A continuación se presentan los diferentes instrumentos utilizados en el estudio:

Cuadro resumen de los métodos, técnicas e instrumentos

VARIABLES	MÉTODOS	TÉCNICAS	INSTRUMENTOS
Dificultades de la regulación emocional	Test psicológicos	Test psicométricos. Escala	Escala de dificultades de la regulación emocional de Kim L. Gratz y Liza R. M. Roemer, (2004). Adaptación de Camargo Pastrana (2022).
Influencia de los modelos estéticos corporales	Test psicológicos	Test psicométricos. Cuestionario	Cuestionario de influencia de los modelos estéticos corporales (CIMEC-35) de Toro, J., (1994); Adaptación de Vázquez, R., Álvarez, G. y Mancilla, J. M., (2000)
Ansiedad	Test psicológicos	Test psicométricos. Cuestionario	Cuestionario de ansiedad de Enrique Rojas (2014)
Autoestima	Test psicológicos	Test psicométricos. Inventario	Inventario de Autoestima de Coopersmith (1995).

A continuación, se describe la ficha técnica de cada uno de los instrumentos que se emplearon en la presente investigación:

4.4.3.1. Cuestionario de Actitudes Hacia la Comida (Eat)

Nombre: Eating Attitudes Test (EAT).

Autores: Garner y Garfinkel.

Adaptación española: Castro, Toro, Salamero y Guimerà (2012).

Técnica: Cuestionario.

Objetivos: Detecta personas con riesgo de padecer un trastorno alimentario. Evalúa el miedo a engordar, motivación para adelgazar y patrones alimentarios restrictivos; resulta idónea para identificar problemas alimentarios en poblaciones no clínicas, aunque no es capaz de discriminar entre anorexia o bulimia.

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

La versión española discriminó correctamente entre anoréxicas y controles; sensibilidad del 91% y especificidad del 69% para un punto de corte de 20; consistencia interna de alfa =0, 93 para el total y 0, 92 para el grupo de anoréxicas; validez concurrente de $r=0,63$ con el BDI; buena sensibilidad a los efectos de una intervención.

Aplicación: Población: Preferiblemente jóvenes y adolescentes.

Número de ítems: 40

Tiempo de administración: 10-15 minutos

Normas de aplicación: La persona debe calificar las afirmaciones que contienen los ítems en una escala de frecuencia con seis alternativas que van de “nunca” a “siempre”

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

4.4.3.2. Escala de Dificultades en la Regulación Emocional

Autores: Kim L. Gratz y Liza R. M. Roemer, (2004) adaptación de Camargo Pastrana (2022).

Objetivo del test: Evalúa las dificultades que las personas pueden experimentar al regular sus emociones.

Técnica: Test psicométrico (Escala)

Historia de su creación

La "Escala de Dificultades de Regulación Emocional" (DERS, por sus siglas en inglés) fue desarrollada por Kim L. Gratz y Liza R. M. Roemer, (2004) dos destacadas psicólogas clínicas y expertas en el campo de la regulación emocional. La escala fue creada como una herramienta para evaluar las dificultades que las personas pueden experimentar al regular sus emociones. Su desarrollo se basó en la creciente comprensión de la importancia de la regulación emocional en la salud mental y el bienestar psicológico. El objetivo de la DERS fue contribuir a la comprensión sobre cómo las dificultades en la regulación emocional pueden estar relacionadas con trastornos mentales y problemas de salud mental. En cuanto a la adaptación de la DERS para personas de habla hispana, existen versiones adaptadas y validadas en español en diferentes países. En esta investigación se adopta la versión de Camargo Pastrana (2022) cuya adaptación se realizó al Perú.

Confiabilidad y validez: Se evaluó la confiabilidad por consistencia interna mediante el alfa de Cronbach y coeficiente Omega de McDonald, con un valor de .82 y .85, evidenciando valores adecuados para los siguientes estudios. Siguiendo los datos, se evidencia que los análisis factorial confirmatorio, obtuvieron los resultados RMSEA = .073, GFI = .790, SRMR = .107, CFI = .824 y TLI = .801. También se analizó la confiabilidad de cada uno de los factores, los cuales son: rechazo tiene un valor de 0.75, desatención obtiene un valor de 0.63, interferencia muestra un valor de 0.77, descontrol revela un valor de 0.71 y confusión evidencia un valor de 0.69.

Se verificó la validez del instrumento mediante el análisis de la estructura interna de DERS por medio del AFC con máxima verosimilitud presentando un grado de aceptabilidad máxima y con un índice elevado de significancia de .081. Al correlacionar la escala con otros instrumentos aceptados en relación a esta variable se evidenció un valor de 0.63, el cual es más elevado de lo esperado. Por otra parte, los indicadores de ajuste de la escala en relación a los indicadores del DSM-V se acercan a .90, valor esperado para un buen ajuste.

Procedimiento de aplicación y calificación: La escala es aplicable a adolescentes, jóvenes y adultos. La aplicación del instrumento puede ser individual o colectiva, y toma aproximadamente 20 minutos, se informa a los participantes sobre el objetivo de la investigación, y se les indica que deben responder según su criterio, basandose en cómo se han sentido durante las últimas semanas.

La escala de los ítems es: Casi nunca = 1; A veces = 2; La mitad del tiempo = 3; La mayoría de las veces = 4 Casi siempre = 5.

Además, la escala contiene 5 factores con sus respectivos ítems:

1. Rechazo emocional. No aceptación de respuestas emocionales. 10,11,16,17,18,21 y 22
2. Descontrol emocional. Dificultades de control de impulso. 3,13,15,20,23 y 25
3. Interferencia emocional. Acceso limitado a estrategias de regulación emocional 12,14,19 y 24
4. Desatención emocional. Dificultades en el comportamiento dirigido a un objetivo. 1,2,6,7 y 9
5. Confusión emocional. Falta de conciencia emocional. 4,5 y 8

La escala de calificación e interpretación es la siguiente:

-17 puntos (nivel bajo).

18-32 (nivel medio).

33 (nivel alto)

(Gratz y Roemer, 2004; como se citó en Camargo 2022:24).

4.4.3.3. Cuestionario de Influencia de los Modelos Estéticos Corporales (Cimec-35)

Autores: Toro, J., (1994); adaptación de Vázquez, R., Álvarez, G. y Mancilla, J. M., (2000).

Objetivo del test: Evalúa cómo influyen los modelos estéticos corporales vigentes y públicos en el individuo particular.

Técnica: Test psicométrico (Cuestionario)

Historia de creación y baremación

El instrumento utilizado para la realización del presente estudio fue el Cuestionario de Influencia de los Modelos Estéticos Corporales -CIMEC 35-, creado por Josep Toro en el año 2000; Este instrumento consta de diferentes versiones (CIMEC- 35, CIMEC- 26), concretamente el utilizado en este estudio fue el CIMEC 35, que contiene 35 ítems, divididos en 4 factores y adaptado a países de habla hispana por Vázquez, R., Álvarez, G. y Mancilla, J. M., (2000). La muestra estuvo conformada por 414 hombres y mujeres adolescentes y jóvenes cuyas edades fluctuaron entre los 15 y 25 años de edad. Asimismo, el 51.7% pertenecían a colegios y universidades públicos y el 48.3% a colegios y universidades de Guatemala.

Confiabilidad y validez: Para medir la confiabilidad, se analizó la consistencia interna de la prueba mediante el coeficiente de alpha de Cronbach. El alpha de Cronbach global hallado fue de .93, el cual indica un alto nivel de confiabilidad. Asimismo, para obtener datos sobre la capacidad discriminativa se revisaron las correlaciones ítem-test corregidas las cuales oscilaron entre .30 y .75, mostrando una buena capacidad discriminativa para medir el constructo.

Asimismo, con la finalidad de determinar evidencias de validez discriminante, se correlacionaron las puntuaciones totales y por áreas de la adaptación CIMEC y las del Body Shape Questionnaire (BSQ). Los resultados mostraron una correlación grande entre el puntaje total del BSQ y el CIMEC, tanto en el puntaje total como en el puntaje por áreas. De igual manera, las correlaciones entre el área Preocupación por el peso del BSQ y el puntaje total y por áreas del CIMEC fueron significativas y grandes. Finalmente, con el área Insatisfacción corporal

del BSQ se encontraron correlaciones significativas y grandes con el puntaje total del CIMEC y con todas las áreas, salvo con el área de Influencia de los mensajes verbales con la cual obtuvo una correlación mediana. Por todos estos datos se considera que la validez y confiabilidad del CIMEC son adecuadas.

Procedimiento de aplicación y calificación: El CIMEC se aplica a personas de ambos sexos a partir de los de 15 años. No tiene tiempo límite, aunque, en promedio, las personas tardan 20 minutos en completarlo. Los 35 ítems deben ser respondidos empleando la escala: Sí siempre = 2; Sí a veces = 1; No nunca = 0

La escala está compuesta por los siguientes factores:

Influencia de la Publicidad. Interés que despierta en el individuo la publicidad de productos adelgazantes.	14 ítems: 6,7,8,13,14,18,19,21,23,25,29,30, 31, 34
Malestar por la imagen corporal y conductas para reducción de peso. Síntomas de ansiedad al enfrentarse a situaciones que cuestionan el propio cuerpo o que propician el deseo de igualarse a los modelos sociales de delgadez obvios y sistemáticos. Este factor también incluye la práctica de restringir los alimentos por el propio sujeto.	10 ítems: 5,9,10,12,15,16,20,22,26,28
Influencia de los Modelos Estéticos corporales. Interés que despierta en la persona los cuerpos de los personajes públicos, de las/os modelos publicitarias y de las transeúntes.	6 ítems: 1,3,4,11,33,35
Influencia de las Relaciones Sociales. Presión social subjetiva experimentada en situaciones alimentarias, y a la aceptación social atribuida a la delgadez.	5 ítems: 2,17,24,27,32

Para calcular las escalas de la variable, de manera global y por dimensiones, se procedió a “multiplicar el número de ítems por el valor numérico mayor y menor asignado a los mismos (en este caso de 0 a 2), con el fin de obtener punteos del mínimo y máximo, respectivamente. Para obtener el punteo medio, se calcula el promedio de los productos totales obtenidos. Los rangos se forman partiendo del puntaje menor al primer puntaje medio, hasta llegar al puntaje máximo. De esta manera, se obtienen los rangos que califican la influencia que reciben las personas en: Baja, Moderada baja, Moderada alta y Alta” (Rubio, 2002, como se citó en Tagre Roldán, 2014, p. 49).

FACTOR 1. Influencia de la publicidad.

Rango	Clasificación
0-7	Baja
7.1-14	Moderada Baja
14.1-21	Moderada Alta
21.1-28	Alta

FACTOR 2. Malestar por la imagen corporal.

Rango	Clasificación
0-5	Baja
5.1-10	Moderada Baja
10.1-15	Moderada Alta
15.1-20	Alta

FACTOR 3. Influencia de modelos estéticos corporales.

Rango	Clasificación
0-3	Baja
3.1-6	Moderada Baja
6.1-9	Moderada Alta
9.1-12	Alta

FACTOR 4. Influencia de las relaciones sociales.

Rango	Clasificación
0-2.5	Baja
2.6-5	Moderada Baja
5.1-7.5	Moderada Alta
7.6-10	Alta

ESCALA GLOBAL:

Rango	Clasificación
0-20	Baja
21-40	Moderada Baja
41-60	Moderada Alta
61-80	Alta

(Datos extraídos de Tagre Roldán, 2014, pp. 51-53).

El significado de los rangos es el siguiente:

- I.** Baja: Se considera que presentan una influencia que no es relevante o significativa en relación a los modelos estéticos corporales.
- II.** Moderada baja: Similar a la influencia Baja; sin embargo, ya presentan una influencia que se considera más acentuada.
- III.** Moderada alta: Similar a la influencia Alta; sin embargo, menos acentuada.
- IV.** Alta: Presentan una influencia que es relevante o significativa en relación a los modelos estéticos corporales.

4.4.3.4. Cuestionario de Ansiedad de Rojas

Autor: Enrique Rojas (2014)

Objetivo de Test: Evalúa los componentes cognitivos, conductual, emocional, asertivo, físico y síntomas característicos de la ansiedad.

Historia de creación y baremación

Enrique Rojas ofrece las claves para entender y aprender a enfocar el tratamiento de una de las principales afecciones contemporáneas: la ansiedad. En un momento en que cualquier análisis de la realidad descansa cada vez más sobre elementos psicológicos, resulta fundamental disponer de las herramientas básicas para afrontar este trastorno directamente relacionado con la reciente transformación de la sociedad; un cambio con sus luces y sus sombras, donde el progreso global, los grandes avances técnicos y la revolución en el ámbito de las comunicaciones —con el espectacular desarrollo de las redes sociales— conviven con elevados niveles de estrés, una competitividad creciente y exigencias sociales, profesionales y personales con frecuencia inalcanzables.

La amplia difusión de la obra de Enrique Rojas, titulada *La Ansiedad* que tuvo un gran éxito de ventas, aconseja retomar este tema con un enfoque práctico y una presentación sintética, en un libro dirigido al gran público.

Confiabilidad y Validez: La validación de las escalas y cuestionarios permite efectuar el seguimiento de la intensidad de la sintomatología, en pacientes sometidos a tratamiento y/o observación, convirtiéndolos en instrumentos imprescindibles en la práctica clínica. Destaca su capacidad de seguimiento, a través de las sucesivas aplicaciones de las pruebas facilitando el pronóstico y la selección terapéutica. En el establecimiento del diagnóstico, este tipo de pruebas son de gran interés, actuando de manera complementaria, a la entrevista clínica y a la observación del paciente, ayudando a precisar, objetivar y matizar el diagnóstico. Para este fin resultan más útiles los cuestionarios que las escalas.

Procedimiento de Aplicación: El Cuestionario es aplicable a sujetos de 12 años en adelante. Consta de 100 preguntas dividida en 5 áreas o síntomas: físicos, psíquicos, intelectuales, conductuales y asertivos. De la aplicación, se le entrega al sujeto un cuadernillo con las preguntas respectivas y una hoja de respuestas donde el sujeto tiene que elegir entre las opciones de Sí y No, en caso de elegir sí, en ese mismo ítem tiene que elegir la intensidad del síntoma presentado que se valora de 1 a 4 (donde 1 es ligero, 2 mediana intensidad, 3 intenso y 4 muy intenso); en cambio si responde NO se pasa al siguiente ítem. El llenado cuestionario tarda aproximadamente entre 30 a 45 min.

Al final se realiza la sumatoria de los puntajes y el resultado total se lo ubica en la siguiente escala:

Escala de la variable:

- Ansiedad Normal	0-9
- Ansiedad ligera	20-30
- Ansiedad moderada	31-40
- Ansiedad grave	41-50
- Ansiedad muy grave	>50

4.4.3.5. Inventario de Autoestima de Coopersmith

Autor: Stanley Coopersmith (1995).

Objetivo: Mide la autoestima en adultos.

Técnica: Inventario.

Historia de creación y baremación: Uno de los estudios clásicos acerca de la autoestima fue realizado por Coopersmith en 1967, quien trabajó con una muestra de 1947 niños de diez años a los que se les administró el Coopersmith Self-Esteem Inventory (S.E.I) y un cuestionario de

comportamiento social. En su trabajo aisló 4 factores altamente significativos para la autoestima; éstos son:

- La aceptación, preocupación y respeto recibidos por las personas, y la significación que ellos tuvieron.
- La historia de éxitos y la posición (status) que la persona tiene en la comunidad.
- La interpretación que las personas hacen de sus experiencias; como estas experiencias son modificadas por las aspiraciones y valores que ellas tienen.
- La manera que tienen las personas de responder a la evaluación.

El autor describe que el instrumento consistecomo consistente en 50 ítems referidos a las percepciones del sujeto en cuatro áreas: sus pares, padres, colegio y sí mismo.

Posteriormente, en el año 1972, se adaptó este instrumento para una población de 16 años en adelante (SEI). El Inventario de Autoestima de Coopersmith para Adultos, toma como referencia los primeros 25 ítems del primer inventario de niños. Está compuesto por 25 ítems, en los que no se encuentran incluidos ítems correspondientes a la escala de mentiras.

La prueba se encuentra diseñada para medir las actitudes valorativas con adolescentes y adultos a partir de los 16 años de edad en adelante. Los ítems se deben responder de acuerdo a si el sujeto se identifica o no con cada afirmación en términos de verdadero o falso. Los 25 ítems del inventario generan un puntaje total, así como puntajes separados en Tres áreas:

I. SÍ MISMO GENERAL: Se refiere a las actitudes que presenta el sujeto frente a su autopercepción y propia experiencia valorativa sobre sus características físicas y psicológicas.

II. SOCIAL: Se compone de ítems que describen las actitudes del sujeto en el medio social frente a sus compañeros y amigos, así como sus experiencias dentro de instituciones educativas o formativas. También abarca sus expectativas en relación a la satisfacción con su rendimiento académico o profesional.

III. FAMILIAR: Expone ítems en los que se hace referencia a las actitudes y/o experiencias en el medio familiar con relación a la convivencia.

El sujeto debe responder de acuerdo a la identificación que se tenga o no con la afirmación en términos de Verdadero (Tal como a mí) o Falso (No como a mí).

Validez y confiabilidad: El SEI ha sido validado a través de varias investigaciones en los últimos 30 años, en diferentes países latinoamericanos. Por ejemplo, se hizo una adaptación del instrumento para Chile que fue luego probada en una muestra de más de 1300 estudiantes de Enseñanza Media (más de 16 años), representativa para la comuna de Concepción. Sobre la base de los resultados obtenidos, se elaboraron luego normas de puntaje T para cada una de las escalas del Inventario y se hicieron los estudios de confiabilidad y validez. En éstos se obtuvieron coeficientes con valores entre los 0.81 y 0.93 para las diferentes escalas.

En un estudio realizado en Perú se trabajó con una muestra de 360 participantes de la Clínica Estomatológica de la UPAO de Lima Perú, mediante la cual se determinó la confiabilidad del instrumento utilizando el “Coeficiente alfa de crombach” donde el alfa obtenido fue de 0.865. Se concluyó que el test mide lo que pretende medir. El índice de fiabilidad y validez es de 0.817, evaluada con el coeficiente de Alfa de Crombach, con 25 ítems y no es necesario prescindir de ninguno.

Sobre la base de los resultados obtenidos, se elaboraron luego normas de puntaje T para cada una de las escalas del Inventario y se hicieron los estudios de confiabilidad y validez. En éstos se obtuvieron coeficientes con valores entre los 0.81 y 0.93 para las diferentes escalas. En relación al sexo, no se encontraron diferencias significativas.

Procedimiento de aplicación y calificación: Su administración es individual o colectiva y toma aproximadamente 15 minutos; aunque no hay tiempo límite y está conformado por 25 proposiciones (ítems) donde el sujeto debe responder de manera afirmativa o negativa, consta de tres sub escalas: sí mismo, social y familia. Las preguntas se deben contestar de conformidad a si el individuo se reconoce o no con cada asentimiento en términos de verdadero o falso. El material consiste en un cuadernillo de los 25 ítems y una hoja de respuestas.

La calificación se hace siguiendo cuatro plantillas perforadas que contienen la clave de respuestas, cada respuesta vale un punto; así mismo el puntaje total de autoestima resulta de la suma de los totales de las sub-escalas multiplicadas por 4 (cuatro). La calificación es un procedimiento directo, el sujeto debe responder de acuerdo a la identificación que se tenga o no con la afirmación en términos de verdadero (tal como a mi) o falso (no como a mi), donde verdadero equivale a 1 y falso equivale a 0. Los puntajes se obtienen sumando el número de ítem respondido en forma correcta (de acuerdo a la clave) y multiplicando éste por dos (4), siendo al final el puntaje máximo 100.

Clave de respuestas:

Ítems verdaderos: 1, 4, 5, 8, 9, 14, 19, 20.

Ítems falsos: 2, 3, 6, 7, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 21, 22, 23, 24, 25.

Sub Escalas:

I. Sí mismo general: (13 ÍTEMS) 1,3,4,7,10,12,13,15,18,19,23,24,25.

II. Social: (6 ITEMS) 2, 5, 8, 14, 17,21.

III. Familiar: (6 ítems) 6, 9, 11, 16, 20,22.

Escala. Categorías:

Los intervalos para cada categoría de autoestima son:

De 0 a 45 Nivel de autoestima bajo.

De 46 a 74 Nivel de autoestima promedio (moderado).

De 75 a 100 Nivel de autoestima alto.

(Coopersmith, 1995).

4.5. PROCEDIMIENTO

Las fases por las que atravesó la investigación fueron las siguientes:

Primera fase: Revisión bibliográfica para la elaboración del proyecto de investigación y corriente psicológica adoptada.

La primera fase de este estudio se centró en una revisión bibliográfica exhaustiva con el propósito de fundamentar y estructurar adecuadamente el proyecto de investigación. Durante esta etapa, se llevó a cabo una búsqueda minuciosa de la literatura científica relacionada con los trastornos de la conducta alimentaria en jóvenes, así como las teorías y enfoques psicológicos que abordan estos trastornos. La revisión bibliográfica permitió adquirir un conocimiento profundo sobre la problemática de los trastornos de la conducta alimentaria y los factores psicológicos que pueden influir en su desarrollo. Además, se exploraron diversas teorías y enfoques psicológicos que han sido utilizados para comprender estos trastornos, incluyendo la teoría de la regulación emocional, la influencia de los modelos estéticos corporales, la ansiedad y la autoestima. No se adoptó una corriente psicológica específica en este estudio, ya que se optó por utilizar instrumentos que se vinculan con las teorías respectivas de cada uno de ellos. Esto permite una evaluación integral de los factores de riesgo psicológico de los trastornos de la conducta alimentaria sin limitarse a una sola perspectiva teórica. La revisión bibliográfica proporcionó una base sólida para la elección de los instrumentos y la formulación de los objetivos de investigación.

Segunda fase: Selección de los instrumentos: La segunda fase de esta investigación se enfocó en la selección de los instrumentos de medición que se utilizarían para evaluar las variables de interés relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria en jóvenes de la ciudad de Tarija. Cada instrumento fue cuidadosamente seleccionado de acuerdo con los objetivos específicos de la investigación y las teorías psicológicas que respaldan su uso.

A continuación, se citan los instrumentos elegidos para esta investigación:

- Escala de dificultades de la regulación emocional de Gratz y Roemer, (2004). adaptación de Camargo Pastrana (2022).
- Cuestionario de influencia de los modelos estéticos corporales (CIMEC-35) de Toro (1994); Adaptación de Vázquez, R., Álvarez, G. y Mancilla, J. M., (2000)
- Cuestionario de ansiedad de Enrique Rojas (2014)
- Inventario de Autoestima de Coopersmith (1995).

Tercera fase: Realización de la prueba piloto: La tercera fase de este estudio se centró en la realización de una prueba piloto, un paso crucial en la metodología de investigación que contribuye significativamente a la calidad y validez de los datos obtenidos. Esta fase se llevó a cabo antes de aplicar los instrumentos a la muestra principal y tuvo varios propósitos fundamentales. En primer lugar, la prueba piloto permitió evaluar la claridad y comprensión de los instrumentos de medición utilizados en la investigación. Se seleccionó un grupo reducido de participantes (cinco personas elegidas al azar con características similares a la población objetivo) para administrar los cuestionarios y escalas. Esto brindó la oportunidad de identificar posibles ambigüedades, preguntas confusas o problemas de interpretación en los instrumentos, lo que permitió realizar ajustes y mejoras necesarias antes de la recolección de datos principales. En segundo lugar, la prueba piloto ayudó a estimar el tiempo requerido para completar los instrumentos, lo que facilitó la planificación de los tiempos y recursos para la fase de recolección de datos principales.

Cuarta fase: Selección de la Muestra: La cuarta fase de esta investigación se consistió en la selección de la muestra de participantes que formarían parte del estudio. A continuación, se detalla el proceso de selección de la muestra:

Tamaño de la muestra: Dado que el número total de jóvenes en la ciudad de Tarija con trastornos de la conducta alimentaria es desconocido, se optó por una muestra de conveniencia. Se seleccionaron 100 participantes para formar parte del estudio, considerando la viabilidad de la recolección de datos y los recursos disponibles. Los criterios de inclusión fueron:

- Jóvenes de entre 18 y 23 años de edad.
- Residentes de la ciudad de Tarija.
- Diagnosticados con algún trastorno de la conducta alimentaria, confirmado por profesionales de la salud mental.

Dado que no se tenía acceso a una lista completa de jóvenes con trastornos de la conducta alimentaria en Tarija, se utilizó un enfoque de selección intencional. Se contactó a través de

centros de atención médica, profesionales del área y buscando voluntarios por redes sociales que cumplieran con los criterios de inclusión.

Antes de participar en el estudio, a los jóvenes se les proporcionó información detallada sobre los objetivos de la investigación y los procedimientos. Se obtuvo de esta manera el consentimiento verbal para la colaboración en el estudio.

Quinta fase: Recolección de la Información: La quinta fase de esta investigación se orientó en la recolección de la información necesaria para llevar a cabo el estudio. Esta etapa se realizó de manera cuidadosa y sistemática para garantizar la calidad y la confiabilidad de los datos recopilados. Se aplicó los instrumentos antes indicados.

Se siguieron las instrucciones estandarizadas para administrar los diferentes instrumentos y se registraron las respuestas de los participantes siguiendo las normas establecidas por los autores. A cada persona participante se garantizó la privacidad y la confidencialidad de los datos recopilados. La información se manejó de manera confidencial, y sólo la tesista sabe la identidad de cada miembro de la muestra. Durante todo el proceso de recolección de datos, se llevó a cabo una supervisión constante para asegurarse de que se siguen los procedimientos adecuados y que los datos se registren de manera precisa.

Sexta fase: Procesamiento de la Información: La sexta fase de esta investigación se centró en el procesamiento de la información recopilada durante la fase de recolección de datos. Esta etapa es esencial para obtener resultados significativos y extraer conclusiones válidas. Todos los datos recopilados se tabularon de manera sistemática. Se crearon bases de datos electrónicos que permitieron organizar la información de manera eficiente. Se llevó a cabo una verificación exhaustiva de los datos para asegurarse de que estaban completos y sin errores.

Se realizaron comprobaciones de consistencia (mediante un comando del SPSS) y se depuraron los casos dudosos. Para analizar los datos cuantitativos obtenidos de los instrumentos estandarizados, se utilizó el programa estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). Se calcularon estadísticas descriptivas, como medias aritméticas, desviaciones

estándar, frecuencias y porcentajes. Además, se realizaron análisis inferenciales, como pruebas de evaluación y comparaciones de medias, para explorar las relaciones entre las variables y validar las hipótesis planteadas.

Los resultados obtenidos a través del análisis estadístico se interpretaron desde el marco teórico de las corrientes psicológicas adoptadas. Se examinaron las relaciones entre las variables, se buscaron patrones significativos y se extrajeron conclusiones preliminares que incluía los resultados más relevantes y las tendencias observadas en los datos. Este informe se compartió con el docente de la materia de Actividad II de quien se recibió orientación y colaboración precisa.

Séptima Fase: Redacción del Informe Final: La séptima y última fase de esta investigación se enfocó en la redacción del informe final. Este informe constituye un documento científico que presenta de manera completa y estructurada todos los aspectos relacionados con la investigación, los resultados obtenidos y las conclusiones derivadas de la misma. El informe final se estructuró siguiendo las pautas establecidas para los informes de investigación científica según reglamentos aprobados por la Carrera de Psicología. La parte central de este documento se refiere a los resultados. En esta parte del informe, se presentan los resultados obtenidos a través del análisis de datos cuantitativos y análisis interpretativo. Se incluyeron tablas y estadísticas descriptivas que ilustraron los hallazgos más relevantes.

Los resultados se organizaron conforme a los objetivos específicos de la investigación. De cada objetivo se llevó a cabo una discusión. Esta discusión se centra en la interpretación de los resultados y su relación con la literatura existente. Se analizaron las implicaciones de los hallazgos, las limitaciones del estudio y las posibles conclusiones basadas en la información recopilada. Las conclusiones se derivaron de manera lógica de los resultados y del análisis realizado. Se resumieron los hallazgos clave y se cumplieron con los objetivos de investigación planteadas al inicio del estudio.

CAPÍTULO V
PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS
RESULTADOS

5. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

En este capítulo se exponen todos los datos encontrados a través de la aplicación de los tests seleccionados y expuestos en la metodología. Dichos resultados son presentados siguiendo el orden de los objetivos específicos. En primer lugar, se presenta las variables sociodemográficas del estudio, para posteriormente exponer los resultados relacionados con cada uno de los objetivos. Este cometido implica cuadros generales, seguidos de los respectivos cruzados de variables, para culminar con una interpretación de los datos comparándolos con estudios similares realizados en otros contextos.

5.1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

Las características generales de la muestra estudiada son las siguientes:

Cuadro 1. Sexo

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	34	34,0%
Mujer	66	66,0%
Total	100	100,0%

El cuadro 1 revela que la mayoría de los participantes en la muestra son mujeres, representando el 66% del total. Los hombres constituyen el 34%, aunque son menos que las mujeres, este grupo sigue siendo significativo y permite realizar comparaciones entre sexos en las variables estudiadas.

Cuadro 2. Edad

Edad	Frecuencia	Porcentaje
18-19 años	46	46,0%
20-21 años	38	38,0%
22-23	16	16,0%
Total	100	100,0%

En el cuadro 2 se observa que casi la mitad de los participantes en la muestra (46%) se encuentra en el grupo de 18-19 años. Este grupo representa a los adolescentes que están en la transición hacia la adultez temprana, enfrentando desafíos como la entrada a la universidad, y la búsqueda

de independencia personal y social. Un 38% de los participantes tiene entre 20 y 21 años. Estos jóvenes están en una fase crítica donde las responsabilidades y las expectativas aumentan, incluyendo la continuación de estudios superiores, y la consolidación de la identidad adulta. El grupo más pequeño (16%) está compuesto por jóvenes de 22-23 años. Este grupo, aunque menor en número, representa a los jóvenes adultos que están comenzando a consolidarse en sus roles profesionales y personales, enfrentando la realidad de la adultez.

Cuadro 3. Nivel Socioeconómico

Nivel socioeconómico	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	56	56,0%
Medio	39	39,0%
Alto	5	5,0%
Total	100	100,0%

El cuadro 3 muestra que la mayoría de los participantes en la muestra (56%) pertenece al nivel socioeconómico bajo. Este grupo representa a individuos que pueden enfrentar mayores desafíos económicos, lo que podría influir en su bienestar emocional y psicológico. Un 39% de los participantes se sitúa en el nivel socioeconómico medio. Este grupo tiene acceso a más recursos en comparación con el nivel bajo. Solo un pequeño porcentaje de los participantes (5%) pertenece al nivel socioeconómico alto, sin embargo, aunque es un porcentaje bajo es representativo para el análisis.

OBJETIVO 1: EVALUAR EL NIVEL DE DIFICULTAD EN LA REGULACIÓN EMOCIONAL COMO FACTOR DE RIESGO DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Cuadro 4. Dificultades en la regulación emocional

Dificultades en la regulación emocional	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	6	6,0%
Medio	26	26,0%
Alto	68	68,0%
Total	100	100,0%

Al observar el cuadro 4 se demuestra que los jóvenes con problemas alimentarios en un 68,0% experimentan dificultades altas en la regulación emocional. Este es un hallazgo significativo, ya que la dificultad para regular las emociones está estrechamente relacionada con problemas de salud mental, como la ansiedad, la depresión y los trastornos de la conducta alimentaria. Los jóvenes que tienen problemas severos para manejar sus emociones pueden ser más propensos a desarrollar patrones de comportamiento desadaptativos, como el uso de la comida como una forma de manejar el estrés o la angustia emocional.

Durante la adolescencia existen distintos procesos que se atraviesan tanto biológicamente como psicológicamente, por ejemplo, Ruiz-Lázaro, P. M. (2010) mencionan que el cerebro y el cuerpo pasan por cambios significativos, incluyendo el desarrollo del sistema límbico (que regula las emociones) y la corteza prefrontal (responsable del control de impulsos y la toma de decisiones). Estos cambios pueden hacer que los jóvenes experimenten emociones intensas y fluctuantes, lo que dificulta su regulación. La falta de madurez en la corteza prefrontal puede contribuir a la dificultad para gestionar emociones complejas o estresantes.

Psicológicamente, los jóvenes están bajo una constante presión social para cumplir con expectativas relacionadas con la popularidad, y la apariencia física. Esta presión puede generar altos niveles de estrés y ansiedad, exacerbando las dificultades para regular las emociones. La

comparación constante con sus pares, especialmente a través de las redes sociales, puede incrementar la sensación de insuficiencia y contribuir a una mayor inestabilidad emocional.

También se debe considerar un posible entorno familiar disfuncional, caracterizado por conflictos, falta de apoyo emocional, o comunicación deficiente, puede afectar negativamente la capacidad de los jóvenes para regular sus emociones. Si los jóvenes no reciben el apoyo adecuado para manejar sus emociones en casa, es más probable que desarrollen dificultades en la regulación emocional. La mala regulación emocional puede llevar a un ciclo de refuerzo negativo, donde el uso de la comida para manejar emociones negativas a corto plazo refuerza la dependencia de esta estrategia a largo plazo. Por ejemplo, una persona que se siente aliviada al comer compulsivamente durante un episodio de estrés puede repetir esta conducta la próxima vez que se sienta estresada, perpetuando así el problema alimentario.

Según Belmonte García, L. (2017), las personas con problemas de regulación emocional suelen ser más reactivas emocionalmente a los comentarios sobre su apariencia o peso, lo que puede intensificar su deseo de cambiar su cuerpo a través de la dieta extrema, el ejercicio excesivo o la purga. La preocupación constante por el cuerpo puede llevar a conductas alimentarias desadaptativas como una forma de lidiar con la ansiedad o la inseguridad. Después de usar la comida para regular emociones, es común que surjan sentimientos de culpa, vergüenza y disminución de la autoestima, especialmente si el comportamiento es visto como un fracaso para mantener el control. Esto genera un ciclo en el que las emociones negativas posteriores alimentan la necesidad de regularse nuevamente a través de la comida, perpetuando los problemas alimentarios.

Cuadro 5. Dimensiones de la variable: dificultades en la regulación emocional

Dificultades en la regulación emocional	Rechazo emocional		Descontrol emocional		Interferencia emocional		Desatención emocional		Confusión emocional	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Bajo	12	12,0	14	14,0	13	13,0	5	5,0	12	12,0
Medio	28	28,0	37	37,0	38	38,0	32	32,0	28	28,0
Alto	60	60,0	49	49,0	49	49,0	63	63,0	60	60,0
Total	100	100,0	100	100,0	100	100,0	100	100,0	100	100,0

El cuadro 5 presenta las dimensiones de las dificultades en la regulación emocional, desglosadas en cinco subdimensiones: rechazo emocional, descontrol emocional, interferencia emocional, desatención emocional y confusión emocional.

La dimensión de desatención emocional presenta el porcentaje más alto (63%), lo que sugiere que una mayoría considerable de los jóvenes no presta suficiente atención a sus emociones. Esta falta de conciencia emocional puede impedir que estos jóvenes identifiquen y procesen adecuadamente sus emociones, lo que podría llevar a una desconexión emocional que influya negativamente en sus patrones alimentarios.

Un 60% de los jóvenes muestra altos niveles de confusión emocional, lo que indica que tienen dificultades para comprender sus emociones y las señales que éstas les envían. Esto puede crear un terreno propicio para el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria, ya que los jóvenes podrían recurrir a la comida como una forma de lidiar con esta incertidumbre emocional.

La mayoría de los jóvenes (60%) presenta un alto nivel de rechazo emocional. Esto sugiere que un gran porcentaje de la muestra tiene dificultades para aceptar sus emociones, lo cual podría llevar a una tendencia a suprimir o evitar emociones negativas, contribuyendo a

comportamientos alimentarios disfuncionales como una forma de manejo emocional inadecuado.

Casi la mitad de los jóvenes (49%) muestra un alto descontrol emocional. Este resultado indica que estos jóvenes podrían tener dificultades significativas para mantener el control sobre sus emociones, lo que puede resultar en respuestas emocionales impulsivas o extremas, aumentando el riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria como mecanismo de afrontamiento.

Un 49% de los jóvenes reporta un alto nivel de interferencia emocional, lo que implica que sus emociones afectan significativamente su vida diaria y su capacidad para funcionar adecuadamente. Este nivel de interferencia puede desencadenar comportamientos desadaptativos, como la alteración de los hábitos alimentarios, en un intento por mitigar el impacto emocional.

Según Belmonte García, L. (2017), las personas con dificultades para regular sus emociones a menudo utilizan la alimentación como una forma de aliviar emociones negativas como el rechazo emocional, descontrol emocional y confusión emocional. Comer en exceso, conocido como binge eating, puede proporcionar un alivio temporal de estas emociones, aunque a largo plazo agrava el malestar debido a la culpa y la vergüenza que suelen acompañar a estos episodios.

En otros casos, la restricción severa de la ingesta de alimentos puede ser utilizada como una forma de intentar controlar emociones que se perciben como abrumadoras. La anorexia nerviosa, por ejemplo, a menudo está relacionada con un deseo de control absoluto, donde la regulación de la comida se convierte en una manera de manejar la sensación de caos interno.

Cuadro 6. Dificultades en la regulación emocional según el sexo

Dificultades en la regulación emocional	Sexo				Total	
	Hombre		Mujer			
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Bajo	5	14,7%	1	1,5%	6	6,0%
Medio	16	47,1%	10	15,2%	26	26,0%
Alto	13	38,2%	55	83,3%	68	68,0%
Total	34	100,0%	66	100,0%	100	100,0%

El cuadro 6 presenta la distribución de las dificultades en la regulación emocional según el sexo. Un porcentaje muy elevado (83,3%) de mujeres presenta dificultades altas en la regulación emocional. Esto sugiere que las mujeres en la muestra tienen significativamente más dificultades para manejar sus emociones en comparación con los hombres. Aunque menos significativo que en mujeres, un 38,2% de los hombres también presenta dificultades altas en la regulación emocional, lo que indica que este es un problema relevante, aunque menos prevalente en comparación con las mujeres. Casi la mitad de los hombres (47,1%) presenta dificultades medias en la regulación emocional, lo que podría indicar que, aunque no tan extremas como en las mujeres, las dificultades emocionales están presentes.

Las mujeres jóvenes en la muestra experimentan significativamente más dificultades en la regulación emocional en comparación con los hombres. La alta prevalencia de dificultades emocionales en mujeres podría estar relacionada con factores como la presión social, los roles de género, y la tendencia a internalizar problemas emocionales. Esta situación podría poner a las mujeres en un mayor riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria, dado que una mala regulación emocional es un factor de riesgo clave. Por otro lado, aunque los hombres también muestran dificultades en la regulación emocional, estas tienden a ser menos extremas.

Las mujeres suelen experimentar fluctuaciones hormonales más pronunciadas debido a su ciclo menstrual, lo que puede influir en su regulación emocional. Estas fluctuaciones pueden

aumentar la sensibilidad emocional y la reactividad, contribuyendo a mayores dificultades para gestionar las emociones.

A su vez, las mujeres están expuestas a una mayor presión para cumplir con estándares sociales de belleza y comportamiento. La sociedad a menudo espera que las mujeres sean más emocionalmente expresivas, lo que puede hacerlas más vulnerables a experimentar dificultades emocionales. Además, las expectativas de perfección en áreas como la apariencia física y el rendimiento social pueden aumentar el estrés y la ansiedad, exacerbando los problemas de regulación emocional.

En contraste, los hombres, aunque también enfrentan presiones sociales, a menudo son socializados para no expresar vulnerabilidad emocional. Esta represión puede llevar a dificultades emocionales que no se expresan de manera visible, pero que aún afectan su bienestar emocional. Sin embargo, los hombres que enfrentan estas dificultades pueden tener menos recursos o apoyo para manejarlas debido a normas culturales que desalientan la búsqueda de ayuda.

Para Belmonte García, L. (2017) Las mujeres están expuestas a una presión social más intensa para cumplir con estándares de belleza inalcanzables, lo que puede intensificar los problemas de regulación emocional y conducir a trastornos alimentarios. Los medios de comunicación y la cultura popular a menudo promueven ideales de delgadez extrema para las mujeres, lo que refuerza la asociación entre la apariencia física y el valor personal. En este contexto, la mala regulación emocional puede hacer que las mujeres utilicen la restricción alimentaria, la purga o el atracón como formas de afrontar la presión social.

Los hombres, por otro lado, pueden enfrentar normas de masculinidad que desalientan la expresión de emociones vulnerables y promueven la fortaleza y la independencia. Esto puede llevar a una desregulación emocional que se manifiesta de manera diferente a la de las mujeres; los hombres pueden ser más propensos a utilizar el ejercicio físico excesivo como una forma de regulación emocional, lo que puede llevar a trastornos como la vigorexia, en lugar de los trastornos alimentarios típicos observados en las mujeres.

Cuadro 7. Dificultades en la regulación emocional según la edad

Dificultades en la Regulación Emocional	Edad						Total	
	18-19 años		20-21 años		22-23 años			
	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%
Bajo	4	8,7%	2	5,3%	0	0,0%	6	6,0%
Medio	12	26,1%	9	23,7%	5	31,3%	26	26,0%
Alto	30	65,2%	27	71,1%	11	68,8%	68	68,0%
Total	46	100,0%	38	100,0%	16	100,0%	100	100,0%

Los resultados del cuadro 7 indican una alta prevalencia de dificultades en la regulación emocional en todos los grupos de edad, con un énfasis particular en los jóvenes de 20-21 años, quienes presentan el mayor porcentaje de dificultades altas (71,1%).

Durante la adolescencia tardía y la adultez temprana, los individuos experimentan importantes cambios biológicos, cognitivos, y sociales. Este es un periodo donde se consolida la identidad personal y social, y se asumen nuevas responsabilidades, como la entrada a la universidad, la búsqueda de empleo, o la independencia económica y emocional. Estos cambios pueden generar un alto nivel de estrés y ansiedad, lo que podría explicar por qué los adolescentes y jóvenes adultos en este grupo etario muestran mayores dificultades en la regulación emocional. Durante la adolescencia, las estrategias de afrontamiento suelen ser menos desarrolladas, lo que lleva a una mayor dependencia de mecanismos desadaptativos como la alimentación emocional. Estos cambios pueden generar un alto nivel de estrés y ansiedad, lo que podría explicar por qué los jóvenes muestran mayores dificultades en la regulación emocional y a su vez desarrollen problemas en las conductas alimentarias.

Según Llofri Maria Antònia (2023), la incapacidad para regular adecuadamente las emociones en esta etapa puede estar relacionada con un proceso de socialización que no ha enfatizado suficientemente el desarrollo de habilidades emocionales. Muchos jóvenes pueden haber sido socializados para priorizar el éxito académico o profesional sobre el bienestar emocional, lo que

resulta en una falta de herramientas adecuadas para manejar los desafíos emocionales complejos que surgen en la adultez temprana.

Además, factores contextuales como la presión por cumplir con estándares estéticos, la influencia de las redes sociales, y la comparación constante con pares pueden jugar un papel crucial en la exacerbación de las dificultades emocionales. Los jóvenes adultos, especialmente aquellos en sus primeros años de la veintena, son particularmente susceptibles a estas influencias, lo que puede intensificar las dificultades para manejar las emociones negativas. La combinación de estas presiones externas y la inmadurez emocional puede crear un entorno donde las dificultades en la regulación emocional se vuelven más pronunciadas.

Cuadro 8. Dificultades en la regulación emocional según el nivel socioeconómico

Dificultades en la Regulación Emocional	Nivel Socioeconómico						Total	
	Bajo		Medio		Alto			
	fr	%	fr	%	fr	%	Fr	%
Bajo	0	0,0%	4	10,3%	2	40,0%	6	6,0%
Medio	14	25,0%	9	23,1%	3	60,0%	26	26,0%
Alto	42	75,0%	26	66,7%	0	0,0%	68	68,0%
Total	56	100,0%	39	100,0%	5	100,0%	100	100,0%

El 75,0% de los jóvenes con nivel socioeconómico bajo presenta dificultades altas en la regulación emocional. Este elevado porcentaje podría estar relacionado con el hecho de que los jóvenes de este grupo suelen enfrentar múltiples factores estresantes, como la inseguridad económica y la falta de recursos. Estas circunstancias pueden generar un entorno de alto estrés que dificulta la capacidad de manejar las emociones de manera efectiva.

Los jóvenes con un nivel socioeconómico medio 66,7% también muestran un alto nivel de dificultades emocionales, aunque en un grado ligeramente menor que aquellos en el nivel bajo; estos jóvenes aún enfrentan presiones relacionadas con la estabilidad económica y social, lo que afecta su capacidad para regular sus emociones. Un 60,0% de los jóvenes experimenta dificultades medias, lo que sugiere que, aunque tienen mejores recursos para manejar el estrés

emocional, aún enfrentan desafíos, posiblemente relacionados con expectativas altas o presiones sociales específicas de su entorno.

Un 40,0% de jóvenes en el nivel socioeconómico alto muestra dificultades bajas, lo que podría estar relacionado con un entorno más favorable para el desarrollo emocional. Estos jóvenes probablemente tienen acceso a educación de calidad y apoyo familiar.

Los resultados sugieren que el nivel socioeconómico tiene un impacto considerable en la capacidad de los jóvenes para regular sus emociones. Aquellos en niveles socioeconómicos bajos y medios parecen estar en desventaja en términos de manejo emocional, lo que podría deberse a la acumulación de factores estresantes crónicos, como la inestabilidad financiera, la inseguridad laboral de los padres, y la exposición a entornos de alto riesgo.

Los jóvenes en niveles socioeconómicos bajos pueden estar expuestos a un estrés constante desde una edad temprana, lo que puede interferir con el desarrollo de habilidades de regulación emocional. La literatura en psicología del desarrollo sugiere que el estrés prolongado durante la infancia y la adolescencia puede afectar negativamente el funcionamiento del sistema nervioso central, particularmente en áreas del cerebro responsables del manejo emocional, como la amígdala y la corteza prefrontal. Esto puede llevar a una mayor reactividad emocional y una menor capacidad para controlar las respuestas emocionales intensas. Es importante tener en cuenta que las personas con un nivel socioeconómico bajo viven en una continua presión por mejorar su calidad de vida. Además, enfrentan la presión de ser individuos más atractivos, asociando esto con pertenecer a un nivel socioeconómico alto. Esto puede llevarlos a presionarse más para alcanzar un determinado estereotipo de belleza, lo que podría resultar en prácticas inadecuadas para lograr este fin como es las malas conductas alimentarias.

Para Llofriu Maria Antònia (2023), las familias en situación de pobreza pueden enfrentar altos niveles de estrés debido a la inseguridad financiera, lo que puede crear un entorno inestable para los niños y jóvenes. Este entorno puede dificultar el desarrollo de una regulación emocional saludable, ya que los recursos familiares para brindar apoyo emocional pueden ser limitados. Los jóvenes en estas situaciones pueden recurrir a la comida como una fuente de consuelo en

un entorno impredecible. Es posible que puedan enfrentar discriminación y estigma, tanto dentro como fuera de sus comunidades. Esta discriminación puede afectar negativamente su autoestima y autoimagen, exacerbando las dificultades emocionales y aumentando la probabilidad de desarrollar problemas alimentarios como una forma de lidiar con la presión externa. La percepción de que sus circunstancias no cambiarán, o la falta de oportunidades para mejorar su situación, puede generar sentimientos de desesperanza y en este contexto puede llevar a comportamientos autodestructivos relacionados con la alimentación, como el atracón o la restricción alimentaria extrema.

OBJETIVO 2: ANALIZAR LA INFLUENCIA DEL MODELO ESTÉTICO CORPORAL COMO FACTOR DE RIESGO DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Cuadro 9. Influencia de los modelos estéticos corporales

Influencia de los modelos estéticos corporales	Frecuencia	Porcentaje
Baja	0	0,0%
Moderada baja	10	10,0%
Moderada alta	50	50,0%
Alta	40	40,0%
Total	100	100,0%

El Cuadro 9 muestra que un 40% de los jóvenes encuestados reporta una alta influencia de los modelos estéticos corporales. Estos jóvenes sienten una fuerte presión por adaptarse a los estándares estéticos que prevalecen en la sociedad. En un contexto donde los ideales de belleza son frecuentemente inalcanzables o poco realistas, esta alta influencia puede contribuir significativamente a la insatisfacción corporal y, consecuentemente, al desarrollo de comportamientos alimentarios desordenados como una manera de intentar alcanzar esos ideales. La mayoría de los jóvenes (50%) reporta una influencia moderadamente alta de los modelos estéticos corporales. Este dato refuerza la idea de que los jóvenes están constantemente expuestos y son sensibles a estos modelos, aunque no todos lo experimentan con la misma

intensidad. Este grupo podría estar en una situación de riesgo considerable, ya que, aunque la influencia no es extremadamente alta, aún es lo suficientemente significativa como para afectar sus percepciones corporales y sus comportamientos relacionados con la alimentación.

Desde una perspectiva psicológica, los resultados reflejan la fuerte presión que los modelos estéticos corporales ejercen sobre los jóvenes. En la actualidad, los medios de comunicación y las redes sociales juegan un papel central en la difusión de ideales de belleza que son a menudo inalcanzables para la mayoría de las personas. Estos modelos promueven una imagen corporal idealizada, que suele asociarse con la delgadez extrema, la musculatura definida, o ciertas proporciones corporales específicas.

Para Saavedra Ninoska (2015), los adolescentes, en su búsqueda de identidad y aceptación social, son particularmente susceptibles a estas influencias. Durante la adolescencia, la imagen corporal se convierte en un aspecto crucial de la autoestima y el autoconcepto. La comparación constante con estos ideales inalcanzables puede generar una insatisfacción corporal crónica, que es un factor de riesgo bien documentado para el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria. Además, la internalización de estos modelos estéticos puede llevar a comportamientos desadaptativos, como dietas extremas, ejercicio compulsivo, o el uso de productos para alterar la apariencia física. Estos comportamientos son intentos de conformarse a los estándares percibidos, pero a menudo resultan en una mayor frustración y daño emocional, contribuyendo al desarrollo de trastornos alimentarios.

Cuadro 10. Dimensiones de la variable: Influencia de los modelos estéticos corporales

Influencia de los modelos estéticos corporales	Influencia de la publicidad.		Malestar por la imagen corporal y conductas para reducción de peso.		Influencia de los modelos estéticos corporales públicos		Influencia de las relaciones sociales	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Baja	18	18,0	0	0,0	10	10,0	0	0,0
Moderada baja	10	10,0	0	0,0	17	17,0	3	3,0
Moderada alta	37	37,0	55	55,0	9	9,0	56	56,0
Alta	35	35,0	45	45,0	64	64,0	41	41,0
Total	100	100,0	100	100,0	100	100,0	100	100,0

El cuadro 10 detalla las dimensiones específicas de la influencia de los modelos estéticos corporales. En la dimensión Influencia de la Publicidad, un total de 72% de los jóvenes reporta una influencia moderada alta (37,0%) o alta (35,0%) de la publicidad en su percepción de los modelos estéticos corporales. La publicidad, especialmente en medios visuales como televisión, internet, y redes sociales, presenta consistentemente imágenes idealizadas que promueven estándares de belleza poco realistas. La repetición constante de estos mensajes puede llevar a una internalización de estos ideales, contribuyendo a la insatisfacción corporal y, en consecuencia, a comportamientos desordenados relacionados con la alimentación.

Un 55,0% presenta un nivel moderado alto y 45,0% alto, es decir los jóvenes experimentan algún nivel de malestar por su imagen corporal, con la mayoría reportando un malestar moderado alto o alto. Este es un indicador alarmante, ya que muestra que todos los participantes están afectados por preocupaciones sobre su cuerpo, siendo un factor de riesgo directo para desarrollar trastornos de la conducta alimentaria. La relación entre la insatisfacción corporal y los intentos para reducir el peso (como dietas restrictivas y ejercicio excesivo) y estos

comportamientos son a menudo intentos desesperados por alcanzar el ideal corporal promovido socialmente.

La mayoría de los jóvenes señala que los modelos estéticos públicos (celebridades, influencers, figuras mediáticas) tienen una alta influencia (64,0%) en su percepción de la belleza corporal. Estos individuos suelen ser representados en los medios como paradigmas de éxito y atractivo, lo que refuerza la idea de que alcanzar un cuerpo similar es deseable y necesario para ser aceptado socialmente. Esta influencia puede llevar a los jóvenes a comparar su propio cuerpo con el de estas figuras públicas, resultando en insatisfacción y conductas alimentarias desadaptativas.

Un 97% de los jóvenes percibe que sus relaciones sociales tienen una influencia moderada alta (56,0%) y Alta (41,0%) en su percepción del cuerpo. Las interacciones con amigos, familiares y compañeros pueden reforzar o desafiar los ideales de belleza internalizados. Comentarios sobre el peso, la apariencia o la forma física, así como la presión para cumplir con ciertos estándares dentro de grupos sociales, pueden intensificar la insatisfacción corporal y la propensión a adoptar conductas alimentarias peligrosas.

Los resultados reflejan un panorama donde múltiples fuentes de influencia de publicidad, figuras públicas y relaciones sociales confluyen para moldear la percepción de los jóvenes sobre la belleza corporal. Esta convergencia crea un entorno en el que es difícil escapar de los mensajes que refuerzan un ideal corporal específico, lo que puede llevar a una internalización profunda de estos estándares.

Para Saavedra Ninoska (2015) la adolescencia es un periodo de desarrollo crítico en el que los jóvenes buscan conformarse y ser aceptados por sus pares. La presión para cumplir con los estándares estéticos, que son omnipresentes en la publicidad y reforzados por figuras públicas y relaciones sociales, puede llevar a una disonancia entre la realidad corporal de los jóvenes y los ideales inalcanzables que perciben. Esta disonancia a menudo resulta en una autoimagen negativa, insatisfacción corporal, y el uso de métodos insalubres para intentar cambiar el cuerpo, como dietas extremas, ejercicio compulsivo, o incluso conductas purgativas.

Cuadro 11. Influencia de los modelos estéticos corporales según el sexo

Influencia de los Modelos Estéticos Corporales	Sexo				Total	
	Hombre		Mujer			
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Baja	0	0%	0	0%	0	0%
Moderada Baja	9	26,5%	1	1,5%	10	10,0%
Moderada Alta	16	47,1%	34	51,5%	50	50,0%
Alta	9	26,5%	31	47,0%	40	40,0%
Total	34	100,0%	66	100,0%	100	100,0%

El cuadro 11 presenta que las mujeres en un 47,0% de las mujeres reportan una alta influencia de los modelos estéticos corporales, lo que indica que las mujeres en la muestra son significativamente más susceptibles a la presión de conformarse con los ideales estéticos promovidos en la sociedad. Este resultado sugiere psicológicamente que las mujeres, en general, son más vulnerables a los mensajes de los medios y la cultura que dictan estándares de belleza específicos, lo que puede llevar a una mayor insatisfacción corporal y comportamientos de riesgo como dietas extremas o trastornos alimentarios.

Un porcentaje considerablemente menor de hombres (26,5%) reporta una alta influencia, lo que refleja que, aunque los hombres también están sujetos a presiones estéticas, la intensidad de esta influencia es menor en comparación con las mujeres. Sin embargo, este grupo no debe ser ignorado, ya que un cuarto de los hombres también siente una fuerte presión para conformarse a los estándares corporales.

La mayoría de las mujeres (51,5%) experimenta una influencia moderada alta, lo que refuerza la idea de que la mayoría de las mujeres en la muestra están expuestas y afectadas significativamente por los modelos estéticos corporales, aunque no necesariamente en el grado más extremo.

Un 47,1% de varones también reporta una influencia moderada alta, lo que sugiere que, aunque la influencia es algo menor que en las mujeres, sigue siendo relevante. Los hombres pueden estar más expuestos a ideales corporales que enfatizan la musculatura, la fuerza, y la delgadez, lo que también puede afectar su autopercepción y comportamiento.

Según Saavedra Ninoska (2015) las diferencias en cómo los modelos estéticos corporales afectan a hombres y mujeres recaen en expectativas de género arraigadas a la cultura. Las mujeres, desde edades tempranas, suelen estar expuestas a una mayor cantidad de mensajes que refuerzan un ideal corporal específico, a menudo irrealista y extremadamente delgado. La internalización de estos mensajes puede llevar a una constante autoevaluación y comparación con estos estándares, lo que resulta en una mayor insatisfacción corporal y una mayor influencia de estos modelos. Para los hombres, aunque la presión estética puede no ser tan intensa como para las mujeres, sigue siendo significativa, especialmente en la cultura actual, donde se enfatiza la musculatura, la fuerza física, y la delgadez.

La presión para cumplir con estos estándares también puede llevar a la insatisfacción corporal, aunque los hombres pueden ser socializados para expresar menos preocupación por su apariencia, lo que podría explicar la menor proporción de hombres que reportan una alta influencia.

Cuadro 12. Influencia de los modelos estéticos corporales según la edad

Influencia de los Modelos Estéticos Corporales	Edad						Total	
	18-19 años		20-21 años		22-23 años			
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Baja	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Moderada Baja	5	10,9%	2	5,3%	3	18,8%	10	10,0%
Moderada Alta	21	45,7%	20	52,6%	9	56,3%	50	50,0%
Alta	20	43,5%	16	42,1%	4	25,0%	40	40,0%
Total	46	100,0%	38	100,0%	16	100,0%	100	100,0%

El cuadro 12 muestra la influencia de los modelos estéticos corporales en los grupos de 18-19 años con un 43,5% y los de 20-21 años con un 42,1% lo cual refleja un nivel similar de alta influencia de los modelos estéticos corporales. Esto sugiere que, durante la transición de la adolescencia a la adultez temprana, la presión para conformarse con los estándares estéticos es particularmente intensa. Este periodo es crítico en términos de desarrollo de la identidad y autoconcepto, y la alta exposición a los modelos estéticos a través de medios de comunicación, redes sociales, y relaciones sociales puede llevar a una mayor internalización de estos ideales.

Los jóvenes de 22-23 años (25,0%) muestran una influencia alta menor en comparación con los grupos más jóvenes, lo cual sigue siendo significativo. A medida que los individuos en este grupo de edad se acercan más a la adultez plena, es posible que desarrollen una mayor resiliencia o habilidades de afrontamiento que les permitan resistir mejor la presión de los modelos estéticos corporales.

Por otro lado, se evidencia que los participantes de 18-19 años en un 45,7%, los de 20-21 años un 52,6%, y los de 22-23 años en un 56,3% muestran una influencia moderada alta, lo que indica que, independientemente de la edad, los adolescentes y jóvenes adultos están significativamente afectados por los modelos estéticos corporales. La alta proporción en cada grupo sugiere que la presión estética es una constante en estos años formativos, aunque podría estar acompañada de una creciente conciencia crítica con la edad.

Saavedra Ninoska (2015) sostiene que la influencia de los modelos estéticos corporales puede variar según la edad debido a la interacción entre el desarrollo cognitivo y emocional, y las expectativas sociales. Durante la adolescencia, los individuos suelen estar en la cúspide de la búsqueda de identidad y aceptación social, por lo que en este periodo en el que la autoimagen y la percepción de cómo los demás ven a uno mismo son extremadamente importantes, aumentando la vulnerabilidad a la influencia de los modelos estéticos.

Se puede inferir que a medida que los jóvenes avanzan hacia los 20-21 años, la presión estética sigue siendo alta, pero puede estar acompañada por un inicio de independencia y una creciente

conciencia de las limitaciones y consecuencias de intentar alcanzar los ideales corporales promovidos socialmente. Sin embargo, la falta de experiencia de vida y de desarrollo completo de habilidades de afrontamiento puede hacer que la influencia siga siendo significativa.

Para los jóvenes adultos de 22-23 años, aunque la influencia sigue presente, es posible que hayan desarrollado un mayor sentido de sí mismos y una mejor capacidad para cuestionar y resistir los modelos estéticos, especialmente si han tenido experiencias que refuercen la diversidad corporal y la aceptación personal. Sin embargo, aquellos que siguen reportando una alta influencia pueden estar en situaciones de mayor vulnerabilidad emocional o social, lo que requiere atención.

Cuadro 13. Influencia de los modelos estéticos corporales en relación al nivel socioeconómico

Influencia de los Modelos Estéticos Corporales	Nivel Socioeconómico							
	Bajo		Medio		Alto		Total	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Baja	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Moderada Baja	2	3,6%	8	20,5%	0	0,0%	10	10,0%
Moderada Alta	22	39,3%	23	59,0%	5	100,0%	50	50,0%
Alta	32	57,1%	8	20,5%	0	0,0%	40	40,0%
Total	56	100,0%	39	100,0%	5	100,0%	100	100,0%

El cuadro 13 presenta la influencia de los modelos estéticos corporales según el nivel socioeconómico. La mayoría de los jóvenes con un nivel socioeconómico bajo (57,1%) reporta una alta influencia de los modelos estéticos corporales. Este grupo parece estar particularmente vulnerable a la presión estética, lo que podría deberse a una menor exposición a mensajes que promueven la diversidad corporal o a una mayor dependencia de los medios de comunicación masivos que tienden a promover estándares de belleza idealizados.

La mayoría de los jóvenes en el nivel socioeconómico medio (59,0%) reporta una influencia moderada alta, lo que sugiere que, aunque tienen acceso a más recursos que podrían reducir esta influencia, siguen estando significativamente afectados por los modelos estéticos corporales.

Todos (100,0%) los jóvenes en el nivel socioeconómico alto reportan una influencia moderada alta. Esto sugiere que, aunque no experimentan la influencia en su grado más extremo, siguen siendo conscientes y afectados por los ideales estéticos. Sin embargo podrían tener mayor capacidad para gestionar esta presión. Ninguno de los jóvenes en el nivel socioeconómico alto reporta una alta influencia, lo que podría sugerir que este grupo tiene más herramientas y recursos para resistir la presión de los modelos estéticos corporales, posiblemente debido a una educación más crítica o un entorno social que valora más la diversidad y la autoaceptación.

Saavedra Ninoska (2015) establece que el nivel socioeconómico puede influir en la susceptibilidad a los modelos estéticos corporales. Los jóvenes de nivel socioeconómico bajo parecen ser los más vulnerables, probablemente debido a una combinación de factores como el acceso limitado a recursos que promuevan la diversidad corporal, una mayor exposición a medios de comunicación que perpetúan ideales de belleza inalcanzables, y un entorno social que podría reforzar estos ideales.

Los jóvenes de nivel socioeconómico medio muestran una mezcla de susceptibilidad, con una mayoría afectada de manera moderada alta, lo que sugiere que, a pesar de tener mejor educación, todavía están significativamente expuestos y afectados por los modelos estéticos.

Por otro lado, los jóvenes de nivel socioeconómico alto, parecen ser capaces de evitar la influencia en su grado más extremo. Esto podría deberse a una mayor exposición a educación crítica sobre los medios, un entorno social que valora la diversidad, y acceso a recursos que fomentan una autoestima saludable y una imagen corporal positiva.

OBJETIVO 3: VALORAR LA ANSIEDAD COMO FACTOR DE RIESGO DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Cuadro 14. Ansiedad

Ansiedad	Frecuencia	Porcentaje
Normal	8	8,0%
Ansiedad ligera	7	7,0%
Ansiedad moderada	18	18,0%
Ansiedad grave	54	54,0%
Ansiedad muy grave	13	13,0%
Total	100	100,0%

En el Cuadro 14 se observan los niveles de ansiedad en los jóvenes como un factor de riesgo para los trastornos de la conducta alimentaria. Más de la mitad de los jóvenes encuestados (54,0%) presenta niveles de ansiedad grave. Este es el porcentaje más significativo y sugiere que una gran parte de la muestra está experimentando un alto grado de malestar emocional. Desde una perspectiva de Rojas, E. (1995), la ansiedad grave está asociada con síntomas intensos como preocupación constante, tensión física, y dificultades para concentrarse, lo que puede aumentar la vulnerabilidad de los jóvenes, entonces se puede decir que pueden desarrollar trastornos de la conducta alimentaria.

La ansiedad grave puede llevar a utilizar la alimentación como un mecanismo de control o como una forma de lidiar con la angustia, lo que a su vez puede desencadenar o agravar comportamientos alimentarios desordenados.

La prevalencia de ansiedad grave y muy grave en la muestra puede estar relacionada con varios factores característicos de la adolescencia. Este periodo de la vida está marcado por numerosos cambios biológicos, sociales y emocionales que pueden generar altos niveles de estrés y preocupación. Los jóvenes enfrentan desafíos como la presión académica, la formación de la identidad, la presión de los pares y las expectativas familiares, todos los cuales pueden contribuir al desarrollo de ansiedad.

Desde una perspectiva cognitivo-conductual, los jóvenes con ansiedad tienden a tener patrones de pensamiento negativos o distorsionados, como la preocupación excesiva por el futuro o la percepción de las situaciones como más amenazantes de lo que realmente son. Estos patrones pueden hacer que busquen formas de controlar su entorno, y una manera en la que pueden intentar ejercer ese control es a través de su alimentación. Por ejemplo, restringir la ingesta de alimentos o adoptar dietas extremas puede darles una sensación de control en medio de una situación que perciben como caótica o amenazante. Además, la ansiedad está fuertemente relacionada con la percepción corporal y la autoimagen. Los jóvenes que experimentan altos niveles de ansiedad pueden ser más propensos a desarrollar una imagen corporal negativa, lo que puede llevar a comportamientos alimentarios desordenados como una forma de lidiar con su insatisfacción y angustia. (Yáñez Garvizu Gabriela ,2017).

Cuadro 15. Dimensiones de la variable

Ansiedad	Síntomas físicos		Síntomas psíquicos		Síntomas cognitivos		Síntomas asertivos		Síntomas conductuales	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Normal	16	16,0%	9	9,0%	8	8,0%	9	9,0%	11	11,0%
Ansiedad ligera	20	20,0%	10	10,0%	6	6,0%	5	5,0%	16	16,0%
Ansiedad moderada	46	46,0%	16	16,0%	12	12,0%	16	16,0%	24	24,0%
Ansiedad grave	15	15,0%	11	11,0%	19	19,0%	20	20,0%	47	47,0%
Ansiedad muy grave	3	3,0%	54	54,0%	55	55,0%	50	50,0%	2	2,0%
Total	100	100,0%	100	100,0%	100	100,0%	100	100,0%	100	100,0%

El cuadro 15 permite apreciar que más de la mitad (55,0%) de los jóvenes reporta síntomas cognitivos en un nivel de ansiedad muy grave, lo que incluye pensamientos intrusivos, preocupación excesiva, y dificultades para concentrarse. Estos síntomas cognitivos pueden

predisponer a los jóvenes a trastornos alimentarios, ya que los pensamientos negativos sobre el cuerpo y la comida pueden convertirse en obsesiones que llevan a conductas alimentarias disfuncionales.

Un alto porcentaje (54,0%) de jóvenes reporta síntomas psíquicos en un nivel de ansiedad muy grave, lo que sugiere que la angustia emocional, como el miedo, la desesperanza, y el desbordamiento emocional, es extremadamente intensa en este grupo. Este nivel de malestar psíquico puede estar fuertemente relacionado con comportamientos alimentarios disfuncionales, ya que los jóvenes pueden recurrir a estos comportamientos como una forma de escapar o manejar su sufrimiento emocional.

Los síntomas asertivos muestran una ansiedad muy grave (50,0%), que podrían reflejar dificultades en la expresión adecuada de emociones o necesidades, los cuales son reportados como muy graves o graves por los jóvenes. La dificultad para ser asertivo puede llevar a una acumulación de frustración y estrés, que a su vez puede contribuir al desarrollo de comportamientos alimentarios desordenados como una forma de expresión o control.

Casi la mitad de los jóvenes (47,0%) reporta síntomas conductuales en un nivel de ansiedad grave, lo que incluye comportamientos como inquietud, evitación de situaciones sociales, o compulsiones. Estos síntomas conductuales pueden estar directamente relacionados con la manifestación de trastornos alimentarios, donde el control de la comida y el peso se convierte en un comportamiento central.

Los jóvenes presentan síntomas físicos en un nivel de ansiedad moderada (46,0%), lo que sugiere que los síntomas físicos (como palpitaciones, sudoración, tensión muscular) son comunes en este grupo, pero no necesariamente incapacitantes. Sin embargo, estos síntomas aún pueden contribuir a un malestar significativo que podría llevar a conductas alimentarias desordenadas como una forma de controlar o aliviar estas sensaciones físicas.

Desde una perspectiva psicológica, los resultados indican que la ansiedad afecta a los jóvenes en múltiples dimensiones, cada una de las cuales contribuye de manera diferente al riesgo de

desarrollar trastornos de la conducta alimentaria. Los síntomas psíquicos y cognitivos parecen ser los más intensos, que podrían estar relacionados con la naturaleza rumiativa de la ansiedad, donde los pensamientos negativos se vuelven dominantes y difíciles de controlar. Estos pensamientos pueden girar en torno a la autoimagen, la comida, y la percepción de control, aspectos todos ellos críticos en los trastornos alimentarios. Los síntomas asertivos y conductuales también son relevantes, ya que reflejan cómo la ansiedad puede influir en la forma en que los jóvenes interactúan con su entorno. La falta de asertividad y los comportamientos evitativos pueden llevar a un ciclo de aislamiento social y autoexigencia, exacerbando la ansiedad y promoviendo comportamientos alimentarios desordenados como una forma de autoafirmación o control.

Cuadro 16. Ansiedad según el sexo

Ansiedad	Sexo				Total	
	Hombre		Mujer			
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Ansiedad Normal	7	20,6%	1	1,5%	8	8,0%
Ansiedad Ligera	4	11,8%	3	4,5%	7	7,0%
Ansiedad Moderada	11	32,4%	7	10,6%	18	18,0%
Ansiedad Grave	9	26,5%	45	68,2%	54	54,0%
Ansiedad muy Grave	3	8,8%	10	15,2%	13	13,0%
Total	34	100,0%	66	100,0%	100	100,0%

El cuadro 16 presenta la distribución de los niveles de ansiedad según el sexo, con un análisis detallado de cómo esta variable se distribuye entre hombres y mujeres. A continuación, se realiza un análisis exhaustivo de los resultados y sus posibles implicaciones psicológicas.

Un porcentaje significativamente alto (68,2%) de mujeres experimenta ansiedad grave, lo que sugiere que este grupo está particularmente afectado por niveles altos de ansiedad. Este alto nivel de ansiedad puede estar relacionado con la presión social y las expectativas que enfrentan las mujeres, tanto en términos de rendimiento académico y profesional como en la conformidad con los estándares sociales de belleza. Este nivel de ansiedad es un factor de riesgo importante

para el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria, ya que puede llevar a comportamientos desadaptativos en un intento por manejar el malestar emocional. Aunque en menor proporción que las mujeres, una parte considerable (26,5%) de hombres también experimenta ansiedad grave. Esto indica que, pese a que la ansiedad grave es más prevalente entre las mujeres, los hombres también están en riesgo, aunque las manifestaciones y las causas de su ansiedad pueden diferir.

Una mayor proporción de hombres presenta ansiedad moderada (32,4%), lo que podría sugerir que, aunque los hombres experimentan menos ansiedad grave que las mujeres, aún enfrentan niveles significativos de estrés y malestar emocional. Este nivel de ansiedad podría estar relacionado con la presión social para cumplir con roles masculinos tradicionales, que pueden limitar la expresión de vulnerabilidad.

Las diferencias en los niveles de ansiedad entre hombres y mujeres pueden ser explicadas por una combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales. Las mujeres, a menudo, están más expuestas a expectativas sociales duales: el rendimiento en múltiples áreas (académica, profesional y social) y la conformidad con ideales estéticos poco realistas. Estas expectativas pueden contribuir a la internalización de estrés y ansiedad, que luego se manifiesta en niveles más altos de ansiedad grave y muy grave.

Según Rojas, E. (1995) las mujeres suelen ser socializadas para ser más conscientes y expresivas respecto a sus emociones, lo que puede hacer que se sientan más abrumadas por la ansiedad. Por otro lado, los hombres pueden ser socializados para suprimir o no reconocer sus emociones, lo que podría explicar la menor prevalencia de ansiedad grave, aunque no necesariamente una menor experiencia de malestar. Por otro lado, la ansiedad en los hombres, aunque menos prevalente en niveles graves, sigue siendo significativa. La presión para conformarse con normas de masculinidad tradicionales, que desalientan la vulnerabilidad y la expresión de emociones, puede contribuir a la ansiedad, pero su manifestación puede ser diferente, como a través de la irritabilidad o la evitación, en lugar de los síntomas más internalizados comúnmente observados en mujeres.

Cuadro 17. Ansiedad según la edad

Ansiedad	Edad						Total	
	18-19 años		20-21 años		22-23 años			
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Normal	4	8,7%	4	10,5%	0	0,0%	8	8,0%
Ansiedad Ligera	0	0,0%	2	5,3%	5	31,3%	7	7,0%
Ansiedad Moderada	12	26,1%	5	13,2%	1	6,3%	18	18,0%
Ansiedad Grave	18	39,1%	26	68,4%	10	62,5%	54	54,0%
Ansiedad muy Grave	12	26,1%	1	2,6%	0	0,0%	13	13,0%
Total	46	100,0%	38	100,0%	16	100,0%	100	100,0%

En el cuadro 17 se observa que el grupo de 20-21 años muestra el porcentaje más alto (68,4%) de ansiedad grave, lo que sugiere que los jóvenes adultos en esta franja de edad están experimentando un nivel significativo de malestar emocional. Este periodo de la vida suele estar marcado por importantes transiciones, como el avance en estudios universitarios, la búsqueda de empleo o la independencia económica, lo que puede incrementar la presión y el estrés, contribuyendo a altos niveles de ansiedad.

Un porcentaje ligeramente menor, pero aún significativo (62,5%) de jóvenes de 22-23 años, reporta ansiedad grave. Aunque estos individuos están un poco más avanzados en su vida adulta, continúan enfrentando desafíos relacionados con la estabilidad profesional y personal, lo que puede explicar los niveles elevados de ansiedad.

Los adolescentes de 18-19 años también experimentan ansiedad grave, aunque en menor proporción (39,1%) que los grupos mayores. A esta edad, las presiones relacionadas con la finalización de la escuela secundaria y las decisiones sobre el futuro pueden contribuir a la ansiedad.

En el grupo de 20-21 años, la presión puede intensificarse aún más debido a la consolidación de la identidad adulta, la presión académica o laboral, y las expectativas sociales. Este es un periodo

en el que los jóvenes deben tomar decisiones importantes que afectan su futuro, lo que puede aumentar significativamente los niveles de ansiedad. Para los jóvenes de 22-23 años, aunque siguen enfrentando presiones significativas, es posible que hayan comenzado a desarrollar mejores estrategias de afrontamiento y adaptación, lo que podría explicar la menor prevalencia de ansiedad muy grave y una mayor proporción de ansiedad ligera.

Para Yáñez Garvizu Gabriela (2017), las diferencias en los niveles de ansiedad según la edad pueden estar relacionadas con las distintas etapas de desarrollo y las transiciones de vida que enfrentan los jóvenes. Los primeros años están en una fase crucial de transición desde la adolescencia tardía hacia la adultez, enfrentando desafíos relacionados con la identidad, la elección de carrera y la independencia. Estos desafíos, combinados con la inmadurez emocional relativa, pueden contribuir a la alta prevalencia de ansiedad grave y muy grave.

Cuadro 18. Ansiedad según el nivel socioeconómico

Ansiedad	Nivel Socioeconómico						Total	
	Bajo		Medio		Alto			
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Normal	0	0,0%	6	15,4%	2	40,0%	8	8,0%
Ansiedad Ligera	0	0,0%	4	10,3%	3	60,0%	7	7,0%
Ansiedad Moderada	14	25,0%	4	10,3%	0	0,0%	18	18,0%
Ansiedad Grave	31	55,4%	23	59,0%	0	0,0%	54	54,0%
Ansiedad muy Grave	11	19,6%	2	5,1%	0	0,0%	13	13,0%
Total	56	100,0%	39	100,0%	5	100,0%	100	100,0%

El Cuadro 18 presenta los niveles de ansiedad según el nivel socioeconómico, con un desglose entre los niveles bajo, medio y alto. La mayoría de los jóvenes en los niveles socioeconómicos bajo (55,4%) y medio (59,0%) presentan ansiedad grave, lo que indica que estos grupos están experimentando un alto nivel de malestar emocional. La ansiedad grave en estos grupos puede estar relacionada con factores estresantes asociados a la inestabilidad económica, la falta de

acceso a recursos, y las presiones sociales y familiares para mejorar su situación socioeconómica.

La mayoría de los jóvenes en el nivel socioeconómico alto reporta ansiedad en niveles ligeros 60,0% y normales 40,0%, lo que sugiere que este grupo, en general, maneja bien el estrés o enfrenta menos factores estresantes en comparación con los otros grupos.

Las diferencias en los niveles de ansiedad según el nivel socioeconómico reflejan cómo las condiciones socioeconómicas influyen en el bienestar emocional de los jóvenes. Aquellos en el nivel socioeconómico bajo están expuestos a factores estresantes crónicos como la inseguridad económica, la falta de acceso a servicios de salud mental, y posiblemente un entorno familiar menos estable, lo que contribuye a niveles más altos de ansiedad. Además, la presión por mejorar su situación económica puede intensificar estos sentimientos de ansiedad, llevando a niveles graves o muy graves de malestar emocional.

Yáñez Garvizu Gabriela (2017) expresa que los jóvenes en el nivel socioeconómico alto tienen acceso a más recursos, tanto materiales como sociales, que les permiten manejar mejor el estrés. Pueden contar con un entorno más seguro y estable, mejor acceso a educación y servicios de salud, y apoyo familiar, todo lo cual contribuye a niveles más bajos de ansiedad.

Los jóvenes en el nivel socioeconómico medio, aunque están mejor que los del nivel bajo, aún enfrentan presiones significativas que pueden afectar su salud mental. Sin embargo, tienen más probabilidades de contar con ciertos recursos que les permiten manejar mejor su ansiedad en comparación con aquellos en el nivel socioeconómico bajo.

OBJETIVO 4: IDENTIFICAR EL NIVEL DE AUTOESTIMA COMO FACTOR DE RIESGO DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Cuadro 19. Autoestima

Autoestima	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	52	52,0%
Medio bajo	38	38,0%
Medio alto	10	10,0%
Alto	0	0.0%
Total	100	100,0%

El cuadro 19 expone que la mayoría de los jóvenes (52,0%) en la muestra presenta un nivel de autoestima bajo. Este es un hallazgo significativo, ya que la autoestima baja está estrechamente relacionada con la insatisfacción corporal y el desarrollo de comportamientos alimentarios desordenados. Los jóvenes con baja autoestima pueden ser más propensos a experimentar sentimientos de inutilidad, inseguridad y falta de control sobre su vida, lo que los hace vulnerables a buscar control y validación a través de la manipulación de su peso y su cuerpo.

Un 38,0% de los jóvenes presenta un nivel de autoestima medio bajo. Aunque no tan extremo como los con autoestima baja, este grupo también está en riesgo, ya que estos jóvenes pueden experimentar fluctuaciones en su autopercepción y estar más influenciados por las opiniones de los demás y los estándares sociales de belleza. La autoestima medio baja puede contribuir a la insatisfacción corporal, lo que a su vez puede desencadenar conductas alimentarias desadaptativas como una forma de mejorar su autoimagen.

La prevalencia de autoestima baja y medio baja en la muestra puede estar relacionada con varios factores, incluidos los cambios físicos y emocionales típicos de la adolescencia, la presión social para conformarse a ciertos estándares de belleza, y la influencia de los medios de comunicación. La adolescencia es una etapa crucial en el desarrollo de la identidad personal y la autovaloración. Durante este periodo, los jóvenes son particularmente susceptibles a compararse con sus pares

y con figuras idealizadas que ven en los medios, lo que puede llevar a una disminución de la autoestima.

Según Kortabarría, L. (2013), la falta de autoestima alta, indica que los jóvenes pueden carecer de un sentido sólido de autovaloración, lo que los hace más propensos a buscar validación externa a través de la conformidad con ideales de belleza o el control de su apariencia física. Durante este periodo, los jóvenes son particularmente susceptibles a compararse con sus pares y con figuras idealizadas que ven en los medios, lo que puede llevar a una disminución de la autoestima.

Cuadro 20. Dimensiones de la variable: Autoestima

Autoestima	Sí mismo general		Social		Familiar	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Bajo	34	34,0%	36	36,0%	72	72,0%
Medio bajo	46	46,0%	27	27,0%	13	13,0%
Medio alto	20	20,0%	21	21,0%	11	11,0%
Alto	0	0,0%	16	16,0%	4	4,0%
Total	100	100,0%	100	100,0%	100	100,0%

En el cuadro 20 se expone las dimensiones de la autoestima. La gran mayoría de los jóvenes (72,0%) reporta una autoestima familiar baja, lo que sugiere que estos jóvenes perciben una falta de apoyo, valoración o reconocimiento en el contexto familiar. Este nivel extremadamente bajo de autoestima familiar es un factor de riesgo crítico, ya que la familia es un pilar fundamental en el desarrollo de la identidad y el bienestar emocional de los jóvenes. La percepción de no ser valorado o aceptado en el núcleo familiar puede llevar a comportamientos alimentarios desordenados como una forma de lidiar con el dolor emocional o de intentar ganar la aprobación familiar.

Un 34% de los jóvenes manifiesta una autoestima baja en la dimensión sí mismo general, lo que indica que una parte significativa de la muestra tiene una percepción negativa de sí mismos.

Esta baja autoestima puede estar relacionada con una insatisfacción con sus habilidades, apariencia o valor personal, y es un factor de riesgo para desarrollar trastornos de la conducta alimentaria, ya que estos jóvenes pueden recurrir a controlar su alimentación como una forma de intentar mejorar su autoimagen.

El 46,0% de jóvenes presentan una autoestima medio baja en esta dimensión, lo que sugiere que, aunque no se perciben de manera extremadamente negativa, tienen dudas significativas sobre su valía personal. Esta incertidumbre puede hacerlos vulnerables a la presión externa y a comportamientos alimentarios desordenados como un medio para mejorar su percepción de sí mismos.

Un 36% de los jóvenes tiene una autoestima social baja, lo que indica dificultades en cómo se perciben en contextos sociales, como en la relación con sus pares o en situaciones grupales. Este tipo de autoestima baja puede estar relacionada con la timidez, la inseguridad social o el temor al rechazo, lo que puede aumentar el riesgo de desarrollar trastornos alimentarios como una forma de intentar mejorar la aceptación social.

La baja autoestima en diversas dimensiones (familiar, sí mismo general, y social) está estrechamente relacionada con un mayor riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria. La falta de apoyo y valoración en el entorno familiar, las dudas sobre la valía personal y las dificultades en el contexto social son factores que pueden llevar a los jóvenes a utilizar la alimentación como un mecanismo de control o mejora de su autopercepción y aceptación. Estos comportamientos alimentarios desordenados se convierten en una forma de lidiar con el dolor emocional y las inseguridades que surgen de una autoestima baja.

Coopersmith, S. (1995) manifestó que la autoestima social baja indica que los jóvenes tienen dificultades para sentirse aceptados y valorados en contextos sociales, incluyendo la relación con sus pares y su desempeño en situaciones grupales. Este tipo de baja autoestima puede estar vinculada con la timidez, la inseguridad social o el temor al rechazo, factores que son muy comunes durante la adolescencia. Cuando los adolescentes se sienten socialmente ineptos o no aceptados, pueden recurrir a comportamientos alimentarios desordenados como una forma de

mejorar su aceptación social o manejar el estrés social. Por ejemplo, pueden intentar cambiar su apariencia física para ajustarse a los ideales de belleza de sus pares, lo que puede derivar en trastornos alimentarios como la anorexia o la bulimia. El miedo al rechazo y la necesidad de pertenencia pueden motivar a los jóvenes a adoptar patrones alimentarios que consideran que les ayudarán a encajar mejor en su grupo social.

Cuadro 21. Autoestima según el sexo

Autoestima	Sexo				Total	
	Hombre		Mujer			
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Bajo	7	20,6%	45	68,2%	52	52,0%
Medio Bajo	18	52,9%	20	30,3%	38	38,0%
Medio Alto	9	26,5%	1	1,5%	10	10,0%
Alto	0	0%	0	0%	0	0%
Total	34	100,0%	66	100,0%	100	100,0%

El cuadro 21 muestra un porcentaje muy alto (68,2%) de mujeres que reporta tener una autoestima baja. Este resultado sugiere que las mujeres en esta muestra son significativamente más propensas a tener una percepción negativa de sí mismas. La baja autoestima en mujeres puede estar influenciada por múltiples factores, como la presión social para cumplir con estándares de belleza, el rol de los medios de comunicación en la construcción de ideales corporales inalcanzables, y las expectativas culturales sobre el comportamiento femenino. Esta alta prevalencia de autoestima baja es un fuerte factor de riesgo para el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria, puesto que estas mujeres pueden ser más susceptibles a utilizar la comida y el control del peso como mecanismos para intentar mejorar su autoimagen.

Aunque una proporción menor de hombres (20,6%) presenta autoestima baja, sigue siendo un porcentaje significativo. Los hombres también pueden experimentar presiones relacionadas con el éxito, la fuerza física, y la conformidad con normas tradicionales de masculinidad, lo que

puede afectar negativamente su autoestima. Sin embargo, parece que los hombres en esta muestra, en general, tienen una autoestima más alta que las mujeres.

Por otro lado, el 52,9% de los varones tienen un nivel de autoestima medio bajo. Esto indica que, aunque no se perciben extremadamente de manera negativa, muchos hombres tienen dudas sobre su valía personal. Esta incertidumbre puede hacerlos más susceptibles a influencias externas, aunque el riesgo puede ser menor en comparación con aquellos con autoestima baja. Un porcentaje del 30,3% de mujeres también reporta autoestima medio baja. Este grupo podría estar en una posición vulnerable, pero no tan extrema como aquellas con autoestima baja.

Las diferencias en los niveles de autoestima entre hombres y mujeres reflejan patrones sociales y culturales que afectan a cada género de manera distinta. Las mujeres, en general, pueden estar más expuestas a presiones relacionadas con la apariencia física y el cumplimiento de estándares de belleza, lo que puede erosionar su autoestima. Además, la socialización femenina a menudo enfatiza la autocrítica y la importancia de la conformidad social, contribuyendo a niveles más bajos de autoestima. Por otro lado, aunque los hombres en esta muestra muestran una autoestima ligeramente más alta, muchos todavía experimentan dudas sobre su valía personal, lo que podría estar relacionado con las presiones para cumplir con ideales de masculinidad que valoran el éxito, la fortaleza y la independencia. Sin embargo, la menor proporción de autoestima baja entre los hombres podría indicar una menor presión externa relacionada con la apariencia física o una socialización que promueve la autoconfianza.

Un análisis de Kling et al. (2019) encontró que, en promedio, los hombres tienden a tener una autoestima ligeramente más alta que las mujeres, especialmente en áreas relacionadas con la competencia y la agencia. Sin embargo, las mujeres tienden a tener una autoestima más baja en relación con la apariencia física, lo que puede estar influenciado por la mayor presión social para conformarse a los estándares de belleza.

Las diferencias en cómo se desarrolla la autoestima en hombres y mujeres pueden estar relacionadas con la forma en que la sociedad valora diferentes aspectos de cada género. Mientras que los hombres pueden ser socializados para tener confianza en sus habilidades y éxito, las

mujeres pueden ser más propensas a desarrollar autoestima basada en la apariencia física, lo que las hace más vulnerables a los problemas de autoimagen y, por ende, a los trastornos alimentarios.

Cuadro 22. Autoestima según la edad

Autoestima	Edad						Total	
	18-19 años		20-21 años		22-23 años			
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Bajo	24	52,2%	22	57,9%	6	37,5%	52	52,0%
Medio Bajo	18	39,1%	12	31,6%	8	50,0%	38	38,0%
Medio Alto	4	8,7%	4	10,5%	2	12,5%	10	10,0%
Alto	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	46	100,0%	38	100,0%	16	100,0%	100	100,0%

En el cuadro 22, se refleja que más de la mitad (57,9%) de los jóvenes de 20-21 años reportan una autoestima baja. Este grupo etario se encuentra en una etapa crítica de transición hacia la adultez, enfrentando presiones significativas relacionadas con la educación superior, la inserción laboral, y la independencia. Estas exigencias pueden llevar a una disminución de la autoestima, especialmente si los jóvenes sienten que no cumplen con las expectativas propias o externas.

Un porcentaje ligeramente menor (52,2%), pero aún considerable, de adolescentes de 18-19 años también tiene una autoestima baja. Estos adolescentes están en la etapa final de la adolescencia, donde la presión para tomar decisiones importantes sobre su futuro y encajar socialmente puede afectar su autovaloración.

La mitad (50,0%) de los jóvenes de 22-23 años reporta autoestima medio baja, lo que sugiere que, aunque algunos han mejorado su autovaloración, aún enfrentan desafíos significativos. Este grupo podría estar comenzando a encontrar un equilibrio entre sus expectativas y la realidad, pero aún podrían sentirse inseguros en ciertos aspectos de su vida.

Los niveles de autoestima entre los diferentes grupos de edad reflejan cómo las transiciones y desafíos propios de cada etapa pueden afectar la autovaloración. Los adolescentes de 18-19 años y 20-21 años enfrentan cambios significativos en su vida, como la finalización de la escuela secundaria, la entrada a la universidad o el inicio de una carrera profesional, así como la búsqueda de independencia. Estas experiencias pueden aumentar la autocrítica y la percepción de inadecuación, lo que podría explicar la alta prevalencia de autoestima baja. Para los jóvenes de 22-23 años, aunque todavía enfrentan desafíos, es posible que hayan comenzado a adaptarse mejor a sus roles adultos y a desarrollar una mayor resiliencia. Sin embargo, la ausencia de autoestima alta en todos los grupos indica que, a pesar de la edad, muchos jóvenes luchan por mantener una percepción positiva de sí mismos.

Según estudios de Arnett (2000), el periodo de "adultez emergente" (aproximadamente entre 18 y 25 años) está marcado por la exploración de la identidad, la inestabilidad, y un enfoque en el futuro. Durante esta fase, los jóvenes enfrentan decisiones importantes sobre su carrera, relaciones y estilo de vida. Las expectativas elevadas y el temor al fracaso pueden disminuir la autoestima, particularmente si los jóvenes sienten que no están logrando los hitos sociales y personales que se esperan de ellos.

Estudios como los de Pascarella y Terenzini (2005) muestran que la entrada a la universidad introduce una nueva serie de desafíos académicos, sociales y emocionales. Los estudiantes universitarios pueden experimentar una disminución de la autoestima si sienten que no cumplen con los estándares académicos o sociales de su nuevo entorno. Además, el ajuste a un entorno más autónomo, lejos del apoyo familiar, puede aumentar la autocrítica y la percepción de inadecuación, lo que explica la alta prevalencia de autoestima baja en este grupo.

Cuadro 23. Autoestima según el nivel socioeconómico

Autoestima	Nivel Socioeconómico						Total	
	Bajo		Medio		Alto			
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Bajo	33	58,9%	19	48,7%	0	0,0%	52	52,0%
Medio Bajo	23	41,1%	13	33,3%	2	40,0%	38	38,0%
Medio Alto	0	0,0%	7	17,9%	3	60,0%	10	10,0%
Alto	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	56	100,0%	39	100,0%	5	100,0%	100	100,0%

En el cuadro 23 se observa que la mayoría de los jóvenes (58,9%) en el nivel socioeconómico bajo reporta una autoestima baja este hallazgo sugiere que los jóvenes de este grupo están significativamente afectados por la percepción negativa de sí mismos, posiblemente debido a la inseguridad económica, el acceso limitado a recursos educativos y sociales, y las presiones asociadas con la pobreza. La autoestima baja en este grupo puede ser un factor de riesgo crítico para el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria, ya que estos jóvenes pueden sentirse incapaces de controlar su entorno y buscar compensar esto a través de la manipulación de su peso y su alimentación.

El 48,7% de los jóvenes en el nivel socioeconómico medio también reporta autoestima baja. Aunque estos jóvenes pueden tener acceso a más recursos que los del nivel bajo, aún enfrentan presiones significativas que pueden erosionar su autovaloración.

En el nivel socioeconómico alto, al 60,0% de los jóvenes reporta autoestima medio alta, lo que indica que, en general, estos jóvenes tienen una percepción relativamente positiva de sí mismos. Esto podría estar relacionado con un mayor acceso a apoyo educativo y emocional, así como un entorno que refuerza la autoconfianza.

Los resultados muestran cómo el nivel socioeconómico influye en la autoestima de los jóvenes. Aquellos de nivel socioeconómico bajo parecen ser particularmente vulnerables a tener una autoestima baja debido a la exposición a factores estresantes crónicos como la inseguridad económica, la falta de acceso a oportunidades y un entorno social menos favorecedor. Estos factores pueden erosionar su autovaloración y aumentar el riesgo de desarrollar comportamientos alimentarios desadaptativos.

En el nivel socioeconómico medio, si bien los jóvenes tienen acceso a más recursos, aún enfrentan presiones significativas que pueden afectar su autoestima, aunque en menor grado que en el nivel bajo. Por otro lado, los jóvenes en el nivel socioeconómico alto, aunque menos afectados por factores económicos, pueden enfrentar presiones diferentes, como las expectativas de éxito académico y social, que pueden influir en su autoestima.

Según investigaciones de Evans y Kim (2007), la exposición constante al estrés relacionado con la pobreza, como la inestabilidad financiera y la falta de recursos básicos, puede erosionar la autoestima al generar un sentimiento de falta de control sobre el entorno. Los jóvenes en niveles socioeconómicos bajos pueden sentirse impotentes para mejorar su situación, lo que contribuye a una percepción negativa de sí mismos y a la disminución de la autoestima.

De acuerdo con Brooks-Gunn y Duncan (1997), la falta de acceso a una educación de calidad y a oportunidades extracurriculares puede limitar el desarrollo de habilidades y la autoconfianza, lo que contribuye a una autoestima baja. Además, la carencia de redes de apoyo social puede dejar a estos jóvenes sin los recursos necesarios para enfrentar los desafíos emocionales, exacerbando los problemas de autoestima.

La teoría del etiquetado sugiere que los jóvenes de nivel socioeconómico bajo pueden enfrentar la estigmatización social debido a su situación económica, afectando negativamente su autoimagen. Según estudios de Link y Phelan (2001), la estigmatización puede llevar a una internalización de los estereotipos negativos, lo que disminuye la autoestima y puede aumentar la vulnerabilidad a desarrollar trastornos de la conducta alimentaria como un mecanismo de compensación o control.

5.2. RESPUESTA A LAS HIPÓTESIS

Hipótesis 1: " El alto nivel de dificultad en la regulación emocional es un factor de riesgo en los trastornos de la conducta alimentaria."

Se **acepta**. Los resultados de la investigación muestran que un 68% de los jóvenes presenta dificultades altas en la regulación emocional. Además, en el análisis de las dimensiones específicas de esta variable, se observa que una mayoría significativa de los jóvenes experimenta altos niveles de descontrol emocional, interferencia emocional y confusión emocional; todos los cuales están estrechamente relacionados con comportamientos alimentarios desadaptativos. Estos hallazgos respaldan la hipótesis de que las dificultades en la regulación emocional son un factor de riesgo significativo para los trastornos de la conducta alimentaria.

Hipótesis 2: " La alta influencia del modelo estético vigente es un factor de riesgo en los trastornos de la conducta alimentaria."

Se **acepta**. Según los datos obtenidos, un 40% de los jóvenes reporta una alta influencia de los modelos estéticos corporales, y un 50% una influencia moderadamente alta. Además, las dimensiones de esta variable, como la influencia de la publicidad y el malestar por la imagen corporal, muestran que la mayoría de los jóvenes están afectados significativamente por estos modelos, lo que contribuye a la insatisfacción corporal y a comportamientos alimentarios desordenados. Por lo tanto, la hipótesis se confirma con estos resultados.

Hipótesis 3: "La ansiedad grave y muy grave es un factor de riesgo en los trastornos de la conducta alimentaria."

Se **acepta**. La investigación revela que el 54% de los jóvenes experimenta ansiedad grave, y un 13% ansiedad muy grave. Además, se observa que los síntomas psíquicos y cognitivos de la ansiedad están fuertemente relacionados con los comportamientos alimentarios desadaptativos, lo que apoya la hipótesis de que la ansiedad, en estos niveles, es un factor de riesgo importante para los trastornos de la conducta alimentaria.

Hipótesis 4: "La autoestima baja es un factor de riesgo en los trastornos de la conducta alimentaria."

Se **acepta**. Los datos muestran que el 52% de los jóvenes tiene una autoestima baja, y un 38% una autoestima medio baja. Dado que la baja autoestima está relacionada con la insatisfacción corporal y la tendencia a adoptar comportamientos alimentarios desordenados, los resultados confirman que la autoestima baja es un factor de riesgo para los trastornos de la conducta alimentaria.

CAPÍTULO VI
CONCLUSIONES Y
RECOMENDACIONES

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. CONCLUSIONES

En el estudio sobre los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en jóvenes de la ciudad Tarija, se analizaron diversas variables psicológicas que juegan un papel fundamental en la aparición de estos trastornos. Es importante destacar que las variables analizadas no operan de manera aislada; por el contrario, interactúan entre sí, lo que incrementa significativamente el riesgo de desarrollar un TCA.

Las conclusiones resultantes son las siguientes:

- De acuerdo a la primer variable, que refiere a las **dificultades en la regulación emocional**, la investigación muestra que la mayoría de los jóvenes tarijeños participantes presentan dificultades significativas en la regulación de sus emociones. Este grupo, que representa el 68% de la muestra, manifiesta altos niveles de descontrol emocional, interferencia emocional y confusión emocional, lo que está directamente vinculado con conductas alimentarias desadaptativas como la restricción extrema, los atracones y las purgas. La incapacidad para gestionar las emociones de manera adecuada exacerba comportamientos disfuncionales relacionados con la alimentación, los cuales se utilizan como mecanismos de afrontamiento ante situaciones de estrés o malestar emocional. Los resultados que demuestran que la falta de habilidades emocionales es un factor determinante en el desarrollo y mantenimiento de los TCA en este grupo de jóvenes.
- En relación a la **influencia del modelo estético corporal**, uno de los hallazgos más notables es que el impacto del modelo estético corporal impuesto por la sociedad tiene en la percepción que los jóvenes tienen de su propio cuerpo. El 40% de los participantes reporta estar fuertemente influenciado por estos ideales de belleza, mientras que un 50% indica una influencia moderadamente alta. Los jóvenes muestran una marcada insatisfacción corporal, lo que deriva en conductas alimentarias peligrosas. La presión social para cumplir con estándares de delgadez y la sobreexposición a imágenes en los medios de comunicación perpetúan la idea de que el valor personal está ligado a la

apariciencia física. Esta insatisfacción corporal, a su vez, impulsa a los jóvenes a recurrir a comportamientos como la restricción alimentaria o los atracones, en un esfuerzo por acercarse a los estándares estéticos vigentes.

- Por otro lado, la investigación evidencia que la **ansiedad** es un factor crucial en la aparición de los TCA. Aproximadamente el 54% de los jóvenes experimenta ansiedad grave y el 13% sufre ansiedad muy grave. Los síntomas asociados, tales como la preocupación constante, el miedo a la evaluación negativa y la tensión, promueven la adopción de conductas alimentarias desadaptativas como una forma de controlar o mitigar los síntomas ansiosos. Es notable cómo la relación entre la ansiedad y los TCA no se limita solo a la ingesta excesiva, sino también a la restricción alimentaria, lo que pone en evidencia la necesidad de intervenciones dirigidas a la gestión de la ansiedad como medida preventiva en estos trastornos.
- En relación al cuarto objetivo específico, la **autoestima**, se confirma que una baja autoestima es un factor significativo en la aparición de los TCA. Más de la mitad de los jóvenes (52%) presenta niveles bajos de autoestima, lo que contribuye directamente a la insatisfacción con su cuerpo y la búsqueda de validación a través del control del peso. Aquellos jóvenes con una autoestima baja tienden a desarrollar una relación negativa con la comida, utilizando la alimentación como un medio para alcanzar un ideal de delgadez que les otorgue aceptación social y personal. Este comportamiento, sin embargo, resulta contraproducente, ya que la autoevaluación negativa perpetúa los ciclos de atracones y restricciones, lo que agrava el cuadro clínico de los TCA.
- Las **variables sociodemográficas**, como el sexo, la edad y el nivel socioeconómico, influyen en el desarrollo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA). Las mujeres jóvenes, especialmente entre los 18 y 21 años (66%), son más vulnerables a estos trastornos. Además, los niveles socioeconómicos bajos (56%) se asocian con una mayor incidencia de ansiedad grave, lo que incrementa el riesgo de TCA. Estos factores resaltan la importancia de diseñar intervenciones preventivas adaptadas a cada grupo demográfico para enfrentar eficazmente los TCA.

En resumen, los jóvenes de Tarija están profundamente influenciados por una serie de factores psicológicos interrelacionados, que también se entrelazan con las variables sociodemográficas de cada individuo.

6.2. RECOMENDACIONES

Para la carrera de psicología

- Es fundamental incluir en el plan de estudios cursos especializados que aborden dificultades en la regulación emocional, autoestima, ansiedad, y la influencia de los modelos estéticos en los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA). Si bien estos factores de riesgo son específicos para los trastornos de la conducta alimentaria, también pueden afectar otras patologías. Además, los factores de riesgo o variables individuales pueden interferir de manera negativa en la vida de las personas. Los futuros psicólogos deben ser formados para identificar cómo estas variables psicológicas pueden influir en el desarrollo de los TCA, y aprender estrategias terapéuticas para abordarlas.
- Se sugiere también fomentar investigaciones que aborden los TCA en poblaciones locales, como el estudio en Tarija. Esto permitirá generar estrategias de intervención culturalmente adaptadas y programas preventivos basados en la realidad sociocultural de la región.

Para el ámbito educativo

- Se recomienda desarrollar e implementar programas educativos dirigidos a estudiantes sobre la prevención de trastornos alimentarios. Estos programas deben enfatizar la importancia de una imagen corporal positiva y la regulación emocional, ya que se ha demostrado que estos factores influyen en la aparición de los TCA.
- Se sugiere generar espacios de debate y reflexión con el objetivo de integrar en el plan de estudios de nivel medio y universitario actividades que promuevan el diálogo sobre

los estándares de belleza impuestos por los medios de comunicación y sus efectos en la salud mental, específicamente en la autoestima y la ansiedad en los jóvenes.

- Se recomienda fomentar investigaciones colaborativas entre universidades y centros de salud para estudiar las causas y consecuencias de los TCA en distintos grupos etarios y socioculturales. Este enfoque permitiría una evaluación más integral de las condiciones locales, como el estudio de la población juvenil en Tarija.

Para las autoridades

- Considerando los resultados obtenidos, es crucial fomentar campañas locales que promuevan la aceptación de la diversidad corporal y desafíen los estándares de belleza impuestos por los medios. Estas campañas deben dirigirse a adolescentes, jóvenes, sus familias y la comunidad en general, destacando la importancia de una autoimagen saludable y una relación positiva con el cuerpo, así como con la salud mental.
- Apoyar a las familias y comunidades en la identificación temprana de comportamientos de riesgo relacionados con los TCA. La intervención oportuna puede ser crucial para el manejo efectivo de estos trastornos.

A los lectores de la investigación

- Se recomienda tomar conciencia sobre la importancia de los factores psicológicos puesto que la autoestima baja, la ansiedad y la dificultad para regular las emociones son factores clave en la aparición de TCA. Es de suma importancia que los lectores comprendan cómo estas variables interactúan con la imagen corporal y los trastornos de alimentación, y tomen medidas preventivas en sus propios entornos.
- Los lectores deben comprender la importancia de abordar estos aspectos psicológicos de forma integral, tanto a nivel preventivo como terapéutico, para reducir la incidencia de estos trastornos en la población adolescente. Este conocimiento también puede aplicarse en otros contextos similares, ampliando su alcance.

Para la sociedad en general

Es vital que la sociedad en su conjunto comprenda el impacto de la influencia de los modelos estéticos en la percepción corporal de los jóvenes y cómo la exposición constante a estos ideales irreales puede aumentar la ansiedad y contribuir al desarrollo de TCA.

- Los padres y cuidadores deben promover una autoestima saludable en los jóvenes, ayudándolos a manejar sus emociones y reduciendo el riesgo de que desarrollen problemas alimenticios. Además, es crucial que se fomente un entorno social donde se valore la diversidad corporal y se priorice el bienestar emocional sobre los estándares estéticos.
- Se aconseja a los jóvenes que busquen rodearse de un ambiente positivo que promueva la aceptación y el respeto por la diversidad corporal. Es importante evitar las comparaciones con estándares de belleza inalcanzables y fomentar hábitos saludables en su alimentación. Los amigos y familiares juegan un papel clave, brindando apoyo emocional y promoviendo la comunicación abierta sobre las preocupaciones personales.