
Autoestima y frustración en mujeres diagnosticadas con Trastornos de la Conducta Alimentaria

Estudiante: Aranda, Carla Florencia.

Legajo: 23086

Director/es: Dra. Losada, Analía Verónica.

Co-director/es: Lic. Mortara, Gabriel Nicolás.

Trabajo Final de Integración para acceder al título de Lic. en Psicología

2025

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DE OBRAS EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL DE LA UFLO UNIVERSIDAD

RIUFLO - *Repositorio Institucional de la Universidad de Flores* - fue creado para gestionar y mantener una plataforma digital de acceso libre y abierto para la difusión de la creación intelectual de la Universidad de Flores.

El autor cede a la Universidad de forma gratuita pero no exclusiva, los derechos de reproducción, de distribución y de comunicación pública de su obra, a través del RIUFLO. Por lo tanto, la Universidad adopta para los ítems allí depositados la Licencia Creative Commons atribución - no comercial - compartir igual 4-0 internacional y siempre requerirá que se cite la fuente y se reconozca la autoría. De solicitar otras limitaciones, el autor podrá detallarlas en forma expresa o a través de la elección de otro modelo de Licencia.

Autorizo la publicación de la obra:

Desde la fecha]

Dentro de los 6 meses posteriores a su aceptación]

Otro plazo mayor detallar/justificar:

Lugar y fecha: Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 20 de febrero de 2025.

Firma y aclaración del autor:


ARANDA CARIA

Índice

1. Resumen	5
2. Introducción	6
2.1. Delimitación del objeto de estudio	6
2.2. Planteo del problema	7
2.3. Hipótesis	8
2.4. Objetivos	8
3. Estados del arte	9
4. Marco teórico	13
4.1.1. Trastornos de la Conducta Alimentaria	13
4.1.2. Etiología	14
4.1.3. Prevalencia	15
4.1.4. Comorbilidades orgánicas/psicopatológicas	15
4.1.5. Criterios diagnósticos según DSM-V	16
4.1.6. Criterios diagnósticos según CIE-11	17
4.1.7. Marco normativo	18
4.1.8. Tratamientos	19
4.1.9. Curso y pronóstico	22
4.1.10. Prevención	22
4.1.11. Factores de mantención	24
4.1.12. Factores de riesgo	24
4.2. Tolerancia a la frustración	26
4.3. Autoestima	28
4.4. Autoestima y tolerancia a la frustración	29

5. Método	31
5.1. Diseño	31
5.2. Participantes	31
5.3. Técnicas de recolección de datos	31
5.4. Procedimiento	32
6. Resultados	33
7. Discusión	45
8. Conclusión	46
9. Aportes y contribuciones de la investigación	47
10. Limitaciones de la investigación	48
11. Futuras líneas de investigación	49
12. Referencias	50
13. Anexos	57

1. Resumen

“Autoestima y frustración en mujeres de 18 a 30 años diagnosticadas con Trastornos de la Conducta Alimentaria”

El presente trabajo final integrador tuvo como objetivo determinar los niveles de autoestima y frustración en mujeres diagnosticadas con Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA) que residan en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA). Se trata de una investigación cuantitativa no experimental, de alcance transversal correlacional-descriptivo. La muestra consistió en 30 mujeres con un rango de edad entre 18 y 30 años, diagnosticadas con TCA. En cuanto a los instrumentos para evaluar la autoestima se utilizó la versión validada en Argentina de la Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) (Góngora y Casullo, 2009). Mientras que para evaluar la frustración se administró la Escala de Tolerancia a la Frustración (ETAF) (Hidalgo y Soclle, 2011). Los resultados han demostrado que tanto los niveles de autoestima como los de tolerancia a la frustración son significativamente bajos en la muestra, y a su vez, que existe una correlación positiva entre ambas variables.

Palabras Clave: Autoestima, Frustración, Mujeres Jóvenes, Trastornos de la Conducta Alimentaria.

2. Introducción

2.1. Delimitación del objeto de estudio

El presente Trabajo Final Integrador tiene como objetivo determinar los niveles de autoestima y frustración en mujeres de 18 a 30 años diagnosticadas con Trastornos de la Conducta Alimentaria en AMBA, mediante un diseño cuantitativo correlacional-descriptivo.

En primer lugar, los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son definidos como comportamientos alimentarios anormales que abarcan una preocupación excesiva por la comida, la figura corporal y el peso (Organización Mundial de la Salud, 2021). Dentro de los TCA se pueden mencionar, como formas clínicas, la Anorexia Nerviosa (AN), Bulimia Nerviosa (BN), Trastorno por Atracón (TA), Otro Trastorno Alimentario o de la ingesta de alimentos Especificado (OTAE) y Trastorno Alimentario o de la ingestión de alimentos No Especificado (TANE) (APA, 2014).

En lo que respecta a sus factores de riesgo, se puede mencionar que uno de los principales es el simple hecho de ser mujer, incrementándose el riesgo entre la infancia y la adolescencia, como consecuencia de las exigencias sociales y la vulnerabilidad propia de la edad (Monterrosa et al., 2022). Por ende, la población más afectada por la patología de referencia, se puede decir que es la población femenina adolescente, pudiéndose extender hasta los primeros años de la edad adulta de no ser tratados en tiempo y forma (Góngora et al., 2009). A su vez, se ha demostrado que existen diversos factores de riesgo y rasgos psicológicos de vulnerabilidad, entre ellos la baja autoestima y la baja tolerancia a la frustración (Canals y Arijá-Val, 2022).

La tolerancia a la frustración se puede definir como la discrepancia entre lo esperado y lo que sucede en la realidad (Hernández et al., 2021). Por ende, una baja tolerancia a la frustración implica un desequilibrio emocional, desadaptación y angustia (Aguilar y García, 2021).

Por otro lado, la autoestima es considerada un sentimiento dirigido hacia uno mismo, ya sea positivo o negativo, que se configura a partir de una evaluación de las propias características (Rosenberg, 1965). Una autoestima baja abarca una distorsión de la imagen de sí, seguida de una alteración en la percepción de fortalezas y debilidades (Montt y Ulloa, 1996).

Por estos motivos, se considera conveniente investigar y describir los niveles de autoestima y frustración en mujeres de 18 a 30 años diagnosticadas con Trastornos de la Conducta Alimentaria, que residan en el Área Metropolitana de Buenos Aires.

2.2. Planteo del Problema

A partir de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, tomando los factores de riesgo, se evalúan en particular y profundidad los niveles de autoestima y tolerancia a la frustración.

La Defensoría del Pueblo (2022) indica que los TCA predominan en la adolescencia y la juventud, entre los 12 y 15 años, particularmente en mujeres. Refiere que el 40% de los TCA tienen una etiología genética, mientras que el 60% en cuestiones sociales.

A su vez, se menciona que los únicos datos estadísticos actuales con los que se cuenta, se obtuvieron a partir de un relevamiento internacional, en donde se demostró que Argentina es el segundo país con más prevalencia en Trastornos de la Conducta alimentaria, después de Japón, desde hace más de 20 años, afectando al 29% de la población (Defensoría del Pueblo, 2022).

De igual manera, la Asociación Argentina de Pediatría (SAP), realizó diversas encuestas en establecimientos educativos en el año 2020, y los resultados mostraron que existe una prevalencia de Anorexia Nerviosa (AN) y/o Bulimia Nerviosa (BN) en 1 de cada 3 mujeres jóvenes, existiendo un crecimiento significativo durante la pandemia por COVID, como consecuencia de la pérdida de contacto con los grupos sociales, y red de contención (Asociación Argentina de Pediatría, 2021).

A partir de los datos estadísticos de Argentina sobre TCA mencionados, se considera que es pertinente realizar investigaciones, principalmente desde un nuevo método, ya que existe una brecha en estudios que aborden específicamente la evaluación de los niveles y relación entre autoestima y tolerancia a la frustración en dicha patología, así como también una necesidad de las pacientes.

La pregunta de investigación que guiará el Trabajo Final Integrador de referencia es ¿Cuáles son los niveles autoestima y frustración en mujeres de 18 a 30 años diagnosticadas con trastornos de la conducta alimentaria en el AMBA?

2.3. Hipótesis

Se infiere que, en mujeres de 18 a 30 años diagnosticadas con Trastornos de la Conducta Alimentaria, los niveles de autoestima y tolerancia a la frustración se encuentran bajos debido a que los mismos son considerados factores de riesgos en dicha patología.

Se puede deducir que existe una relación entre autoestima y tolerancia a la frustración en dicha población.

2.4. Objetivos

Objetivo principal

Describir el nivel de autoestima y tolerancia a la frustración en mujeres de 18 a 30 años diagnosticadas con Trastornos de la Conducta Alimentaria en el Área Metropolitana de Buenos Aires.

Objetivos específicos

- Indagar la posible relación entre autoestima y tolerancia a la frustración en mujeres de 18 a 30 años diagnosticadas con Trastornos de la Conducta Alimentaria en AMBA.
- Examinar el nivel de autoestima en mujeres de 18 a 30 años diagnosticadas con Trastornos de la Conducta Alimentaria en AMBA.
- Evaluar el grado de tolerancia a la frustración en mujeres de 18 a 30 años diagnosticadas con Trastornos de la Conducta Alimentaria en AMBA.

3. Estado del Arte

En primer lugar, Ramírez y Zerpa (2020) investigaron sobre cómo el confinamiento domiciliario por la pandemia de COVID-19 impactó tanto en los hábitos como en el estado emocional de personas con y sin diagnóstico de TCA en Venezuela. En cuanto a la metodología, fue de carácter exploratorio, se utilizó la escala SCOFF en su adaptación española realizada por Rueda et al. (2005) para TCA y una encuesta ad hoc para los aspectos sociodemográficos, hábitos y estados emocionales. Se contó con 313 participantes, tanto mujeres como hombres, entre 12 y 85 años. En conclusión, los autores mencionan que las personas con TCA, en aislamiento preventivo y obligatorio, manifestaron emociones negativas como tristeza, miedo y frustración. La falta de rutinas, de compartir momentos con sus vínculos cercanos, escasez/abundancia de comida en el hogar, exceso de uso de redes sociales que incitan al ejercicio físico, estrés, angustia y desconcierto, tuvieron un gran impacto en las emociones y autoestima de las personas diagnosticadas con trastornos de la conducta alimentaria.

De La Cruz Sánchez y Ramos Verastain (2020) realizaron una investigación de diseño no experimental, transversal, con el objetivo de indagar acerca de la relación entre autoestima y riesgo de TCA. Contaron con una muestra probabilística aleatoria simple de 1220 estudiantes mujeres, adolescentes. Administraron el Inventario de Autoestima Forma Escolar de Coopersmith (1967) que consta de 58 ítems y la Escala de Autoinforme de Actitudes y Síntomas de los Trastornos Alimenticios (EAT-26) de Garner y Garfinkel (1979) que se conforma de 26 ítems. Los resultados arrojaron que existe una relación significativa y negativa entre autoestima y TCA, expresando como conclusión que la adolescencia es una población vulnerable, en donde los cambios físicos y factores tanto familiares, sociales, escolares y culturales, podrían afectar a su autoestima y riesgos a padecer un TCA.

Por otro lado, Paredes Benítez (2020) realizó una investigación con el objetivo de determinar si existe una asociación entre el riesgo de TCA y ansiedad en estudiantes de medicina de ambos géneros, de 20 a 30 años de edad, durante el aislamiento social. Dicho estudio fue de tipo observacional, seccional, transversal, analítico. Se administraron el Cuestionario EAT-26 (Garner et al., 1982) y el Cuestionario Hamilton (Kobak et al., 1993). Se contó con una muestra de 124 estudiantes en curso de la carrera de medicina humana de la Universidad Privada Antenor Orrego, en el transcurso de julio a septiembre de 2020. La muestra fue dividida en dos grupos: con o sin riesgo de TCA. Como resultado, se observó que en el grupo de estudiantes con riesgo de TCA prevalece el sexo femenino ($p < 0.05$). En

cuanto a la ansiedad, se puede decir que en los estudiantes con riesgo de TCA fue de 41%, mientras que los estudiantes sin riesgo de TCA fueron de 19%. Como conclusión, el autor va a decir que existe una relación entre el riesgo de TCA y ansiedad en estudiantes de medicina durante el aislamiento social, y va a mencionar la existente evidencia de que la formación universitaria eleva los niveles de estrés y que por ende se olviden de su alimentación cotidiana. Va a decir además que la angustia eleva el riesgo de padecer un TCA, principalmente en estudiantes con niveles elevados de auto-perfeccionismo, siendo el mismo un factor de riesgo de dicha patología, así como también la baja autoestima y la frustración.

Ojeda et al. (2021) tienen como objetivo comprobar la existencia de la relación entre el uso de redes sociales y el riesgo de desarrollar un TCA en jóvenes. La metodología utilizada fue cuantitativa, correlacional y transversal. Se realizaron encuestas a 108 jóvenes de edades entre 18 y 30 años. Los instrumentos utilizados fueron Eating Attitudes Test-26 de Garner et al. (1989) y preguntas confeccionadas por los investigadores en relación a redes sociales y salud. Dichas encuestas arrojaron como resultado una gran relación entre el uso de redes sociales y el riesgo a padecer un TCA. Como conclusión, los autores mencionan que el uso de las redes sociales podría ser un factor de riesgo de TCA. Algunas de las características de TCA son el perfeccionismo, baja autoestima, entre otros, por ende, el uso de redes sociales en donde se puede ser evaluado por otros, impacta sobre ellos ya que, desde su perspectiva, no cumplen con los estereotipos de belleza establecidos de delgadez. A su vez, estos cánones son inalcanzables para ellos, desde su visión, trayendo esto como consecuencia gran frustración.

Reyes Sánchez (2021), a través de un estudio analítico descriptivo y correlacional llevado a cabo de manera transversal con un grupo clínico (40 muestras) y un grupo de comparación (40 muestras). Se utilizaron dos cuestionarios: "EDI-2" (1998) y "GHQ-28" (1979). El objetivo estuvo orientado a determinar diferencias en lo que respecta a la personalidad y malestar psicológico en personas con y con TCA. La autora menciona que, la dificultad para identificar y expresar las emociones puede generar frustración y agotamiento, debido a que no se sienten capaces de determinar qué sienten y por qué. A su vez, considera que los TCA son una patología grave, pero que se puede vencer con ayuda de profesionales, motivación y fuerza de voluntad. En cuanto a los resultados, se puede decir que existe una significativa diferencia en las variables de los cuestionados de los dos grupos utilizados, a nivel psicológico pero no físico.

Por último, Yilmaz y Dundar (2022) investigaron sobre cómo la ansiedad y la autoestima afectan al desarrollo de la Ortorexia Nerviosa en personas que se encuentran en educación superior. Su estudio fue transversal, realizándose entrevistas, escala Ortho-15 (Donini et al., 2005), Rosenberg self-esteem (Jordan, 2020) y Beck Anxiety Scale (Beck, 1988). Se aplicaron a 248 profesores, tanto hombres como mujeres, seleccionados por el método de muestreo rectificado de la Universidad Ondokuz Mayıs en Samsun, Turquía. Los autores mencionan que las personas ortoréticas que están obsesionadas con la calidad y la composición de sus comidas, comidas saludables. Manifiestan una intensa frustración y una preocupación constante por lograr el máximo control de los alimentos. Se ha demostrado que la ansiedad y los trastornos alimentarios son comórbidos. La baja autoestima y el estrés median entre la ansiedad y los trastornos alimentarios. Los resultados mostraron que la autoestima era baja, y la ansiedad alta en participantes que tendían a la Ortorexia. Por ende, los autores concluyen que existe una relación significativa entre ansiedad, baja autoestima y ON.

Miguel Alonso (2023) tuvo como objetivo en su investigación analizar el riesgo de padecer un TCA en estudiantes de enfermería y fisioterapia, y a su vez, la asociación de esto con el nivel de autoestima. El estudio es observacional y descriptivo, y la muestra estuvo compuesta por 90 estudiantes. Se utilizó el cuestionario Eating Attitudes Test 26 (EAT-26) de Garner y Garfinkel (1979), que consta de 26 ítems, y la Escala de Autoestima de Rosenberg (1965) que posee 10 ítems. Los resultados mostraron que los estudiantes de dichas carreras poseen un alto riesgo de padecer un TCA, siendo la asociación de una baja autoestima de un 25%. Como conclusión, la autora refiere que existe una relación significativa entre la puntuación que se obtuvo en el EAT-26 y la RSE.

Ramírez Manzanos (2023) en su investigación tuvo como objetivo principal indagar acerca de la influencia bidireccional entre los TCA y el entorno familiar, a través de una revisión bibliográfica, enfocado en una población de 15 a 25 años de edad y sus familiares. La autora manifiesta que resulta complejo el abordaje de los TCA por su etiología multicausal ligada a factores genéticos, socioculturales, familiares y psicológicos, funcionando estos factores de riesgo, a su vez, como factores protectores, principalmente la familia. La recuperación de una persona que padece TCA suele transitar muchos fracasos, generando esto un gran estrés, falta de esperanza y frustración, trayendo esto como consecuencia conflictos familiares. Es por esto que, Ramírez considera de vital importancia los programas de prevención y tratamientos que incluyan no solo a la persona con TCA sino también a su familia, para poder eliminar o reducir la patología.

Vega Botina (2023) investigó acerca de la relación entre el uso de las redes sociales y el riesgo de padecer un TCA en adolescentes de 14 a 18 años. La muestra estuvo compuesta por 191 participantes, y se utilizaron dos cuestionarios, uno de ellos es Eating Attitudes 26 (EAT-26) con el objetivo de evaluar el riesgo a padecer TCA, y un cuestionario de elaboración propia que pretendió indagar la red social utilizada, su frecuencia, gestión de frustración, búsqueda de información acerca de nutrición o ejercicio físico, utilización de hashtags y uso de aplicaciones para controlar la alimentación, calorías o ejercicio. En cuanto a los resultados obtenidos, se puede decir que existe una relación significativa entre el sexo femenino y el riesgo de padecer un TCA, no de igual manera para la edad y el IMC. Se pudo observar que un 16,1% de los adolescentes experimentan frustración en redes sociales, un 43,5% tiende a ocultar algunas partes de su cuerpo en las redes, a lo que la autora lo relaciona significativamente con conductas de riesgo a padecer un TCA. Así mismo, menciona otros factores de riesgo ya que un 51,4% utilizaron las redes sociales para obtener información acerca de nutrición, un 56,4% acerca de ejercicio físico, y, en cuanto al uso de aplicaciones para control de alimentos un 7,5%, de calorías y ejercicio un 19%. En conclusión, Vega Bonita va a decir que el riesgo a padecer un TCA se encuentra más bien relacionado a la forma de uso y contenido que visualizan en las redes sociales, y no a la frecuencia o intensidad de su utilización.

Del Carpio y Saraza (2024) realizaron una investigación de diseño no experimental, cuantitativo, de tipo correlacional. El objetivo de dicha investigación se centró en determinar la relación entre los niveles de autoestima y el riesgo a padecer un TCA. La muestra se conformó por 218 adolescentes, y aplicaron, por un lado, el Test de Autoestima para Escolares (Ruiz Alva, 2003) de administración individual-colectiva, compuesta por 25 ítems, y por otro lado, se administró la Evaluación de la Insatisfacción con la Imagen Corporal (Solano Pinto y Cano Vindel, 2010). Como conclusión, se puede decir que existe una relación entre autoestima y riesgo de conductas alimentarias.

4. Marco Teórico

4.1.1. Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Los trastornos de la conducta alimentaria fueron descritos por primera vez desde la medicina. Gull y Lasègue, introdujeron las enfermedades "anorexia nerviosa" y "anorexia histérica" propias de las mujeres jóvenes. Gull planteó que la anorexia nerviosa afectaba únicamente a mujeres de 16 y 30 años, de la burguesía. Lasègue, mencionó que dicha anorexia pertenecía a la histeria, la clasificaba como una enfermedad neurológica. Ambos autores, daban gran importancia a la edad de dichas mujeres, a su estilo de vida, vínculos familiares y sociales, y al curso de la enfermedad. Dos décadas más tarde, la anorexia nerviosa fue aplicada en la práctica clínica, así como también el método de tratamiento (Gull y Lasègue, 1873, como se citó en Martín, 2000). Entre 1900 y 1940, la anorexia nerviosa comienza a tener un abordaje biológico y psicológico (Gil García, 2006).

Simmonds, desde la endocrinología, planteó una hipótesis causal de la anorexia, siendo ésta una disfunción hipofisaria, por ende, el tratamiento estaba enfocado en los déficits hormonales (Simmonds, 1914, como se citó en Martín, 2000).

Por otro lado, Freud sostuvo que la anorexia está relacionada con problemas sexuales no resueltos, y fue él quien incorporó a la anorexia dentro de los trastornos, brindando tratamientos psicoanalíticos (Freud, 1930, como se citó en Gil García, 2006).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2021, definió a los TCA como comportamientos alimentarios anormales, en donde hay una preocupación excesiva por la comida, la figura corporal y el peso. Tanto la anorexia nerviosa como la bulimia nerviosa suelen aparecer en la adolescencia y la juventud, y la primera puede traer como consecuencia la muerte prematura, suicidio, complicaciones médicas. La OMS manifiesta que la anorexia nerviosa es el trastorno mental con mayor mortalidad.

Hoy en día, los TCA son comprendidos como patologías graves que afectan tanto las esferas biológicas como las psicosociales, y cuenta con complicaciones físicas graves (Álvarez et al., 2015). Implican alteraciones comportamentales, actitudinales e ingesta de alimentos que se acompaña de una gran preocupación en lo que respecta a la forma del cuerpo y al peso (Portela de Santana et al., 2012). Estas alteraciones en la conducta incluyen ejercicio físico excesivo, vómitos autoinducidos, utilización de laxantes, y abarca desde la restricción de ingesta de alimentos hasta atracones (Arija-Val et al., 2022).

4.1.2. Etiología

En cuanto a la etiología de los TCA, se puede decir que aún es desconocida, pero hay evidencias científicas que demuestran que los genes, así como también el ambiente, contribuyen al riesgo, que abarca desde la etapa prenatal temprana hasta la edad adulta (Arija-Val et al., 2022). El hecho de que sea una patología biopsicosocial hace que se dificulte aún más la comprensión de su etiología, porque impactan en el comportamiento de las personas (Portela de Santana et al., 2012).

Así mismo, entre sus causas se identifican factores socioculturales como el estereotipo de belleza de delgadez, la normatividad de los roles de género, abuso sexual en su historia de vida, conflictos familiares, y por último, una predisposición genética. Además, entre ellas se puede mencionar características de personalidad como baja autoestima, altos niveles de autoexigencia y antecedentes de psicopatologías. Muchos estudios han demostrado que el origen del TCA es multicausal (March et al., 2006).

En cuanto a la normatividad de los roles de género, se puede decir que hacen referencia a las características y expectativas que posee una sociedad respecto al comportamiento de lo femenino y lo masculino, es decir, a cómo es o cómo debería ser un hombre o una mujer, cómo es esperable sentirse y cuál es la apariencia deseable. Lo femenino se asocia con la belleza, la emocionalidad, afectividad, sensibilidad y simpatía (Fernández y Pedrón, 2022). Ligado a los estereotipos de género, y siguiendo a Villanueva y Hernandez (2022) se puede decir que, los estereotipos de belleza se entienden como un conjunto de características que la sociedad considera como bello, atractivo y aceptable, es decir, es un ideal de imagen corporal, y cambia según la época y la cultura. La sociedad patriarcal fomenta un modelo de belleza en las mujeres irreal e inalcanzable, que implica delgadez, perfección corporal y/o juventud.

Por otro lado, lo que respecta a causas por Abuso Sexual Infantil (ASI), se puede decir que el TCA es una manera de proteger a la persona de situaciones estresantes como lo es el ASI, desplazando dicho acontecimiento a una gran preocupación por el peso y la alimentación (Mambrú Taverez, 2009). Se ha demostrado que existe una relación altamente significativa entre ASI y TCA, es decir, que gran parte de las personas que padecen un TCA habrían sufrido ASI (Losada, 2011).

4.1.3. Prevalencia

Según la Asociación de Lucha contra la Bulimia y la Anorexia (ALUBA, 2022), Argentina es el segundo país con más prevalencia de Trastorno de la Conducta Alimentaria, después de Japón, desde hace 20 años. Los estudios realizados por ALUBA indican que un 10% y un 15% de la población Argentina padecen de TCA.

La población más afectada por los TCA es la población femenina, principalmente adolescentes, y de no ser tratados en tiempo y forma, se extiende hasta los primeros años de edad adulta (Góngora et al., 2009). Así mismo, también se presenta en la población masculina y en otras edades, pero en menor medida (Arija-Val et al., 2022).

Dentro de los TCA, el diagnóstico que con más frecuencia se realiza en la adolescencia es el TCA no especificado, seguido por AN y BN. Cabe destacar que los TCA en adolescentes pueden dejar consecuencias irreversibles en su desarrollo, ya que muchas veces se acompañan de complicaciones médicas y psicológicas. Es importante el tratamiento temprano para evitar que el TCA sea crónico (López y Treasure, 2011).

4.1.4. Comorbilidades orgánicas/psicopatológicas

Los trastornos de la conducta alimentaria presentan comorbilidad con otras patologías, como la depresión, la ansiedad, el trastorno obsesivo compulsivo, los trastornos de personalidad y el déficit de atención e hiperactividad (Arija-Val et al., 2022).

En la adolescencia, puede traer dificultades en el fortalecimiento de la autoestima, autonomía, intimidad, autoconcepto, y a su vez, se incrementa el aislamiento social y los conflictos intrafamiliares (López y Treasure, 2011).

En cuanto a la comorbilidad respecto a la AN, se puede mencionar la depresión, como consecuencia de la desnutrición, y a su vez trastornos de ansiedad y TOC. El trastorno obsesivo-compulsivo no suele estar ligado a la AN, sino que se da de manera independiente y precedente. Tienen lugar, además, el abuso de sustancias y la agresividad. En lo que respecta a rasgos de personalidad, son frecuentes los limítrofes y obsesivos-compulsivos. Otra comorbilidad de AN puede ser el síndrome del espectro autista (López y Treasure, 2011).

En la BN, se pueden mencionar trastornos del estado del ánimo, ansiedad, TDAH, TOC, TLP, baja autoestima, autolesiones, intentos de suicidio y conductas impulsivas. Se asocian además, conductas adictivas (López y Treasure, 2011).

Por otro lado, en cuanto a las complicaciones médicas, siguiendo a López y Treasure (2011), se puede decir que los TCA afectan a la mayoría de los órganos. En la adolescencia, sus signos y síntomas, surgen como consecuencia de una malnutrición y conductas compensatorias. En mujeres jóvenes, la AN es una de las principales causas de incapacidad.

Con respecto a la AN, las comorbilidades orgánicas pueden ser cardiovasculares, gastrointestinales, debilitamiento del sistema inmune, disfunciones cognitivas y cerebrales, disminución cerebral, debilitamiento, pérdida de fuerza, osteoporosis y osteopenia. Algunas de ellas son irreversibles, como el retardo en el crecimiento, deterioro del esmalte dental, transformación en la estructura cerebral, retraso o estancamiento en el desarrollo puberal, y complicación en la adquisición de masa ósea. Algunas consecuencias pueden revertirse con el cese de conductas purgativas y/o la recuperación nutricional, mientras que otras, por el contrario, pueden conducir a la finalización de la vida.

Por otro lado, las complicaciones médicas asociadas a la BN, que surgen como consecuencia de las conductas purgativas, son los trastornos electrolíticos, gastrointestinales, problemáticas en el sistema reproductivo, deterioro del esmalte dental e inflamación de las glándulas parótidas.

4.1.5. Criterios diagnósticos según DSM-V (2014)

En cuanto a las formas clínicas actuales de los Trastornos de la conducta alimentaria, se pueden mencionar a la Anorexia Nerviosa (AN), Bulimia Nerviosa (BN), Trastorno por Atracón (TA), Otro Trastorno Alimentario o de la ingestión de alimentos Especificado (OTAE) y Trastorno Alimentario o de la ingestión de alimentos No Especificado (TANE), siendo los primeros tres las formas típicas (APA, 2014).

La AN se caracteriza por la restricción de la ingesta de alimentos que trae como consecuencia una disminución del peso corporal, es decir, un peso inferior al mínimo normal, en relación a su edad, sexo, desarrollo y físico. Además, incluye un miedo intenso a aumentar de peso y una alteración en la percepción de su propio cuerpo (APA, 2014)

En la BN hay episodios de atracones recurrentes, conductas compensatorias inapropiadas de carácter recurrente, como por ejemplo auto-provocar el vómito, uso de laxantes, diuréticos, ayuno, y/o ejercicio físico excesivo. Los atracones se caracterizan por la ingestión excesiva de alimentos en un período de tiempo breve y determinado, así como también la sensación de falta de control sobre dicha ingesta. La autoevaluación de las

personas diagnosticadas con BN se encuentra fuertemente ligada a la constitución y peso corporal (APA, 2014).

El TA se caracteriza por reiterados episodios de atracones, por lo menos una vez a la semana, a lo largo de tres meses, generando esto un gran malestar. Se asocia a la ingesta excesiva de alimentos y de manera rápida, hasta sentirse desagradablemente lleno, realizando esta actividad en solitario ya que sienten vergüenza (APA, 2014).

Dentro de los OTAE se encuentran la anorexia nerviosa atípica (el peso corporal se encuentra dentro o por encima de la estadística normal), la bulimia nerviosa atípica (los atracones y conductas compensatorias se producen menos de una vez a la semana, por lo menos tres meses), el trastorno por atracón de frecuencia baja y/o duración limitada (los atracones y conductas compensatorias se producen menos de una vez a la semana, por lo menos de tres meses), trastorno de purgas (purgas en ausencia de atracones), síndrome de ingestión nocturna de alimentos (ingestión de alimentos excesiva por la noche, ya sea después de cenar o al despertarse del sueño) (APA, 2014).

Por último, los TANE en los cuales predominan los síntomas característicos de los TCA generando un deterioro (social, laboral y áreas importantes de la vida de la persona) y gran malestar, pero no cumple con los criterios necesarios para ninguno de los trastornos (APA, 2014).

4.1.6. Criterios diagnósticos según CIE-11 (2019)

Siguiendo al CIE-11 (2019), se puede decir que los TCA son comportamientos anormales asociados con la alimentación. Incluye las conductas que no se encuentran vinculadas con la preocupación por el peso y la figura corporal, el vómito autoprovocado de alimentos, la incorporación de sustancias no comestibles, comportamientos anormales relacionados con la ingesta de alimentos, preocupación por la comida, peso y figura corporal.

Dentro de ellos se encuentran la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón, Trastorno Evitativo o Restrictivo de la Ingesta Alimentaria (TERIA), síndrome de pica, trastorno por rumiación o regurgitación, otros trastornos especificados del comportamiento alimentario y trastornos del comportamiento alimentario sin especificación (CIE-11, 2019).

La AN se caracteriza por un peso excesivamente inferior teniendo en cuenta la altura, edad y etapa del desarrollo de la persona, acompañado de comportamientos restrictivos,

purgativos, y aquellos dirigidos al gasto energético, existiendo un gran temor a aumentar de peso (CIE-11, 2019).

En la BN, por otro lado, son característicos los episodios frecuentes y recurrentes de atracones, en donde hay una pérdida subjetiva del control sobre la ingesta de alimentos, implicando esto que la persona no se sienta capaz de dejar de comer, limitar tanto el tipo como la cantidad de alimentos que consume, comer en mayor cantidad o de forma diferente a lo cotidiano. Así mismo, suelen ir acompañados de conductas compensatorias como vómitos autoprovocados, laxantes, enemas, ejercicio físico excesivo, con el objetivo de no aumentar de peso (CIE-11, 2019).

En el Trastorno por Atracón también existe una pérdida subjetiva del control sobre la ingesta de alimentos, pero, a diferencia de la BN, no se observan conductas compensatorias (CIE-11, 2019).

El TERIA, se caracteriza por la evitación y restricción del consumo de alimentos que trae como resultados una pérdida significativa de peso y un impedimento en las áreas importantes del funcionamiento debido, por ejemplo, a la angustia relacionada con participar de experiencias sociales que implican comer. Es importante aclarar que la conducta no está motivada por la preocupación por el peso o la imagen corporal (CIE-11, 2019).

El síndrome de pica implica la ingesta regular de sustancias no nutritivas, como por ejemplo productos no comestibles (arcilla, plástico, metal, papel, etc) o alimentos crudos en grandes cantidades, trayendo como consecuencia daños en la salud, deterioro en el funcionamiento, y riesgo significativo (CIE-11, 2019).

Por último, en cuanto al trastorno de rumiación o regurgitación, se puede decir que la regurgitación hace referencia a cuando la persona trae de manera reiterada el alimento deglutido a la boca, y que, a su vez, puede volver a masticarlo y tragarlo nuevamente (rumiación). El alimento puede ser escupido pero no vomitado (CIE-11, 2019).

4.1.7. Marco normativo

La Ley de Trastornos Alimentarios (Ley 26.396), promulgada el 23 de septiembre del año 2008, tiene como objetivo la prevención y control de los TCA, el diagnóstico, tratamiento, la asistencia integral y rehabilitación, incluyendo las enfermedades vinculadas y patologías derivadas.

Plantea la incorporación de la Educación Alimentaria Nutricional (EAN) en el sistema educativo, con el objetivo de fomentar la actividad física, y por el contrario evitar el sedentarismo. Propone la capacitación sobre la temática a los profesionales de la educación, trabajadores sociales y de la salud, así como también operadores comunitarios con el objetivo de conocer y detectar la patología y en consecuencia implementar acciones y estrategias para abordarla. Así mismo, que los profesionales e involucrados puedan brindar psicoeducación a los progenitores o adultos responsables sobre la prevención de los TCA y posibles peligros.

La Ley, expresa que, el Ministerio de Salud, deberá promover seminarios, talleres, conferencias, y demás programas acerca de los TCA con el objetivo de dar a conocer la problemática y sus formas de prevención.

En cuanto a los anuncios publicitarios y los diseñadores de moda, se tomarán medidas para que no utilicen a la delgadez extrema como un estereotipo de belleza, principalmente de las mujeres, y propone, en contrapartida, que se ofrezcan imágenes diversas. Así como también, se prohíbe la publicidad de dietas o derivados, con el objetivo de adelgazar, sin el aval de un profesional de la salud o nutrición.

Plantea la incorporación del Programa Médico Obligatorio, que consiste en brindar un tratamiento integral a todas las personas que sufran un TCA, incluyendo a las Obras Sociales y prepagas. El tratamiento incluye, tratamientos nutricionales, psicológicos, clínicos, quirúrgicos, farmacológicos y demás prácticas médicas necesarias para su abordaje.

4.1.8. Tratamientos

Por lo general, las personas que sufren un TCA, poseen una escasa conciencia de enfermedad y motivación para la resolución del conflicto. Esto trae como consecuencia que la consulta no sea de manera directa, a pesar de que haya un gran impacto en su salud física y psicológica. En la adolescencia, por lo general el TCA suele ser detectado por adultos o pares (López y Treasure, 2011).

Un tratamiento satisfactorio implica la intervención de un equipo interdisciplinario compuesto por un médico clínico, nutricionista, psicólogo y psiquiatra. Dependiendo la situación de cada paciente, se puede evaluar el tratamiento ambulatorio u hospitalización. De igual manera, los tratamientos en TCA no suelen ser exitosos (López y Treasure, 2011).

Es importante hacer hincapié en la motivación, ya que es importante para la recuperación, y hay muchos estudios que demuestran que la psicoterapia falla cuando la

motivación es baja. En los TCA la motivación es demasiado baja, por ende la efectividad del tratamiento es baja, y esto se debe a que los pacientes suelen valorar demasiado al trastorno en sí mismo (López y Treasure, 2011).

En el caso de la AN, hay poca conciencia de enfermedad, por ende valoran en exceso el TCA y no se encuentran en una etapa para realizar una modificación de su conducta. En lo que respecta al tratamiento en AN, se sugiere en primera instancia que el mismo sea de manera ambulatoria, y en casos de alto riesgo y escasa red de contención debe considerarse la hospitalización y la intervención psicológica en conjunto. Así mismo, se consideran fundamentales las intervenciones familiares para la recuperación, particularmente las terapias derivadas del Modelo Maudsley de Tratamiento. De igual manera, la terapia individual focalizada demostró una efectividad similar.

En cuanto al tratamiento farmacológico, la fluoxetina se considera eficaz para evitar recaídas, y algunos antipsicóticos han demostrado ser útiles en los síntomas obsesivos-compulsivos y en el incremento de peso. De igual manera, no existe suficiente evidencia que respalde la eficacia de los psicofármacos en TCA, tanto en la fase aguda como en la fase de mantención (López y Treasure, 2011).

En la BN se puede observar una gran ambivalencia: por un lado, se encuentran altamente motivados en disminuir las conductas purgativas y los atracones, pero no así en abandonar las dietas o aceptar un peso normal. Resolver dicha ambivalencia es un gran desafío en el tratamiento de dicho diagnóstico (López y Treasure, 2011).

En la BN, el tratamiento más efectivo se considera que es la terapia cognitivo-conductual (TCC). La misma se centra en los pensamientos, conductas y actitudes sostienen el trastorno. Abarcan de 16 a 20 sesiones, durante 4/5 meses. De igual manera, la terapia interpersonal ha demostrado ser eficaz, pero, en comparación con TCC, sus resultados son más lentos. Y, a diferencia de los tratamientos en AN, la terapia familiar no son exitosos en BN (López y Treasure, 2011).

En cuanto al tratamiento farmacológico, la fluoxetina ha demostrado tener un efecto exitoso en la disminución tanto de atracones como de purgas. Así mismo, mejora las comorbilidades como depresión y síntomas obsesivo-compulsivos (López y Treasure, 2011).

Así mismo, la Terapia Dialéctica Comportamental (DBT) ha demostrado ser efectiva en TCA (López y Treasure, 2011) siendo su objetivo llevar a cabo un entrenamiento en

habilidades de regulación afectiva, reemplazando los atracones y/o purgas. Así mismo, se enseñan habilidades de aceptación y mindfulness, con el fin de generar una mayor tolerancia al estrés negativo. Está indicado en pacientes diagnosticados con BN y Trastorno por Atracón, en donde los tratamientos estándares no han mostrado resultados o los mismos fueron mínimos (Bravo et al., 2021).

El objetivo principal es eliminar atracones, purgas, alimentación inconsciente, conductas que atentan contra la calidad de vida, reducir la preocupación excesiva por la comida y no rendirse (Bravo et al., 2021).

Siguiendo a Bravo et al. (2021), se puede decir que en los TCA, las sesiones en DBT son 20:

- *Pre-tratamiento* (sesión 1 y 2): En la primera sesión se abordará el compromiso para la abstinencia de atracones, se realizará un registro diario, y la orientación al tratamiento serán la Teoría Biosocial, Modelo de regulación afectiva, objetivos y acuerdos. En la segunda sesión, se trabajará sobre la abstinencia dialéctica y se enseñará la respiración diafragmática.

- *Habilidades de Mindfulness* (sesión 3-5): se apunta a una alimentación consciente, no juzgar, mente sabia, observar, describir y participar, rebelión alternativa y surfear en la urgencia.

- *Habilidad de regulación emocional* (sesión 6-13): se observan y describen emociones, se aborda la función de las emociones, la reducción de la vulnerabilidad a emociones negativas e incrementar emociones positivas.

- *Habilidades de aceptación de la realidad* (sesión 14-18): el objetivo es aceptar la realidad, brindar habilidades para sobrevivir a una crisis y habilidades de fortalecimiento.

- *Repaso y estrategias de caída.*

La DBT demostró cambios significativos en el estilo de vida de las pacientes diagnosticadas con DBT, eliminando conductas suicidas, parasuicidas, abuso de sustancias y medicación, laxantes y diuréticos, pero no se consiguió eliminar las conductas restrictivas, por ende, se recomienda en AN complementar DBT con técnicas cognitivo-conductuales (Nieto, 2018).

4.1.9. Curso y Pronóstico

Se considera que un diagnóstico precoz de un TCA, dentro de los primeros tres años aproximadamente, podría evitar la cronicidad y a su vez, tendría un mejor pronóstico (López y Treasure, 2011).

Siguiendo a Geate et al. (2012), se puede decir que la evidencia muestra que el 50%, aproximadamente, de las pacientes tienen una evolución óptima, mientras que el 30% poseen síntomas residuales, y el 20% no mejora. La mayoría de ellas se recuperan en su totalidad, estabilizando su peso, alimentación y menstruación.

Es importante destacar que, las adolescentes demostraron un pronóstico más favorable en comparación con las mujeres adultas (Geate et al., 2012).

En lo que respecta a AN, se observa una tasa elevada de trastornos psiquiátricos residuales, incluso luego de la recuperación. El 51% de ellas padecen trastornos psiquiátricos del EJE I, según el DSM, mientras que el 23% presentaban trastornos de personalidad (Geate et al., 2012).

Se puede observar un buen pronóstico en aquellas mujeres diagnosticadas en una edad temprana, siendo los factores de un "buen pronóstico" la duración breve de los síntomas y relaciones interpersonales óptimas. Por otro lado, se asocian a un peor pronóstico la cronicidad, la gran pérdida de peso, las purgas y la hiperactividad física (Geate et al., 2012).

En cuanto a las tasas de mortalidad, tanto en AN como en BN, son más elevadas en adultos históricamente, en comparación con adolescentes (Geate et al., 2012).

En cuanto al Trastorno por Atracón, las comorbilidades pueden dificultar la evolución y el pronóstico. Las patologías asociadas son BN, trastorno dismórfico corporal, trastorno bipolar, depresión, trastornos de ansiedad, trastornos por abusos de sustancia, entre otros (Geate et al., 2012).

4.1.10. Prevención

Geate et al. (2012) menciona que en TCA es de vital importancia la prevención primaria y la prevención secundaria.

La *prevención primaria* abarca que el equipo interdisciplinario debe asesorar y asistir tanto a la paciente como a sus familias para que se alcance una nutrición y actividad física

equilibrada y flexible, una autoestima óptima, y reducir la importancia que le otorgan al peso y la imagen corporal. Así mismo, deberán potenciar la adquisición de habilidades para enfrentar los mensajes que transmiten los medios de comunicación (Geate et al., 2012).

Neumark-Sztainer (2009) propone cinco recomendaciones para la prevención en TCA. La primera hace referencia a que los profesionales deberán desalentar al paciente a realizar dietas y conductas para el control del peso, y en contrapartida deberán fomentar a la alimentación y actividad física saludable.

En segundo lugar, menciona que se debe promover a que las jóvenes cuiden su cuerpo a través de la alimentación, ejercicio físico y verbalizaciones positivas (Neumark-Sztainer (2009).

La tercera y cuarta recomendación se encuentra dirigida a los miembros de las familias o grupos convivientes, quienes deben colaborar a realizar las comidas en conjunto de manera regular y placentera. Así mismo, se sugiere que eviten conversar sobre el peso, y en su lugar, fomenten a la alimentación y actividad física saludable (Neumark-Sztainer (2009).

Por último, se sugiere abordar e intervenir el maltrato sobre su peso con la paciente y su familia (Neumark-Sztainer (2009).

En cuanto a la *prevención secundaria*, se considera que los médicos clínicos deben realizar un screening de TCA, monitorizando el peso del paciente, talla e IMC. Así mismo, deben focalizar su atención en los signos y síntomas de un posible TCA. Se sugiere que lo realicen en personas que realizan algún deporte y en aquellos pacientes que presenten factores de riesgo como: baja autoestima, perfeccionismo, obesidad historicidad de dietas, no realizar todas las comidas, ejercicio físico excesivo, antecedentes familiares de TCA u obesidad, insatisfacción con la imagen corporal, modelaje, ballet o deportes que posean como requisito un cuerpo delgado, entre otros (Geate et al., 2012).

Los profesionales en nutrición, deben prestar atención significativamente a que las pacientes que sus consultas están dirigidas y motivadas específicamente por el peso, la imagen corporal y la alimentación, ya que hay mayor probabilidad a que padezcan un TCA (Geate et al., 2012).

4.1.11. Factores de mantención en AN

Según el Modelo Interpersonal de Schmidt y Treasure (2006), dentro de los factores de mantenimiento se pueden mencionar a los factores cognitivos, estilo socioemocional, pensamientos Pro TCA y los factores interpersonales.

Los factores cognitivos hacen referencia a los estilos de pensamiento focalizados en los detalles y la rigidez cognitiva. Los mismos, se pueden observar en el transcurso de la enfermedad, acentuándose en la fase aguda, y persistiendo luego de la recuperación (Schmidt y Treasure, 2006).

En cuanto al estilo socioemocional, se puede mencionar que las personas diagnosticadas con AN presentan tendencias significativas de evitación y poseen sentimientos de "anestesia" emocional, en donde el reconocimiento de las emociones básicas se encuentra limitado. Esto se puede observar antes de que surja el TCA, persistiendo también luego de la recuperación. De igual manera, cuentan con una gran dificultad para expresar sus emociones y para la resolución de problemas (Schmidt y Treasure, 2006).

Los Pensamientos Pro TCA se refieren a aquellas creencias positivas sobre el diagnóstico que tienen lugar luego del inicio, como por ejemplo la sensación de control sobre el peso. Es de vital importancia identificar, comprender y trabajar sobre dichas creencias para evitar resistencias al cambio en el tratamiento (Schmidt y Treasure, 2006).

Y por último, los factores interpersonales incluyen a los familiares cercanos y sus reacciones emocionales, y cómo pueden reforzar negativamente sus síntomas (Schmidt y Treasure, 2006).

4.1.12. Factores de riesgo

Siguiendo a Monterrosa et al. (2022), Uno de los principales factores de riesgo en los TCA es ser mujer, aunque hay un pequeño porcentaje de varones que también padecen de TCA. Así mismo, el riesgo se incrementa entre la infancia y la adolescencia (12 a 14 años) debido a que en este período se presenta una mayor vulnerabilidad a las exigencias sociales, así como también una mayor sensibilidad al entorno cambiante, manipulación y presiones de familiares, pares y medios de comunicación.

En lo que respecta a los medios de comunicación, se los puede mencionar como un factor de riesgo debido a que promueven a la delgadez como un ideal de belleza y sinónimo

de éxito. Esto provoca que las personas tengan como objetivo alcanzar dichos ideales, trayendo como consecuencia conductas purgativas para disminuir el peso corporal (Monterrosa et al., 2022).

En cuanto a los vínculos familiares, se puede decir que las hijas de padres divorciados, separados o viudos, presentan una mayor vulnerabilidad a padecer un TCA, así como también aquellas que optan por realizar las comidas de manera solitaria. A su vez, tanto los familiares como los amigos pueden constituir un factor de riesgo debido al aprendizaje por imitación. A su vez, se consideran significativos los antecedentes familiares de AN, BN, obesidad o sobrepeso (Monterrosa et al., 2022).

Otro factor de riesgo es realizar dietas con el objetivo de adelgazar, y obsesionarse con ellas, en particular aquellas dietas que se llevan a cabo de manera estricta y que comienzan a temprana edad (Monterrosa et al., 2022).

Realizar ejercicio físico excesivo y mismo determinados deportes, implican un riesgo a padecer un TCA. Entre dichos deportes se incluyen bailarinas, atletas, gimnastas, luchadores, fisicoculturistas, entre otros, debido a que implican una gran exigencia física y estrés por alcanzar el peso corporal solicitado, ejerciendo una significativa presión física y psicológica (Monterrosa et al., 2022).

Involucrarse en el ámbito universitario constituye un factor de riesgo, debido a las crisis depresivas, estrés, ansiedad, conflictos familiares, fracasos, angustia y necesidades económicas. A su vez, hay mayor prevalencia en estudiantes de medicina, psicología, arte, comunicación social y periodismo. Las últimas dos carreras universitarias, se consideran un factor de riesgo debido a la asociación con la pasarela, televisión y la moda (Monterrosa et al., 2022).

Shiltz (1997) divide los factores de riesgo de TCA en factores individuales, psicosociales y socioculturales. Los primeros incluyen abuso sexual, insatisfacción corporal, dietas excesivas, pérdida de una persona importante, rupturas de vínculos significativos, divorcio de los progenitores, cambio de residencia y estudio. Los factores psicosociales, por su lado, abarcan baja autoestima, perfeccionismo, pensamiento rígido, dificultad para exteriorizar sus sentimientos y emociones, necesidad de aprobación, falta de autocontrol, ira, evasión de conflictos y dificultades de identidad. Por último, los factores socioculturales engloba ideales de belleza culturales, roles familiares confusos y rígidos, ausencia de

definición de límites, maltrato emocional y disfuncional, influencia de pares, ejercicio físico excesivo, deportes que incentivan el bajo peso, y críticas sobre el peso y la imagen corporal.

Se puede decir que son diversos los factores de riesgo en TCA. Los principales factores en AN incluyen ser mujer adolescente, perfeccionismo, disconformidad con la figura corporal, dietas, antecedentes familiares de obesidad, depresión, ansiedad, conflictos familiares, uso de drogas, consumo problemático de alcohol, abuso sexual, obesidad, baja autoestima, historia de TCA o familiar de primer grado con TCA, alteraciones metabólicas o psicológicas, y percepción distorsionada de la imagen corporal. En cuanto a la BN, los factores de riesgo identificados son depresión, ansiedad, distorsión de la propia imagen corporal, temor a aumentar de peso, motivación por la delgadez, insatisfacción corporal, padres en consumo problemático y poca comunicación con los progenitores (Monterrosa et al., 2022).

Por último, siguiendo a Canals y Arija-Val (2022), se puede decir que en los TCA se encuentran diversos factores de riesgo y rasgos psicológicos de vulnerabilidad, entre ellos la baja tolerancia a la frustración y la baja autoestima.

4.2. Tolerancia a la frustración

Se considera a la frustración como un fenómeno natural que surge en la vida de todos los seres humanos cuando se enfrentan a un obstáculo o dificultad (Leal y Contreras, 1998)

Knaus (1983) va a definir a la frustración como aquel sentimiento, que trae consigo una discrepancia entre lo que se desea y lo que concretamente se encuentra disponible. Si la persona logra el objetivo, es decir si es igual, se encontrará tranquilo ya que es lo que esperaba. Si no recibe lo que esperaba, se mostrará frustrado, enojado o triste, y por el contrario, si recibe aún más de lo que anhelaba, se encontrará contento, eufórico y alegre (Mustaca, 2018).

Hernández et al. (2021), define a frustración como una reacción del organismo a nivel emocional, cognitiva, fisiológica y neural, que se genera como consecuencia ante una discrepancia negativa entre lo esperado y lo que realmente sucede. La frustración se manifiesta desde el primer momento de vida, ya que los humanos cuentan con un sistema que admite crear expectativas acerca del futuro, teniendo en cuenta su historia previa de aprendizaje.

Amsel (1958, 1992) desarrolló la teoría de la frustración, siendo la principal referencia para las investigaciones siguientes sobre la temática (Kamenetzky, 2009). Siguiendo dicha teoría (1992), la frustración es considerada como un estado o respuesta que tiene lugar cuando un reforzador positivo disminuye sorpresivamente en lo que respecta a su calidad o cantidad, luego de haber recibido señales asociadas a un reforzador significativamente mayor. Este concepto, a su vez, abarca situaciones en donde hay un retraso o un obstáculo en la aproximación a dichos reforzadores apetitivos (Kamenetzky, 2009).

A su vez, se pueden distinguir dos clases de efectos de la frustración: paradójica y no paradójica. La primera hace referencia a la persistencia en situaciones de omisión de los reforzadores, mientras que la segunda abarcaría solamente a la reacción ante dicha eliminación (Amsel, 1992).

Mustaca (2013, 2018), menciona que hay evidencia respecto a que la frustración trae como consecuencia respuestas inmediatas incondicionadas conductuales, y también neurofisiológicas análogas, fisiológicas, emocionales y conductuales. Esto puede ser transitorio, o bien puede prolongarse en el tiempo.

La tolerancia a la frustración es considerada una habilidad, siendo su función la de sostener y controlar las respuestas de impulsividad que se presentan frente a situaciones difíciles, hostiles o estresantes (Aguilar y García, 2021). La baja tolerancia a la frustración abarcaría, entonces, desequilibrio emocional, desadaptación y angustia (Aguilar y García, 2021).

Ellis (1973; 1975; 1976) va a ubicar a la baja tolerancia a la frustración (BTF) como una de las tres inferencias de ideas irracionales. Va a decir que, la BTF es la tendencia a magnificar la parte negativa e insoportable de una situación, ocupando ésta tal lugar en la vida del sujeto que le imposibilita ser feliz. En la terapia racional emotivo-conductual, va a realizar una diferencia entre la ansiedad del ego y la ansiedad situacional, siendo la ansiedad situacional consecuencia de la baja tolerancia a la frustración (Ellis, 1980; 1987).

Leal y Contreras (1998), van a mencionar que la baja tolerancia a la frustración tiene lugar cuando las personas, ante situaciones problemáticas, deciden evitarlas en lugar de enfrentarlas, es decir, consideran escapar de ella ya que no se creen capaces de tolerar el malestar que ello genera.

4.3. Autoestima

James (1890) fue el primer psicólogo que investigó el fenómeno de la autoestima. El autor refirió que, cuando se realizan auto-valoraciones se consideran tres componentes propios de la identidad. Uno de ellos abarca los rasgos de la personalidad, las formas de actuar, pensar y sentir. Los dos componentes restantes hacen referencia a el "Yo social" y al "Yo material". El primero hace referencia a las cualidades/defectos que los demás tienen acerca de otra persona, mientras que el segundo incluye la imagen corporal y las propiedades que son de gran importancia para el sujeto en sí.

Además, el autor mencionó que, para medir los niveles de autoestima, se requiere de una fórmula en donde la autoestima es igual a éxitos sobre pretensiones. Si los éxitos se encuentran igual o por encima de las pretensiones del sujeto, éste tendrá una autoestima positiva. Si las pretensiones son aún más elevadas que los éxitos, la autoestima es negativa (James, 1890).

Rosenberg (1965) definió a la autoestima como un sentimiento dirigido hacia uno mismo, tanto positivo como negativo, que se construye a partir de una evaluación acerca de las propias características. Creó la Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) y la misma fue validada en distintos países y traducida en francés, alemán, japonés, portugués, español, etc.

La autoestima, es la valoración o auto-evaluación que hace el individuo acerca de sí mismo, y el valor que le otorga a su identidad (Díaz Falcón et al., 2018).

Se la considera como el grado de valoración con que se percibe la autoimagen. Dichas percepciones abarcan la percepción de sí, la percepción del otro, y de sí mismo ideal. La percepción de sí hace referencia a la comparación que se hace de la imagen de sí mismo con otros. La percepción del otro es la imagen que tienen los otros de él. Y por último, el sí mismo ideal refiere al autoconcepto ideal, es decir, cómo quisiera ser. Si hay una gran discrepancia entre la percepción de sí o de los otros y el autoconcepto ideal, se puede decir que hay una mayor alteración en la autoestima (Montt y Ulloa, 1996).

En cuanto al desarrollo de la autoestima, se puede decir que tiene sus inicios en la infancia (Díaz Falcón et al., 2018), teniendo niveles relativamente elevados que, con la aparición de la adolescencia, y a lo largo de éste, comienzan a disminuir. Luego, se vuelven a elevar en el comienzo de la adultez, y descienden a partir de las edades medias de la vida adulta hasta la vejez (Rodríguez y Caño 2012).

La autoestima baja trae consigo una gran alteración en la percepción de fortalezas y debilidades, y la distorsión de la imagen de sí, y por lo general suele asociarse con estructuras de personalidad depresivas y narcisistas, timidez y ansiedad social (Montt y Ulloa, 1996).

La adolescencia temprana (10 a 14 años) suele ser considerada una etapa fundamental en la formación de la autoestima, y suele debilitarse debido a cambios puberales, así como también cambios cognitivos y del contexto escolar (Díaz Falcón et al., 2018). Así mismo, se caracteriza por el crecimiento y desarrollo del cuerpo, cambios puberales, sexuales, conductuales y emocionales (Pineda y Aliño, 2002), y se desarrolla la identidad personal como consecuencia de la maduración de las estructuras cerebrales (Villanueva y Grau-Alberola 2019). Se puede observar mayor importancia a la pertenencia al grupo de pares y grupos de referencia favoreciendo la inclusión y pertenencia (Villanueva y Grau-Alberola 2019), curiosidad sexual, mayor autonomía, independencia y comienzan los conflictos familiares u otros adultos (Pineda y Aliño 2002).

Se ha demostrado que los varones poseen una autoestima más elevada en la adolescencia que las mujeres. Esta autoestima en los varones se encuentra ligada a logros personales en comparación con sus pares, mientras que en la autoestima de las mujeres depende de la evaluación de sí mismas a partir de la aprobación de los otros significativos (Rodríguez y Caño 2012).

La baja autoestima en esta etapa de la vida es considerada un factor de riesgo para la aparición de problemáticas psicológicas y sociales, como los trastornos de la conducta alimentaria, ansiedad, depresión, tendencias suicidas, procrastinación, conductas antisociales, abuso de alcohol y drogas (Rodríguez y Caño 2012).

Una baja autoestima en la adolescencia puede traer grandes consecuencias en la edad adulta, como un gran riesgo a una salud física y mental empobrecida, proyección laboral y económica baja, y una gran probabilidad de encontrarse implicados en actuaciones criminales (Rodríguez y Caño 2012).

4.4. Autoestima y tolerancia a la frustración

Siguiendo a López et al. (2001), se puede decir que una persona con autoestima positiva afronta de una manera óptima una situación conflictiva, ya que es consciente de lo que siente y el porqué, tiene conocimiento de sí mismo y sabe cuáles son sus objetivos, y por ende, sabe que herramientas son las más adecuadas para la solución de un conflicto.

Por el contrario, una persona con una autoestima negativa frente a una situación conflictiva tiende a paralizarse, ya que no identifica lo que siente y por ende tampoco el por qué. No hay una reflexión racional de la situación, ya que hay una gran influencia de los factores afectivos y sociales. Es por esto que, la visión sobre el conflicto se magnifica y trae como consecuencias sentimientos de incapacidad para resolverlo, no se va a considerar a sí mismo apto para ello. Ante estos conflictos, la persona va a presentar conductas de evitación porque generan en él una gran inestabilidad, no son enfrentados, hay una gran negación. Estas conductas actúan como una protección (López et al. 2001).

La autoestima puede desarrollarse adecuada o inadecuadamente sobrestimada o subestimada. Esto, a su vez, afecta el grado de pretensiones personales, es decir las metas u objetivos propios. El nivel de dichas pretensiones hace referencia al nivel de dificultad de los objetivos que la persona se propone alcanzar, teniendo en cuenta sus posibilidades y su nivel de rendimiento, y esto se encuentra influenciado a su vez por los fracasos y éxitos de su vida. En resumen, se puede decir que una persona va a proponerse metas que realmente pueda alcanzar, de acuerdo a sus habilidades y capacidades. Por ende, cuanto más adecuada sea la autoestima, más adecuado será el nivel de pretensiones (Mirzhalol, 2023).

Por otro lado, si una persona se propone metas demasiado fáciles, es decir posee presentaciones subestimadas, se puede decir que posee una baja autoestima. Aunque esto puede suceder también en personas que posean una autoestima elevada, sabiendo que es inteligente y capaz, pero igualmente elige metas simples para no esforzarse demasiado o no destacar. Y por último, cuando las pretensiones son excesivamente irreales, es decir cuando se establecen objetivos demasiado complejos e inalcanzables, puede tener un gran impacto en la autoestima debido a que genera frustración, desánimo y fracasos frecuentes. La frustración se presenta cuando surgen obstáculos insuperables mientras se desea alcanzar una meta, manifestándose con agresividad, amargura, dirigida hacia los demás, o hacia uno mismo, culpándose por los fracasos (Mirzhalol, 2023).

Teniendo en cuenta lo mencionado sobre los niveles de autoestima y la frustración que genera proponerse metas inalcanzables, se puede decir que diversos estudios (Castro et al., 2007) han demostrado que los pacientes con AN y BN poseen un gran perfeccionismo, en donde se observa un excesivo énfasis en alcanzar estándares de delgadez y atractivo físico muy altos e irreales. Esto genera un gran impacto en su autoestima ya que provoca una gran autocrítica por no poder cumplir dichos objetivos, una gran preocupación por sus errores y dudas acerca de los logros personales.

5. Método

5.1. Diseño

El método que se utilizará en el Trabajo Final Integrador es el método empírico, a través de una investigación cuantitativa no experimental de alcance transversal correlacional-descriptivo (Losada et al., 2022)

Siguiendo a Hernandez Sampieri et al. (2014) se puede decir que el enfoque cuantitativo se encuentra conformado por un conjunto de procesos, siendo los mismos secuenciales y probatorios. Se trata de una investigación objetiva que se lleva a cabo en la realidad externa. Se busca confirmar y predecir los fenómenos que se encuentran investigando, y se intenta generalizar a partir de los datos que se encuentran en un grupo a una población.

El alcance correlacional tiene como objetivo conocer la relación existente o no, y el grado de asociación entre dos o más variables. Para lograr esto, en un primer momento se miden las variables, luego se cuantifican, se analizan y por último se vinculan. El alcance descriptivo, por otro lado, tiene como objetivo medir y recoger información sobre las variables de referencia.

5.2. Participantes

La muestra final de la investigación se representó por 30 mujeres con una edad entre 18 y 30 años que residan en el Área Metropolitana de Buenos Aires, que posean un diagnóstico de Trastorno de la Conducta Alimentaria.

Respecto a los criterios de inclusión, la población se conformó por mujeres en el rango etario mencionado, que residan en AMBA y se encuentren diagnosticadas con TCA.

5.3. Técnicas de recolección de datos

Las técnicas de recolección de datos utilizadas fueron la Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE) (Rosenberg, 1965), la Escala de Tolerancia a la Frustración (ETAF) (Hidalgo y Soclle, 2011), y datos sociodemográficos relevantes que abarquen edad, género, nivel educativo, nivel socioeconómico, y diagnóstico. Dichos instrumentos fueron adaptados para su administración a través de Google Forms.

La Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE) cuenta con 10 ítems y posee 4 opciones de respuesta que abarcan desde extremadamente de acuerdo (4) hasta extremadamente en desacuerdo (1). Posee 5 ítems directos y 5 inversos (Rosenberg, 1965).

Por último, la Escala de Tolerancia a la Frustración (ETAF) creada por Hidalgo y Soclle (2011), el cual cuenta con 28 ítems con frases o afirmaciones, donde hay tres posibles respuestas: siempre, a veces o nunca.

5.4. Procedimiento

Las técnicas de recolección de datos se distribuyeron de forma virtual a través de Google Forms. El mismo se divulgó en redes sociales y contactos.

A las participantes se les solicitó en un primer momento la firma del consentimiento informado, en el cual están plasmados los objetivos del estudio, la metodología que se utilizará, la fecha en donde se realizará la investigación, los beneficios, incomodidades y riesgos, se señalará el carácter voluntario de la participación, existirá la posibilidad de suspender el estudio en el momento que se requiera, estará plasmada además la confidencialidad de los datos (Losada, 2014).

Seguido del consentimiento informado, se encontraron las preguntas de tipo sociodemográficas, para luego acceder a la Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE) y finalmente completar la Escala de Tolerancia a la Frustración (ETAF).

Por último, luego de obtener los datos, se realizó un análisis de los mismos empleando el Software estadístico IBM SPSS Statistics V.26.

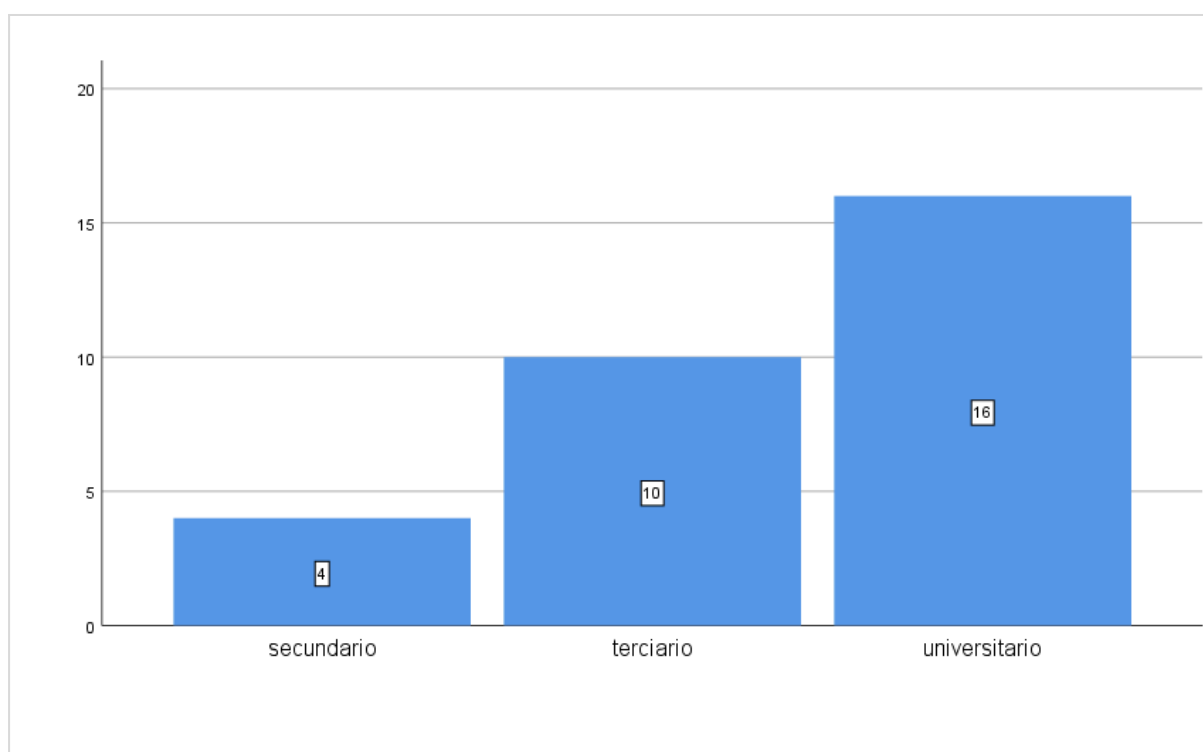
6. Resultados

En primer lugar, en cuanto a las variables sociodemográficas de la muestra abordada, se encuentra conformada por 30 mujeres del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) con un rango de edad de 18 a 30 con una media de 25,77 y un desvío estándar de 3,36.

A su vez, se evaluó el nivel educativo alcanzado, en donde se observa que el 13,3% (4) finalizó el secundario, el 33,3% (10) el nivel terciario, y el 53,3% (16) el universitario (Figura 1):

Figura 1

Nivel educativo

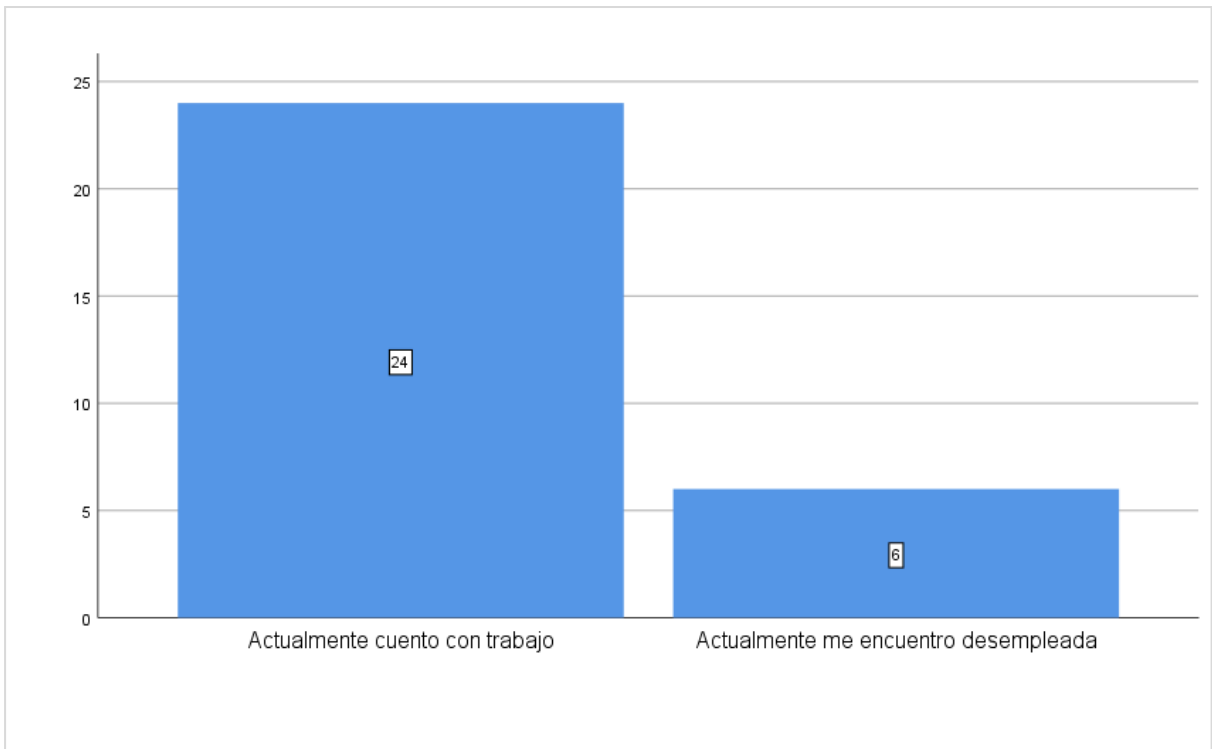


Nota. Análisis de frecuencia de la muestra según nivel educativo.

Por otro lado, se evaluó acerca de la situación laboral de la muestra, la cual el 80% (24) cuenta con trabajo, mientras que el 20% (6) restante se encuentra desempleada (Figura 2):

Figura 2

Ámbito laboral

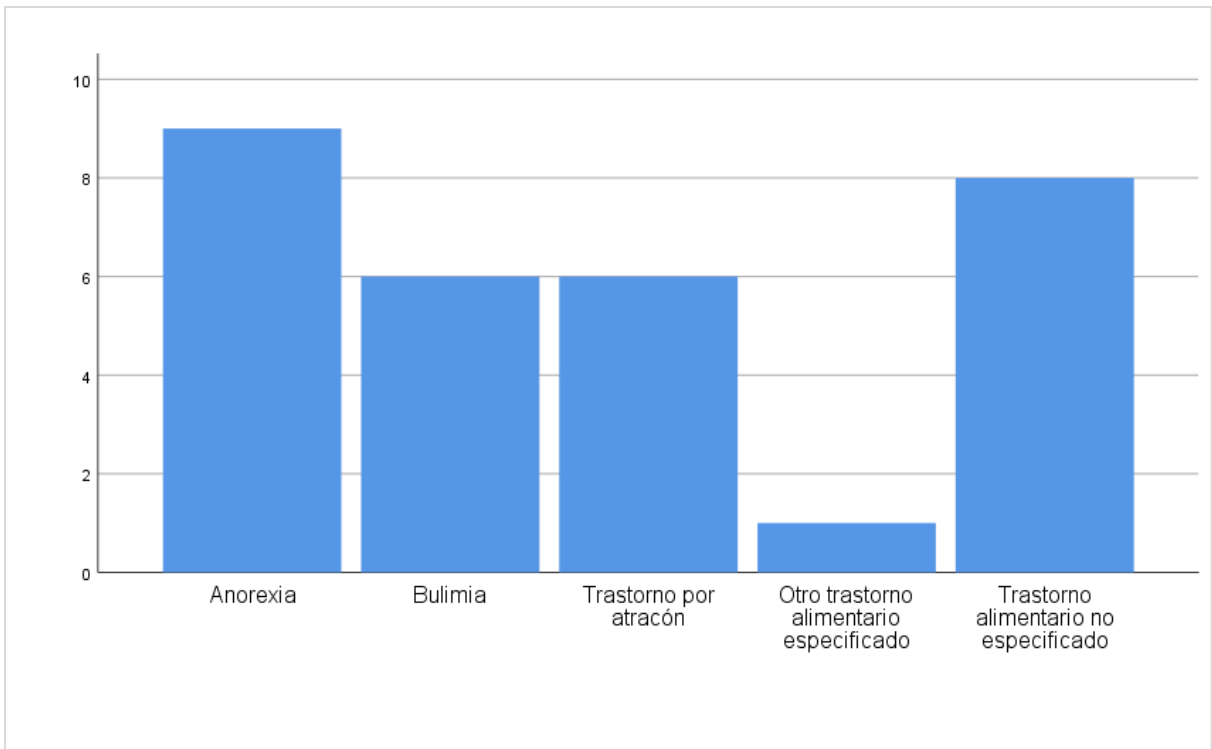


Nota. Análisis de frecuencia de la muestra según cuentan o no con trabajo actualmente.

Además, se evaluó el diagnóstico, en donde se observa que el 30% (9) poseen un diagnóstico de Anorexia, el 20% (6) de Bulimia, el 20% (6) de Trastorno por Atracón, el 3,3% (1) Otro Trastorno Alimentario Especificado, y el 26,7% (8) Trastorno Alimentario No Especificado (Figura 3):

Figura 3

Diagnóstico

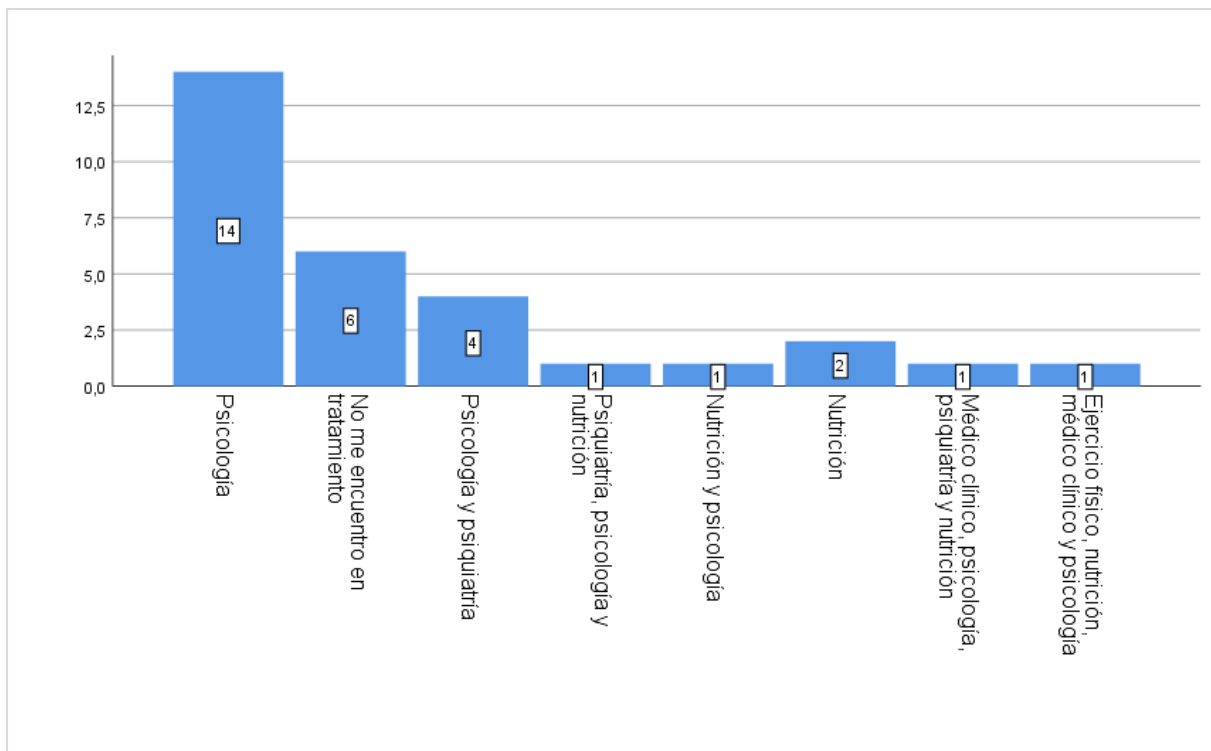


Nota. Análisis de frecuencia de la muestra según el diagnóstico de Trastorno de la Conducta Alimentaria que poseen.

Por último, se evaluó acerca del tipo de tratamiento que realiza la muestra, y se observa que el 46,7% (14) se encuentra en tratamiento psicológico, el 13,3% (4) en psicología y psiquiatría, el 3,3% (1) en psicología, psiquiatría y nutrición, el 3,3% (1) en nutrición y psicología, el 6,7% (2) solo en nutrición, el 3,3% (1) acude al médico clínico, psicología, psiquiatría y nutrición, mientras que el 3,3% (1) realiza ejercicio físico, nutrición, médico clínico y psicología (Figura 4):

Figura 4

Tipo de tratamiento que realiza



Nota. Análisis de frecuencia de la muestra según tipo de tratamiento que realiza.

Con respecto a la evaluación de las variables psicológicas, se calcularon los mínimos, máximos, media y el desvío estándar (Tabla 1).

Tabla 1

Análisis descriptivas de las variables estudiadas

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Estándar
Edad	18	30	25,77	3,36
Frustración Personal	9	21	14	2,742
Frustración Laboral	11	18	13,87	1,961
Frustración Social	7	18	13,07	2,993
Frustración Familiar	9	21	14,60	2,621
Frustración Total	40	74	55,53	8,007

Autoestima	13	29	20,40	4,031
------------	----	----	-------	-------

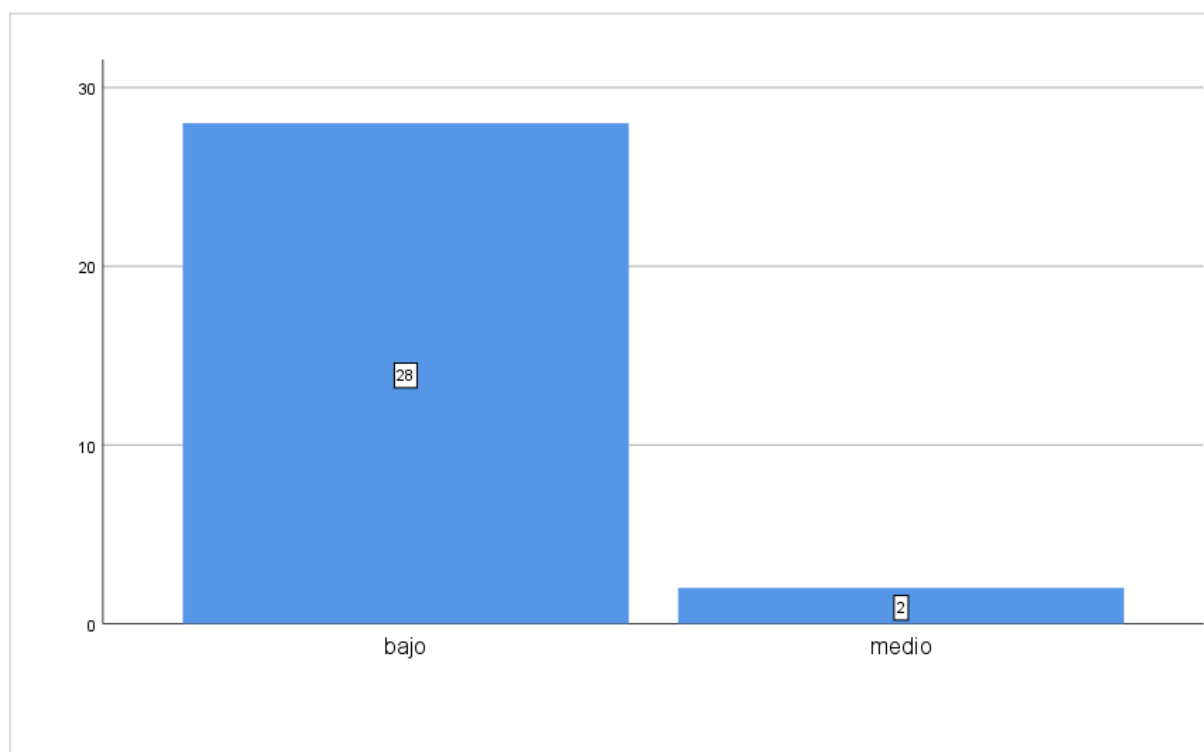
Nota. Datos descriptivos de las variables psicológicas de interés de edad, autoestima y frustración con sus dimensiones.

Se evaluaron los niveles de tolerancia a la frustración de las participantes, en sus cuatro dimensiones: personal, laboral, social y familiar.

En cuanto a la dimensión personal, los resultados demostraron que el 93,3% (28) de las participantes posee un nivel bajo, mientras que el 6,7% (2) un nivel medio (Figura 5):

Figura 5

Tolerancia a la frustración dimensión personal

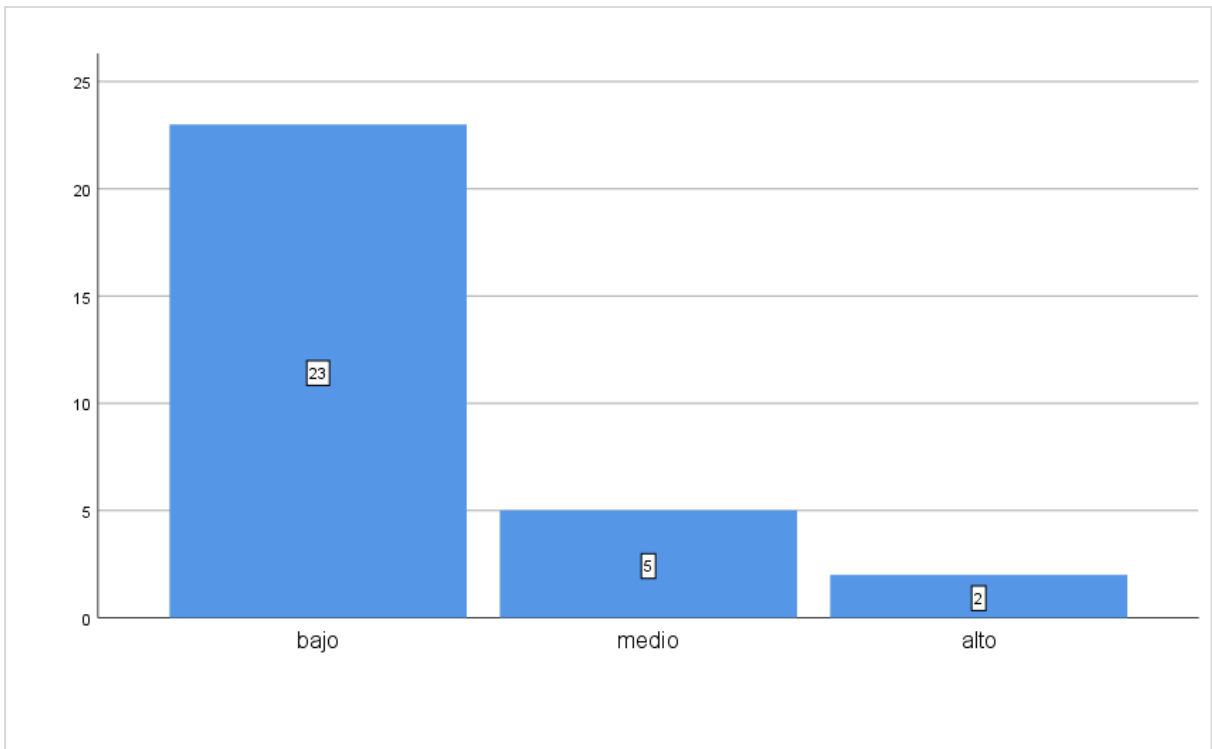


Nota. Análisis de frecuencia de la muestra según niveles de tolerancia a la frustración personal basándose en los puntos de corte propuestos por el autor.

En lo que respecta a la frustración laboral, se puede observar que el 76,7% (23) posee un nivel bajo, el 16,7% (5) un nivel medio, y el 6,7% (2) un nivel alto (Figura 6):

Figura 6

Tolerancia a la frustración dimensión laboral

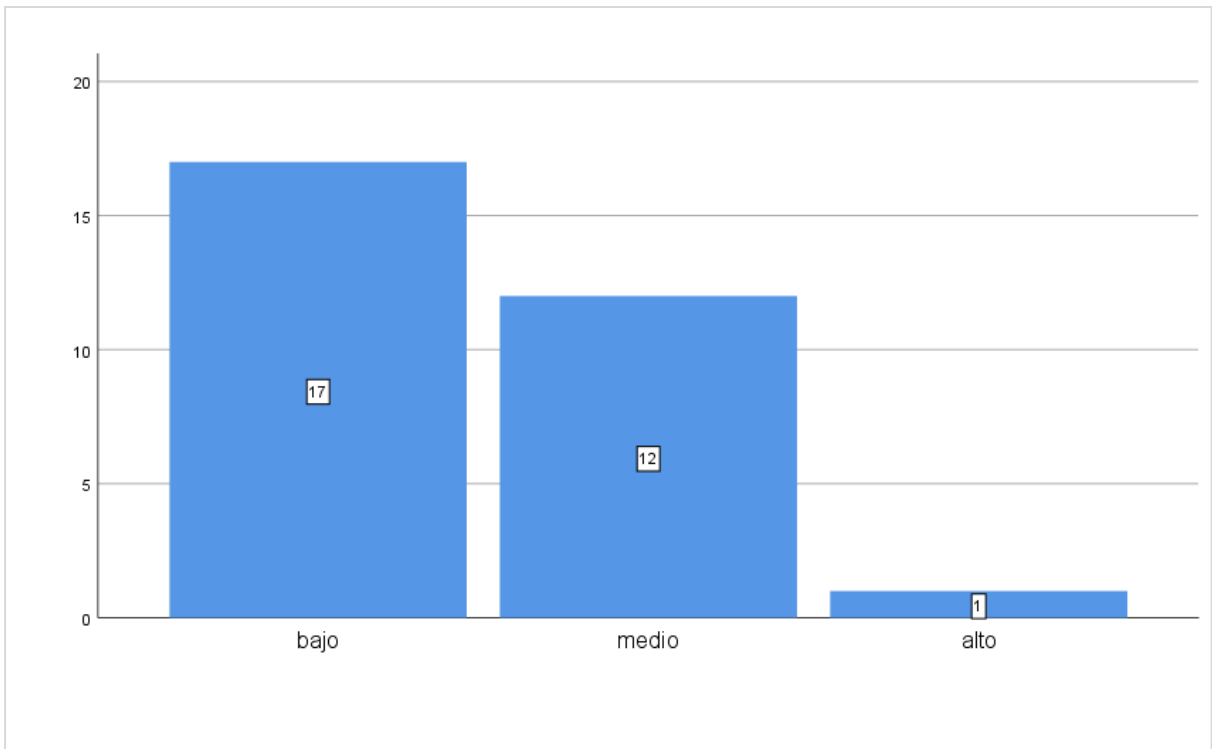


Nota. Análisis de frecuencia de la muestra según niveles de tolerancia a la frustración laboral basándose en los puntos de corte propuestos por el autor.

Por otro lado, en la dimensión social, se puede observar que el 56,7% (17) tiene un nivel bajo, el 40% (12) medio, mientras que el 3,3% (1) alto (Figura 7):

Figura 7

Tolerancia a la frustración dimensión social

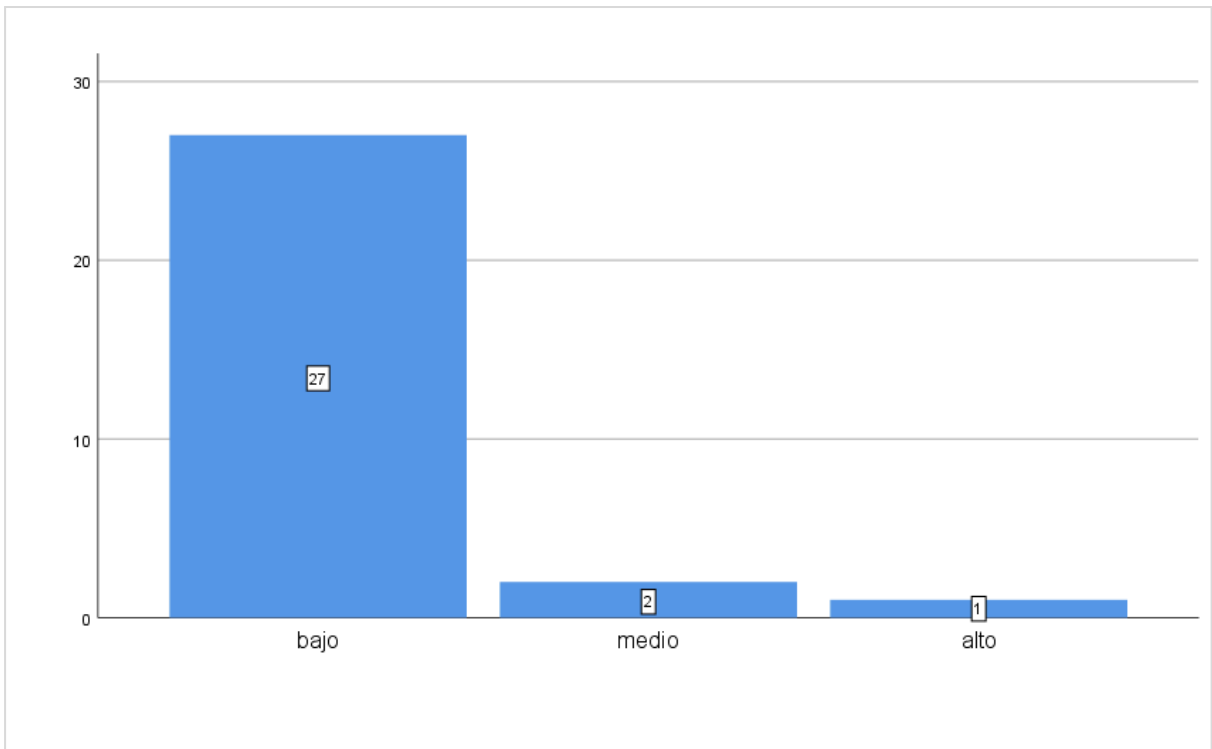


Nota. Análisis de frecuencia de la muestra según niveles de tolerancia a la frustración social basándose en los puntos de corte propuestos por el autor.

Por último, en la dimensión familiar, los resultados mostraron que el 90% (27) posee un nivel bajo, el 6,7% (4) medio, y el 3,3% (1) alto (Figura 8):

Figura 8

Tolerancia a la frustración dimensión familiar

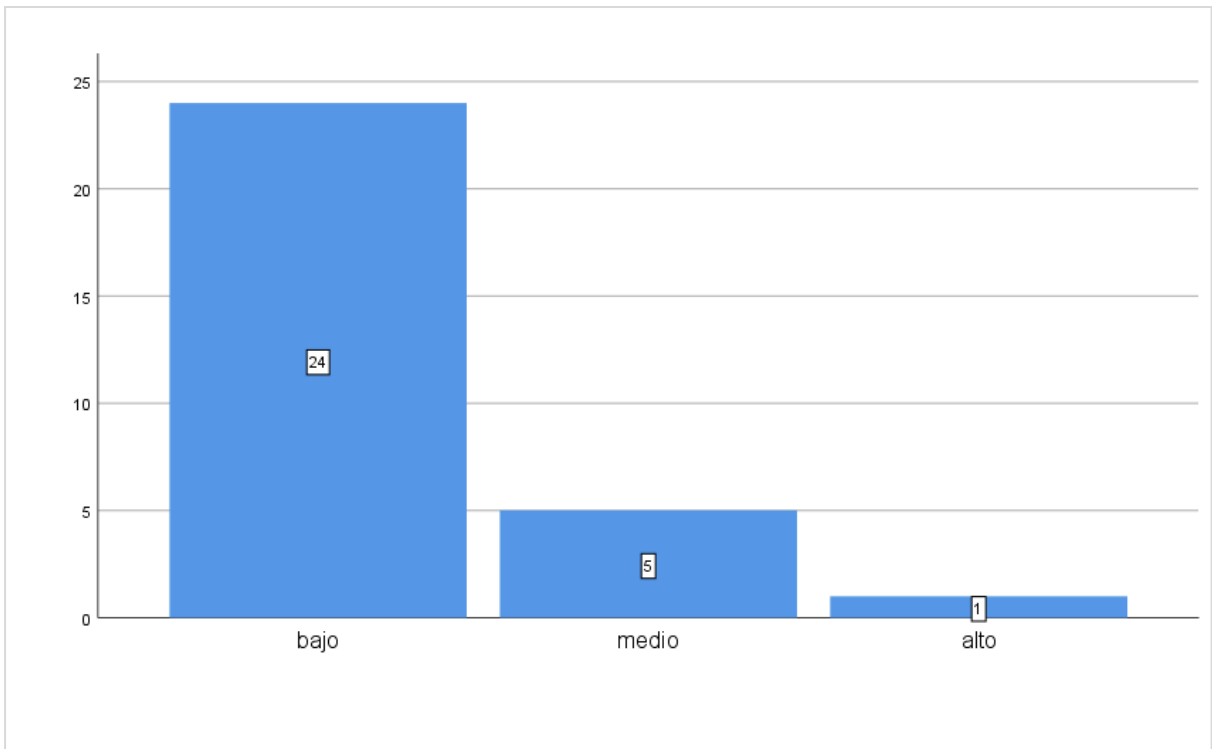


Nota. Análisis de frecuencia de la muestra según niveles de tolerancia a la frustración familiar basándose en los puntos de corte propuestos por el autor.

Ya mencionadas cada una de las dimensiones, se puede decir que el 80% (24) de las participantes posee bajos niveles de tolerancia a la frustración total, mientras que el 16,7% (5) tiene un nivel medio, y el 3,3% (1) alto (Figura 9):

Figura 9

Tolerancia a la frustración total

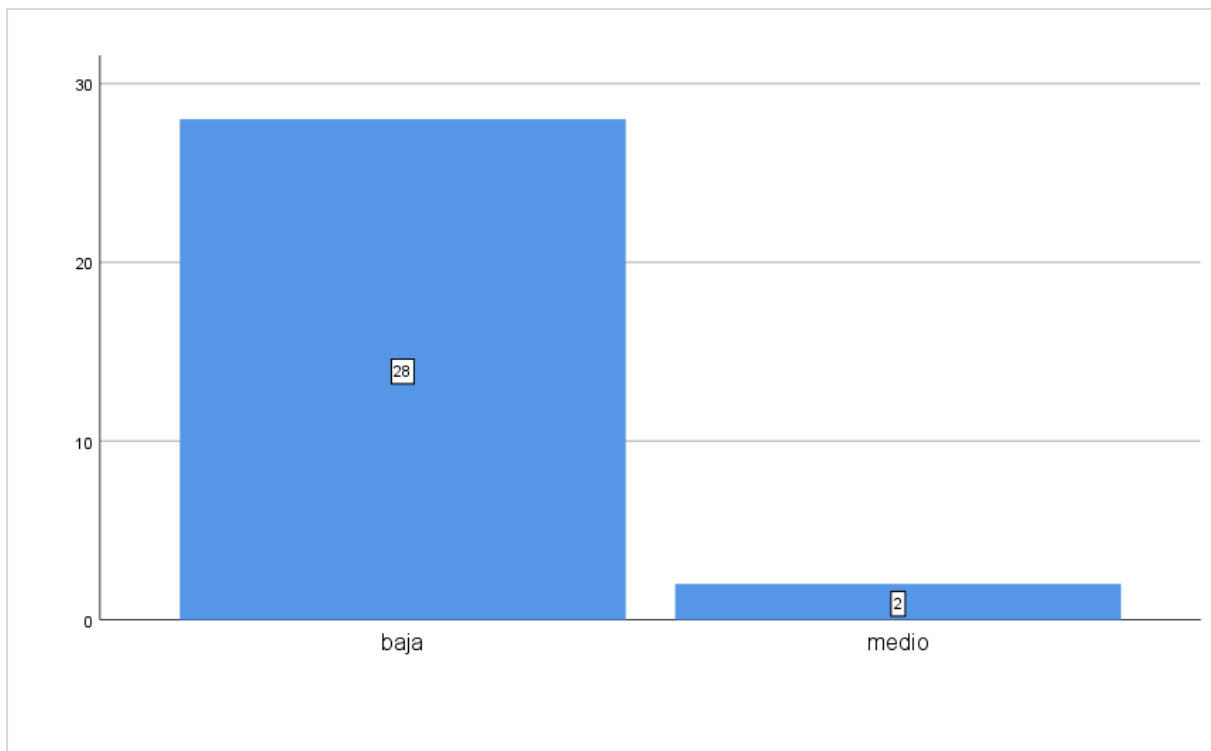


Nota. Análisis de frecuencia de la muestra según niveles de tolerancia a la frustración total basándose en los puntos de corte propuestos por el autor.

Por otro lado, se evaluaron los niveles de autoestima de las participantes, y los resultados arrojan que el 93,3% (28) posee una autoestima baja, mientras que el 6,7% (2) medio (Figura 10):

Figura 10

Niveles de autoestima



Nota. Análisis de frecuencia de la muestra según niveles de autoestima, basándose en los puntos de corte propuestos por el autor.

Para determinar si existe una relación significativa entre los niveles de edad, autoestima y tolerancia a la frustración se realizó un estadístico de correlación de Pearson (Tabla 2).

Tabla 2.

Correlación entre edad, niveles de autoestima y tolerancia a la frustración

	Edad	Frustración Personal	Frustración Laboral	Frustración Social	Frustración Familiar	Frustración total	Autoestima
Edad	1	-,333	-,235	-,389*	-,168	-,372*	-,118
Frustración Personal		1	,334	,504**	,653**	,826**	,480**
Frustración Laboral			1	,448*	,130	,569**	,195
Frustración Social				1	,579**	,846**	,412*

Frustración Familiar	1	,799**	,463*
Frustración total		1	,518**
Autoestima			1

Nota. Análisis de correlación de Pearson de las variables de interés. * = $p < ,005$; ** = $p < ,001$

Como se puede observar, los resultados han demostrado que los niveles de autoestima y tolerancia a la frustración total se encuentran relacionados positivamente de manera muy significativa. Lo que sugiere que, a mayor nivel de autoestima, mayor nivel de tolerancia a la frustración.

Así mismo, los resultados mostraron que la tolerancia a la frustración se relaciona de manera negativa significativa con la edad, esto quiere decir que a mayor edad menor es la tolerancia a la frustración.

En lo que respecta a la autoestima se puede decir que se relaciona de manera positiva y muy significativa con la dimensión personal de la tolerancia a la frustración, y, por otro lado, de manera significativa positiva con la dimensión social y familiar.

Por último, se realizó un análisis acerca de las diferencias entre los niveles de tolerancia a la frustración y autoestima según el diagnóstico de las participantes, y los resultados arrojaron que no existen diferencias significativas (Tabla 3).

Tabla 3.

Diferencias en los niveles de tolerancia a la frustración y autoestima según el diagnóstico.

Media (DE) Anorexia	Media (DE) Bulimia	Media (DE) por atracción	Media (DE) TCA no especificado	F	p	Diferencia significativa
---------------------	--------------------	--------------------------	--------------------------------	---	---	--------------------------

Tolerancia a la frustración Total	56 (7,68)	54,83 (10,51)	57 (9,33)	54,56 (6,81)	,125	,945	No
Autoestima Total	20,78 (3,23)	17,83 (3,54)	21,17 (4,26)	21,22 (4,79)	1,039	,342	No

Nota. Análisis ANOVA de los niveles de tolerancia a la frustración total y autoestima según el diagnóstico que posee la muestra.

7. Discusión

El objetivo del presente trabajo de investigación fue analizar los valores de tolerancia a la frustración y autoestima en mujeres de 18 a 30 años, diagnosticadas con TCA, que residan en el AMBA. En lo que respecta a los resultados, se ha determinado que ambos niveles son bajos. Dichos resultados coinciden con las investigaciones realizadas por Ramírez y Zerpa (2020), Paredes Benítez (2020), Ojeda et al. (2021), y Yilmaz y Dundar (2022), quienes llegaron a la conclusión de que los niveles de autoestima y tolerancia a la frustración son bajos, y esto indicaría, por ende, que ambos son un factor de riesgo en dicha patología.

En lo que respecta particularmente a los resultados obtenidos en los niveles de autoestima, se puede decir que coinciden con los manifestados por De la Cruz Sánchez y Ramos Verastain (2020) que obtuvieron como resultado en su investigación que existe una relación significativa negativa entre los niveles de autoestima y Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Asimismo, Miguel Alonso (2023) obtuvo como resultado que una baja autoestima puede ser un factor desencadenante para padecer un Trastorno de la Conducta Alimentaria.

De igual manera, Del Carpio y Saraza (2024) han demostrado en su investigación que existe una relación entre los niveles bajos de autoestima y riesgo de padecer un Trastorno de la Conducta Alimentaria.

Por otro lado, teniendo en cuenta los resultados obtenidos en los niveles de tolerancia a la frustración, se puede decir que coinciden con los que expone Reyes Sánchez (2021) quien demostró que la dificultad para reconocer y expresar las emociones en las personas que padecen un Trastorno de la Conducta Alimentaria puede generar una baja tolerancia a la frustración.

Del mismo modo, Vega Botina (2023) obtuvo como resultado en su investigación que, el uso de las redes sociales y los estándares de belleza inalcanzables mostrados allí, pueden generar una gran frustración y un elevado riesgo a padecer un TCA.

8. Conclusiones

En síntesis, en la hipótesis inicial planteada se infirió que los niveles de autoestima y frustración de la muestra se encontraban bajos, por ende los objetivos de la investigación apuntaron a evaluar dichos niveles y una posible relación entre las variables.

Se puede decir que los resultados obtenidos confirman la validez de la hipótesis, ya que los niveles de autoestima y tolerancia a la frustración, en todas sus dimensiones, son bajos. Demostrando, a su vez, que existe efectivamente una relación significativa positiva entre ambas variables.

A su vez, se demostró que, como se mencionó con anterioridad, que ambas variables se encuentran relacionadas de una manera muy significativa y positiva, lo que quiere decir que a mayor autoestima, mayores son los niveles de tolerancia a la frustración.

Asimismo, los resultados arrojaron que la tolerancia a la frustración se encuentra relacionada de manera significativa y negativa con la edad de las participantes, es decir que, a mayor edad, menor es la tolerancia a la frustración.

Por último, teniendo en cuenta el diagnóstico particular de cada una de las participantes, se ha demostrado que no existen diferencias significativas entre los niveles de autoestima y tolerancia a la frustración.

9. Aportes y contribuciones a la Investigación

En cuanto a los aportes y contribuciones de la presente investigación, se puede decir que serviría para determinar si las variables utilizadas, es decir, autoestima y tolerancia a la frustración son factores de riesgo para los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

A su vez, se considera importante para, a futuro, poder pensar y diseñar estrategias de intervención que tengan como objetivo elevar y fortalecer los niveles de autoestima y tolerancia a la frustración, en tratamientos de mujeres que padecen de dicha patología.

De igual manera, habiendo obtenido como resultado en la investigación que existe una relación significativa negativa entre edad y tolerancia a la frustración, es decir que a mayor edad menores son los niveles de tolerancia a la frustración, se pueden diseñar estrategias de intervención que se ajusten a las diferentes etapas vitales de las mujeres.

10. Limitaciones de la investigación

En cuanto a las limitaciones del presente trabajo de investigación final, se puede mencionar en primer lugar, a la cantidad de la muestra. Se considera que el número de muestra seleccionado, es decir, 30 mujeres diagnosticadas con Trastornos de la Conducta Alimentaria que residan en el AMBA, no se considera suficiente para poder generalizarlo a todas las mujeres de dicha edad y pertenecientes al mismo lugar de residencia.

A su vez, se puede considerar una limitación el rango etario de la muestra, debido a que no se contó con acceso a adolescentes mujeres, y se infiere que hubiera sido un aporte enriquecedor, debido a que es la población más afectada por los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

De igual manera, los resultados no pueden ser extendidos a hombres diagnosticados con Trastornos de la conducta Alimentaria, lo cual restringe la capacidad de aplicar las conclusiones a una población aún más amplia.

Asimismo, el hecho de que la investigación se haya centrado únicamente en el Área Metropolitana de Buenos Aires, se considera una limitación debido a que quedaron por fuera otras regiones de Argentina, y/o de otros países, no permitiendo esto poder hacer una comparación entre ellos.

Las escasas investigaciones acerca de cómo se encuentran los niveles de autoestima y frustración, en particular, sin tener en cuenta otras variables, en mujeres diagnosticadas con Trastornos de la Conducta Alimentaria, se podría considerar también una limitación.

Por último, considerando que los cuestionarios se llevaron a cabo a partir de Google Forms, es decir que el instrumento fue autoadministrado, se podría decir que es una limitación más, debido a que pudo existir un sesgo en las respuestas.

11. Futuras líneas de investigación

Se considera importante tener en cuenta en las próximas investigaciones, en primer lugar, que el tamaño de la muestra sea mayor, para poder generalizar los resultados.

Además, ampliar el rango etario, incluyendo adolescentes, así como también incluir hombres en la muestra. Asimismo, se considera importante ampliar la zona geográfica en donde residan los participantes.

12. Referencias

- Aguilar Gil, P. y García Castillo, G. (2021) Tolerancia a la frustración en adolescentes: una revisión sistemática de la literatura científica en los últimos 10 años. [Tesis de Grado, Universidad Privada del Norte]. Repositorio UPN-Institucional. <https://hdl.handle.net/11537/27085>
- Álvarez-Malé, M. L., Bautista Castaño, I., y Serra Majem, L. (2015). Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Gran Canaria. *Nutrición Hospitalaria*, 31(5), 2283-2288. <https://dx.doi.org/10.3305/nh.2015.31.5.8583>
- American Psychological Association - APA. (2014). *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 (5ta ed.)*. Editorial Médica Panamericana. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.dsm05>
- Amsel, A. (1958). The role of frustrative nonreward in noncontinuous reward situations. *Psychological Bulletin*, 55(2), 102-119. <https://doi.org/10.1037/h0043125>
- Amsel, A. (1992). *Problems in the behavioural sciences: Frustration theory: An analysis of dispositional learning and memory series number 11: An analysis of dispositional learning and memory*. University Press.
- Arija-Val, V., Santi-Cano, M. J., Novalbos-Ruiz, J. P., Canals, J., y Rodríguez-Martín, A. (2022). Caracterización, epidemiología y tendencias de los trastornos de la conducta alimentaria. *Nutrición Hospitalaria*, 39(2), 8-15. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.04173>
- Asociación de Lucha contra la Bulimia y Anorexia (2022) <https://aluba.org.ar/>
- Canals, J., y Arija-Val, V. (2022). Factores de riesgo y estrategias de prevención en los trastornos de la conducta alimentaria. *Nutrición Hospitalaria*, 39(2), 16-26. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.04174>
- Castro J, Gual P, Lahortiga F, y Toro J. (2007). Self-oriented perfectionism in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 40(6), 562-568. <https://doi.org/10.1002/eat.20393>

- Organización Mundial de la Salud (2019/2021). *Clasificación estadística Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la salud (11.ª ed.)*. <https://icd.who.int/browse11>.
- De La Cruz Sánchez, I. J., y Ramos Verastain, I. E. (2020). *Autoestima y Riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria en estudiantes de una Institución Educativa de mujeres en Breña, Lima*. [Tesis de Grado, Universidad Católica Sedes Sapientiae] Repositorio UCSS-Institucional. <https://hdl.handle.net/20.500.14095/773>
- Defensoría del Pueblo. (2 de julio de 2022). *Día mundial de acción por los Trastornos de la Conducta Alimentaria: el mensaje de la Defensoría*. <https://defensoria.org.ar/noticias/dia-mundial-de-accion-por-los-trastornos-de-la-conducta-alimentaria-el-mensaje-de-la-defensoria-2/>
- Del Carpio L., y Saraza N. E. (2024). *Relación entre el nivel de autoestima y los trastornos de la conducta alimentaria en alumnos de 1er y 2do de secundaria de la IEE Almirante Miguel Grau Seminario, de la ciudad de Ilo, año 2023*. [Tesis de Grado, Universidad José Carlos Mariátegui] Repositorio UJCM-Institucional. <https://hdl.handle.net/20.500.12819/2632>
- Díaz Falcón, D., Fuentes Suárez, I., y Senra Pérez, N. (2018). Adolescencia y autoestima: su desarrollo desde las instituciones educativas. *Conrado*, 14(64), 98-103. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S199086442018000400098&lng=es&tlng=es.
- Ellis, A. (1973). *Humanistic psychotherapy: The RET approach*. Mc-Graw Hill.
- Ellis, A. (1975). *How to live with a neurotic*. Wilkshire.
- Ellis, A. (1976). *RET abolishes most of the human ego*. *Psychotherapy: Theory, research & practice*, 13, 343-348. Institute for Rational - Emotive Therapy.
- Ellis, A. (1980). Discomfort anxiety: A new cognitive-behavioral construct. *Rational Living*, 15(1), 25-30. <https://albertellis.org/wp-content/uploads/2021/09/Discomfort-Anxiety-A-New-Cognitive-Behavioral-Construct-1.pdf>
- Ellis, A. (1987). *A sadly neglected element in depression*, *Cognitive Therapy and Research*, 11, 121-146.

- Fernández Cassi, C., y Pedrón, V. T. (2022). Asociaciones entre los estereotipos de género tradicionales y los trastornos de la conducta alimentaria durante la adolescencia y juventud. Una revisión sistemática. *Psicología Del Desarrollo*, 3, 51–77. <https://doi.org/10.59471/psicologia20221>
- García Villanueva, J., y Hernández Ramírez, C. I. (2022). Estereotipos de belleza: un análisis desde la perspectiva de género. *Géneros*, 29(32), 65–87. <https://revistasacademicas.ucol.mx/index.php/generos/article/view/474>
- Geate M., López C. y Matamala M. (2012). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes y jóvenes: Parte II. Tratamiento, complicaciones médicas, curso y pronóstico, y prevención clínica. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(5), 579-591. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(12\)70352-8](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(12)70352-8)
- Gil-García, E. (2006). La creación de la categoría clínica Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Norte de salud mental*, 6(25), 71-76. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4830362>
- Góngora, V. y Casullo, M. (2009) Validación de la escala de autoestima de Rosenberg en población general y en población clínica de la Ciudad de Buenos Aires; Associação Iberoamericana de Diagnóstico e Avaliação Psicológica. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación e Avaliação Psicológica*, 1(27), 179-194. <https://redalyc.org/pdf/4596/459645443010.pdf>
- Góngora, V., Grinhauz, A. S., y Suárez Hernández, N. (2009). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: un estudio sobre conductas y cogniciones. *Anuario de Investigaciones*, 6(16), 25-31. https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-1686200900010002&lng=es&tlng=en.
- Hernández Escalona, M., Elgier, A. M., Gago Galvagno, L. G., y Mustaca, A. E. (2021). Frustración, temperamento y vulnerabilidad social en bebés: estudio comparativo. *Liberabit. Revista Peruana de Psicología*, 27(1), 403. <https://doi.org/10.24265/liberabit.2021.v27n1.06>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. 4ta edición. McGraw Hill. <https://www.uca.ac.cr/wpcontent/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>

- Hidalgo, N. y Soclle, F. (2011). *Manual-ETAF. Escala de Tolerancia a la Frustración*. Universidad Peruana Unión.
- James, W. (1890). *Principios de la Psicología*. Biblioteca de psicología y psicoanálisis.
- Kamenetzky, G. V., Cuenya, L., Elgier, A. M., López Seal, F., Fosachea, S., Martín, L., y Mustaca, A. E. (2009). Respuestas de Frustración en Humanos. *Terapia Psicológica*, 27(2), 191-201. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082009000200005>
- Leal, P., y Contreras, A. (1998). La baja tolerancia a la frustración y las adicciones. *Liberadictus*. <http://liberadictus.org/Pdf/0202-17.pdf>
- Ley N.º 26.396. Ley de Trastornos Alimentarios (23 de Septiembre de 2008). <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26396-144033/texto>
- López, M., Pérez, M., y Sales, M. (2001). Autoestima y conducta: Una aproximación al entendimiento de la relación entre la Autoestima y nuestro desempeño. [Tesis de Grado, Universidad Champagnat].
- López C. y Treasure J. (2011). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: descripción y manejo. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(1), 85-97. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(11\)70396-0](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(11)70396-0)
- Losada, A. V. (2011). *Abuso sexual infantil y patologías alimentarias* [Tesis de Doctorado, Universidad Católica Argentina] Repositorio institucional UCA <https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/507>
- Losada, A. V. (2014). Uso en Investigación y Psicoterapia del Consentimiento Informado. En Kerman, B. y Ceberio, M. R. (Comps.) *En búsqueda de las ciencias de la mente. Investigación en Psicología sistémica, cognitiva y neurocientífica*. 159-167. Ediciones Universidad de Flores.
- Losada, A. V., Zambrano Villalba, C. y Marmo, J. (2022). Clasificación de métodos de investigación en psicología. *Psicología UNEMI* 6(11), 13-31. <https://doi.org/10.2907/issn.2602-8379vol6iss11.2022pp13-31p>
- Mambrú Tavarez, V. (2009). *El trauma sexual y su relación con los trastornos alimentarios*. En M. T. Panzitta, Trastornos de la Conducta Alimentaria. Bulimias, Anorexias, Aspectos Teóricos Clínicos. Kristal y Librería S.L.

- March, J.C., Suess, A., Prieto, M.A., Escudero, M.J., Nebot, M., Cabeza, E., y Pallicer, A.. (2006). Trastornos de la Conducta Alimentaria: Opiniones y expectativas sobre estrategias de prevención y tratamiento desde la perspectiva de diferentes actores sociales. *Nutrición Hospitalaria*, 21(1), 4-12. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112006000100003&lng=es&tlng=es.
- Martín, O. (2000). Aproximación a la psicopatología de los trastornos de la conducta alimentaria. *Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de Febrero - 15 de Marzo 2000*. Psiquiatría.com. <https://psiquiatria.com/trabajos/542.pdf>
- Miguel Alonso, L. (2023). Riesgo de TCA y su asociación con la autoestima en estudiantes de Enfermería y Fisioterapia. [Tesis de Grado, Universidad de Salamanca] Repositorio Documental Gredos. <http://hdl.handle.net/10366/152706>
- Mirzhalol, A. (2023). Self-Esteem, the Level of Claims and Frustration. *Academic Integrity and Lifelong Learning (France)*, 169-170.
- Monterrosa Castro, A., Ruiz Martínez, J., y Cuesta Fernández, G. (2020). Factores de riesgo para trastornos del comportamiento alimentario. *Revista Ciencias Biomédicas*, 3(2), 300–305. <https://doi.org/10.32997/rcb-2012-3119>
- Mustaca, A. (2013). Siento un dolor en el alma: ¿metáfora o realidad?. *Revista Argentina de Ciencia del Comportamiento*, 5(2), 47-60. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=333427386006>
- Mustaca, A. (2018). Frustración y conductas sociales. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 36(1), 65-81. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.4643>
- Neumark-Sztainer D. (2009). Preventing Obesity and Eating Disorders in Adolescents: What Can Health Care Providers Do?. *Journal of Adolescent Health*, 44(3), 206-13. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2008.11.005>
- Nieto Martínez, C. (2018). Aplicación y eficacia de las terapias de Tercera Generación en los Trastornos de la Conducta Alimentaria. [Tesis de Grado, Universidad Pontificia Comillas] Repositorio Comillas. <http://hdl.handle.net/11531/22330>

- Ojeda-Martín A., López-Morales, M. P., Jáuregui-Lobera I., y Herrero-Martín G. (2021) Uso de redes sociales y riesgo de padecer TCA en jóvenes. *JONNPR*, 6(10):1289-1307. <https://dx.doi.org/10.19230/jonnpr.4322>
- Organización Mundial de la Salud (2021). Salud mental del Adolescente. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- Paredes Benítez, J. K. (2020). Asociación entre riesgo de trastorno de la conducta alimentaria y ansiedad en estudiantes de medicina durante aislamiento social. [Tesis de Grado, Universidad Privada Antenor Orrego]. Repositorio UPAO. <https://hdl.handle.net/20.500.12759/6901>
- Pineda, S. y Aliño, M. (2002). El concepto de adolescencia. *Manual de Prácticas Clínicas para la Atención Integral a la Salud en la Adolescencia*, 2. http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/prevemi/capitulo_i_el_concepto_de_adolescencia.pdf
- Portela de Santana, M. L., da Costa Ribeiro Junior, H., Mora Giral, M., y Raich, R. M. (2012). La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia: una revisión. *Nutrición Hospitalaria*, 27(2), 391-401. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112012000200008&lng=es&tlng=es.
- Ramírez, A., y Zerpa, C. E. (2020). Relaciones entre confinamiento domiciliario por la pandemia COVID-19: hábitos y estado emocional en personas con o sin conductas sugestivas de trastornos del comportamiento alimentario residentes de zonas urbanas de Venezuela. *Boletín científico sapiens research*, 10(2), 15-23. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7711510>
- Ramírez Manzanos, P. (2023). La influencia bidireccional entre los trastornos de alimentación y la dinámica familiar. [Tesis de Grado, Universidad Pontificia Comillas] Repositorio Comillas. <http://hdl.handle.net/11531/73530>
- Reyes Sanchez, G. D. C. (2021). Variables de personalidad y malestar psicológico en personas con y sin TCA. [Tesis de Grado, Universidad de la Laguna] Repositorio Institucional Universidad de la Laguna. <http://riull.ull.es/xmlui/handle/915/24001>

- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton. Princeton University Press.
- Rueda, G. E., Díaz, L. A., Ortiz, D., Pinzón, C., Rodríguez, J, y Cadena, L. P. (2005). Validación del cuestionario SCOFF para cribado de trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes escolarizadas. *Atención Primaria*, 35(2), 89-94. <https://doi.org/10.1157/13071915>
- Saavedra, P. B., Dextre, E. V., y Jiménez, G. V. (2021). Terapias contextuales y el programa MB EAT en los trastornos de conducta alimentaria. *Psicosomàtica y Psiquiatria*, 19, 46-60. <https://doi.org/10.34810/PsicosomPsiquiatrnum1907>
- Shiltz T. J. (1997). *Eating concerns support group curriculum grades 7-12*. Community Recovery Press.
- Schmidt U. y Treasure J. (2006). Anorexia nervosa: valued and visible. A cognitive interpersonal maintenance model and its implications for research and practice. *British Journal of Clinical Psychology*, 45(3), 343-366. <https://doi.org/10.1348/014466505X53902>
- Sociedad Argentina de Pediatría. (21 de junio de 2021). *COVID-19 y cuarentena: Destacan la importancia de detectar los Trastornos de la Conducta Alimentaria en fases iniciales*. https://www.sap.org.ar/uploads/archivos/general/files_trastornos-alimentarios-covid-19-06-20_1624570351.pdf
- Vega Botina, D. (2023). Riesgo de trastornos de conducta alimentaria en relación al uso de las redes sociales en adolescentes. [Tesis de Grado, Universidad de Valladolid] Repositorio UVaDOC. <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/61068>
- Villanueva Blasco, V. J., y Grau-Alberola, E. (2019). Diferencias por sexo y edad en la interiorización de los estereotipos de género en la adolescencia temprana y media. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 17(47), 107-128. <https://doi.org/10.25115/ejrep.v17i47.2184>
- Yilmaz, M. N., y Dundar, C. (2022). The relationship between orthorexia nervosa, anxiety, and self-esteem: a cross-sectional study in Turkish faculty members. *BMC psychology*, 10(1), 82. <https://doi.org/10.3329/bjms.v21i3.59584>

13. Anexo

<u>FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO</u>	
<p>Me ha sido explicado que los miembros de la Facultad de Psicología y Ciencias Sociales de UFLO Universidad, desean conocer los niveles de autoestima y frustración en mujeres diagnosticadas con Trastornos de la Conducta Alimentaria.</p> <p>Es por esta razón que se está realizando un trabajo de investigación cuya finalidad es conocer e indagar sobre los niveles de autoestima y frustración en mujeres diagnosticadas con Trastornos de la Conducta Alimentaria.</p> <p>Mi participación en la investigación consiste en responder con sinceridad a la administración de los cuestionarios que se me entregarán en el marco de la investigación.</p> <p>La participación es voluntaria y en cualquier momento puedo dejar sin efecto la presente autorización, retirándome del presente acto.</p> <p>Se me ha dicho que mis respuestas u opiniones serán confidenciales y sólo de conocimiento para el equipo de investigación, resguardando mi privacidad y los resultados no serán ligados a mi información que se coloca al pie del presente consentimiento.</p> <p>Asimismo, se me ha explicado que los resultados globales de la investigación serán presentados en la Facultad de Psicología y Ciencias Sociales de UFLO Universidad y que podrán ser expuestos también en congresos y/o publicados en revistas científicas preservándose siempre mi identidad, conforme a la ley 25.326.</p> <p>Entiendo que los resultados de la investigación me serán proporcionados si los solicito y que en caso de que tenga alguna pregunta acerca del estudio o sobre mis derechos a participar en el mismo, puedo contactar a la Secretaría de Investigación y Desarrollo UFLO, a sinvestydes@uflo.edu.ar.</p> <p>Habiendo comprendido lo que se me ha explicado, acepto participar en este trabajo de investigación.</p>	
Firma:	Firma Profesional Informante:
Aclaración:	Aclaración:
DNI:	DNI:
Fecha:	Protocolo N°:

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de si misma. Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada.

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Muy en desacuerdo

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

ESCALA DE TOLERANCIA A LA FRUSTRACIÓN (ETAF)

(Hidalgo y Soclle)

Nombre:..... Sexo (F) (M) Edad:..... Fecha:.....

Religión:..... Ocupación:.....

A continuación se le presentan una lista de frases. Si una frase describe cómo reacciona Ud. marca con una X en los casilleros vacíos, recuerda no hay repuestas correctas ni incorrectas.

	Siempre	A veces	Nunca
1. Mantengo serenidad ante las dificultades			

2.	Cuando estoy en problemas confío en que lo resolveré			
3.	Cuando estoy ante un problema, normalmente analizo con tranquilidad la causa del problema.			
4.	Reconozco mis errores sin sentirme mal, y trato de solucionarlo			
5.	Cuando realizo una actividad sin lograr lo esperado, aun así siento la satisfacción de haberlo intentado			
6.	Me siento motivado a continuar con mis propósitos.			
7.	Cuando hay un problema, reacciono con calma sin enojarme			
8.	Cuando me enfrento a un problema, no me rindo fácilmente			
9.	Asumir varias actividades al mismo tiempo y no lograr terminarlo me genera mucha preocupación			
10.	Cuando no cumplo con mis compromisos me siento preocupada (o)			
11.	Generalmente cuando tengo varios trabajos en mi trabajo los culmino sin sentirme muy cansado			
12.	Cuando las personas me critican en mi trabajo, normalmente les refuto sin ofenderlos ni sentirme mal			
13.	Me doy cuenta fácilmente de lo que siento frente a situaciones de presión laboral y puedo manejarlo adecuadamente.			
14.	A pesar de tener resultados adversos en mis actividades de trabajo o estudio, siento satisfacción si he dado lo mejor de mí			
15.	Cuando no entiendo una tarea, me disgusto fácilmente			

16.	Normalmente me relaciono sin dificultades con personas desconocidas en reuniones sociales			
17.	Habitualmente manejo mis impulsos frente a problemas			
18.	Generalmente reacciono con tranquilidad ante las diferencias que tengo con mis amigos.			
19.	Generalmente disfruto la presencia de mis amigos.			
20.	Cuando existe un problema con alguien normalmente controlo mis impulsos.			
21.	Reacciono con prudencia en circunstancias difíciles frente a mis amigos.			
22.	Habitualmente respeto las normas que hay en casa			
23.	frente a dificultades y problemas que me desmotivaban, siempre recibí apoyo de mis padres y hermanos			
24.	Mis padres tienen un trato agradable conmigo a pesar de mis defectos.			
25.	Generalmente comprendo a mis padres cuando están enfadados.			
26.	Cuando mis padres se molestan conmigo, trato de controlar la situación.			
27.	Realizo las actividades de casa con responsabilidad y disfruto hacerlas.			
28.	No me dejo llevar por problemas familiares fácilmente.			

Autoestima y frustración en mujeres de 18 a 30 años diagnosticadas con Trastornos de la Conducta Alimentaria

Me ha sido explicado que los miembros de la Facultad de UFLO Universidad desean conocer los niveles de autoestima y frustración.

Es por esta razón que se está realizando un trabajo de investigación cuya finalidad es conocer e indagar sobre los niveles de autoestima y frustración.

Mi participación en la investigación consiste en responder con sinceridad a la administración de los cuestionarios que se me entregarán en el marco de la investigación. La participación es voluntaria y en cualquier momento puedo dejar sin efecto la presente autorización, retirándome del presente acto.

Se me ha dicho que mis respuestas u opiniones serán confidenciales y sólo de conocimiento para el equipo de investigación, resguardando mi privacidad y los resultados no serán ligados a mi información.

Asimismo, se me ha explicado que los resultados globales de la investigación serán presentados en la Facultad de UFLO Universidad y que podrán ser expuestos también en congresos y/o publicados en revistas científicas preservándose siempre mi identidad, conforme a la ley 25.326.

Entiendo que los resultados de la investigación me serán proporcionados si los solicito y que en caso de que tenga alguna pregunta acerca del estudio o sobre mis derechos a participar en el mismo, puedo contactar a la Secretaría de investigación y Desarrollo UFLO, a sinvestydes@uflo.edu.ar.

aranda.carlaa6@gmail.com [Cambiar cuenta](#)



No compartido

* Indica que la pregunta es obligatoria

Habiendo comprendido lo que se me ha explicado, acepto participar en este trabajo de investigación. *

si

Edad *

Tu respuesta

Género *

- Femenino
- Masculino
- No binario
- Otros: _____

Nivel educativo *

- Primario
- Secundario
- Terciario
- Universitario
- Otros: _____

Ámbito laboral *

- Actualmente cuento con trabajo
- Actualmente me encuentro desempleada
- Otros: _____

Diagnóstico *

- Anorexia
- Bulimia
- Trastorno por atracón
- Otro trastorno alimentario especificado
- Trastorno alimentario no especificado
- Otros: _____

Tipo de tratamiento que realiza *

Tu respuesta _____

Autoestima

Lee atentamente las siguientes afirmaciones y selecciona, de acuerdo a tu experiencia personal, el nivel de acuerdo o desacuerdo que consideras en cada una de ellas. Marca solamente la opción elegida.

Me siento una persona tan valiosa como las otras. *

- Muy en desacuerdo
- En desacuerdo
- De acuerdo
- Muy de acuerdo

Creo que tengo algunas cualidades buenas. *

- Muy en desacuerdo
- En desacuerdo
- De acuerdo
- Muy de acuerdo

Soy capaz de hacer las cosas tan bien como los demás. *

- Muy en desacuerdo
- En desacuerdo
- De acuerdo
- Muy de acuerdo

Tengo una actitud positiva hacia mí mismo. *

- Muy en desacuerdo
- En desacuerdo
- De acuerdo
- Muy de acuerdo

En general me siento satisfecho conmigo mismo. *

- Muy en desacuerdo
- En desacuerdo
- De acuerdo
- Muy de acuerdo

Creo que no tengo mucho de lo que estar orgulloso. *

- Muy en desacuerdo
- En desacuerdo
- De acuerdo
- Muy de acuerdo

Generalmente me inclino a pensar que soy un fracaso. *

- Muy en desacuerdo
- En desacuerdo
- De acuerdo
- Muy de acuerdo

Me gustaría tener más respeto por mí mismo. *

- Muy en desacuerdo
- En desacuerdo
- De acuerdo
- Muy de acuerdo

Realmente me siento inútil en algunas ocasiones. *

- Muy en desacuerdo
- En desacuerdo
- De acuerdo
- Muy de acuerdo

A veces pienso que no sirvo para nada. *

- Muy en desacuerdo
- En desacuerdo
- De acuerdo
- Muy de acuerdo

Tolerancia a la frustración

A continuación, se prestarán una serie de frases. Si alguna de ellas describe cómo reaccionarias, selecciona dicha opción. Recuerda que no hay respuestas correctas ni incorrectas.

Mantengo serenidad ante las dificultades. *

- Siempre
- A veces
- Nunca

Cuando estoy en problemas confío en que lo resolveré. *

- Siempre
- A veces
- Nunca

Cuando estoy ante un problema, normalmente analizo con tranquilidad la causa del problema. *

- Siempre
- A veces
- Nunca

Reconozco mis errores sin sentirme mal, y trato de solucionarlo. *

- Siempre
- A veces
- Nunca

Cuando realizo una actividad sin lograr lo esperado, aun así siento la satisfacción * de haberlo intentado.

- Siempre
- A veces
- Nunca

Me siento motivado a continuar con mis propósitos. *

- Siempre
- A veces
- Nunca

Cuando hay un problema, reacciono con calma sin enojarme. *

- Siempre
- A veces
- Nunca

Cuando me enfrento a un problema, no me rindo fácilmente. *

- Siempre
- A veces
- Nunca

Asumir varias actividades al mismo tiempo y no lograr terminarlo me genera mucha preocupación. *

- Siempre
- A veces
- Nunca

Cuando no cumplo con mis compromisos me siento preocupada. *

- Siempre
- A veces
- Nunca

Generalmente cuando tengo varios trabajos en mi trabajo los culmino sin sentirme muy cansada. *

- Siempre
- A veces
- Nunca

Cuando las personas me critican en mi trabajo, normalmente les refuto sin ofenderlos ni sentirme mal. *

- Siempre
- A veces
- Nunca

Me doy cuenta fácilmente de lo que siento frente a situaciones de presión laboral y puedo manejarlo adecuadamente. *

- Siempre
- A veces
- Nunca

A pesar de tener resultados adversos en mis actividades de trabajo o estudio, siento satisfacción si he dado lo mejor de mí. *

- Siempre
- A veces
- Nunca

Cuando no entiendo una tarea, me disgusto fácilmente. *

- Siempre
- A veces
- Nunca

Normalmente me relaciono sin dificultades con personas desconocidas en reuniones sociales. *

- Siempre
- A veces
- Nunca

Habitualmente manejo mis impulsos frente a problemas. *

- Siempre
- A veces
- Nunca

Generalmente reacciono con tranquilidad ante las diferencias que tengo con mis amigos. *

- Siempre
- A veces
- Nunca

Generalmente disfruto la presencia de mis amigos. *

- Siempre
- A veces
- Nunca

Cuando existe un problema con alguien normalmente controlo mis impulsos. *

- Siempre
- A veces
- Nunca

Reacciono con prudencia en circunstancias difíciles frente a mis amigos. *

- Siempre
- A veces
- Nunca

Habitualmente respeto las normas que hay en casa. *

- Siempre
- A veces
- Nunca

Frente a dificultades y problemas que me desmotivaban, siempre recibí apoyo de mis padres y hermanos. *

- Siempre
- A veces
- Nunca

Mis padres tienen un trato agradable conmigo a pesar de mis defectos. *

- Siempre
- A veces
- Nunca

Generalmente comprendo a mis padres cuando están enfadados. *

- Siempre
- A veces
- Nunca

Cuando mis padres se molestan conmigo, trato de controlar la situación. *

- Siempre
- A veces
- Nunca

Realizo las actividades de casa con responsabilidad y disfruto hacerlas. *

- Siempre
- A veces
- Nunca

No me dejo llevar por problemas familiares fácilmente. *

Siempre

A veces

Nunca

Muchas gracias por tu participación.