



**UNIVERSIDAD
DON VASCO**

UNIVERSIDAD DON VASCO, A.C.

INCORPORACIÓN NO. 8727-25 A LA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

**TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y SU RELACIÓN CON EL NIVEL
DE ESTRÉS EN ADOLESCENTES DEL COLEGIO LA PAZ, DE
URUAPAN, MICHOACÁN.**

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

María Teresa Gómez Álvarez

Asesor: Lic. Héctor Raúl Zalapa Ríos.

Uruapan, Michoacán. A 15 de agosto de 2013.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

Introducción.

Antecedentes	1
Planteamiento del problema	5
Objetivos	6
Hipótesis	7
Operacionalización de las variables	8
Justificación	9
Marco de referencia	10

Capítulo 1. Estrés.

1.1 Antecedentes históricos del estrés	12
1.2 Enfoques teóricos	15
1.2.1 El estrés como estímulo	15
1.2.2 El estrés como respuesta	16
1.2.3 El estrés como interacción persona-entorno	20
1.2.3.1 Concepto integrador de estrés	22
1.3 Los estresores	23
1.3.1 Estresores psicosociales: cambios mayores, vitales y cotidianos	24
1.3.2 Estresores biogénicos	26
1.3.3 Estresores en el ámbito académico	27
1.4 Procesos del pensamiento que propician el estrés	29
1.5 Los moduladores del estrés	30

1.5.1 El control percibido	31
1.5.2 El apoyo social	31
1.5.3 El tipo de personalidad: A/B	33
1.5.3.1 Personalidad tipo A y problemas cardíacos	34
1.6 Los efectos negativos del estrés	35

Capítulo 2. Trastornos alimentarios.

2.1 Antecedentes históricos	38
2.2 Definición y características clínicas de los trastornos alimenticios	40
2.2.1 Anorexia nerviosa	41
2.2.2 Bulimia nerviosa	43
2.2.3 Obesidad	44
2.2.4 Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas	45
2.2.5 Vómitos en otras alteraciones psicológicas	45
2.2.6 Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia	46
2.3 Esfera oroalimenticia en el infante	49
2.3.1 Organización oroalimenticia	49
2.3.2 Alteraciones en la esfera oroalimenticia	51
2.4 Perfil de la persona con trastorno alimenticio	52
2.5 Causas del trastorno alimenticio	54
2.5.1 Factores predisponentes individuales	54
2.5.2 Factores predisponentes familiares	58
2.5.3 Factores socioculturales	59
2.6 Percepción del cuerpo en el trastorno alimenticio	60

2.7 Factores que mantienen los trastornos alimenticios	63
2.8 Trastornos mentales asociados a los trastornos alimenticios	64
2.8.1 Trastornos alimenticios y esquizofrenia	66
2.8.2 Trastornos alimentarios y manía	66
2.8.3 Trastornos alimentarios y fobia	66
2.8.4 Trastornos alimentarios y trastorno obsesivo compulsivo	67
2.8.5 Trastornos alimentarios y depresión	67
2.8.6 Trastornos alimentarios y ansiedad	68
2.9 Tratamiento de los trastornos alimenticios	68

Capítulo 3. Metodología, análisis e interpretación de resultados.

3.1 Descripción metodológica	73
3.1.1 Enfoque	73
3.1.2 Investigación no experimental	75
3.1.3 Diseño transversal	75
3.1.4 Alcance correlacional	76
3.1.5 Técnicas de recolección de datos	77
3.2 Población y muestra	80
3.2.1 Delimitación y descripción de la población	80
3.2.2 Proceso de selección de la muestra	80
3.3 Descripción del proceso de investigación.	81
3.4 Análisis e interpretación de resultados	83
3.4.1 El estrés	83
3.4.2 Indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios.	86

3.4.3 Relación entre el nivel de estrés y los trastornos alimentarios	90
Conclusiones	96
Bibliografía	99
Mesografía.	102
Anexos.	

INTRODUCCIÓN

En la presente investigación se abordan las variables: estrés y desórdenes alimenticios, de estos últimos, se examinan específicamente la anorexia y la bulimia. La finalidad de su estudio consiste en examinar su correlación en una escuela secundaria. Enseguida se muestran los elementos que brinden un escenario inicial.

Antecedentes

El termino estrés comenzó a utilizarse en el año de 1930 por Hans Selye (citado por Caldera y cols.; 2007), un estudiante de la carrera de medicina de la Universidad de Praga, a quien le llamaba la atención que la mayoría de sus pacientes presentaban síntomas similares como: cansancio, pérdida de apetito, baja de peso, astenia, entre otros, a los cuales en conjunto les llamó “síndrome de estar enfermo”.

Este investigador se dedicó a estudiar ratas de laboratorio, con las cuales se dio cuenta que al obligarlas a realizar ejercicios extenuantes, aumentaba el nivel de las hormonas suprarrenales (adrenalina y noradrenalina), provocaba la atrofia del sistema linfático y la presencia de úlceras gástricas; Selye denominó a este conjunto de reacciones como estrés biológico, para después llamarlo sencillamente estrés.

En la actualidad se define el estrés como “un proceso psicológico que se origina ante una exigencia al organismo, frente a la cual este no tiene recursos para dar una respuesta adecuada, activando un mecanismo de emergencia consistente en una activación psicofisiológica que permite recoger más y mejor información, procesarla e interpretarla más rápida y eficientemente, y así permitir al organismo actuar de una manera adecuada a la demanda” (Palmero y cols.; 2002: 424).

Palmero y cols. (2002) indican que una de las definiciones más aceptadas es la que proporciona la Organización Mundial de la Salud, la cual menciona que el estrés es el conjunto de reacciones fisiológicas que preparan el organismo para la acción.

Por otra parte, Caldera y cols. (2007) hacen mención de que el término estrés es de origen anglosajón y que significa tensión o presión.

Por otro lado, el concepto de desórdenes alimenticios tiene su origen en el año 1873, cuando la anorexia fue definida por primera vez como un problema médico; posteriormente, en 1950 se describió la bulimia como un patrón de conductas de algunos sujetos obesos y en 1970 se reconoció dicho padecimiento como un aspecto relacionado con la anorexia nerviosa.

Actualmente, entre las definiciones más aceptadas de este término, está la de la American Psychiatric Association (APA; 2002), al definir la anorexia como uno de

los trastornos alimenticios más frecuentes, el cual se manifiesta por cambios fisiológicos, conductuales y psicológicos; se caracteriza principalmente por un miedo excesivo a engordar o a subir de peso.

La anorexia es una palabra griega que significa pérdida de apetito y se emplea también de una manera abreviada para designar a la anorexia nerviosa. Además, se caracteriza por llegar a un peso corporal extremadamente bajo; otros autores refieren el término como falta de apetito. Los sujetos que la presentan tienen una idea inflexible por adelgazar, se someten a dietas totalmente rigurosas y viven constantemente con el temor de aumentar de peso.

Con referencia a la bulimia nerviosa, anteriormente se creía que era una perturbación secundaria a la anorexia, pero en la actualidad es considerado como un trastorno distinto, ya que en ella hay un rechazo a comer y tendencia a vomitar constantemente, sin embargo, la bulimia nerviosa se caracteriza por atracones de comida, abuso de laxantes, fármacos, ejercicio excesivo y ayuno. La característica esencial de la bulimia es la alteración de la percepción de la forma y el peso corporal.

Bermúdez y cols. en el año 2006, en México, realizaron una investigación denominada “Evaluación de la relación entre rendimiento académico y estrés en estudiantes de medicina”. Tal indagación fue realizada en la Facultad de Medicina de la Universidad de Manizales, en Colombia. Fue un estudio descriptivo con el empleo de una encuesta transversal anónima, donde se establecieron características

sociodemográficas, culturales, escolares y motivacionales, con estudiantes de 2° a 11° semestre. Como conclusión, se determinó que existe una relación significativa entre el rendimiento académico y el estrés, y de este con la depresión, el consumo de alcohol y la funcionalidad familiar.

En cuanto a investigaciones sobre trastornos alimentarios, Ruiz y cols., en el año 2004, en México, realizaron una investigación llamada “Trastornos alimentarios en hombres y mujeres adolescentes deportistas y no deportistas pertenecientes al Servicio de Rehabilitación Ortopédica del Centro Nacional de Rehabilitación”.

Dicha investigación fue de tipo transversal y descriptiva, su población de estudio fue de dos grupos de 25 hombres y 25 mujeres cada uno; en total, 100 adolescentes entre los 15 a los 20 años de edad. El primer grupo realizaba la práctica deportiva aeróbica perteneciente al servicio de rehabilitación, y el segundo, no. Se les aplicó el Inventario de Trastornos de Alimentación, con 33 reactivos.

En dicha investigación los resultados se obtuvieron de acuerdo con tres categorías: la práctica de trastorno alimentario sobre anorexia, la bulimia nerviosa y el trastorno alimentario conocido como conducta alimentaria, el cual cumple con todas las características de la anorexia, excepto la pérdida de la menstruación. De acuerdo con estas tres categorías, no se encontraron diferencias significativas en el grupo de hombres y mujeres adolescentes deportistas y no deportistas.

En relación con lo anterior, los desórdenes alimenticios se han venido incrementando estos últimos años, con lo que afectan principalmente a los adolescentes, como se ha observado en los alumnos de secundaria del Colegio La Paz, en la ciudad de Uruapan, Michoacán, en donde los alumnos han manifestado conductas inapropiadas como una exagerada preocupación por su figura física, ya que tratan de mantenerla delgada mediante estrictas dietas; esto, según algunos autores mencionados, es un indicador de un desorden alimentario.

Planteamiento del problema

Es de suma importancia efectuar estudios acerca del estrés, ya que en la actualidad dicha condición se vive todos los días y afecta en mayor medida a los adolescentes.

De igual manera, resulta relevante examinar la realidad de los trastornos alimentarios, ya que los adolescentes, por mantener el aspecto físico deseado, llegan a caer en estos padecimientos por mantener la imagen deseada o presuntamente idónea.

Es preciso conocer la relación que tienen el estrés y los trastornos alimentarios, para conocer de qué manera y en qué medida pueden afectar a los adolescentes.

Se han hecho investigaciones acerca de estos temas, ya que en la actualidad es algo común entre los adolescentes, sin embargo, hay mucho por investigar aún. De manera particular, es necesario realizar el presente estudio porque dicha situación afecta cada vez a más a los adolescentes, debido a los cambios que presentan de manera inherente a la etapa en la que se encuentran.

En el Colegio La Paz se ha hecho presente la preocupación por el tema del estrés y los trastornos alimenticios en los adolescentes de esta institución, por lo tanto, es de suma importancia hacer un estudio acerca de estas variables.

Por lo mencionado anteriormente se formula la siguiente pregunta de investigación: ¿Existe relación entre los trastornos alimentarios y el estrés en los adolescentes del nivel de secundaria del Colegio La Paz, de Uruapan, Michoacán?

Objetivos

Las directrices que enseguida se enuncian permitieron dar una orientación sistemática al presente trabajo y optimizar los recursos disponibles.

Objetivo general

Establecer la relación existente entre el nivel de estrés y los factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios en los adolescentes de secundaria del Colegio La Paz, de Uruapan, Michoacán.

Objetivos particulares

1. Definir el concepto de estrés.
2. Identificar los efectos del estrés.
3. Describir las causas del estrés.
4. Definir los principales trastornos alimentarios.
5. Identificar principales causas de los trastornos alimentarios.
6. Medir el nivel de estrés en los adolescentes del Colegio La Paz.
7. Cuantificar los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en los adolescentes del Colegio La Paz.

Hipótesis

Las explicaciones tentativas que se indican enseguida, fueron formuladas después de una revisión documental preliminar, de modo que reflejan la realidad que se espera encontrar.

Hipótesis de investigación

El nivel de estrés esta significativamente relacionado con los trastornos alimentarios en los adolescentes de secundaria del Colegio La Paz, de la ciudad de Uruapan, Michoacán.

Hipótesis nula

No existe relación significativa entre el nivel de estrés y los trastornos alimentarios en los adolescentes de secundaria del Colegio La Paz, de la ciudad de Uruapan, Michoacán.

Operacionalización de las variables

La variable estrés se identificó como el resultado de cada sujeto obtuvo en la prueba llamada Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños, Revisada (CMAS-R) de los autores Reynolds y Richmond (1997), la cual está conformada por cuatro escalas y una más, que mide la mentira en el sujeto investigado.

Por su parte, la variable de trastornos alimentarios se determinó por el puntaje que el sujeto consiguió en la prueba denominada Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2) de David M. Gardner (1998), la cual ubica once

escalas relacionadas con los rasgos psicológicos propios de los trastornos alimentarios.

Justificación

Se considera de suma importancia llevar a cabo este estudio, ya que involucra temas mencionados en la actualidad, sobre todo en esta etapa, que es la adolescencia.

Se busca que esta investigación sea de ayuda para los jóvenes, maestros y padres de familia, para que tengan más información acerca del estrés, sus causas y los efectos que produce; así como, de manera particular, el influjo que tiene el estrés sobre los trastornos alimentarios, para saber de qué manera y en qué medida afectan estos fenómenos a los adolescentes, lo cual incluye las conductas que desencadenan los trastornos alimenticios.

El estrés y los trastornos alimentarios son temas de los cuales se han hecho varias investigaciones, este estudio es un complemento que arroja más información acerca de ellos, para que en un futuro se hagan estudios a mayor profundidad.

Esta investigación es un tema propio del psicólogo, ya que el estrés y los trastornos alimentarios forman parte de su área. Este profesionalista tiene los conocimientos suficientes para poder efectuar una intervención en cualquiera de las

problemáticas mencionadas, sin embargo, se debe basar en estudios debidamente fundamentados para tener las herramientas y la información necesaria que le posibiliten estructurar una intervención adecuada; a este respecto, el presente estudio es un complemento que puede contribuir a ello.

Marco de referencia

La escuela donde se realizó esta investigación es el Colegio La Paz, la cual es una institución privada con una orientación religiosa, ubicada en la ciudad de Uruapan Michoacán, en la calle Héroes de Cananea No.820, Colonia San José Obrero.

La misión del colegio es ser una institución educativa católica que se empeña en dignificar a la persona mediante la formación integral de los alumnos a través de estrategias pedagógicas actuales cimentadas en la práctica de la rectitud, la paz, el trabajo y el amor hecho servicio, bajo el principio quien lo hace todo por Dios y en todo caridad.

En cuanto a la visión, el Colegio La Paz ha de ser una institución innovadora y de impacto social, reconocida por su calidad en la formación humano-cristiana y académica que induzca al educando a ser promotor de la rectitud, la paz y la promoción del más necesitado en la construcción de una sociedad más humana mediante la práctica del amor.

Se basa en el fundamento educativo que consiste en un conjunto de conceptos, estrategias y políticas que fijan la visión educativa y el rumbo de la institución. En la práctica es el marco de referencia que da sentido y justificación al proceso de aprendizaje que se lleva a cabo en la institución.

El Colegio La Paz es una institución que tiene 108 años de antigüedad, cuenta con los niveles de preescolar, primaria, secundaria y preparatoria. Con un total de 994 alumnos; en el área de secundaria hay 245 alumnos, 24 docentes, una directora y una coordinadora académica. Los docentes tienen grado de licenciatura e incluso algunos tienen maestría.

La infraestructura cuenta con cuatro edificios, una entrada principal, estacionamiento, cafetería, capilla, cuatro áreas verdes, tres canchas de voleibol y basquetbol, tres canchas de futbol rápido de cemento y una cubierta de pasto. También cuenta con una administración, una dirección general, tres secretarías, cuatro direcciones de nivel y cuatro coordinaciones académicas.

CAPÍTULO 1

EL ESTRÉS

En el presente capítulo se habla sobre la definición del estrés, así como los enfoques teóricos, tipos de estresores, los procesos de pensamiento que propician el estrés, los moduladores y los efectos negativos de esta condición.

1.1 Antecedentes históricos del estrés

La palabra estrés “proviene del latín *stringere*, que significa presionar, comprimir, oprimir. Posteriormente este término empezó a utilizarse en la física y la metalurgia para referirse a la fuerza que se aplica a un objeto y mediante el cual es posible deformarlo o romperlo” (Sánchez; 2007: 14).

En el siglo XVII consiguió su primera importancia técnica cuando un prominente físico y biólogo, Robert Hook, intentó ayudar a los ingenieros a diseñar estructuras hechas por el hombre. “Con base en su análisis en ingeniería sobre cómo hacer estructuras de una manera que pudieran resistir terremotos, cargas pesadas y otras fuerzas de la naturaleza, aportó con su estudio de manera significativa para definir la tensión en fisiología, psicología y sociología” (Lazarus y Lazarus; 2000: 280).

Por lo tanto, el estrés se definió como una exigencia del entorno sobre un sistema biológico, social y psicológico, que sería similar a la carga que un puente podría soportar.

Según Sánchez (2007: 15) Claude Bernard “demostró que la naturaleza provee a los seres vivos de mecanismos para enfrentar las contingencias del ambiente externo. Este médico francés descubrió que si bien cualquier cambio externo en el ambiente puede perturbar al organismo, los seres vivos poseen la capacidad para mantener la estabilidad interna aunque se modifiquen condiciones externas”.

Los principios de Bernard fueron ampliados durante la primera mitad del siglo XX por el fisiólogo estadounidense Walter Bradford Cannon, quien asignó el nombre de “homeostasis” al estado dinámico de equilibrio en el organismo, así, dio a conocer que el ser humano puede tener adaptación al enfrentarse a peligros constantes. “Cannon señalaba que los eventos inesperados provocan respuestas de ataque o fuga, lo cual permitió ver la relación entre lo biológico y lo psicológico” (Sánchez; 2007: 16).

Según Sánchez (2007), Hans Selye, a través de sus investigaciones, identificó una reacción inespecífica, fisiológica, adaptativa frente a cualquier impacto ejercido sobre el organismo por una amplia gama de estímulos, que provocan variaciones de tipo endocrino. A esta reacción le llamó “Síndrome general de adaptación”,

posteriormente definió el estrés como “la respuesta no específica del organismo a cualquier demanda del exterior”

En la Primera Guerra Mundial, las crisis no se explicaban desde un enfoque psicológico, sino a través de una orientación neurológica, ya que se creía que el ruido de los proyectiles provocaba un daño cerebral.

Durante la Segunda Guerra Mundial se mostró interés por el estrés, ya que los soldados se desmoronaban emocionalmente en los combates, a este hecho se le denominó fatiga de combate o neurosis de guerra.

Las autoridades militares mostraron interés, porque los soldados tenían miedo al enemigo, lo cual ocasionaba que no dispararan sus armas, esto dio preocupación a los líderes militares, quienes comenzaron a pensar en estrategias para poder seleccionar a hombres que supieran manejar el estrés y mostraran resistencia a este fenómeno.

Después de la Segunda Guerra Mundial, se dio a conocer que el estrés también era provocado por varias situaciones de la vida cotidiana, como el matrimonio, ir a la escuela, enfermarse, entre otras. Estas, al igual que el combate militar, ocasionaban disfunciones psicológicas.

Según Lazarus y Lazarus (2000: 281) “el interés por el estrés como causa de una angustia y disfunción humana prosperó en las décadas de los sesentas y setentas, y sigue siendo importante. Lo que hemos aprendido es que todos necesitamos de cierto estrés para movilizar nuestros esfuerzos para enfrentarnos a los problemas habituales del ser humano. El estrés es una respuesta natural a las exigencias de la vida y no es todo malo; probablemente se este haciendo demasiado hincapié en su lado negativo”.

1.2 Enfoques teóricos

A continuación se hablará acerca de los tres enfoques establecidos para el estudio del estrés.

1.2.1 El estrés como estímulo

Hipócrates, en el siglo V a.C., consideraba que el entorno condicionaba las características de salud y enfermedad.

Travers y Cooper (1997: 30) indican que “esta forma temprana de enfocar el estrés lo percibe como una variable independiente y utiliza un simple modelo estático para explicar sus principales propuestas”. Se puede decir que los variados tipos de estímulos ambientales que pueden resultar molestos para el individuo, suelen provocar cambios sobre este.

Fisher (citado por Travers y Cooper; 1997: 31) señala que “asumimos que el estrés es una condición ambiental. Este entorno puede ser físico o psicológico”

Se dice que hay estímulos potencialmente estresantes, como pueden llegar a ser el ruido, el racismo, discapacidad física, pobreza o desastres naturales. Por lo tanto, se puede medir el daño que produce cada estímulo.

Un elemento fundamental en esta teoría es que cada individuo tiene un nivel de tolerancia y en el momento en el que se sobrepasa, puede traer consecuencias o daños temporales o permanentes. En esta parte depende de la fortaleza que tenga el individuo para superar las presiones de la vida cotidiana de una manera efectiva y adecuada.

Selye (citado por Travers y Cooper; 1997) ha puesto de relieve que no es posible asumir que el término y el concepto de estrés sean automáticamente negativos, ya que se puede considerar un estimulante, y es un rasgo vital. Divide el estrés en positivo, que llama eustrés, y en negativo, distrés.

1.2.2 El estrés como respuesta

Es la reacción que tiene la persona frente a algún estímulo amenazador o desagradable. Fisher (citado por Travers y Cooper; 1997: 29) sugiere que “se puede

deducir que una persona se ha visto expuesta a condiciones estresantes si manifiesta indicios de tensión”.

Por lo tanto, el entorno tiene ciertos agentes que producen estrés en la persona, ya sea fisiológica, psicológica o conductualmente. Esto quiere decir que ante un estímulo, hay una respuesta.

Hay ciertos niveles de estrés que parecen traer beneficios a la vida de un individuo, ya que lo mantienen alerta, agregan interés a la vida, ayudan a pensar más rápido, alientan y dan un propósito. Sin embargo, cuando el estrés va más allá, agota la energía, deteriora el desempeño y deja un sentimiento de baja estima.

Fontana (1992) cita a Hans Selye, quien se centró mucho en los efectos del estrés y popularizó el Síndrome de Adaptación General, como modelo de la reacción humana ante los estresores. Este autor reconoce tres fases: la reacción de alarma, la etapa de resistencia y la de agotamiento.

La reacción de alarma indica que ante la presencia del estresor, disminuye un poco la resistencia fisiológica, mientras que el organismo reúne la fuerza necesaria para afrontar la circunstancia.

La fase de resistencia depende de la fuerza del individuo, pero si se le obliga a continuar, la etapa de agotamiento se presenta invariablemente.

Según lo anterior, la energía fisiológica y psicológica no son distintas entre sí, ya que entre más desgaste físico tenga el sujeto por el estrés, se sentirá con más agotamiento psicológico y viceversa.

En cuanto a los efectos psicológicos del estrés, depende de la valoración cognoscitiva del individuo sobre la utilidad del estresor, su capacidad de resistencia y su necesidad de enfrentar desafíos.

Fontana (1992) divide los efectos psicológicos del estrés en tres tipos: cognoscitivos, emocionales y conductuales generales, los cuales se especifican a continuación.

Los efectos mencionados anteriormente varían de un individuo a otro y se han dividido como a continuación se muestra: primero con el pensamiento y el conocimiento (efectos cognoscitivos); por otra parte, sentimientos, emociones y la personalidad (efectos emocionales); finalmente, con los factores tanto cognoscitivos como emocionales (efectos conductuales generales). Enseguida se mencionan algunas características de los tres tipos de consecuencias, desde la propuesta de Fontana (1992).

Los efectos cognoscitivos del estrés excesivo incluyen falta de concentración y atención, de modo que el sujeto tiende a distraerse fácilmente, ya sea en una conversación o en lo que piensa decir; manifiesta además deterioro de la memoria a

corto y largo plazo, toma de decisiones apresuradas, constantemente comete errores de tipo cognoscitivo; de igual manera, tiene deterioro de la capacidad de organización y de la planeación a largo plazo, pierde la objetividad y capacidad de crítica, sus pensamientos se vuelven confusos e irracionales.

En los efectos emocionales del estrés excesivo, la persona tiende a disminuir la capacidad para relajar su tono muscular, detener las preocupaciones, sentirse bien y controlar la ansiedad; constantemente padece de enfermedades imaginarias, desaparece la sensación de salud y bienestar; se presentan cambios en la personalidad, es decir, aquellos sujetos cuidadosos pueden volverse descuidados, las personas preocupadas se vuelven indiferentes; asimismo, muestran altos niveles de ansiedad, son muy sensibles, están a la defensiva y suelen ser hostiles, manifiestan depresión, sentimientos de autodesvaloración e impotencia.

Mientras tanto, los efectos conductuales generales del estrés excesivo incluyen el aumento de tartamudez, pérdida del entusiasmo en el sujeto por cumplir sus metas, deja a un lado sus pasatiempos, es probable que se deshaga de sus pertenencias favoritas, hay constantes retardos o faltas a la escuela o trabajo, por enfermedades reales o imaginarias o bien, por excusas inventadas; se presenta o aumenta el consumo de nicotina, alcohol, cafeína, drogas prescritas o ilegales; hay descenso de los niveles de energía, dificultad de permanecer dormido por más de cuatro horas seguidas, tendencia a culpar a los demás, se ignora la nueva información, las responsabilidades se depositan en los demás; asimismo, las

personas son más superficiales para resolver los problemas y llegan a hacer amenazas de suicidio.

Los efectos anteriormente mencionados no quieren decir que se presenten en todos los individuos con estrés, pero sí en algunos de ellos, esto depende de la personalidad del individuo, la cual determina la manera de reaccionar.

1.2.3 Estrés como interacción persona-entorno

Respecto a esta perspectiva, Travers y Cooper (1997: 32) citan a Pearlin, quien expresa que “el estrés no es un suceso, sino un proceso complejo, variado y desafiante a nivel intelectual”. Como consecuencia, el estrés psicológico se considera una demanda del entorno o como una reacción a este. Se relaciona con el grado de adaptación entre la persona y su contexto, es decir, los individuos influyen en su ambiente y reaccionan ante él.

Para poder controlar el suceso estresante, el sujeto puede alterar su entorno o aprender formas de reaccionar frente a una situación concreta.

Según Travers y Cooper (1997: 33) “la actitud de enfrentarse al estrés se produce para intentar que la persona y el entorno logren alcanzar un estadio de adaptación”

Los modelos transaccionales han dado como resultado un creciente reconocimiento de la importancia de la actividad mental como factor crucial para determinar el estrés. Para que un suceso se considere como un estímulo estresante, se debe interpretar fenomenológicamente.

Este modelo está constituido por la evaluación cognitiva y las respuestas de superación; el estrés es un concepto dinámico y relacional, produce una relación constante entre la persona y su entorno, que está equilibrado por un conjunto de procesos cognitivos constantes.

Algunos aspectos fundamentales de esta perspectiva, son los siguientes:

1. Valoración cognitiva de la situación: puede ser neutra e irrelevante, amenaza o daño, o benéfica, es decir, eustrés.
2. Experiencia: el suceso depende de la práctica que el sujeto obtiene a lo largo de su vida, es decir, la cercanía que tiene con la situación.
3. Exigencia: contiene requerimientos reales o percibidos, los cuales quedan fortalecidos por las necesidades del individuo.
4. Influencia interpersonal: es la forma en la que la persona percibe el estrés, esto depende de la ausencia o presencia de otros individuos.
5. Un estado de desequilibrio: cuando existe inestabilidad, se van formando las estrategias de superación que toman en cuenta las consecuencias pasadas de dichas acciones.

Según Lazarus y Lazarus (2000: 282) “la relación persona- entorno que produce el estrés es un desequilibrio subjetivo entre las demandas que recibe la persona y sus recursos para satisfacerlas. Dependiendo del grado de desequilibrio, experimentamos más o menos estrés”.

Por lo tanto, para cada individuo existe un grado apropiado de estrés: si se tiene un bajo nivel, el sujeto siente aburrimiento; en tanto que si se tiene un alto índice, siente demasiada presión.

Una vez expuestos los distintos enfoques del estrés, se hablará sobre un concepto totalizador.

1.2.3.1 Concepto integrador de estrés

A partir de la revisión de los enfoques, es oportuno establecer el concepto de estrés, para lo cual se consideran las siguientes definiciones:

“Es una respuesta adaptativa, mediada por las características individuales y/o procesos psicológicos, la cual es al mismo tiempo consecuencia de una acción, situación o evento externo que plantea a la persona especiales demandas físicas o psicológicas” (Ivancevich y Matteson; 1985: 23).

Lazarus (referido por Trianes; 2002: 22) define al estrés como “la existencia de una demanda respecto a la cual hay percepción negativa, así como insuficiencia de recursos para afrontarla, la presencia de emociones negativas que potencialmente acarrearán peligro de inadaptación o desajuste psicológico”.

Se ha venido hablando del estrés como un fenómeno negativo, sin embargo, es importante mencionar que por su contenido, puede ser identificado más bien como una experiencia favorable, lo cual da lugar al término eustrés, que es necesario en la vida diaria, ya que puede dar como resultado una respuesta de adaptación positiva ante la existencia de estresores.

Para Selye, “eustrés es una palabra del griego eu, que significa bueno. Como euforia, y se refiere al estrés que es bueno o produce un resultado positivo” (citado por Ivancevich y Matteson; 1985: 248). En este tipo de estrés existen estímulos positivos que dan como resultado experiencias que satisfacen a la persona, aunque esto puede depender de la situación.

1.3 Los estresores

Palmero y cols. (2002: 425) citan a Lazarus para afirmar que “hay tres tipos de acontecimientos estresantes o estresores psicosociales, en función de la intensidad de los cambios que se producen en la vida de una persona”. Los estresores son:

- Cambios mayores o estresores únicos, son todos aquellos sucesos dramáticos que afectan a un gran número de personas.
- Cambios menores o estresores múltiples, que afectan a una sola persona o un pequeño grupo de ellas; corresponden a cambios significativos y de trascendencia vital.
- Estresores cotidianos o microestresores, se refieren a todas aquellas molestias, imprevistos y alteraciones en las pequeñas rutinas cotidianas.

Enseguida se explica de manera detallada cada uno de estos estresores.

1.3.1 Estresores psicosociales: cambios mayores, vitales y cotidianos

Palmero y cols. (2002) mencionan que los cambios mayores son aquellas modificaciones drásticas que ocurren en la vida de una persona, ya sea desastres naturales o bien, sucesos trágicos donde interviene el hombre, como sufrir de violencia, el desarraigo, así como enfermedades terminales; en suma, son todas aquellas situaciones altamente traumáticas.

Se puede ver afectado un gran número de personas, aunque también puede ser una sola, sin embargo, el número no influye en el impacto que tienen tales acontecimientos para la vida.

En segunda instancia, se encuentran los cambios vitales, estos acontecimientos se enfocan más a la persona, a todo aquello que se halla fuera de su control como puede ser la muerte de un ser querido, pérdida de trabajo o tener un hijo.

Los principales factores que pueden desencadenar el estrés corresponden a los siguientes cambios:

- La vida conyugal, todo lo que tenga que ver con el matrimonio o la relación con la pareja.
- La paternidad, ser padre o madre, relaciones con los hijos o la enfermedad de uno de ellos.
- Las relaciones interpersonales, problemas en la interacción con las personas que lo rodean o mantener relaciones difíciles.
- El ámbito laboral, que abarca el trabajo, la escuela o el hogar, por ejemplo, ser jubilado.
- Las situaciones ambientales, tales como cambiar de residencia, o el riesgo inminente a la integridad personal.
- El ámbito económico, manejo inadecuado de las finanzas o cambio a nivel económico.
- Las cuestiones legales o tener problemas con la ley.
- El propio desarrollo biológico, que hace referencia a los cambios que sufre el cuerpo del ser humano durante su vida.

- Las lesiones o enfermedades somáticas, como sufrir un accidente, enfermedad o proceso quirúrgico.
- Otro tipo de estrés psicosocial, como puede ser sufrir una violación, o bien, un embarazo no deseado.

Por último, se encuentran los estresores cotidianos o microestresores, se trata de las pequeñas situaciones que pueden causar molestias en los sujetos, como presenciar una pelea.

Palmero y cols. (2002: 430) afirman que “algunas de las características objetivas que con frecuencia presentan los estresores cotidianos son las siguientes: implican un cambio o son una novedad en la situación ambiental”.

Existen dos tipos de microestresores, los cuales son las contrariedades y las satisfacciones. Se entiende por contrariedades aquellas situaciones que causan malestar emocional y problemas sociales; las satisfacciones, por su parte, son experiencias y emociones positivas que tienen la ventaja de contrarrestar los efectos de las contrariedades.

1.3.2 Estresores biogénicos

Esta clase de estresor es diferente a los tres anteriores, ya que su origen no tiene que ver con las emociones del individuo ni con su interacción social; se remite,

en cambio, al aspecto fisiológico de la persona. “Los estresores son sucesos medioambientales reales o imaginarios que configuran las condiciones para elicitar la respuesta de estrés. La mayoría de los estresores a los que nos enfrentamos son psicosociales, por lo que se puede decir que el estrés reside en el ojo de quien lo contempla.” (Palmero y cols.; 2002: 431)

Los estresores biogénicos, por sus propiedades inherentes, actúan solamente en los núcleos activadores neurológicos del estrés. Esta categoría incluye:

- Cambios hormonales en el organismo, pubertad, inicio del ciclo menstrual, aborto o el propio funcionamiento de los ovarios; todo desequilibrio hormonal es suficiente para causar un episodio de sobreestrés.
- Ingestión de determinadas sustancias químicas: nicotina, cafeína, anfetaminas o alcohol.
- Reacción a ciertos factores físicos, estímulos que provocan frío extremo, calor o dolor.
- Estrés alérgico, que son los cambios de energía por parte del sistema inmunológico para luchar contra aquello que el cuerpo considera peligroso.

1.3.3 Estresores en el ámbito académico

Hernández y cols. (citados por Barraza; 2003) hablan acerca de algunos estresores académicos, los cuales son: la exposición de trabajos, formular o

responder preguntas, realización de un examen, sobrecarga académica, competitividad entre compañeros, trabajar en grupo, falta de incentivos, tiempo limitado para hacer trabajos, problemas o conflictos con los profesores y/o compañeros y las evaluaciones.

Se presentan, además, algunas circunstancias que contribuyen a la aparición de estrés, como dejar la casa paterna, atender las responsabilidades académicas, las clases y las relaciones personales; también se incluyen eventos positivos, como enamorarse, que aunque agradables, también ejercen cierta tensión.

Barraza (2003) cita a Hernández y cols. al mencionar que existen diversas respuestas ante el estrés académico, e indica 12 tipos:

1. Preocupación.
2. El corazón late rápido, se presenta la falta de aire y hay una respiración agitada.
3. Movimientos repetitivos de alguna parte del cuerpo, llegar a paralizarse o movimientos torpes.
4. Sentimiento de miedo.
5. Molestias en el estómago.
6. Fumar, beber o comer demasiado.
7. Pensamientos o sentimientos negativos.
8. Temblor en manos o piernas.

9. Trabajo para poder expresarse, en ocasiones, tartamudeo.
10. Inseguridad de sí mismo.
11. Dificultades para comer y boca seca.
12. Ganas de llorar.

1.4 Procesos del pensamiento que propician el estrés

Son distorsiones cognitivas, que aunque irracionales, son creídas por la persona, tienden a ser reiterativas e impiden evaluar adecuadamente los eventos.

Powell (1998: 92) cita a Ellis y dice que “solo es posible lograr un equilibrio emocional mediante el ajuste del pensamiento, puesto que nuestros pensamientos o ideas producen nuestras emociones. Podemos obtener armonía emocional y un ajuste en la conducta solo si se pone en duda el pensamiento irracional e irreal”.

Enseguida se enumeran las 11 ideas irracionales que se encuentran más comúnmente en las personas perturbadas emocional y psicológicamente:

1. Tener la aprobación de todas las personas.
2. Ser competente y exitoso en todo.
3. La felicidad está bajo el control de las circunstancias externas.
4. Las experiencias pasadas determinan la vida presente.
5. Solo existe una solución para cada problema.

6. Mantenerse siempre en guardia y prepararse para lo peor.
7. Depender de los demás y contar con alguien más fuerte para apoyarse.
8. Si las situaciones no funcionan como se han planeado, es una catástrofe.
9. Es mejor evitar dificultades y responsabilidades, que enfrentarlas.
10. Las personas malas, crueles, infames, deben ser castigadas.
11. Preocuparse por los problemas de los demás.

Estas ideas son actitudes irracionales que suelen causar problemas a las personas y les provocan estrés.

1.5 Los moduladores del estrés

El individuo hace uso de sus recursos personales y sociales para enfrentar el estrés y las emociones. Estas estrategias dependen de las características de la situación y posteriormente, de las propias particularidades del individuo; se les puede dar el nombre de estilos de afrontamiento.

En este sentido, “existen moduladores de carácter social, como el apoyo que puede recibir una persona en dificultades y las pautas culturales que canalizan y predisponen la apreciación de las fuentes de estrés y otros de carácter personal como las creencias, las competencias, la experiencia y los rasgos de personalidad” (Palmero y cols.; 2002: 527).

Dichos moduladores existen aunque el individuo no esté sometido a estrés y probablemente le afecten siempre, sin embargo, en los contextos de estrés pueden destacar por ser capaces de determinar a casi todos los elementos que constituyen el núcleo del estrés y, por tanto, también a sus consecuencias nocivas o benéficas.

1.5.1 El control percibido

Palmero y cols. (2002) mencionan que el control percibido llega a tener efectos significativos sobre la conducta, es decir, cuando las personas creen tener control sobre el entorno, aunque no sea así, esta creencia protege al individuo de los efectos negativos que podrían provocarle estrés.

La percepción del control se puede entender como una creencia general sobre el grado en el que la persona es capaz de controlar y lograr las metas u objetivos deseados, normalizando los problemas que aparecen en el curso de su consecución.

1.5.2 El apoyo social

El apoyo social se puede definir como el conjunto de abastecimientos instrumentales o expresivos, reales o percibidos, aportados por las comunidades, redes sociales y amigos íntimos.

Cascio y Guillén (2002: 190) consideran que “el apoyo social es una fuente de recursos para hacer frente a las demandas. En cuanto al modo de acción del apoyo social sobre la salud y el estrés, se han supuesto dos mecanismos principales que no son mutuamente excluyentes”.

Los mecanismos mencionados de apoyo social se muestran en dos explicaciones:

La hipótesis del efecto indirecto o protector, que tiene efectos entre los individuos únicamente cuando están expuestos a estresores sociales; estos solo tienen efectos negativos si el nivel de apoyo social es bajo, sin embargo dice dicha teoría que sin estresores sociales, el apoyo social no interviene sobre el bienestar y su función se limita a proteger a las personas de los efectos del estrés, es decir, los recursos aportados por otras personas llegan a disminuir la percepción de amenaza de los estresores.

La hipótesis del efecto directo o principal afirma que el apoyo social fomenta la salud y el bienestar, independientemente del nivel de estrés: a mayor nivel de apoyo social, menor es el malestar psicológico, y a menor grado de apoyo social, mayor incidencia de trastornos.

1.5.3 El tipo de personalidad: A/B

Se ha descubierto que los estilos de conducta actúan como modificadores de la respuesta individual ante el estrés, con lo cual afecta la relación entre los estresantes psicosociales y las tensiones.

El comportamiento de la personalidad de tipo A se define como “un patrón de conducta que implica hostilidad, agresividad, competitividad y un sentido de la urgencia; los pacientes pueden ser también intolerantes, exigentes y orientados al éxito de sus objetivos” (Travers y Cooper; 1997: 91)

Algunas de las características de estas personas son las siguientes: son impacientes, su forma de hablar es apresurada, se encuentran muy activas, se mueven, caminan y comen rápidamente; también procuran realizar dos o más tareas a la vez, por ejemplo, pensar en un tema diferente mientras están escuchando a otra persona; a esta actividad se le llama polifásica y es uno de los rasgos más comunes del tipo A.

Estas personas tienden a reconocerse por gestos como tics nerviosos, las conversaciones giran en torno a ellos, casi siempre se sienten ligeramente culpables cuando intentan relajarse. El aspecto central de esta personalidad es el de tener un sentido crónico de urgencia.

Por otra, parte los individuos con la personalidad del tipo B no presentan estos rasgos, ya que son pacientes, no sienten culpabilidad, pueden relajarse, manifiestan tranquilidad motriz y expresión facial relajada, rara vez se quejan, su conversación es pausada y a bajo volumen, escuchan con atención y esperan para responder.

1.5.3.1 Personalidad tipo A y problemas cardiacos

Ivancevich y Matteson (1985: 203) mencionan que el patrón de conducta de la personalidad de tipo A es propensa a la enfermedad de las arterias coronarias, ya que representa “un complejo de acciones y emociones que pueden observarse en cualquier persona que se encuentre agresivamente involucrada en una lucha incesante y crónica por lograr cada vez más en cada vez menos tiempo y, si se ve obligada a ello, contra los esfuerzos opositores de otras cosas o personas”.

Es decir, los individuos tipo A experimentan una gran cantidad de estrés, mientras que sus contrapartes más relajadas y tranquilas de tipo B, rara vez se alteran o experimentan estrés.

Existen aspectos incorrectos de esta postura, los cuales se describen a continuación:

- 1) Los del tipo B pueden tener metas al igual que los del tipo A, y mostrarse tan deseosos de éxito y logros como ellos, la diferencia es que una

persona de tipo B busca la satisfacción de estas necesidades de tal modo que no crea los estragos psicológicos y físicos a los que se enfrenta el sujeto de tipo A.

- 2) La ecuación en la que A es igual a estrés y B es igual a falta de estrés; no obstante, existe un vínculo entre la conducta tipo A y las consecuencias negativas del estrés.

De acuerdo con lo anterior, los individuos del tipo A tienen características que aumentan la probabilidad de exponerse a estresores, mientras que su resistencia al estrés disminuye, al no querer relajarse ni llevar una vida más tranquila.

Estos individuos generan estrés por sí mismos al estar en exposición constante a estresores que los del tipo B evitan, ya que el ambiente en el que se encuentre el individuo es muy importante porque puede provocar en él, ciertas conductas.

1.6 Los efectos negativos del estrés

“Las enfermedades de adaptación no son consecuencia directa de un agente externo, sino que se encuentran asociadas a reacciones de adaptación menos que perfectas, ante los estresores que encontramos en nuestra vida” (Ivancevich y Matteson; 1985: 106).

De acuerdo con lo anterior, el estrés tiene relación con algunas afecciones que a continuación se mencionan:

- La hipertensión es una enfermedad de los vasos sanguíneos, en la cual la sangre fluye a través de las venas a una presión elevada. La respuesta negativa que el cuerpo tiene al enfrentarse a situaciones estresantes es el comprimir las paredes de las venas y así aumentar la presión; ya que pasa la situación estresante, la presión debe volver a la normalidad, pero si el estrés dura demasiado tiempo, la presión puede persistir en niveles anormalmente altos.
- Las úlceras son lesiones inflamatorias en el estómago; durante los periodos de estrés, la fabricación de cortisona generalmente aumenta y esto fácilmente puede crear lesiones internas.
- La diabetes implica deficiencia de insulina y esta tiene como consecuencia que las personas no pueden absorber suficiente azúcar de la sangre. Si el estrés es persistente, al páncreas puede debilitarse, dando como resultado una deficiencia de dicha función fisiológica.
- Las jaquecas, por otra parte, son el resultado de la tensión muscular; en sí, la jaqueca es un estresor que lleva a una mayor tensión muscular y esta, a su vez, aumenta el dolor.
- El cáncer: una teoría actual sobre este padecimiento, señala que las células mutantes se están produciendo continuamente en el cuerpo, pero que normalmente son destruidas por el sistema inmunológico antes de

que puedan multiplicarse y crecer. “Se ha demostrado que las respuestas a los estresores traen como consecuencia pequeñas alteraciones bioquímicas en el sistema inmunológico. Algunos piensan que estos cambios bastan para permitir la reproducción de pequeñas cantidades de estas células mutantes, que a su vez se convierten en tumores malignos”. (Ivancevich y Matteson; 1985: 107).

Como se mencionó a lo largo de este capítulo, el estrés es un factor común en la sociedad actual; definitivamente no puede evitarse, ya que cualquier cambio por mínimo que sea, tanto en la persona como en su entorno, genera estrés. Este factor puede verse como una amenaza o algo peligroso para el bienestar del sujeto, sin embargo, se debe tener la consciencia de que la vida está llena de cambios y la cuestión fundamental es la manera en como se asumen estos y se actúa ante las discrepancias de la vida.

CAPÍTULO 2

TRASTORNOS ALIMENTARIOS

En el presente capítulo se habla acerca de los trastornos alimentarios y su definición, se ahonda particularmente en la anorexia y bulimia, algunos trastornos asociados a estas enfermedades solo como referencia, además de causas y factores ligados a este tema.

2.1 Antecedentes históricos

Desde la antigüedad se han venido estudiado conductas alimentarias desordenadas, como lo eran los banquetes en donde se comía en exceso y de una manera exagerada, debido al carácter social y la demostración de poder; durante estos banquetes el vómito era un táctica usual para volver a comer.

La restricción alimentaria estuvo asociada, también, a un simbolismo religioso. Los primeros cristianos y los místicos practicaban el ayuno como penitencia, expresión del rechazo del mundo y medio para conseguir un estado espiritual más elevado.

Jarne y Talarn (2000: 142) mencionan que “quizá la más famosa anoréxica de la historia es Catalina de Siena. Nacida en 1347, hija de artesanos acomodados, recibiendo una exquisita educación religiosa. A los 7 años comenzó a rechazar la

comida, imponiéndose penitencias. Ya desde la adolescencia únicamente se alimentaba de hierbas y un poco de pan”.

Por lo tanto, la existencia de estos pacientes y el motivo por los cuales se daba esta inanición despertaron la curiosidad de la gente, confusa ante la posibilidad de que existieran personas que pudieran vivir sin alimento.

En 1667 surgió un caso de una joven llamada Marthe Taylor, la cual presentó un cuadro de inanición. Era visitada por médicos, nobles y clérigos, esto para convencerla de que abandonara el ayuno. Tiempo después presentó amenorrea, limitando más su alimentación y vomitando lo poco que comía.

Posteriormente, en 1873, Gull y Lassege, médicos de un hospital de París, hicieron descripciones completas de cuadros anoréxicos. Gull se inclinó por una etiología psicógena. Los cuadros descritos por estos autores son muy parecidos a los que se observan hoy en día, aunque hay variaciones en la interpretación etiopatogénica.

Las primeras teorías sugerían una afección con origen panhipopituitario. Más adelante se impusieron las hipótesis psicológicas, especialmente de tipo psicoanalítico.

En los años setentas, se logró una visión más experta, ya que se considera que en el trastorno deben confluír los factores encadenados: psicológicos, biológicos y sociales; se hacen tratamientos pluridisciplinarios que abarcan los tres núcleos conflictivos de la anorexia.

Rusell 1979 (citado por Jarne y Talarn; 2000) describió un cuadro caracterizado por episodios de ingesta voraz y conductas de purga que consideraban que había un vínculo con la anorexia nerviosa. Algunos pacientes evolucionaban en su trastorno e iniciaban conductas de ingesta voraz y de purga; le denominó bulimia nerviosa y sería una forma funesta de evolución de la anorexia.

2.2 Definición y características clínicas de los trastornos alimenticios

Los trastornos alimentarios se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria. La American Psychiatric Association (APA; 2002) señala dos trastornos específicos que son: la anorexia y la bulimia nerviosa.

La primera perturbación es caracterizada por el rechazo al peso corporal elevado en los valores mínimos normales; mientras tanto, la bulimia nerviosa se caracteriza por conductas inapropiadas como el vómito provocado, el abuso de laxantes, el ayuno o el ejercicio excesivo.

La APA (2002) menciona una característica esencial de ambos trastornos, que es la alteración de la percepción del peso y forma corporal.

Castillo y León (2005) señalan a la bulimia nerviosa y la anorexia nerviosa como los trastornos más frecuentes de conducta alimentaria, sin embargo, en la práctica clínica diaria es posible encontrar otras alteraciones del comportamiento alimentario, como son:

- La hiperfagia en alteraciones psicológicas, que se refiere al exceso de alimento.
- Vómitos en otras alteraciones psicológicas: en esta alteración, los factores emocionales son los que pueden facilitar la aparición de náuseas o arcadas.
- Trastorno de la conducta alimentaria: “la característica fundamental es que el niño rechaza los alimentos o presenta conductas muy caprichosas que se alejan bastante de lo que es una conducta alimentaria normal y lo hace frente a su cuidador habitual” (Castillo y León; 2005: 225).

2.2.1 Anorexia nerviosa

La anorexia nerviosa es un problema que se encuentra en la sociedad, no distingue sexo, raza ni edad; este problema se da principalmente en las mujeres, aunque no se puede descartar que en los hombres también exista dicho problema.

La APA (2002) menciona que la anorexia nerviosa es caracterizada por el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos a los normales; otra característica esencial es un temor intenso por subir de peso y una alteración de la percepción de tamaño y forma del cuerpo.

Generalmente, la pérdida de peso se consigue a través de una disminución de la ingesta total. Los individuos comienzan por quitar alimentos con alto contenido calórico, al finalizar, la mayoría termina con una dieta muy estricta, limitándola a pocos alimentos.

Según la APA (2002), hay dos tipos de anorexia nerviosa:

- Restictivo: se caracteriza por una limitación de alimentos, uso de dietas rigurosas, ejercicio excesivo y provocación del vómito; no se emplean atracones ni purgas.
- Compulsivo o purgativo: se valen de atracones o purgas, hay provocación de vómito; después del atracón hay sentimientos de culpa.

Hay otro tipo de anorexia, a la cual se le conoce como nerviosa atípica, ya que no cumple con todas las características clínicas, el individuo no presenta pérdida significativa de peso o, en el caso de las mujeres, la amenorrea.

2.2.2 Bulimia nerviosa

La bulimia nerviosa es considerada como un trastorno alimentario, ya que algunas de las características que se presentan son: atracones recurrentes, sensación de pérdida de control, dolor intenso de estómago, preocupación por el peso, hay manifestación de sentimientos de vergüenza y culpa que hacen que el individuo oculte su conducta.

En algunos casos, las personas complementan los laxantes con el ayuno o el ejercicio excesivo. Estos comportamientos duran más de tres meses, con una frecuencia de al menos dos veces por semana.

“En algunos casos el vómito se convierte en un objetivo, y el enfermo realizará atracones con el fin de vomitar o vomitará después de ingerir pequeñas cantidades de comida. Estas personas pueden emplear una gran variedad de técnicas para provocar el vómito con los dedos o con diversos instrumentos” (APA; 2002: 560).

Los atracones se caracterizan más por ingerir una cantidad anormal de comida que por el ansia de comer un alimento determinado. Los individuos con este trastorno pueden estar sin comer uno o más días, o realizar ejercicio excesivo e intenso, en un intento por compensar el alimento ingerido durante los atracones.

La APA (2002) menciona dos clases de bulimia:

- Tipo purgativo: el sujeto se provoca el vómito, para lo cual utiliza laxantes y diuréticos.
- Tipo no purgativo: el individuo emplea conductas como el ayuno, no se provoca el vómito, sino que realiza ejercicio intenso.

En la bulimia nerviosa atípica, por otro lado, existe una ingesta excesiva seguida de vómito o purgas, así como la presencia de síntomas depresivos.

Por último, el trastorno por atracón es la aparición de hartazgos recurrentes, en los cuales el sujeto come de forma rápida, sin hambre y con una desagradable sensación de plenitud.

2.2.3 Obesidad

La obesidad es un tema que ha prevalecido a través de los años y cuya importancia va aumentando cada vez más, ya que se va incrementando el índice de personas que padecen esta enfermedad.

Se dice que el nivel socioeconómico influye en la obesidad, al respecto, se han realizado estudios los cuales han empleado una teoría que dice: a mayor nivel socioeconómico y/o educativo, menor obesidad.

2.2.4 Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas

Castillo y León (2005) mencionan que la hiperfagia es una ingesta excesiva que se presenta como una reacción ante acontecimientos estresantes y que da lugar a la obesidad; se caracteriza por una sensación de adquirir alimento de una manera descontrolada. Hay que diferenciar este trastorno de acuerdo con la situación, ya que hay casos en que la persona es obesa y suele desencadenar inseguridad, baja autoestima o deficientes relaciones interpersonales.

“Los duelos, accidentes, intervenciones quirúrgicas y acontecimientos emocionales estresantes pueden dar lugar a una obesidad reactiva, en especial a pacientes predispuestos a la ganancia de peso” (Castillo y León; 2005: 225).

Aparecen los atracones recurrentes en los cuales se pierde el control, no hay conductas compensatorias, enojo, culpa; suele aparecer después de una pérdida significativa de peso lograda por una dieta; las personas que la padecen, comen sin hambre y a solas.

2.2.5 Vómitos en otras alteraciones psicológicas

Se le conoce también como vómitos psicógenos e hiperémesis gravídica psicógena.

Los vómitos repetitivos se pueden presentar en otras alteraciones psicológicas como en el embarazo, donde factores emocionales pueden facilitar la aparición de náuseas o vómitos recurrentes, al igual en la hipocondría como un síntoma experimentado (Castillo y León; 2005).

2.2.6 Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia

“De acuerdo con el CIE-10 se hace referencia a un trastorno que se presenta por lo general en la infancia y en la niñez. Las características fundamentales es que el niño rechaza los alimentos o presenta conductas muy caprichosas que se alejan bastante de lo que es una conducta alimentaria normal y lo hace frente a su cuidador habitual” (Castillo y León; 2005: 225).

Según Jiménez (1997), los problemas alimentarios en la infancia pueden ser problemas de conducta a la hora de comer, negación a tomar múltiples alimentos, ingesta de comida mezclada o falta de apetito, así como demora o dificultad para comer.

Se explicarán a continuación dichos padecimientos de acuerdo con la perspectiva de Jiménez (1997):

- 1) Existen comportamientos disruptivos durante la comida y hábitos alimentarios inadecuados en los cuales el niño acostumbra a comer de pie

o se levanta continuamente de la silla, come y juega a la vez, o come solamente si esta un adulto presente prestándole atención. Para prevenir este tipo de problemas es importante que los padres lleguen a tener el suficiente conocimiento y técnicas adecuadas para abordar conductas relacionadas con la alimentación de los niños.

- 2) El rechazo de algún tipo de comida es frecuente en la infancia, hasta cierto punto es considerado normal, el problema radica en que solo rechaza algún tipo de alimento y puede ser sustituido por otro de características similares, o puede ser que se niegue a comer alimentos que sean necesarios en la dieta y llegue a afectar su salud.
- 3) Hay negación a tomar alimentos sólidos, el niño solo quiere ingerir todos aquellos alimentos que tengan una consistencia líquida, el problema aparece cuando el niño comienza a ingerir comida que no sea papilla o biberón, esto puede causar anomalías en las encías y en los dientes.
- 4) La ingesta de comida mezclada: por lo general este problema lo inicia el adulto, ya que cuando el niño rechaza la comida sólida, el padre tritura los alimentos y mezcla todos aquellos nutrientes que debe ingerir el niño para que se encuentre bien alimentado, sin embargo, esto genera un problema porque el niño se acostumbra a ingerirlos sin el menor esfuerzo y de forma combinada, por lo que después se niega a comerlos de la manera común.

- 5) La falta de apetito se da de dos maneras: la apetencia del niño disminuye de forma natural y sus preferencias alimenticias pueden variar; o bien, se produce una reducción de apetito, pero dependiendo de los hábitos que tenga en ese momento, los cuales son los que ha aprendido durante los años anteriores.
- 6) Tiempo excesivo de comida: se refiere al tiempo que le toma al niño comer. Constituye un problema cuando se vuelve desmedido, los motivos de la lentitud pueden variar, puede ser porque no le gusta la comida que se le preparó, resistencia a comer toda ración que los padres le han preparado o por la existencia de muchos estímulos que lo distraen.
- 7) Los vómitos constituyen la dificultad que más preocupa a los padres, ya que lo relacionan con un problema físico, sin embargo, el vómito se puede producir por el rechazo a la comida o por alguna situación determinada que le es desagradable.

Por otra parte, se hace mención de tres padecimientos más que se presentan durante la infancia (Castillo y León; 2005):

- 1) La pica: es un trastorno de la conducta alimentaria en la que el individuo ingiere de forma constante sustancias no nutritivas, por ejemplo: cabello.

- 2) Rumiación o mericismo: este trastorno se caracteriza por la regurgitación repetida de comida ingerida y se acompaña con la pérdida o incapacidad para ganar el peso esperado para la edad del niño.
- 3) Potomanía: se trata de la ingesta excesiva de líquidos, habitualmente agua.

2.3 Esfera oroalimenticia en el infante

El reflejo oroalimenticio (actividad oral), que es la fuente de satisfacción y la primera forma de relacionarse con el mundo externo, es la estructura entre la madre y el hijo. Este reflejo es una fuente de contacto para apropiarse de los objetos de amor, en este caso la madre, ya que el recién nacido percibe inconscientemente el objeto adecuado (madre) del cual puede obtener el beneficio.

La disposición de la madre para alimentar es esencial para la conducta del bebé en lo que atañe a sus sentimientos frente a la oralidad, a su capacidad de aprendizaje y adaptación a situaciones nuevas, ya que las primeras formas de relación van unidas a los actos de comer.

2.3.1 Organización oroalimenticia

El ser humano tiene comportamientos instintivos y otros son adquiridos, como menciona Ajuriaguerra (1973: 178). “En la serie de reflejos humanos, el automatismo

oroalimenticio de succión y deglución aparece muy tempranamente. Los movimientos de succión labial, provocados al tocar con los dedos, existen ya desde el nacimiento”

La reacción oral es una de las primeras formas que el niño tiene para relacionarse con el mundo externo, aunque la relación que tiene con la madre no sea todavía del objeto amado, sino más bien como cierta dependencia que viene siendo madre-alimento.

Sin embargo, el carácter oral y la vida de relación señalan que alimentar al infante por vía oral no es un simple acto nutritivo, sino que la entrega por parte de la madre es fundamental; la actitud de ella para alimentar a su hijo le brinda comodidad y una satisfacción plena en sus necesidades.

Los hábitos orales en los niños incluyen el chuparse el dedo pulgar, cuando son retirados de una manera precoz del pecho o del biberón; las acciones de succión son las actividades motrices orales más importantes, ya que chupar el pulgar está relacionado con el hambre.

La succión infantil se produce en diversas situaciones para descargar tensión o como placer, el morderse los labios o una parte de la mano equivale a una descarga psicomotriz.

El comer significa alimentarse, sentir placer, crecer; es un ritual y una participación de la familia.

2.3.2 Alteraciones en la esfera oroalimenticia

En este apartado se habla de la anorexia en tres modalidades: del recién nacido, de la segunda infancia y la mental esencial de las adolescentes, las cuales se describen a continuación.

La anorexia esencial precoz puede aparecer en las primeras semanas de vida o el primer día de vida del lactante; se da en niños de poco peso, que son despiertos y nerviosos. La anorexia del segundo semestre, aparece entre el quinto y octavo mes, ya que se suprime lentamente la leche (Ajuriaguerra; 1973).

Hay dos subtipos anorexia según el comportamiento infantil ante la comida:

- Inerte, que es cuando el niño deja de comer, no tiene iniciativa e incluso puede llegar a vomitar la poca comida que haya ingerido.
- De oposición, es en la cual el niño llora, rechaza la comida y pelea con los padres para no comer.

Ajuriaguerra (1973) cita a Kreisler, quien distingue dos tipos de anorexia durante el segundo semestre de vida del bebé:

- Simple: es una conducta de rechazo a un nivel elemental y no se considera como pérdida de hambre.
- Compleja: es en la cual la comida no le interesa al niño, ya que existe una resistencia a probar los alimentos.

La anorexia de la segunda infancia, por otro lado, suele darse en niños que se han alimentado de una manera normal en su primer año; se manifiesta mediante el rechazo a la comida y suele ser por un orden rígido en la alimentación, es decir, el llevar el mismo ritmo que los adultos.

2.4 Perfil de la persona con trastorno alimenticio

Como antecedente del subtema, debe considerarse que “la inanición aguda provocada por una dieta restrictiva genera cambios de personalidad y comportamientos aberrantes con la comida, iguales a los que se observan en las personas con anorexia nerviosa o bulimia nerviosa” (Costin; 2003: 69).

Es importante mencionar que no es fácil detallar el perfil de una persona que puede estar expuesta a padecer un trastorno alimentario, por lo general se empieza a tratar el problema a partir de que ya presenta.

Por lo mencionado anteriormente, hay factores individuales, así como familiares, que afectan a las personas que padecen el trastorno alimentario, los cuales se indican a continuación:

- Problemas con la autonomía: es el caso de los jóvenes que tienen dificultad para funcionar de manera separada de la familia o de otras personas. Viven muy pendientes de lo que esperan los demás de ellos; son personas muy inseguras, ya que intentan adecuarse a las expectativas de los otros y terminan teniendo un sentimiento de ineficacia personal.
- Déficit en la autoestima: las personas desarrollan una idea acerca de sí mismos y de quienes son. La autoestima está más conectada a la apariencia, así como la aprobación del otro y el requerimiento de responder a las necesidades de los demás.
- Camino a la perfección y el autocontrol: los jóvenes con trastornos alimentarios tienden al perfeccionismo, ya que tienen sentimientos de ineficacia que los hacen muy exigentes y controlados en todos los aspectos de su vida, sobre todo con su cuerpo; esto suele ser más dañino, ya que sufren porque nunca logran este dominio por el que luchan tanto.
- Miedo a madurar: es el temor a crecer, los trastornos alimentarios se desarrollan por lo general en la pubertad, pasando por la adolescencia. Es una etapa en la cual atraviesan por varios cambios físicos, sexuales, emocionales y sociales.

“Otro aspecto de ese temor a crecer, de ese mantenerse como niños, es que conservan un pensamiento infantil que se mueve entre los extremos: bueno-malo, todo-nada y obeso-delgado” (Costin; 2003: 79).

2.5 Causas del trastorno alimenticio

Costin (2003) menciona que los factores predisponentes se refieren a los elementos socioculturales, familiares e individuales, los cuales contribuyen para que se den los trastornos alimentarios.

Tanto la familia como la sociedad son parte importante de la vida del ser humano, ya que influyen en las decisiones que este pueda tomar. La elección de rechazar o no la comida, tiene la capacidad de cambiar la forma del cuerpo, así como su tamaño, lo cual lo somete a varias interpretaciones sociales.

2.5.1 Factores predisponentes individuales

Estos componentes influyen en la conducta de comer, tienen su origen en las actitudes, aprendizajes, creencias, complejión psicológica y fisiológica de la persona, por ello, la comida facilita el tener conocimiento sobre la identidad personal y actúa como un medio de comunicación que hace saber las necesidades internas, conflictos internos y el sentido del yo.

La comida se puede clasificar en cinco tipos según Ogden (2005), a continuación se hace referencia a cada uno:

1. Comida frente a no comida: delimitación de lo que es comestible y lo que no lo es.
2. Comidas sagradas frente a profanas: distinción entre las permitidas por las creencias religiosas y las que no.
3. Clasificación de comidas paralelas: los alimentos pueden clasificarse como calientes o fríos; las enfermedades se adjudican al equilibrio que existe entre unos y otros.
4. Comida como medicina, medicina como comida: describe la separación y el solapamiento entre la comida y la medicina.
5. Comidas sociales: describe la función social de la alimentación, la cual puede entenderse como una forma de afirmar y desarrollar relaciones, simbolización de estatus y definición de identidad de grupo a través de patrones tradicionales.

Se tiene que contemplar la comida como el medio a través del cual se comunica una serie de significados, como son: transmitir el sentido del yo, medio de comunicación entre individuos y establecimiento de una identidad cultural. A continuación se describe cada uno de ellos:

- La comida como afirmación del yo: facilita información sobre la identidad personal y actúa como una comunicación de necesidades internas, conflictos internos y el sentido del yo. “En particular, la comida representa la sexualidad, los conflictos entre culpabilidad y placer, comer y negación, y una expresión de autocontrol” (Ogden; 2005: 67).
- Comida y sexualidad: las explicaciones de la asociación entre la comida y el sexo suelen destacar la semejanza biológica entre las dos actividades, por tratarse, en ambos casos, de un impulso básico para la supervivencia, ya que ambos perpetúan la vida, pueden ser placenteros e implican una vulnerabilidad al violar los límites corporales normales.
- Comer frente a la negación: la comida puede ser un ámbito intrapersonal de conflictos, uno de los principales es la conducta del comer y la negación. “Las mujeres tienen el control de la comida, pero al mismo tiempo se niegan a sí mismas el placer de comer” (Ogden; 2005: 70).
- Culpabilidad frente a placer: tanto la comida como el sexo son al mismo tiempo actividades placenteras que generan sentimientos de culpa. Al comer algunos alimentos aparece la culpa, además de algunos sentimientos de vergüenza y una sensación de desesperación. En consecuencia, la comida es un foro para los conflictos entre la culpa y el placer.
- La comida y el autocontrol: “la comida comunica aspectos del yo, en relación con la sexualidad, los conflictos entre culpabilidad y el placer, el

comer y la negación, y es una declaración de autocontrol” (Ogden; 2005: 73).

- La comida como interacción social: es un medio de comunicación, ya que a menudo, el comedor es el único lugar en el cual la familia se reúne y se convierte en el espacio para poner en común lo que se ha vivido durante el día.
- La comida como amor: los alimentos sanos y apetitosos son signos de amor familiar, de agradecimiento y satisfacción para los distintos miembros de la familia. Se dice que las mujeres demuestran su amor y preocupación a los hijos, esposos, amigos y otros seres estimados, al preparar la comida, ya que es un acto de amor.
- Salud frente a placer: Lawrence (citado por Ogden; 2005) señala que un alimento agradable y nutritivo es lo que todas las madres saben que necesitan sus hijos.
- Relaciones de poder: la comida lleva consigo un significado y constituye una forma fundamental de comunicación en la interacción de los individuos. En este contexto, la comida es una expresión de amor y atención, a la vez que constituye un símbolo de las relaciones de poder en núcleo familiar.
- La comida como identidad cultural: es una forma de comunicación sobre la identidad de una persona y sobre esta identidad en el contexto de otras. La comida puede interpretarse como información relativa a la identidad cultural.

- La comida como identidad religiosa: comer, preparar la comida y darla a los demás se convierte en un medio a través del cual puede comunicarse la santidad dentro de la familia.
- La comida como poder social: es una declaración de estatus y una muestra del dominio social. La presencia de comida representa un poder social y su rechazo es un arma poderosa para recuperar el control de dicho mundo.

2.5.2 Factores predisponentes familiares

Costin (2003) refiere que existen familias con poca comunicación entre sí, por ello, pueden ser causantes del desarrollo de un trastorno alimenticio, al igual que la sobreprotección por parte de los padres, o sus expectativas demasiado altas respecto de sus hijos; juegan un papel similar las historias familiares que incluyen depresión, alcoholismo o la existencia en el seno de la familia de abuso sexual o físico.

Los trastornos terminan generando una relación distorsionada en el seno familiar, ya que originan sentimientos de ansiedad, enojo, luchas por el poder y dificultades en la comunicación, se puede considerar que el de que una familia tenga crisis no necesariamente implica que sea una familia con una patología.

Rausch (1997) se basa en lo que otros estudios señalan, para indicar que las familias de mujeres bulímicas tienden a generar mucha tensión entre los padres y la hija; otros cuadros de dichos núcleos incluyen el que ambos padres son más exigentes, las madres tienen más problemas vinculados al control de la conducta de su hija, los padres muestran rigidez, autodisciplina excesiva y distancia emocional, existen grandes expectativas de las madres hacia sus hijas, los padres presentan depresión, rigidez y ambos padres incrementan la rivalidad entre hermanos. Como consecuencia de todo ello, existe un nivel alto de tensión familiar.

2.5.3 Factores socioculturales

La sociedad premia a la delgadez, ya que las mujeres que tienen esta cualidad tienen una gran aceptación social, así como éxito; existen numerosos prejuicios acerca de la gordura, esto va aumentando al transcurrir los años. Es importante mencionar que cuando se hace referencia a un cuerpo perfecto, no se está hablando de tener salud, sino cumplir con los parámetros que estipula la moda.

Costin (2003) señala que la mujer tiende a depender más del reconocimiento externo para sentirse bien, la persona que sufre un trastorno de alimentación llega a obsesionarse con la comida y el acto de comer, además de que dispone de poco tiempo para pensar en estar bien y mucho menos tiene una estabilidad emocional para cumplir con sus actividades laborales, escolares o sociales.

La mayor parte del tiempo, los medios de comunicación proveen inadecuada información a las personas y debido a esto, surgen este tipo de trastornos, ya que las mujeres son más propensas a decaer, debido a que no tienen firmes los valores y presentan sentimientos negativos.

Es de suma importancia que las personas se valoren a sí mismas, tanto física como mentalmente, deben tener conocimiento de las habilidades que poseen, así como de lo que son capaces de realizar, para dejar a un lado los prejuicios que impone la sociedad.

2.6 Percepción del cuerpo en el trastorno alimenticio

Jarne y Talarn (2000) mencionan que las personas con un trastorno alimenticio manifiestan una gran insatisfacción con su propio cuerpo y con ellas mismas. Existen dos aspectos que forman la imagen corporal: uno cognitivo, que es la percepción del propio cuerpo y el otro, emocional, que está unido al sentimiento que ello provoca.

Los trastornos de la alimentación se pueden presentar en mayor o menor medida en todos los trastornos psicopatológicos. A pesar de ello, su forma de aparición suele ser por episodio, espontánea y muy ligada a la enfermedad base.

Ogden (2005) dice que dentro de la enfermedad se encuentra la insatisfacción corporal, la cual puede considerarse en tres perspectivas:

- Imagen corporal deformada: hay una estimación alterada del tamaño corporal y una percepción de que el cuerpo es más voluminoso de lo que en realidad es.
- Discrepancia del ideal: existe inconformidad entre la percepción de la realidad y la de un ideal, dicha perspectiva no lleva a la comparación con el volumen real de la persona.
- Respuestas negativas al cuerpo: son sentimientos y pensamientos negativos. La percepción que tiene el individuo de su propio cuerpo y su volumen real o la discrepancia entre la percepción de este y el ideal, o simplemente como sentimientos de disconformidad con el volumen y la forma corporal.

Algunas causas de la insatisfacción corporal son los factores sociales que enseguida se explican (Ogden; 2005):

- Medios de comunicación: la inconformidad que muestran las mujeres con su cuerpo, se debe a la representación que dan los medios de comunicación sobre ellas, ya que suelen mostrarlas delgadas y por lo tanto, inculcan que ser delgado es lo deseado.

- Cultura: la inconformidad corporal tiene relación con un grupo étnico o con una clase social, también puede surgir cuando un grupo intenta asimilar los elementos culturales de su nuevo entorno.
- Familia: las madres que tienen un conflicto con su propio cuerpo desplazan esta sensación a sus hijas, lo que lleva a estas a tener una inconformidad con su cuerpo.

También existen factores psicológicos de la insatisfacción corporal, los cuales incluyen las creencias y la relación madre- hija, por ello se expresan a continuación.

“Los factores sociales, como la clase social y el carácter étnico, pueden estar relacionados con la insatisfacción corporal, es probable que su influencia esté mediada por el papel que desempeñan las creencias de la persona insatisfecha de los miembros de su familia con respecto al cuerpo de dicha persona” (Ogden; 2005: 109).

Como otro componente se encuentra la relación entre madre e hija, la cual habla de que existe probabilidad de que las hijas estén inconformes con su cuerpo cuando se da una relación en la que la madre no cree en su propia autonomía ni en la de sus hijas, y así muestran una tendencia a proyectar en estas sus propias expectativas.

De manera global, “parece que la insatisfacción corporal puede provenir de los medios de comunicación. Es más, puede estar relacionada con el carácter étnico, la clase social y la propia insatisfacción corporal de la madre. Además es posible que el impacto de esas influencias sociales este mediado por factores psicológicos, como las creencias y la naturaleza de las relaciones” (Ogden; 2005: 110).

Para finalizar, se puede resumir que la insatisfacción corporal es una imagen deformada del cuerpo en comparación con una medida objetiva de la realidad, o simplemente, como sentimientos negativos respecto al cuerpo.

2.7 Factores que mantienen los trastornos alimenticios

“El conocimiento de los efectos que provoca la mala alimentación, ya sea en el campo orgánico como en el anímico, ayuda a normalizar muchas de las cosas que están pasando” (Costin; 2003: 90).

La dieta es el factor perpetuante por excelencia, ya que el cuerpo que se encuentra mal alimentado, causa malestar anímico y emocional, además de que provoca debilidad en la persona. Por lo tanto, es inevitable que las consecuencias afecten tanto al organismo como el ánimo. Dentro de esto existen complicaciones psicológicas, cognitivas y sociales que se derivan de la deficiente alimentación.

Los problemas de tipo psicológico son transformaciones anímicas, las cuales se pueden describir como un descenso general en el estado de ánimo y suele suceder que en ocasiones lo sujetos llegan a estados depresivos graves.

En el área social, cuando las personas presentan conductas extrovertidas y sociables, pueden cambiar repentinamente a un estado de aislamiento y ensimismamiento, y ya no participan en actividades grupales, sino que muestran incomodidad al interactuar con otros.

En el tipo cognitivo, presentan dificultades en la concentración, en la comprensión y en el estado de alerta.

También hay complicaciones físicas, las cuales abarcan cefaleas, problemas de visión y audición, hipersensibilidad a la luz y a los ruidos, molestias de índole gastrointestinal, pérdida de cabello, taquicardia, baja de temperatura, amenorrea, debilidad muscular, así como deshidratación.

2.8 Trastornos mentales asociados a los trastornos alimenticios

Kirschman y Salgueiro (2002) definen el concepto de comorbilidad como la ocurrencia conjunta de dos o más trastornos mentales o condiciones médicas; dicho término se aplica a trastornos o enfermedades, no a síntomas. Pero que dos

trastornos o entidades aparezcan juntos no quiere decir, necesariamente que siempre sea de esa manera.

La comorbilidad tiene una base etiológica para dar cuenta de la presentación de dos o más trastornos, es decir, intenta abarcar distintas perspectivas: genética, neurobiológica, cognitiva y psicosocial.

La serotonina se ha vinculado con distintos síntomas como son: variaciones del estado anímico, suicidio, problemas alimentarios, impulsividad y violencia, rasgos de ansiedad y evitación, o bien, de tipo obsesivo compulsivo. Se considera también que la serotonina funciona como un inhibidor general de la respuesta conductual y un modulador de la conducta motriz.

Una alteración sináptica de las vías centrales serotoninérgicas, podría explicar los concurrentes periodos de atracón, impulsividad y depresión en pacientes con patrones alimentarios.

Los trastornos más asociados con los de la alimentación, son la depresión y la ansiedad. Junto con ellos, enseguida se presentan otras perturbaciones que guardan relación, aunque en menor grado.

2.8.1 Trastornos alimenticios y esquizofrenia

La presencia de alteraciones alimentaria en la psicosis esquizofrénica es muy frecuente; es importante mencionar el rechazo absoluto de alimentación, debido a la falta de contacto con el medio que caracteriza este trastorno, la cual conduce a su negación a ingerir alimentos.

“Se observa la negativa por parte del paciente a ingerir algunos o todos los alimentos que se le ofrecen, debido a la presencia de ideación delirante de envenenamiento, perjuicio, etc.” (Jarne y Talarn; 2000: 145).

2.8.2 Trastornos alimentarios y manía

Según Jarne y Talarn (2000: 146), “en la fase aguda de la manía, los pacientes pueden pasar mucho tiempo sin tener la necesidad de alimentarse o, por el contrario, solicitar una gran cantidad de comida, aunque la ingesta sea normal y no hagan uso de ella”.

2.8.3 Trastornos alimentarios y fobia

La persona, a partir de una experiencia traumática, puede desarrollar un cuadro fóbico en el que aparecen las conductas de evitación y la ansiedad anticipatoria. Cuando la fobia afecta a líquidos y sólidos, el paciente no acepta

ningún tipo de alimento oral, lo cual puede desencadenar una situación de riesgo para él (Jarne y Talarn; 2000).

2.8.4 Trastornos alimentarios y trastorno obsesivo compulsivo

Las personas que sufren trastornos de la alimentación en esta área, se alimentan de manera lenta, en ella escogen los alimentos de manera meticulosa. Por otra parte, están las ideas de contaminación y suciedad que pueden modificar de manera importante los hábitos alimentarios (Jarne y Talarn; 2000).

2.8.5 Trastornos alimentarios y depresión

Desde la óptica de Jarne y Talarn (2000) trastornos de la alimentación por exceso o por defecto, resultan un fenómeno habitual en la totalidad de los trastornos afectivos, independientemente de sus formas clínicas. En el caso de la depresión, se pueden identificar:

- Depresión mayor con melancolía: en la mayoría de los casos se observa una disminución de la ingesta, con o sin repercusión ponderal, pero a veces hay evidencia de una ingesta excesiva.
- Depresiones melancólicas delirantes: los pacientes que tienen ideas delirantes no comen debido a las ideas que tienen, ya que piensan que no vale la pena vivir.

- Delirio hipocondriaco: Se centra en el aparato digestivo, al igual que en el caso anterior, el sujeto tiene una negativa a la ingesta por una idea que consiste en que morirá o sus órganos internos se enfermarán con la alimentación.
- Depresiones menores y reactivas: no es, como en las melancolías, tan intenso, ni aparece al principio de la enfermedad. “Su presencia se relaciona temporalmente con el nivel de tristeza más alto del enfermo y se corresponde con la fase aguda del trastorno” (Jarne y Talarn; 2000: 146).

2.8.6 Trastornos alimentarios y ansiedad

El trastorno ansioso de presentación aguda, suele presentarse con pérdida de apetito de moderada intensidad, mientras que en los de curso cronicado, la pérdida, aunque moderada, es sostenida y puede llegar a tener repercusiones ponderales estimables (Jarne y Talarn; 2000).

Cuando el paciente ha vinculado ingestas fuera de las horas habituales, con el tiempo se forman hábitos alimentarios incorrectos.

2.9 Tratamiento de los trastornos alimenticios

Ajuriaguerra (1973) menciona que, para el tratamiento de estas perturbaciones, algunos médicos emplean terapia electroconvulsiva en la fase inicial

en casi todos los casos, con el objeto de reducir la angustia y actuar en los mecanismos reguladores del hambre.

Jarne y Talarn (2000) señalan que el tratamiento de la anorexia tiene como objetivo principal la recuperación del peso, es por ello que la normalización de la dieta y los hábitos alimenticios son un paso fundamental en el proceso terapéutico.

En segundo lugar, se tienen que resolver los problemas psicológicos, familiares y sociales que concurren en la anorexia nerviosa. Por ello se debe implementar un programa de tratamiento que consista en:

1. Recuperación ponderal: es la rehabilitación nutricional y normalización dietética, además de ello, se corrigen las secuelas.
2. Tratamiento dietético: la terapia debe iniciarse con una dieta normal o bien, se debe aumentar gradualmente la cantidad de calorías.
3. Tratamiento psicológico: la intervención psicoterapéutica es poco efectiva en las fases más graves de la enfermedad, por ello, no se emplea hasta que se recupere un determinado peso en el paciente, solamente de esta manera puede ser funcional.

Entre las terapias más comunes, se encuentran las siguientes:

- Terapia familiar: se piensa que la conducta actual de los subsistemas fraternos puede contribuir a aminorar los síntomas y promover salidas más saludables para el paciente y los miembros.
- Terapia cognitivo-conductual: se ha revelado como la más efectiva en el tratamiento de la anorexia nerviosa. Para el modelo conductual, la anorexia nerviosa sería un conjunto de conductas reforzadas por factores ambientales que gratifican la delgadez y por estímulos aversivos que provocan ansiedad.
- Tratamiento farmacológico: en la anorexia nerviosa está indicando como coadyuvante de las técnicas psicológicas y como tratamiento de la psicopatología asociada, especialmente de la depresión.
- Tratamiento de hospitalización: el paciente es obligadamente internado en el caso de pérdidas del 25 al 30% del peso correspondiente en aquel momento, según la edad y altura.

Las indicaciones de hospitalización se establecen de acuerdo con las complicaciones médicas que existan en el paciente, se deben dar en las áreas medicas correspondientes en algunos casos en los servicios de medicina intensiva; dichas complicaciones pueden ser psíquicas o manifestarse como crisis de las relaciones familiares.

De acuerdo con la terapia, el primer objetivo para el profesional a cargo es establecer un sistema terapéutico constituido por la familia, el escenario clínico y él

mismo. El tratamiento es multimodal, ya sea en régimen de ingreso hospitalario, hospital de día o tratamiento ambulatorio.

El tratamiento ambulatorio, por otra parte, es aquel en el cual el paciente no se queda hospitalizado, ya que se limita la internación hasta donde las circunstancias lo permitan.

A continuación se mencionan algunos de los aspectos clínicos a considerar durante el tratamiento en anorexia.

El primer aspecto es el tratamiento ambulatorio, en el cual se establecen pautas sobre la actividad física, estudio, trabajo, vida social... en fin, todas las actividades deben ser analizadas cuidadosamente, ya que puede iniciar el periodo de las trampas.

En la etapa final del tratamiento, el terapeuta ya tendrá una relación sólida y confiable con cada uno de los integrantes de la familia. De este modo, la fase final del tratamiento suele consistir en el abordaje de los distintos subsistemas por separado.

Uno de los ejes de la terapia individual consiste en ayudar al paciente a reconocer, aceptar y manejar sus propios deseos, sentimientos y opiniones, así como dar a conocer sus experiencias.

El tratamiento concluye por lo general en momentos diferentes para cada subsistema. El indicador para la finalización es constatar que el subsistema o persona considerada esté desarrollándose de una manera adecuada a la etapa del ciclo vital en que se encuentre.

Los objetivos del tratamiento para la bulimia nerviosa abarcan:

- a) Restablecer pautas nutricionales normales.
- b) Recuperación física (estabilizar el peso).
- c) Normalizar el estado mental (mejorar el estado anímico, tratar posibles trastornos de personalidad, evitar el abuso de sustancias y corregir el estilo cognitivo erróneo).
- d) Restablecer las relaciones familiares adecuadas.
- e) Corregir las pautas alteradas de interacción social (aceptar el trastorno, afrontar los fracasos, aceptar la responsabilidad, vencer la impotencia y no buscar marcos sociales denigrantes).

Una vez expuestos los diversos aspectos concernientes a los trastornos alimentarios, se da por terminado el marco teórico, de modo que a continuación se revisará la metodología empleada en la recolección y tratamiento de datos.

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

En este capítulo se expondrán dos partes fundamentales: en la primera se hablará sobre la metodología que se utilizó dentro de esta investigación, o sea, el encuadre metodológico, el cual contiene las características de la estrategia de investigación que permiten tanto alcanzar el objetivo general del estudio, como aceptar una de las dos hipótesis formuladas en la presente tesis. En la segunda parte se expondrán los resultados obtenidos en la investigación de campo, asimismo, se presentará su análisis y la interpretación de tal información.

3.1 Descripción metodológica

Con el propósito de dar claridad a otros investigadores sobre la ruta metodológica seguida en el presente estudio, se presentan las siguientes características: enfoque empleado, tipo de investigación, tipo y alcance del estudio, así como los instrumentos de medición usados.

3.1.1 Enfoque

El enfoque empleado en el presente estudio es el cuantitativo. Las características que posee este son, entre otras, las siguientes:

- Se plantea un problema de estudio, ya sea delimitado o concreto. Las preguntas de investigación tratan sobre cuestiones específicas.
- Después de haberse planteado el problema de estudio, se consideran investigaciones anteriores y se construye un marco teórico, del cual surge una hipótesis, para cuya corroboración se utilizan diseños de investigación apropiados; si se encuentra que son congruentes, se aportan evidencias a su favor para la sustentación de la teoría.
- La recolección de datos se lleva a cabo al utilizar procedimientos estandarizados, se debe demostrar que se hizo un procedimiento, además de medir los fenómenos en un contexto real.
- Debido a que los datos son producto de mediciones, se representan a través de números y se deben analizar por medio de estadísticas.
- La investigación cuantitativa debe de ser lo más objetiva posible. No debe haber modificaciones o alteraciones en los fenómenos, ya sea por el investigador o por tendencia de otros.
- Se pretende generalizar los resultados encontrados en una muestra. Se busca que los estudios puedan volver a ser usados.
- Al seguir el proceso, de acuerdo con las reglas establecidas, los datos generados poseen los estándares de validez y confiabilidad; además de que a las conclusiones que se lleguen contribuirán a la generación de conocimiento (Hernández y cols.; 2010).

3.1.2 Investigación no experimental

Hernández y cols. (2010: 149) mencionan que la investigación no experimental se presenta en “estudios que se realizan sin la manipulación deliberada de variables y en los que solo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos”.

De manera general, el fenómeno que se está estudiando debe surgir de una manera natural, asimismo, se observan situaciones que ya existen, las cuales no son provocadas intencionalmente; las variables ocurren y no pueden ser manipuladas.

Por las características de esta investigación, se puede afirmar que se realizó un diseño no experimental, ya que no se crea ninguna situación, por el contrario, se observan situaciones que ya existen y no son provocadas por la investigadora.

3.1.3 Diseño transversal

De acuerdo con Hernández y cols. (2010), este tipo de investigación recolecta datos en un tiempo único, ya que su propósito es describir variables y analizar la incidencia e interrelación en un momento dado.

En esta investigación se usó este diseño, puesto que se realizó para medir el estrés y los trastornos alimentarios en los adolescentes de secundaria del Colegio La

Paz, en un momento único, debido a que en los últimos años han sido temas en los cuales se ha hecho mucho énfasis en función de la incidencia que estos tienen, sobre todo en los jóvenes.

3.1.4 Alcance correlacional

“La investigación correlacional asocia variables mediante un patrón predecible para un grupo o población” (Hernández y cols.; 2010: 81).

El propósito de este tipo de estudio es conocer la relación o el grado de asociación que existe entre dos o más conceptos, categorías o variables en un ambiente en particular.

La utilidad de los estudios correlacionales es tratar de predecir el valor aproximado que tendrá el grupo de personas o casos en una variable, dependiendo del valor que posea la o las variables.

Hernández y cols. (2010) señalan que la correlación puede ser de tres tipos:

- Positiva: las variables dependen una de la otra en el mismo sentido, si una se incrementa, por ende la otra también y viceversa.
- Negativa: las variables son contrarias, si una de ellas sube, la otra baja.

- Ausencia de correlación: las variables fluctúan sin tener un patrón entre sí, por lo tanto es difícil determinar una relación.

La presente investigación es correlacional, puesto que se buscó conocer la relación que existe entre las variables estrés y trastornos alimentarios, dado que se considera importante conocer los resultados arrojados para futuras investigaciones.

3.1.5 Técnicas de recolección de datos

En este apartado se expondrá la manera en que se efectuó la recolección de los datos indispensables con el fin de obtener la información necesaria para esta investigación.

Para la recolección de datos se utilizaron técnicas estandarizadas, que son recursos ya desarrollados por especialistas en la investigación, que pueden ser utilizados para la medición de las variables.

“Estas pruebas tienen su propio procedimiento de aplicación, codificación e interpretación, y se encuentran disponibles en diversas fuentes secundarias y terciarias” (Hernández y cols.; 2010).

Algunas ventajas de las pruebas estandarizadas radican que cuentan con estudios estadísticos que prueban su validez y confiabilidad, ya que es un requisito indispensable para la validación del proceso de investigación.

Para la variable estrés se empleó el test psicométrico llamado Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños, Revisada (CMAS-R), la cual fue creada por Reynolds y Richmond en 1997; consta de 37 reactivos y fue diseñada para valorar el nivel y naturaleza de la ansiedad en niños y adolescentes de 6 a 19 años, este instrumento puede aplicarse de manera individual o colectiva. El individuo responde a cada afirmación al encerrar en un círculo la respuesta “sí” o “no”, según corresponda.

El test brinda la puntuación de ansiedad total, el cual se divide en cuatro subescalas, las cuales son: ansiedad fisiológica, inquietud/hipersensibilidad, preocupaciones sociales/concentración y de mentira.

Los datos psicométricos de este instrumento son: un índice de confiabilidad de 0.80 calculado mediante la prueba alfa de Cronbach. De igual manera, para lograr la validez se usaron varias modalidades: de contenido, de criterio, concurrente y de constructo. Se empleó tal instrumento debido a que la ansiedad es uno de los principales indicadores del estrés.

Por otro lado, para medir la variable de trastornos alimentarios se utilizó el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2) del autor David M. Gardner (1998). La prueba evalúa los síntomas que normalmente acompañan a la anorexia nerviosa y a la bulimia.

El instrumento se encuentra estandarizado a partir de los once años, hay un baremo en el cual las edades oscilan entre los once a los dieciocho años. Esta prueba se compone de once escalas: obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva, miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad e inseguridad social.

Su confiabilidad es de 0.83, la cual se obtuvo a través de la prueba alfa de Cronbach; para la validez se usaron varios procedimientos: de contenido, de criterio, concurrente y de constructo.

Para la estandarización se han hecho varios procesos de normalización con pacientes que padecen de bulimia y anorexia, así como en pacientes que no padecen estos trastornos. En este estudio se utiliza el baremo obtenido en la aplicación a varones y mujeres adolescentes sin trastornos de conducta alimentaria. Esta prueba se ha estandarizado en Estados Unidos y en España.

3.2 Población y muestra

En seguida se expondrán las características esenciales de la población en la cual se desarrolló el presente estudio, así como el proceso por el cual se seleccionó la muestra.

3.2.1 Delimitación y descripción de la población

Según Selltiz (citado por Hernández y cols.; 2010), una población se define como el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones.

La investigación de campo se llevó a cabo en el Colegio La Paz, en el área de secundaria, en Uruapan, Michoacán. Dicha sección tiene 292 alumnos, cuyas edades oscilan entre los 12 y los 15 años, presentan un nivel socioeconómico medio-alto y un porcentaje por género de 50 y 50.

3.2.2 Proceso de selección de la muestra

La muestra “es un subgrupo de la población del cual se recolectan los datos y debe de ser representativo de esta” (Hernández y cols.; 2010: 173).

La muestra que se utilizó es de índole no probabilística, ya que las características de dicho subgrupo no suponen un procedimiento de selección

aleatorio, esto es, de que todos tengan la misma probabilidad de ser elegidos, ya que esta tarea radica en la decisión del investigador (Hernández y cols.; 2010).

Específicamente en este caso, la muestra se eligió de manera intencional, ya que, según la opinión de la autora del presente estudio, los tres grupos de tercero de secundaria cumplen con los requisitos para que se les puedan administrar dichas pruebas.

El subconjunto seleccionado para el estudio está conformado por 123 sujetos, de los cuales son 62 hombres y 61 mujeres con edades de 13 a 15 años.

3.3 Descripción del proceso de investigación

Para trabajar con esta muestra, de alumnos del Colegio La Paz, se habló con la directora del nivel de secundaria, quien autorizó que se realizara dicha investigación.

Las pruebas se realizaron los días 19 y 22 de abril de 2013, se aplicaron a dos grupos por día, se inició con la aplicación individual de la prueba titulada “Lo que pienso y siento” (CMAS-R) y enseguida se les entregaba una hoja de respuestas de la prueba EDI-2, en la cual se les dictaban las afirmaciones y ellos iban contestando según su criterio; esto se efectuó para tener un mejor control sobre el grupo y todos fueran avanzando de manera uniforme.

El tiempo estimado de aplicación en total fue de 4 horas, esto quiere decir que se empleó aproximadamente una hora por grupo, aplicando ambas pruebas.

Una vez terminada la aplicación de las pruebas, se llevó a cabo la calificación de cada uno de los cuestionarios, en los cuales se invirtió aproximadamente 3 horas en calificar la prueba CMAS-R y 7 en calificar el instrumento EDI-2.

Una vez obtenidos los datos de la población, fueron vaciados a una hoja de cálculo del programa Microsoft Excel 2007, en el cual se obtuvieron las medidas de tendencia central (media aritmética, mediana y moda), de dispersión (la desviación estándar), y de correlación ("r" de Pearson); también se obtuvo la varianza de factores comunes. Para finalizar, se elaboraron las gráficas correspondientes a los datos, las cuales ayudan al análisis y a la interpretación de los mismos, así como a la corroboración de alguna de las dos hipótesis inicialmente propuestas.

3.4 Análisis e interpretación de resultados

En este apartado se presentan los resultados obtenidos en la investigación práctica y teórica, con el fin de llegar a la verificación de alguna de las hipótesis planteadas. En el primer apartado se muestran los resultados de la variable estrés, en segundo en lugar se muestran los resultados obtenidos en la variable trastornos alimentarios y para culminar, se exponen los resultados obtenidos en el análisis de la correlación entre ambas variables.

3.4.1 El estrés

Se afirma que el estrés “es una respuesta adaptativa, mediada por las características individuales y/o procesos psicológicos, la cual es al mismo tiempo consecuencia de una acción, situación o evento externo que plantea a la persona especiales demandas físicas o psicológicas” (Ivancevich y Matteson; 1985: 23).

Por otra parte, Fisher (citado por Travers y Cooper; 1997: 31) señala que “asumimos que el estrés es una condición ambiental. Este entorno puede ser físico o psicológico”

Se dice que hay estímulos potencialmente estresantes, como pueden llegar a ser el ruido, racismo, discapacidad física, pobreza o desastres naturales. Por lo tanto, se puede medir el daño que produce cada estímulo.

El estrés psicológico se considera como una demanda del entorno o una reacción a este. Se relaciona con el grado de adaptación entre la persona y su contexto, es decir, los individuos influyen en su ambiente y reaccionan ante él.

Se presentan algunas circunstancias que contribuyen a la aparición de estrés, como dejar la casa paterna, atender las responsabilidades académicas, las clases y las relaciones personales; de igual manera, eventos positivos, como enamorarse, que si bien son agradables, también ejercen cierta tensión.

Respecto a los resultados obtenidos a partir de la aplicación de la prueba CMAS-R, la media en el nivel de ansiedad total fue de 70 en percentil. La media es la suma de un conjunto de datos, dividida en el número de medidas (Elorza; 2007).

De igual modo se obtuvo la mediana, que es el valor medio de un conjunto de valores ordenados: el punto abajo y arriba del cual cae un número igual de medidas (Elorza; 2007). Este valor fue de 79.

De acuerdo con este mismo autor, la moda es la medida que ocurre con más frecuencia en un conjunto de observaciones. En cuanto a esta escala, la moda fue de 82.

También se obtuvo el valor de una medida de dispersión, específicamente de la desviación estándar, la cual es la raíz cuadrada de la suma de las desviaciones al

cuadrado de una población, dividida entre el total de observaciones (Elorza; 2007). El valor obtenido en la escala de ansiedad total es de 23.

Conjuntamente, se obtuvo el puntaje de la subescala de ansiedad fisiológica, a partir del cual se estableció una media de 73, una mediana de 81 y una moda representativa de 97. La desviación estándar fue de 24.

Asimismo, en la escala de inquietud/ hipersensibilidad se encontró una media de 70, una mediana de 75 y una moda de 60. La desviación estándar fue de 24.

Por último, en la escala de preocupaciones sociales/ concentración se obtuvo una media de 53, una mediana de 60 y una moda de 38. La desviación estándar fue de 27.

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

A partir de los resultados estadísticos obtenidos mediante la aplicación del instrumento, los estudiantes de tercero de secundaria del Colegio La Paz tienen un nivel alto en los puntajes; esto quiere decir que presentan un nivel preocupante de estrés.

Con el fin de mostrar un análisis más detallado, a continuación se presentan los porcentajes de los sujetos que obtuvieron puntajes altos en cada subescala, es decir, por arriba del percentil 70.

En la escala de ansiedad total, el 62% de los sujetos se ubican por arriba del percentil 70; en la subescala de ansiedad fisiológica el porcentaje es de 63%; en la de inquietud/hipersensibilidad es de 61%; finalmente, en la de preocupaciones sociales/concentración es de 32%. Estos resultados se aprecian de manera gráfica en el anexo 2.

Los resultados mencionados indican que los alumnos del Colegio La Paz, de Uruapan, Michoacán, presentan un nivel de estrés elevado, ya que 3 de las 4 escalas son arriba del 60%; es preocupante la cantidad de estudiantes que presentan niveles altos en las escalas de ansiedad.

3.4.2 Indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios

De acuerdo con lo señalado por la APA (2002), el término de trastornos alimentarios se refiere a las enfermedades crónicas progresivas que se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimenticia.

Los principales trastornos de la conducta alimentaria son la anorexia y la bulimia.

La APA (2002) menciona que la anorexia nerviosa es caracterizada por el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales; otra característica esencial es un temor intenso por subir de peso y una alteración de la percepción de tamaño y forma del cuerpo.

La bulimia nerviosa es considerada como un trastorno alimentario, ya que algunas de las características que se presentan son: atracones recurrentes, sensación de pérdida de control, dolor intenso de estómago, preocupación por el peso, hay manifestación de sentimientos de vergüenza y culpa que hacen que el individuo oculte su conducta.

Mediante la aplicación del instrumento EDI-2, se obtuvieron datos relevantes de acuerdo con cada una de las subescalas predeterminadas en la prueba. Los puntajes, traducidos a percentiles, se presentan a continuación.

- En la escala de obsesión por la delgadez se obtuvo una media de 50, una mediana de 44, una moda de 32 y una desviación estándar de 27.
- Asimismo, en la escala de bulimia se calculó una media de 63, una mediana de 54, una moda de 47 y una desviación estándar de 22.
- Por otra parte, en la escala de insatisfacción corporal se encontró una media de 58, una mediana de 61, una moda de 79 y una desviación estándar de 24.

- En la escala de ineficacia se encontró una media de 53, una mediana de 55, una moda de 55 y una desviación estándar de 24.
- En la escala de perfeccionismo se determinó una media de 73, una mediana de 76, una moda de 76 y una desviación estándar de 23.
- En la escala de desconfianza interpersonal se calculó una media de 54, una mediana de 52, una moda de 40 y una desviación estándar de 27.
- En la escala de conciencia introceptiva se estableció una media de 59, una mediana de 66, una moda de 16 y una desviación estándar de 30.
- En la escala de miedo a la madurez se encontró una media de 65, una mediana de 72, una moda de 65 y una desviación estándar de 31.
- En la escala de ascetismo se determinó una media 56, una mediana de 59, una moda de 40 y una desviación estándar de 28.
- En la escala de impulsividad se computó una media de 57, una mediana de 60, una moda de 93 y una desviación estándar de 31.
- En la escala de inseguridad social se logró una media de 63, una mediana de 67, una moda de 54 y una desviación estándar de 23.

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

A continuación se presentan los porcentajes de los sujetos que obtuvieron puntajes altos en cada escala, esto es, por arriba del percentil 70. Así, se

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

En la escala de obsesión por la delgadez, el 31% de sujetos se encuentra por arriba del percentil 70; en la escala de bulimia, el porcentaje fue de 38%; en la de insatisfacción corporal, el 37%; en la de ineficacia, el 25%; en la de perfeccionismo, el 61%; en la que respecta a la desconfianza interpersonal, 38%; en la de conciencia introceptiva, 41%; respecto al miedo a la madurez, 54%; en la de ascetismo, 38%; en la de impulsividad, 45% y finalmente, en la escala de inseguridad social, el 48%. Estos datos se pueden observar gráficamente en el anexo 4.

En función de los datos anteriores se puede afirmar que los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en esta muestra, se observa que en las áreas donde hay más casos preocupantes o de alerta es en perfeccionismo, miedo a la madurez, impulsividad, conciencia introceptiva e inseguridad social. Estos datos se pueden observar gráficamente en el anexo 4.

Se puede afirmar entonces que el nivel que presentan los indicadores de trastornos alimentarios en los alumnos del Colegio La Paz, de Uruapan, Michoacán, se encuentra, de manera general, ligeramente elevado; es preocupante la cantidad de estudiantes que presentan niveles altos en las distintas escalas de indicadores de trastornos alimenticios.

3.4.3 Relación entre el nivel de estrés y los trastornos alimentarios

Diferentes autores han afirmado la relación que se da entre los trastornos alimentarios y el estrés. Existen varias investigaciones que se han hecho acerca de estos temas, en los cuales se ha observado una estrecha relación.

“La ansiedad social vinculada al físico se expresa con altos índices de insatisfacción corporal y preocupación excesiva con relación a los atributos del cuerpo y el peso corporal” (Kirszman y Salgueiro; 2002: 142).

En la investigación realizada en el Colegio La Paz, de Uruapan, Michoacán, se encontraron los siguientes resultados:

Entre el nivel de estrés y la escala de de obsesión por la delgadez existe un coeficiente de correlación de 0.29 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson.

Esto significa que entre el estrés y dicha escala existe una correlación positiva débil, de acuerdo con la clasificación que establecen Hernández y cols. (2010).

Para conocer la influencia que existe entre el nivel de estrés y la escala de obsesión por la delgadez se obtuvo la varianza de factores comunes, en la cual mediante un porcentaje se indica el grado en que las variables se encuentran correlacionadas. Para obtener esta varianza solamente se eleva al cuadrado el

coeficiente de correlación obtenido mediante la fórmula “r” de Pearson (Hernández y cols.; 2010).

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.08, lo que significa que entre el estrés y la escala de obsesión por la delgadez hay una relación del 8%; por lo tanto no es significativa.

Entre el nivel de estrés y la escala de bulimia existe un coeficiente de correlación de 0.33 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre tales variables existe una correlación positiva media, de acuerdo con la clasificación de Hernández y cols. (2010).

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.11, lo que significa que entre el estrés y la escala de bulimia hay una relación del 11%; por lo tanto, es significativa.

Entre el nivel de estrés y la escala de insatisfacción corporal existe un coeficiente de correlación de 0.35 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson, lo cual indica que entre estos atributos existe una correlación positiva media.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.12, lo que significa que entre el estrés y la escala de insatisfacción corporal hay una relación del 12%, por lo tanto, es significativa.

Entre el nivel de estrés y la escala de ineficacia existe un coeficiente de correlación de 0.42 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson, lo cual denota que entre dichas características existe una correlación positiva media.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.17, lo que significa que entre el estrés y la escala de ineficacia hay una relación del 17%, por lo tanto, se considera significativa.

Entre el nivel de estrés y la escala de perfeccionismo existe un coeficiente de correlación de 0.19 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson, esto permite establecer que entre el estrés y esta escala existe una correlación positiva débil.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.03, lo que significa que entre el estrés y la escala de perfeccionismo hay una relación del 3%; por lo tanto, no es significativa.

Entre el nivel de estrés y la escala de desconfianza interpersonal existe un coeficiente de correlación de 0.04 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson, lo que permite afirmar que entre tales características existe una ausencia de correlación.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.00, lo que significa que entre el estrés y la escala de desconfianza interpersonal no hay relación estadística.

Entre el nivel de estrés y la escala de conciencia introceptiva existe un coeficiente de correlación de 0.42 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson, lo cual denota que entre estos atributos existe una correlación positiva media, de acuerdo con Hernández y cols. (2010).

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.18, lo que significa que entre el estrés y la escala de conciencia introceptiva hay una relación del 18%; por lo tanto, resulta significativa.

Entre el nivel de estrés y la escala de miedo a la madurez existe un coeficiente de correlación de 0.11, según la prueba “r” de Pearson, por ende, entre estas variables existe una correlación positiva débil.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.01, lo que significa que entre el estrés y la escala de miedo a la madurez hay una relación del 1%, que no es significativa.

Entre el nivel de estrés y la escala de ascetismo existe un coeficiente de correlación de 0.07 con base en la prueba “r” de Pearson, entonces se puede afirmar que existe una ausencia de correlación.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.01, lo que significa que entre estas variables hay una relación del 1%, por lo tanto, no es significativa.

Entre el nivel de estrés y la escala de impulsividad existe un coeficiente de correlación de 0.19, de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto indica que entre el estrés y dicha escala existe una correlación positiva débil.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.04, lo que significa que entre el estrés y la escala de impulsividad hay una relación del 4%, en consecuencia, no es significativa.

Entre el nivel de estrés y la escala de inseguridad social existe un coeficiente de correlación de 0.16 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson, lo que permite establecer que entre estas variables existe una correlación positiva débil.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.03, lo que significa que entre el estrés y la escala de obsesión por la delgadez hay una relación del 3%, la cual no se considera significativa.

Los resultados obtenidos en cuanto a los niveles de correlación entre escalas se muestran en el anexo 5.

En función de lo anterior se puede afirmar que el nivel de estrés se relaciona de forma significativa con las escalas de bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia y conciencia introceptiva. Lo anterior se afirma porque se considera significativa una relación a partir del 10% de influencia entre variables.

En contraparte, no se encontró una relación significativa entre el nivel de estrés y las escalas de obsesión por la delgadez, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad e inseguridad social.

En función de los resultados presentados, se confirma la hipótesis de trabajo que afirma que existe relación significativa entre el nivel de estrés y los trastornos alimentarios en los adolescentes del Colegio La Paz, exclusivamente para las escalas de bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, conciencia introceptiva; en cambio, se confirma la hipótesis nula para el resto de las escalas.

CONCLUSIONES

Como inferencias relevantes se puede hablar en torno al logro de los objetivos del presente estudio. Los objetivos particulares de carácter teórico, referidos a la conceptualización, enfoques, causas y consecuencias de la variable estrés, fueron alcanzados en la descripción y análisis efectuados en el capítulo teórico número uno, denominado precisamente el estrés.

Los propósitos particulares de índole teórica, planteados en relación con la segunda variable de la presente indagación, es decir, a los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios, fueron logrados en el capítulo número dos, con el título de trastornos alimentarios. En tal capítulo se exponen tanto las aproximaciones teóricas referidas a este fenómeno, como los principales aspectos de tipo psicológico que el investigador tiene la obligación de conocer.

El objetivo particular número seis, de carácter metodológico, que plantea medir el nivel de estrés en los adolescentes del Colegio La Paz, se alcanzó con la administración del test psicométrico denominado CMAS-R, a la muestra referida anteriormente.

Se puede afirmar, aunado a lo anterior, que el objetivo de campo número siete, referido a la cuantificación del nivel que presentan los indicadores psicológicos

de los trastornos alimentarios, también fue alcanzado como producto de la aplicación de la prueba psicológica EDI-2 a la muestra mencionada.

La consecución del objetivo general del estudio, el cual plantea establecer la relación existente entre el nivel de estrés y los factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios en los adolescentes de secundaria del Colegio La Paz, de Uruapan, Michoacán, fue exitosa gracias al logro de los objetivos particulares ya enunciados.

Como hallazgos fundamentales del presente estudio se pueden mencionar los siguientes.

En cuanto a los niveles de estrés, se encontró que en las escalas hay porcentajes preocupantes (30% o más) de sujetos con niveles altos de ansiedad.

Asimismo, en los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios se encontró un porcentaje preocupante de sujetos que están presentando niveles altos en diez de las once escalas; en la única que no hay un porcentaje alto es en la de ineficacia.

Finalmente, se concluye que los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios más fuertemente relacionados con el estrés son: bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia y conciencia introceptiva.

En función de los resultados obtenidos, es ineludible considerar por parte de la institución, la pertinencia de diseñar y ejecutar de manera urgente, un programa psicológico que esté orientado a atender la problemática referida principalmente al estrés, aunque también es necesario atender el asunto de los indicadores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios.

BIBLIOGRAFÍA

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

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

Cascio Pirri, Andrés; Guillén Gestoso, Carlos (Coordinadores). (2010)
Psicología del trabajo.
Editorial Ariel. Barcelona.

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

Costin, Carolyn. (2003)
Anorexia, bulimia y otros trastornos de la alimentación: diagnóstico, tratamiento y
prevención de los trastornos alimentarios.
Editorial Diana. México.

Elorza Pérez Tejada, Aroldo. (2007)
Estadística para las ciencias sociales, del comportamiento y la salud.
Editorial Cengage Learnig. México.

Fontana, David. (1992)
Control del estrés.
Editorial Manual Moderno. México.

Gardner, David M. (1998)
Inventario de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2).
TEA Ediciones. Madrid.

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

Ivancevich, John; Matteson, Michael. (1985)
Estrés y trabajo.
Editorial Trillas México.

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

Jiménez H., Manuel. (1997)
Psicopatología Infantil.
Editorial Aljibe. Granada.

Kirszman, Diana; Salgueiro, María del Carmen. (2002)
El enemigo en el espejo.
Ediciones TEA. México.

Lazarus, Richard S.; Lazarus, Bernice N. (2000)
Pasión y Razón: la comprensión de nuestras emociones.
Editorial Paidós. España.

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

Palmero, Francesc; Fernández, Enrique; Chóliz, Mariano. (2002)
Psicología de la motivación y emoción.
Editorial McGraw-Hill. España

Powell, John. (1998)
Plenamente humano, plenamente vivo.
Editorial Diana. México.

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

Reynolds, Cecil R.; Richmond, Bert O. (1997)
Escala de ansiedad manifiesta en niños (revisada) CMAS-R.
Editorial Manual Moderno. México.

Sánchez, María Elena. (2007)
Emociones, estrés y espontaneidad.
Editorial Ítaca. México.

Travers, Cheryl; Cooper, Cary. (1997)
El estrés de los profesores.
Editorial Paidós. España.

Trianes, Victoria. (2002)
Niños con estrés: cómo evitarlo, cómo tratarlo.
Editorial Narcea. México.

MESOGRAFÍA

Barraza Macías, Arturo. (2003)

“Características del estrés académico de los alumnos de educación media superior”.

Revista PsicologíaCientífica.com, 7(9).

<http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-19-1-caracteristicas-del-estres-academico-de-los-alumnos-de-educa.html>

Bermúdez Quintero, Sol Beatriz; Durán Ortiz, María del Mar; Escobar Alvira, Camila; Morales Acosta, Adriana; Monroy Castaño, Samuel Arturo; Ramírez Álvarez, Alexander; Ramírez Hoyos, Juliana; Trejo Valdés, José Luis; Castaño Castrillón, José Jaime; González Peña, Sandra Patricia. (2006)

“Evaluación de la relación entre el rendimiento académico y el estrés en estudiantes de medicina”.

Universidad de Manizales, Colombia

<http://revistas.unab.edu.co/index.php?journal>

Caldera Montes, Juan Francisco; Pulido Castro, Blanca Estela; Martínez González, Ma. Guadalupe. (2007)

“Niveles de estrés y rendimiento académico en estudiantes de la carrera de psicología del Centro Universitario de los Altos”.

Revista de Educación y Desarrollo.

Ruiz Cervantes, Tanya Elizabeth; Vaquero Cázares, José Esteban; Vargas Ramírez, Alberto; Diez, Ma. del pilar. (2004)

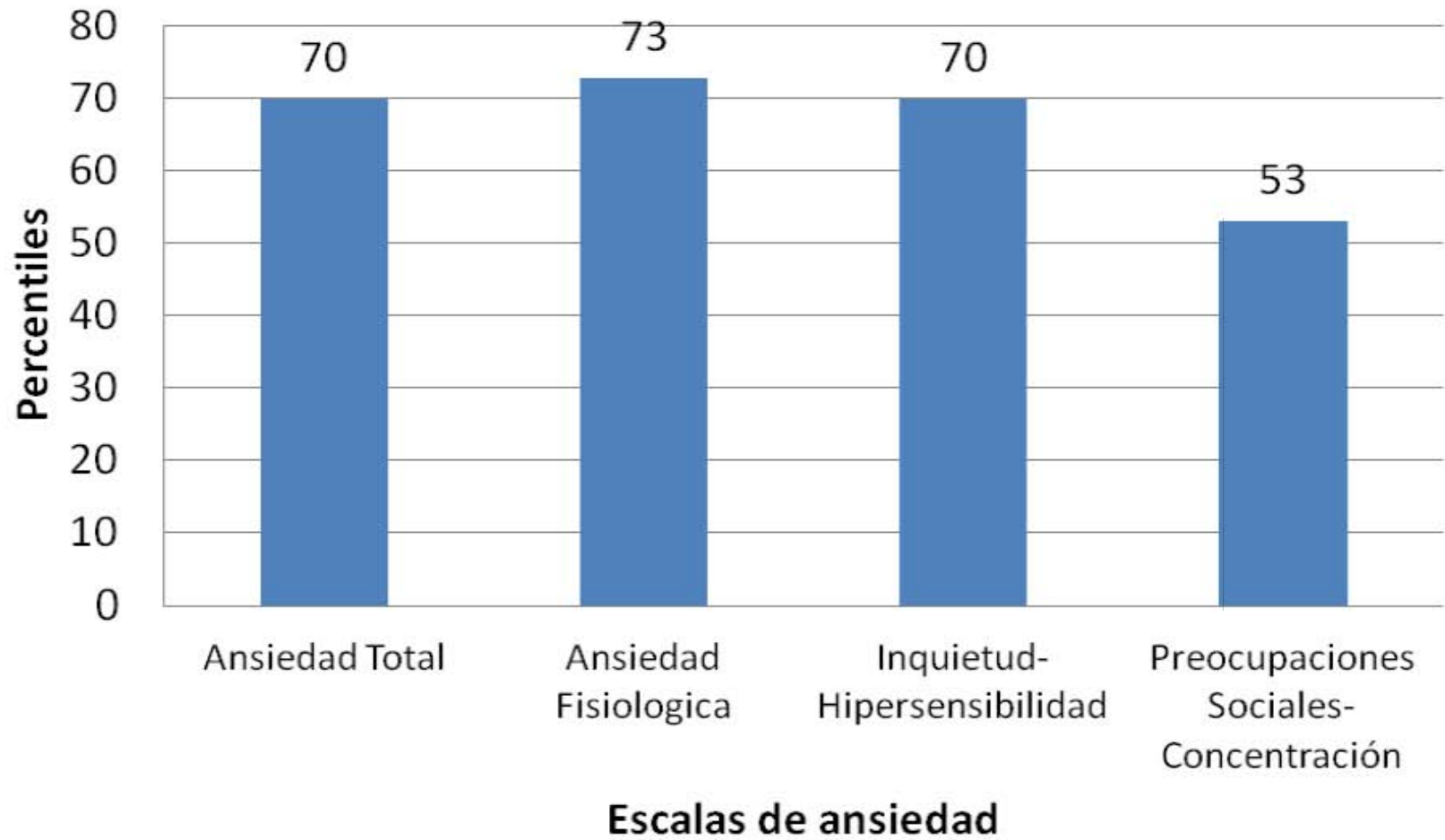
“Trastornos alimentarios en hombres y mujeres adolescentes deportistas y no deportistas pertenecientes al Servicio de Rehabilitación Ortopédica del Centro Nacional de Rehabilitación”.

Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación (2004). Vol. 16 Núm. 1 Pp 12-17.

<http://www.medigraphic.com/pdfs/fisica/mf-2004/mf041c.pdf>

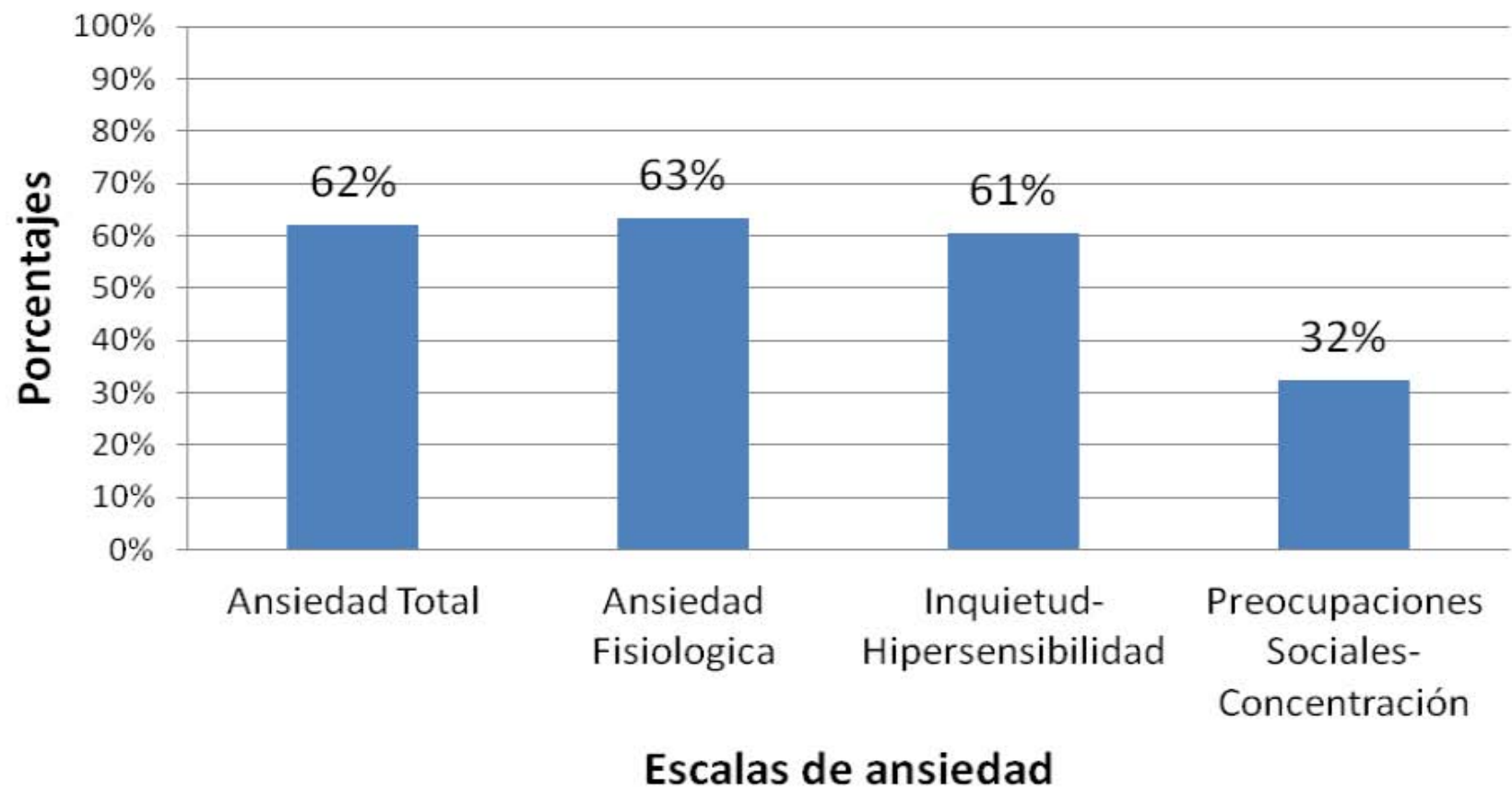
ANEXO 1

Media aritmética de las escalas de ansiedad



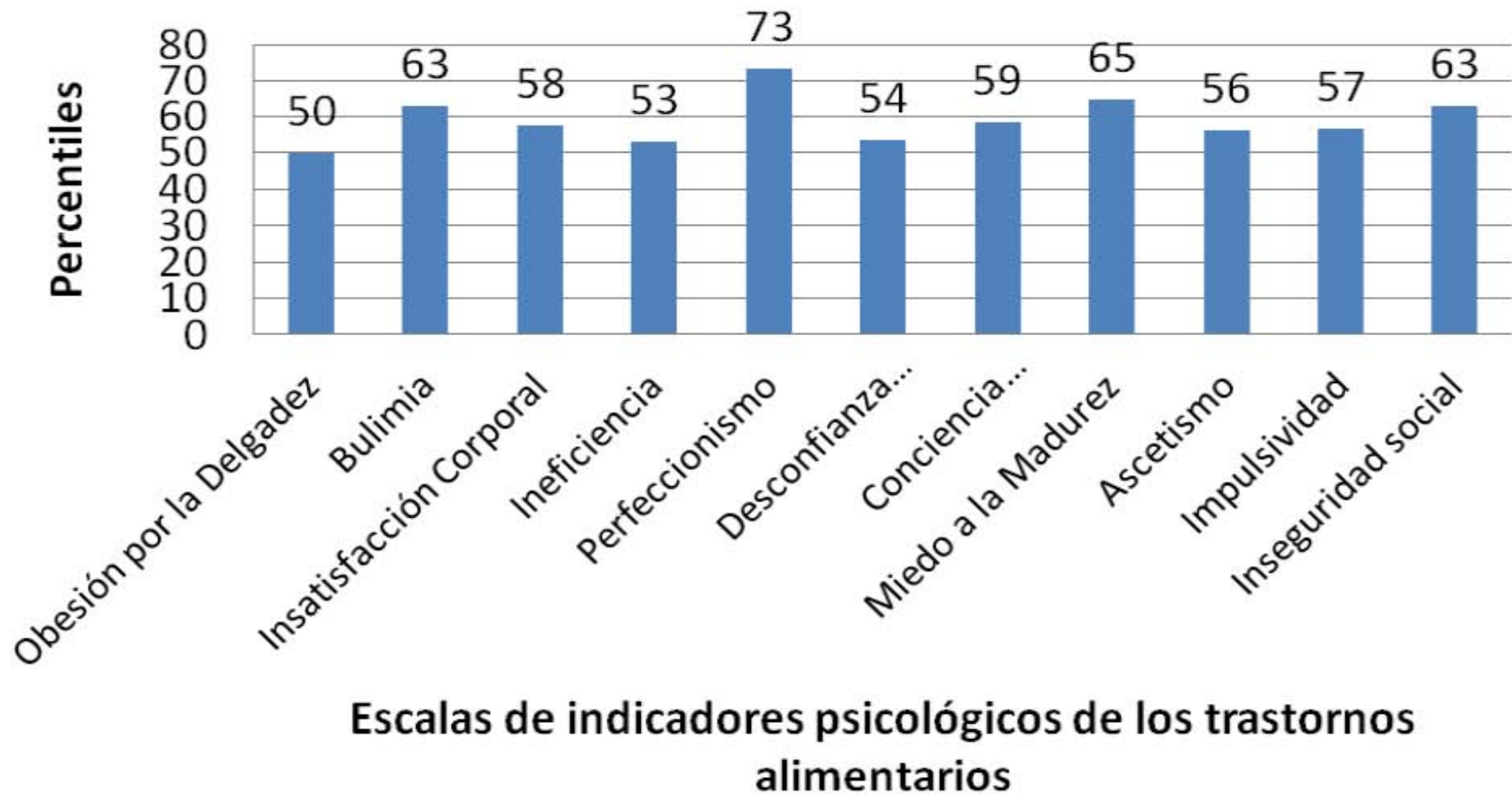
ANEXO 2

Porcentaje de sujetos con puntajes altos de estrés



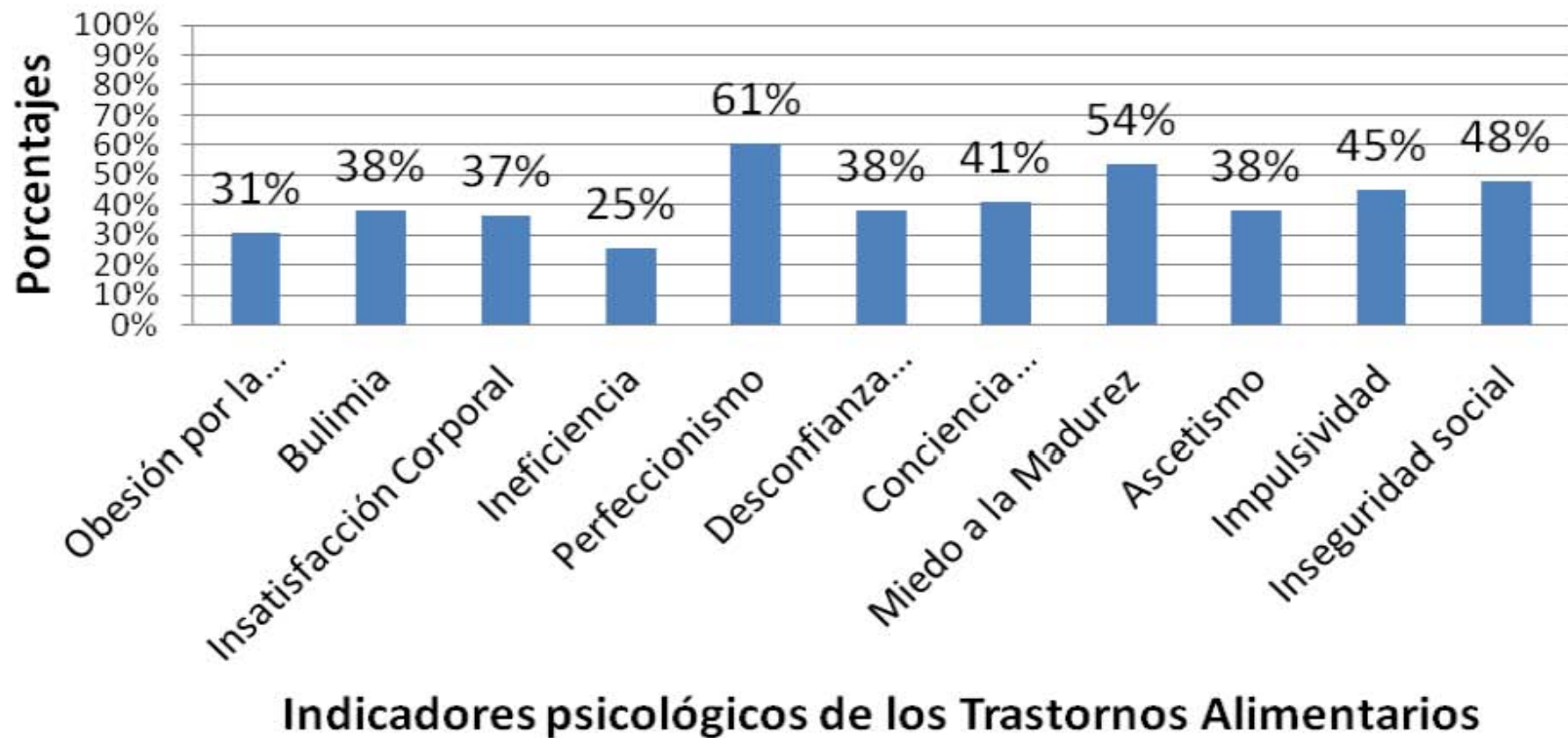
ANEXO 3

Media aritmética de las escalas de indicadores psicológicos de los Trastornos Alimentarios



ANEXO 4

Porcentaje de los sujetos con puntajes altos en los indicadores psicológicos de los Trastornos Alimentarios



ANEXO 5

Correlación entre el nivel de estrés y los indicadores psicológicos de los Trastornos Alimentarios

