



**UNIVERSIDAD
DON VASCO**

UNIVERSIDAD DON VASCO, A.C.

INCORPORACIÓN NO. 8727-25 A LA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

*TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN RELACIÓN CON EL NIVEL
DE ESTRÉS EN ESTUDIANTES DE SECUNDARIA Y
PREPARATORIA DE URUAPAN, MICHOACÁN.*

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

Bani Jearim Calderón Hernández

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	19
1.3 Los estresores	21
1.3.1 Estresores psicosociales: cambios mayores, vitales y cotidianos	22
1.3.2 Estresores biogénicos	23
1.3.3 Estresores en el ámbito académico	24
1.4 Procesos del pensamiento que propician el estrés.	25
1.5 Los moduladores del estrés	27
1.5.1 El control percibido	27

1.5.2 El apoyo social	28
1.5.3 El tipo de personalidad: A/B	29
1.5.3.1 Personalidad tipo A y problemas cardiacos	31
1.6 Los efectos negativos del estrés	32

Capítulo 2. Trastornos alimentarios.

2.1 Antecedentes históricos	34
2.2 Definición y características clínicas de los trastornos alimenticios.	36
2.2.1 Anorexia nerviosa	36
2.2.2 Bulimia nerviosa	38
2.2.3 Obesidad	40
2.2.4 Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas	41
2.2.5 Vómitos en otras alteraciones psicológicas	41
2.2.6 Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia	42
2.3 Esfera oroalimenticia en el infante	45
2.3.1 Organización oroalimenticia	46
2.3.2 Alteraciones en la esfera oroalimenticia.	48
2.4 Perfil de la persona con trastornos de alimentación	50
2.5 Causas del trastorno alimenticio	51
2.5.1 Factores predisponentes individuales	52
2.5.2 Factores predisponentes familiares	56
2.5.3 Factores socioculturales	57
2.6 Percepción del cuerpo en el trastorno alimenticio	59
2.7 Factores que mantienen los trastornos alimenticios	60

2.8 Trastornos mentales asociados a los trastornos alimenticios	61
2.8.1 Trastornos alimentarios y esquizofrenia	63
2.8.2 Trastornos alimentarios y manía	63
2.8.3 Trastornos alimentarios y fobia	64
2.8.4 Trastornos alimentarios y trastorno obsesivo compulsivo	64
2.8.5 Trastornos alimentarios y depresión	65
2.8.6 Trastornos alimentarios y ansiedad	66
2.9 Tratamiento de los trastornos alimenticios	67

Capítulo 3. Metodología, análisis e interpretación de resultados.

3.1 Descripción metodológica	70
3.1.1 Enfoque	70
3.1.2 Investigación no experimental	72
3.1.3 Diseño transversal	72
3.1.4 Alcance correlacional	73
3.1.5 Técnicas de recolección de datos	74
3.2. Delimitación y descripción de la población	76
3.3 Descripción del proceso de investigación	77
3.4 Análisis e interpretación de resultados	79
3.4.1 Nivel de estrés que presentan los alumnos del Instituto Latinoamericano	79
3.4.2 Nivel que presentan los indicadores psicológicos de los trastornos .alimentarios	82
3.4.3 Relación entre el nivel de estrés y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios	85

INTRODUCCIÓN

En la presente investigación se abordan las variables: estrés y trastornos alimentarios, particularmente la anorexia y la bulimia. La finalidad de su estudio consiste en examinar su correlación en una escuela de secundaria y preparatoria. Enseguida se muestran los elementos que brinden un escenario inicial.

Antecedentes

El investigador del estrés, Hans Selye (referido por Palmero y cols.; 2002) define a tal fenómeno como una respuesta sin especificación, la cual depende de las experiencias que el sujeto presenta a lo largo de su vida y estas, a su vez, lo llevan a una toma de decisiones.

Se dice que el estrés se ha estudiado de cuatro formas diferentes: por un lado todos aquellos estímulos que desencadenan el estrés; por otro, todos aquellos comportamientos que son, de manera habitual, los que llevan a generar estrés; también se ha examinado la toma de decisiones y la manera en la que se afrontan las situaciones; por último, la respuesta que se obtiene de todo este proceso.

Los autores Palmero y cols. (2002: 424), afirman que el estrés “es 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”.

Actualmente, la Organización Mundial de la Salud define al estrés como la combinación de ciertas reacciones fisiológicas, las cuales preparan al cuerpo para una acción física, esto conforme a Palmero y cols. (2002).

Por otro lado, los conceptos de anorexia y bulimia tienen su origen en el año 1973, en el cual, por primera vez, la anorexia se definió como un problema médico. Previo a ello, a finales de 1950, la bulimia se presentó como una conducta de algunos sujetos con sobrepeso, sin embargo, a principios de 1970 fue relacionada con la anorexia nerviosa.

La anorexia es una palabra griega que significa pérdida del 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, en consecuencia, se someten a dietas rigurosas y viven constantemente con el temor excesivo de subir de peso.

La edad en la que se puede presentar la anorexia nerviosa es en la adolescencia, aunque también se puede exceder desde la pubertad hasta el inicio de la tercera década. En las mujeres es más común hasta en un 95%.

Por su parte, la bulimia se caracteriza por darse atracones de comida y presentar miedo a subir de peso, el cual viene acompañado de conductas inapropiadas tales como el vómito provocado, la toma de laxantes u otros medicamentos. En un inicio la bulimia era considerada como un trastorno secundario de la anorexia, pero las grandes diferencias entre ellas hicieron que aquella fuera considerada como una entidad psicopatológicamente distinta.

En el año de 1979, en los Estados Unidos, se detectó el primer caso de bulimia; en la actualidad, ambos trastornos mencionados anteriormente, se han incrementado, ya que cada 5 de cada 100 adolescentes los padecen.

Behar y Valdés realizaron una investigación en el año 2009 en la República de Chile, denominada: “Estrés y trastornos de la conducta alimentaria (TCA)”, en el cual se comparó la exposición a situaciones vitales estresantes, sus características psicológicas y conductuales en mujeres con y sin dicho trastorno, con el fin de correlacionar al estrés con la sintomatología alimentaria y las diferentes variables. La población utilizada para esta investigación fue de 50 pacientes alimentarias y 50 universitarias sin la patología, a quienes se les aplicaron los tests de la Escala de Evaluación del estrés (SRRS), el de Actitudes Alimentarias (EAT-40), el Inventario de Desórdenes alimentarios (EDI) y el Cuestionario de la Silueta Corporal (BSQ). Se encontró que existe una importancia relevante entre eventos vitales estresantes en los trastornos de conducta alimentaria, especialmente en la dinámica familiar para la focalización de medidas preventivas primarias.

Por otra parte, Bermúdez y cols.; en el año 2006, realizaron una investigación denominada “Evaluación de la relación entre rendimiento académico y estrés en estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Manizales”, en Colombia, cuyo objetivo principal era identificar factores de riesgo, los cuales afectan en el rendimiento académico, entre ellos se incluyeron: consumo de alcohol, depresión y la funcionalidad familiar. En dicha investigación se realizó un estudio descriptivo de una muestra probabilística de estudiantes de segundo a decimoprimer semestre, con un total de 212 estudiantes de entre 17 y 31 años; como instrumento se empleó una encuesta y se aplicó bajo un diseño de tipo transversal.

Como conclusión, se encontró que existe una relación entre el rendimiento académico y estrés, y de este con la depresión, el consumo del alcohol y la funcionalidad familiar.

En la escuela Instituto Latinoamericano, no se han hecho investigaciones acerca de esta problemática, que en la actualidad se considera uno de los principales problemas que presentan los adolescentes, sin embargo, el director de la Institución mencionó que se han observado problemas acerca de la percepción corporal que los adolescentes tienen de sí mismos, ya que cada vez es más frecuente en ellos la preocupación por su figura física, lo cual está vinculado con la conservación de una figura delgada, lo cual puede ser un indicador de problemas alimenticios, por ello, la presente investigación pretende determinar la cantidad de alumnos que presentan dicha problemática.

Planteamiento del problema

Se considera importante conocer el estudio del estrés, debido a que es uno de los problemas de la actualidad que afecta a muchos adolescentes en su vida cotidiana.

Al igual que el estudio de estrés, resulta primordial hablar acerca de cómo afectan los trastornos alimentarios a los adolescentes, ya que en la actualidad ha aumentado la preocupación por el aspecto físico, lo cual ha generado que estos individuos tiendan a tener algún desorden alimenticio.

Es necesario examinar la relación existente entre los trastornos alimentarios y el estrés porque se conocerá la manera en que cada uno de estos puede afectar a los adolescentes en la actualidad, así como las causas y consecuencias de cada uno de dichos problemas. Existen investigaciones de diversos autores en los que mencionan que existe una estrecha relación entre los trastornos alimentarios con el nivel de estrés; sin embargo, a pesar de tales estudios, no se ha estudiado a fondo cuál es la relación significativa entre tales problemas. Las suposiciones de los autores ante dichos temas no han ido más allá de conocer con más especificación la relación existente, por lo cual se considera necesario conocer más a detalle acerca de dichos problemas, para así poder determinar de manera más estrecha la relación que existe entre ellos.

Este estudio en adolescentes de 13 a 18 años se considera necesario debido a que se encuentran en la etapa de cambios corporales, por lo cual existen algunos individuos que no se encuentran satisfechos con dichos cambios, lo cual les genera

preocupación por mantener un aspecto físico deseado, y conlleva que comiencen a generar desórdenes alimenticios.

La interrogante que se pretende responder mediante este estudio es: ¿Los trastornos alimentarios tienen relación significativa con el nivel de estrés en los estudiantes adolescentes de la secundaria y preparatoria Instituto Latinoamericano, de Uruapan, Michoacán?

Objetivos

Toda investigación requiere de un orden para encaminar los recursos y esfuerzos y así asegurar la mayor eficiencia posible. Por ello, en el presente apartado se muestran los objetivos que se siguieron.

Objetivo general

Establecer la relación existente entre los factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios y el nivel de estrés en los estudiantes de secundaria y preparatoria del Instituto Latinoamericano, de Uruapan, Michoacán.

Objetivos particulares

1. Definir el término estrés.

2. Identificar la sintomatología del estrés.
3. Describir los principales factores causantes del estrés.
4. Definir los principales trastornos alimentarios.
5. Describir las principales causas de los trastornos alimentarios.
6. Identificar los aspectos psicológicos de los trastornos alimentarios.
7. Evaluar el nivel de estrés en los adolescentes de la secundaria y preparatoria Instituto Latinoamericano.
8. Medir los indicadores psicológicos relacionados con la presencia de los trastornos alimentarios en adolescentes de la secundaria y preparatoria Instituto Latinoamericano.

Hipótesis

En toda investigación de origen cuantitativa es necesario enunciar las explicaciones provisorias que guiarán el trabajo, por lo que a continuación se presentan las correspondientes.

Hipótesis de trabajo

Existe una relación significativa entre el nivel de estrés y los trastornos alimentarios de los adolescentes de la secundaria y preparatoria Instituto Latinoamericano de la ciudad de Uruapan, Michoacán.

Hipótesis nula

No existe una relación significativa entre el nivel de estrés y los trastornos alimentarios de los adolescentes de la secundaria y preparatoria Instituto Latinoamericano de la ciudad de Uruapan, Michoacán.

Operacionalización de las variables

La variable estrés se identificó como el resultado que los sujetos obtuvieron en la prueba 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 otra parte, la variable trastornos alimentarios se identificó por el puntaje que los sujetos lograron en la prueba denominada Inventario de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2) de David M. Gardner (1997), la cual ubica once escalas relacionadas con los rasgos psicológicos propios de los trastornos alimentarios.

Justificación

La presente investigación aspira a demostrar la relación existente entre los trastornos alimentarios y el nivel de estrés, con lo cual se pretende dar beneficios a los adolescentes de la secundaria y preparatoria Instituto Latinoamericano.

Con el presente estudio se pretende beneficiar a los padres de familia de los adolescentes al permitirles darse cuenta acerca de estos problemas que presentan sus hijos, tanto sus causas como consecuencias, para así permitirse darse cuenta de las implicaciones de estos temas y con ello puedan tener alguna intervención para apoyar a sus hijos.

El presente estudio contribuirá al campo de la psicología con resultados en cuanto al estudio del estrés y los trastornos alimentarios. Por lo cual los resultados arrojados mediante esta tesis habrán de beneficiar a la psicología para investigaciones posteriores y profundas acerca de estos temas, tanto al área clínica, como a la social; a la primera para conocer aquellos factores influyentes que determinan los trastornos alimentarios, y en la segunda para identificar la influencia de todos aquellos estímulos sociales en la relación con el estrés y los desórdenes alimenticios.

La investigación se relaciona directamente con el campo del acción del psicólogo porque mediante la información que se obtenga, este profesional podrá conocer más a fondo acerca de la problemática existente, para así poder intervenir empleando técnicas que constituyan un apoyo para aquellos adolescentes que presenten estos problemas que afectan en su desarrollo psicológico y social.

A la institución, esta investigación servirá para aumentar el conocimiento y la comprensión de las dos variables indagadas. De esta manera, podrá proporcionar más información acerca de lo que los adolescentes están presentando en la actualidad, lo cual les afecta su desarrollo emocional y los conduce a la inestabilidad socioafectiva, lo que a su vez, da pie a que caigan en la problemática de los trastornos alimentarios. Así, los estudiantes de la institución podrán obtener mayor conocimiento y beneficio al contar con una mayor información sobre la problemática examinada.

Marco de referencia

La presente investigación se realizó en la escuela secundaria y preparatoria Instituto Latinoamericano, (ILA), con clave 16PES02601, localizada en la calle Río Blanco #1210, colonia San José Obrero, cuyo carácter es privado; cuenta con 9 años de antigüedad.

La misión de esta institución es educar y formar jóvenes capaces y comprometidos con su desarrollo individual y el de la sociedad. Su visión radica en pretender ser una institución de nivel secundaria y preparatoria que ofrezca servicios educativos de calidad, acorde a las necesidades y requerimientos de la ciudad.

Su filosofía institucional consiste en tener un nivel de egreso satisfactorio que pueda coadyuvar al desarrollo de la comunidad.

El tipo de población que la escuela atiende es mixto, de adolescentes de nivel socioeconómico medio, cuenta con un total de 105 alumnos: 37 en el nivel de secundaria y 68 en el nivel de preparatoria.

En total cuenta con 26 elementos de personal, todos ellos con formación de licenciatura, como psicología, pedagogía, química, agronomía, filosofía, contaduría, administración, tecnología educativa o diseño gráfico.

La institución ofrece áreas para el desarrollo de habilidades como dibujo a lápiz, moldeado de figuras y pintura, en el área de los deportes ofrece tae kwon do, básquetbol y fútbol en las ramas varonil y femenil.

Conforme a la infraestructura, esta escuela cuenta con un edificio, una cancha deportiva y una amplia oficina de trabajo.

CAPÍTULO 1

ESTRÉS

En la actualidad, el ajetreo de la vida diaria enfrenta al ser humano a diferentes retos continuamente, lo cual le provoca una activación mayor del cuerpo para sobrellevar eficazmente las situaciones.

En el presente capítulo se hablará acerca de los orígenes del concepto de estrés, los enfoques que conlleva, así como las situaciones que lo causan, la manera en que repercute en el organismo de acuerdo con la personalidad de los individuos y las enfermedades que se llegan a producir a causa de este fenómeno.

1.1. Antecedentes históricos del estrés.

En el siglo XIV, la palabra estrés significaba dureza, momentos angustiosos, adversidad o aflicción, posteriormente en el siglo XVII el físico y biólogo Robert Hooke, con base en su análisis en ingeniería sobre cómo construir estructuras de manera que pudieran resistir terremotos, pesadas cargas y otras fuerzas de la naturaleza, aportó su estudio de manera significativa para definir la tensión en fisiología, psicología y sociología, según indican Lazarus y Lazarus (2000).

De acuerdo con Sánchez (2007), la palabra estrés proviene del latín *stringere*, que significa presionar, comprimir y oprimir. Posteriormente, este término comenzó a

utilizarse en la física y la metalurgia para referirse a la fuerza que se aplica a un objeto y mediante la cual es posible deformarlo o romperlo.

El médico francés Claude Bernard “descubrió que cualquier cambio externo en el ambiente puede perturbar al organismo. Los seres vivos poseen la capacidad para mantener la estabilidad interna aunque se modifiquen las condiciones externas.” (Sánchez; 2007: 15).

Walter Bradford Cannon profundizó la investigación de Bernard acerca del equilibrio en el año de 1922 al adoptar el término homeostasis, el cual utilizó para “designar los procesos fisiológicos coordinados que mantienen constante el medio interno mediante numerosos mecanismos fisiológicos” (referido por Sánchez; 2007: 16); de esta manera, Cannon insistió en la intervención que tiene el sistema nervioso central en la homeostasis y la descarga de adrenalina, la cual provoca cuantiosas modificaciones cardiovasculares que conducen a que el cuerpo se prepare para la defensa (Sánchez; 2007).

El científico Hans Selye acuñó el término de Síndrome General de Adaptación para denominar a la “reacción inespecífica fisiológica, adaptativa frente a cualquier impacto ejercido sobre el organismo por una amplia gama de estímulos heterogéneos que provocan variaciones de tipo endocrino” (Sánchez; 2007: 15). Esta respuesta consiste en una preparación del cuerpo para el enfrentamiento o el escape de manera exitosa, en la que las personas muestran reacciones como agrandamiento de pupilas, tensión de músculos, elevación de la presión arterial, entre otras; asimismo, este es

un mecanismo desarrollado por la naturaleza para un mejor enfrentamiento del organismo en situaciones de peligro (Sánchez; 2007).

En la primera Guerra Mundial, los casos de crisis emocionales de soldados que eran enviados a la batalla, eran vistos desde una perspectiva meramente neurológica y se atribuía a una conmoción ocasionada por el disparo de proyectiles.

Esta perspectiva daba una idea equivocada acerca de los ruidos que producían los explosivos, los cuales aparentemente ocasionaban daño cerebral; sin embargo, en la Segunda Guerra Mundial se comenzó a tener un gran interés por el estrés debido a que muchos soldados se desvanecían emocionalmente en los enfrentamientos militares. Ellos comenzaban a manifestar conductas como el esconderse del enemigo y quedar paralizados al querer disparar sus armas, a lo cual se denominó como “fatiga del combate” o “neurosis de guerra”; se generó así una vasta investigación sobre este fenómeno con fines de estrategia militar, ya que los dirigentes marciales necesitaban saber cómo seleccionar a hombres que fueran lo suficientemente resistentes al estrés y enseñarles de que manera lo pudiesen manejar de un modo eficaz ante los numerosos encuentros con el enemigo (Lazarus y Lazarus; 2000).

De acuerdo con Lazarus y Lazarus (2000: 281) “el interés por el estrés como causa de angustia y disfunción humana prosperó en las décadas de los sesentas y los 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 esté haciendo demasiado hincapié en su lado negativo”.

1.2. Tres enfoques teóricos del estrés.

Existen tres enfoques teóricos para el estudio del estrés, los cuales son: como estímulo, como respuesta y como relación persona-entorno (orientación interaccionista). A continuación se hace la descripción de cada uno.

1.2.2. Estrés como estímulo.

Según Travers y Cooper (1997: 309) “Hipócrates creía que el entorno condicionaba las características de la salud y enfermedad”, lo cual lo llevó a postular que las diferentes características ambientales ejercen cierta presión sobre los individuos, de modo que llegan a provocar cambios significativos en ellos y como consecuencia, en su nivel de tensión, el cual depende de ciertos factores como la duración y la fuerza de la presión que se ejerce sobre ellos de manera física o emocional. Este enfoque emplea una metodología centrada en la identificación de todos aquellos estímulos estresantes que incluyen presiones sociales (racismo), ambientales (el ruido), psicológicas (la depresión), físicas (discapacidad), económicas (pobreza) y los desastres naturales (inundaciones).

Travers y Cooper (1997) mencionan que Selye dedujo que el estrés no solamente actúa con efectos negativos, sino que sirve como estimulante y rasgo vital

para la sobrevivencia de la humanidad. Selye divide el estrés en positivo, con el nombre de eustrés, en cual se encarga de motivar el crecimiento, el desarrollo y el cambio, y en negativo, con el nombre de distrés, el cual es dañino, indeseable e incontrolable.

Un elemento esencial para esta teoría es que cada individuo posee un nivel de tolerancia que es superable, y al momento en que este se eleva puede causar diversos daños, ya sean temporales o permanentes. Las personas generalmente se encuentran sometidas a diversas presiones que pueden dominar con efectividad, pero existen ocasiones en que basta un solo suceso para desequilibrar al individuo ante una actitud resolutiva y exponerlo a un completo hundimiento potencial.

1.2.2. Estrés como respuesta.

Este enfoque está basado en la reacción que tiene la persona ante un estímulo amenazador o desagradable.

El modelo de estrés como respuesta considera que el estrés es una reacción que tiene el individuo cuando se le presentan situaciones desagradables o amenazantes; las personas la describen como el tener la sensación de estar bajo presión, cuya evidencia son las respuestas que se generan a nivel psicológico, fisiológico y conductual, que se encuentran interrelacionadas (Travers y Cooper; 1997). Hans Selye denomina Síndrome General de Adaptación a la respuesta que se da ante un cambio ambiental, la cual es la preparación del organismo para emprender

la huida o el enfrentamiento y se desarrolla en tres fases: de alarma, de resistencia y de agotamiento.

En la fase de alarma, el organismo se prepara para enfrentar una situación nueva, inesperada y de emergencia, que requiere toda la energía y los recursos de la persona; ante ello, el organismo se prepara para responder al peligro con respuestas fisiológicas en los sistemas circulatorio, muscular, nervioso central y neuroendocrino.

La fase de resistencia depende de que el cuerpo haga uso máximo de sus reservas energéticas y sus mecanismos de defensa. Así pues, esta fase “se desarrolla cuando los estímulos estresores se mantienen en forma constante, provocando una excesiva activación fisiológica y psicológica e imponiendo al organismo esfuerzos extremos para continuar adaptándose” (Sánchez; 2007: 17); en consecuencia, esto pudiese derivar en un equilibrio aparente tanto en el medio interno como en su entorno, sin embargo, la hipófisis, el hipotálamo y las glándulas suprarrenales tienden a ceder después de un tiempo, lo cual es denominado agotamiento, según Sánchez (2007).

Respecto a la última fase, se dice que “entre más agotamiento físico sentimos por el estrés, nos sentiremos con más agotamiento psicológico y viceversa” (Fontana; 1992: 12).

Según el autor citado, los efectos que tiene el estrés excesivo como respuesta, se dividen en tres: cognoscitivos, emocionales y conductuales.

Los efectos cognoscitivos del estrés excesivo incluyen la falta de concentración y atención, de modo que le 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 y constantemente comete errores de tipo cognoscitivo; tiene además, 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 cuanto a los efectos emocionales del estrés excesivo, se encuentran: aumento tanto de la tensión física y psicológica, como de la hipocondría; aparecen cambios en los rasgos de personalidad, se incrementan los problemas de personalidad existentes, hay debilitamiento de las restricciones morales y emocionales; aparecen la depresión, la impotencia y se presenta una pérdida repentina de la autoestima.

En el área conductual, se presentan problemas del habla, no se hacen tareas que antes gustaban, hay ausentismo respecto a tareas obligatorias, consumo de drogas, bajos niveles de energía, pérdida de sueño, conductas cínicas, rechazo de la nueva información, irresponsabilidad, no resuelven problemas a fondo, se presentan patrones de conducta excéntrica y amenazas de suicidio.

1.2.3. Estrés como relación persona-entorno (enfoque interaccionista).

En este enfoque, el estrés se considera como una interacción o transacción entre la persona y su entorno, puesto que hay mutua influencia; en consecuencia, el

estrés es esencialmente el grado de adaptación entre la persona y el entorno. El resultado de esta relación puede ser una experiencia estresante, lo cual no significa necesariamente que el entorno así lo sea, sino que la persona no se adecúa de manera eficaz a este.

En dicha mediación, los individuos influyen en su propio ambiente reaccionando y, en consecuencia, logrando un nivel de adaptación. Lazarus y Lazarus (2000) mencionan que el estrés surge también de un desbalance de la persona entre las demandas que percibe de su entorno y su necesidad de satisfacerlas, considerando que entre más desbalance, mayor estrés se presentará; en otros términos, “el entorno *per se* no es estresante, sino que es la relación entre la persona y el entorno lo que puede dar lugar a una experiencia estresante” (Travers y Cooper; 1997: 32). El estrés como interacción se da cuando el individuo se encuentra rebasado por todos los estímulos y cede ante ello; a partir de esta experiencia, al estar el individuo ante otras situaciones similares, aprenderá diferentes formas de reacción ante situaciones específicas (Travers y Cooper; 1997).

El proceso de adaptación al entorno se da cuando el individuo logra actuar de manera saludable y positiva frente a una situación concreta que le esté originando estrés, de esta manera, el sujeto efectúa de manera cognitiva la regularización de los estímulos estresantes, crea una evaluación cognitiva y una respuesta de superación.

Travers y Cooper (1997) señalan que hay cinco aspectos principales del modelo cognitivo del estrés, los cuales son: valoración cognitiva, experiencia previa, exigencia

de la situación, influencia personal y un estado de equilibrio, de esto surge el modelo de adaptación persona-entorno. Estos componentes se explican enseguida.

1. Valoración cognitiva: en donde la propia percepción del sujeto lo conduce a la experiencia misma de forma neutra (irrelevante), negativa (amenaza o daño) o positiva (beneficio) es decir, eustrés.
2. Experiencia: el aprendizaje que se ha obtenido de situaciones por las que se ha pasado, ya sean de fracaso o exitosas, es decir, la familiaridad que se tiene de la situación.
3. Exigencia: el grado en que se demanda ante la situación y la capacidad de respuesta propia que percibe el sujeto.
4. Influencia interpersonal: depende de la presencia o ausencia de otras personas que mediarán en la experiencia del sujeto.
5. Estado de desequilibrio: cuando hay una disonancia entre la exigencia y la capacidad percibida de superar.

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”. Así que cuando los recursos de las personas son mayores a la carga del entorno, el estrés se torna bajo o inexistente; en contraparte, cuando las cargas del entorno son mayores a los recursos con los que cuentan las personas, el estrés se hace presente.

1.3 Los estresores.

En la vida cotidiana, las personas se encuentran en constantes cambios que las hacen actuar de cierta manera ante cada situación que se les presenta, sin embargo, cuando estas modificaciones, ya sean positivas o negativas, no son de la rutina diaria, generan condiciones y necesidades en la persona, lo cual a su vez redundará en estrés.

Se entiende como estresor cualquier elemento que cause un cambio en las rutinas de la vida de las personas, no importa si se trata de modificaciones favorables o perniciosas, ambas son estresantes para las personas.

Palmero y cols. (2002) citan a Lazarus y Cohen, quienes mencionan tres tipos de acontecimientos estresantes o estresores psicosociales que van en función de la intensidad de los cambios que se producen en la vida de una persona. Estos tipos de estresores son: los cambios mayores, los cambios vitales y los estresores cotidianos.

1.3.1 Estresores psicosociales: cambios mayores, menores y cotidianos.

Palmero y cols. (2002) mencionan que los cambios mayores son aquellas modificaciones drásticas que ocurren en la vida de los individuos, tales como situaciones de guerra, desastres naturales, sucesos trágicos en donde interviene el hombre, sufrir enfermedades terminales o cirugías riesgosas. En suma, son todas aquellas situaciones altamente traumáticas.

Una de las características principales de este estresor es que se puede ver afectado un gran número de personas, aunque también puede incidir en una sola; su duración puede ser prolongada o breve, sin que pierda el grado de intensidad que posee.

El segundo tipo de los factores psicosociales son los cambios vitales o menores, que tratan sobre acontecimientos de la vida que a menudo se encuentran fuera de control de la persona, como puede ser la pérdida del trabajo, muerte de un ser querido o vivir un divorcio.

Las principales fuentes desencadenantes de estrés, según Palmero y cols. (2002), se relacionan con cambios en: la vida conyugal, la paternidad, las relaciones interpersonales, el ámbito laboral, las situaciones ambientales, el ámbito económico, las cuestiones legales, el propio desarrollo biológico, las lesiones o enfermedades somáticas, factores familiares y ámbito escolar, entre otros.

Los estresores cotidianos o microestresores, según Palmero y cols. (2002), hacen referencia a todos aquellos acontecimientos que pueden irritar o perturbar a las personas en un momento dado. Este tipo de circunstancias que se sufren a diario hacen que el organismo se mantenga en un estado de activación hasta que se produce una nueva adaptación. Aunque estas pequeñas molestias que el individuo vive a diario, son menos dramáticas que las que se experimentan en los cambios mayores y vitales, pueden ser más importantes en el proceso de adaptación y de conservación a la salud, ya que los estresores cotidianos actúan modificando los patrones de comportamiento

automatizado y mantienen la activación del estrés hasta que se produce un acoplo a las nuevas condiciones.

1.3.2. Estresores biogénicos.

“Los estresores biogénicos no utilizan los mecanismos de valoración cognitiva, y actúan directamente en los núcleos elicidores neurológicos y afectivos, por virtud de sus propiedades bioquímicas inician directamente la respuesta de activación del estrés sin el usual requisito del proceso cognitivo-afectivo” (Palmero y cols.; 2002: 431).

Algunos ejemplos de este tipo de estresores son: los cambios hormonales que suceden en la pubertad, el síndrome premenstrual, el post-parto, el mal funcionamiento de los ovarios, la ingestión de drogas, la reacción al dolor, calor o frío extremo, y por último, el 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.

Barraza (2003) describe a los estresores académicos que afectan al individuo en la etapa escolar, los cuales son: el exceso de responsabilidad, falta de incentivos, conflictos con los profesores y/o compañeros, evaluaciones, competitividad entre compañeros, trabajar en grupo, exposición de trabajos, tiempo limitado para hacer tareas y el tipo de trabajo que se le pide.

De acuerdo con Polo y cols. (citados por Barraza; 2003) existen doce tipos de respuestas al estrés académico, las cuales se manifiestan de la siguiente manera:

1. Preocupación.
2. Incremento en los latidos del corazón, respiración agitada.
3. Movimientos repetitivos de alguna parte del cuerpo, movimientos torpes o inmovilización del cuerpo.
4. Miedo.
5. Malestar estomacal.
6. Comer, beber o fumar en exceso.
7. Pensamientos o sentimientos negativos.
8. Temblor en manos o piernas.
9. Tartamudeo o dificultad en expresarse verbalmente.
10. Inseguridad de sí mismo.
11. Dificultad para comer y boca seca.
12. Ganas de llorar.

1.4 Procesos del pensamiento que propician el estrés.

Palmero y cols. (2002), mencionan que hay procesos automáticos que se distorsionan de una manera cognitiva y aunque sean irracionales, son creídos por la persona; además de ello, tienden a manifestarse reiteradamente, de modo que

impiden que el sujeto evalúe de manera correcta los eventos. Las distorsiones más habituales son las siguientes:

1. El filtraje: se ve solo un elemento de la situación con la exclusión del resto, de modo que el sujeto se enfoca en un punto en específico, sin analizar otros factores que podrían ayudarlo.
2. La sobregeneralización: es una distorsión generalizada a partir de un incidente simple o un solo elemento de evidencia.
3. La interpretación del pensamiento: se refiere a que el sujeto pretende adivinar lo que las personas que lo rodean piensan o creen de él, de esta manera, el sujeto formula juicios repentinos sobre los demás.
4. La polarización y la vida catastrófica: la primera se refiere a que la persona solo se permite ver o todo lo positivo o lo negativo que se está sucediendo, sin darse la oportunidad de observar los puntos intermedios; la segunda se refiere a que si sucede algo negativo, se le da énfasis a ese acontecimiento.
5. La falacia de control: existen dos formas en que puede distorsionarse el sentido de poder y el control de una persona: en el primer caso, el sujeto se siente omnipotente y responsable de todo lo que ocurre a su alrededor; en el segundo caso, la persona se siente extremadamente controlada e impotente.
6. El razonamiento emocional: en el cual la persona cree que todo lo que siente tiene que ser verdadero.
7. La falacia del cambio: en esta distorsión, el individuo supone que su felicidad depende de los actos que los demás tengan hacia él, esta esperanza de

felicidad se encuentra en conseguir que los demás satisfagan sus necesidades, por lo que llega incluso a culparlos, exigirles, ocultarles información o negociar con ellos.

8. La culpabilidad: el sujeto se siente responsable de todo lo negativo que sucede alrededor.
9. El tener razón: la persona se encuentra a la defensiva, pretende que su punto de vista siempre sea el correcto, no acepta comentarios o sugerencias de los demás.
10. La personalización: relaciona cualquier hecho que suceda alrededor con sí mismo, tiende a compararse.

1.5. Los moduladores del estrés.

Las personas se valen de los recursos personales y sociales para encarar el estrés y las emociones que todo esto conlleva, de acuerdo con el tipo de situación y las características individuales. Existen diferentes tipos de factores que intervienen en el estrés, a los cuales se les denomina moduladores. Son estos los factores indispensables que regulan el proceso de estrés y la manera en que repercute en la salud: el control percibido, el apoyo social y el tipo de personalidad, los cuales existen aunque las personas no estén sometidas a tensión, y cuando esta se hace presente, los sujetos pueden destacarse por ser capaces de determinar las consecuencias

nocivas y beneficios del fenómeno, estos prevalecen a pesar de que se esté o no bajo estrés (Palmero y cols.; 2002).

1.5.1 El control percibido.

Palmero y cols. (2002) mencionan que el control percibido es aquel impacto de las fuentes de estrés sobre el organismo, que obedece a la dimensión del generador y del control al que se pueda someter el sujeto.

Martin Seligman señaló los efectos cognoscitivos, motivacionales y emocionales de la pérdida de control (citado por Palmero y cols.; 2002:528). De este modo se entiende que la percepción de control es la creencia general sobre el grado en que cada persona es capaz de controlar y lograr las metas u objetivos deseados, regulando así las dificultades que acontecen en el curso de su consecución e influyendo así en la salud del organismo y, en consecuencia, en la conducta; de igual forma, el control interno es aquel que le ocurre a la persona como producto de sus acciones y el control externo es el resultado que se atribuye a la suerte, el azar o de otras personas. De esa manera, las personas con control extremo no toman medidas para evitar el impacto negativo del estrés y tienen más problemas de salud (Fontaine y cols., citados por Palmero y cols.; 2002).

1.5.2. El apoyo social.

Cascio y Guillén (2010) mencionan que el apoyo social es el conjunto de todas aquellas provisiones instrumentales o expresivas, reales o percibidas, aportadas por la comunidad, tales como las redes sociales y los amigos íntimos. En este entendido, el apoyo social es una fuente de recursos para hacer frente a las demandas que trae consigo el estrés.

Estos autores sugieren dos hipótesis de mecanismos principales:

1. La hipótesis del efecto indirecto o protector: sostiene que los estresores sociales solo tienen efectos negativos en la persona que tiene poco apoyo social; esta suposición afirma que si no hay estresores sociales, el apoyo social no influye sobre el bienestar y solo se limita a proteger los efectos del estrés; es decir, que los recursos aportados por otras personas llegan a disminuir la percepción de amenaza de los estresores.
2. La hipótesis del efecto directo o principal: expresa que a mayor nivel de apoyo social, menor malestar psicológico, y a menor grado de apoyo social, mayor incidencia de trastornos.

Palmero y cols. (2002) mencionan que el apoyo social actúa como mediador entre los sucesos vitales y la enfermedad, de igual manera, reduce el impacto del estrés, mientras que el nivel bajo de dicho factor, incrementa la vulnerabilidad para la enfermedad física y mental.

De acuerdo con lo anterior, el apoyo social reduce el impacto negativo de los sucesos vitales y otros agentes estresores por diversas vías, y que elimina o reduce el impacto del propio estresor, ayudando al sujeto a afrontar la situación que le genera estrés y atenuando la experiencia de estrés, si esta se ha producido. A esto se le conoce como efectos de amortiguación, que a su vez están íntimamente relacionados con los recursos disponibles del sujeto.

1.5.3 El tipo de personalidad: A/B

Ivancevich y Matteson (1985) mencionan que a partir de la década de los cincuenta del siglo pasado, se han realizado diversas investigaciones en relación con el estrés, basándose en las respuestas conductuales a los estímulos ambientales. A partir de estas investigaciones realizadas, surgieron los tipos de personalidad, que determinan rasgos de cómo maneja el sujeto el estrés al que está expuesto.

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

Los sujetos de tipo A se identifican mediante la presencia constante de movimientos rápidos, caminan o comen rápidamente, organizan sus tiempos para realizar tantas actividades como sea posible, las personas de su mismo tipo no les agradan, no se advierten las situaciones más agradables o interesantes que se han

encontrado durante el día y presentan un sentimiento de culpa por estar relajados e impacientes. A este tipo de individuos les desagrada enfrentarse con obstáculos que les impidan superarse rápidamente.

Los sujetos con personalidad tipo B, según Travers y Cooper (1997), no sufren de impaciencia ni la urgencia, no albergan hostilidades injustificadas y pueden relajarse sin sentir culpa alguna, manifiestan tranquilidad motriz y expresión facial relajada, rara vez se quejan, su conversación es pausada y a bajo volumen, escuchan con atención, buscan la satisfacción de las necesidades que les genera el entorno, de tal forma que no crean los estragos psicológicos y físicos a los que se encuentra la personalidad de tipo A.

1.5.3.1. Personalidad tipo A y problemas cardiacos

De acuerdo con los autores Friedman y Rosenman (citados por Ivancevich y Matteson; 1985) en los años cincuenta comenzó a realizarse una investigación en la cual empezaron a desarrollar un procedimiento para predecir padecimientos coronarios, de acuerdo con las respuestas de las conductas que tiene el individuo debido a los estímulos de su entorno.

Los autores comenzaron a utilizar la clasificación de la personalidad A y B, en la cual encontraron que cualquiera de los dos tipos podía padecer enfermedades coronarias, sin embargo, los sujetos más propensos a padecer este tipo de enfermedades son los de personalidad tipo A, de acuerdo con las respuestas de acciones, emociones complejas y la lucha inalcanzable para realizar un sinnúmero de actividades, competitividad, hostilidad y gusto por las actividades en donde se les permita tener un máximo rendimiento. Este tipo de conductas ejecutadas por la personalidad tipo A, según Ivancevich y Matteson (1985), propicia problemas cardíacos, puesto que el sujeto, en virtud de su conducta característica, aumenta la probabilidad de exposición a ciertos estresores, como la sobrecarga, mientras disminuye su resistencia al estrés, al mostrar oposición a relajarse.

Otra noción que fundamenta que la personalidad tipo A causa enfermedades cardíacas, es que el ambiente del individuo resulta importante para provocar determinadas conductas, es decir, la orientación dada al comportamiento por parte del individuo, es menos importante que la orientación de su ambiente.

1.6. Los efectos negativos del estrés.

Ivancevich y Matesson (1985) mencionan que debido a la exposición constante del organismo a los agentes estresores, el sujeto comienza a reaccionar por medio de enfermedades de adaptación, lo cual es un intento inadecuado del cuerpo para enfrentar las adversidades que se le suscitan; se manifiesta mediante padecimientos entre los que se incluyen:

1. Hipertensión: es una enfermedad en los vasos sanguíneos, en donde la sangre fluye a través de las arterias a presión elevada. Si se prolonga el estrés, la presión puede permanecer en niveles anormalmente altos.
2. Las úlceras: son lesiones inflamatorias en el recubrimiento del estómago o intestino y una de sus causas más conocidas es la variación de los niveles de cortisona, la fabricación de esta sustancia generalmente aumenta y esto fácilmente puede crear lesiones internas.
3. La diabetes: es la deficiencia de insulina, como consecuencia, sus víctimas no pueden absorber suficiente azúcar de la sangre; si el estrés es persistente, el páncreas se debilita, lo que da como resultado una deficiencia permanente de insulina.
4. Las jaquecas: son el resultado de la tensión muscular, que aumenta cuando se está expuesto a los estresores durante un período prolongado, la jaqueca es un estresor que conduce a una mayor tensión muscular, que a su vez aumenta la severidad y duración de la cefalea.
5. El cáncer: la respuesta a los estresores, trae como consecuencias pequeñas alteraciones bioquímicas en el sistema inmunológico, lo que permite que se puedan reproducir pequeñas cantidades de células mutantes, que a su vez se convierten en tumores malignos (Ivancevich y Matteson; 1985).

Por lo tanto, se concluye que el estrés es una de las problemáticas más frecuentes de salud en la sociedad actual; definitivamente no puede llegar a evitarse, ya que el ser humano se encuentra en constante cambio en donde se requiere

adaptación, por ello causa numerosas enfermedades, ya sea de manera directa o indirecta. Por otra parte, el estrés también puede activar al ser humano en forma positiva y actuar como un estimulante para desarrollar nuevas estrategias para la resolución de problemas.

De esta manera se da por concluido el primer capítulo, de la variable estrés, para dar paso al segundo, que hablará de los trastornos alimentarios.

CAPÍTULO 2

TRASTORNOS ALIMENTARIOS

En el siguiente capítulo se hablará acerca de los trastornos alimentarios que afectan de manera frecuente a los jóvenes. Es de suma importancia saber el porqué de esta conducta, así como las consecuencias que pueden pasar si no se detecta a tiempo esta conducta, puede afectar a los jóvenes hasta causarles la muerte.

Es necesario identificar las causas de los trastornos alimentarios, principalmente en los jóvenes, que es a quienes más les afecta, debido al ambiente social y familiar en donde se desenvuelven. Se explicarán manera detallada los trastornos de la anorexia y la bulimia, porque son los más frecuentes en los jóvenes, asimismo, se hablará de cuál es el tratamiento adecuado.

2.1 Antecedentes históricos de la alimentación.

Desde la antigüedad, se han encontrado conductas alimentarias desordenadas, como los banquetes en donde se comía de forma desmesurada, que tomaban un carácter social de demostraciones de poder y en ocasiones, un marcado simbolismo sagrado.

En las culturas cristianas, los primeros miembros y los ministros religiosos practicaban el ayuno como una penitencia. En el año de 1347, Catalina de Siena fue

la mujer anoréxica más famosa de la historia. Era hija de unos artesanos, desde la edad de los 7 años comenzó a tener rechazo por la comida, imponiéndose penitencias, por lo cual en su adolescencia se alimentaba solamente de poco pan y hierbas.

Desde los años setenta se ha considerado al trastorno alimentario como un conjunto de factores encadenados, psicológicos, biológicos y sociales; de ese modo se abordan los tres núcleos conflictivos de la anorexia: el peso, la figura y los pensamientos alterados.

Gull y Lassege médicos del Hospital La Pitie, hicieron en 1873 descripciones completas de cuadros anoréxicos; por su parte Gull, un experto clínico, hizo constatar la inexistencia de patología orgánica que justificara la anorexia, así hizo inclinarse desde el principio por una etiología psicógena.

Los autores Jarne y Talan (2000) mencionan que tiempo atrás se observaban conductas como el hábito de vomitar de una manera usual, después de ingerir alimentos de manera desmesurada en un banquete, con el fin de volver a comer. Estas conductas manifestaban el poder de cada una de las personas, ya que pertenecían a niveles sociales elevados y utilizaban este comportamiento como señal de poder.

2.2 Definición y características clínicas de los trastornos alimenticios.

Los trastornos alimentarios se caracterizan por ciertas alteraciones importantes en la conducta alimentaria, dos de ellos son la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. Como característica común de estos dos trastornos se encuentra la alteración de la propia percepción del peso y forma corporal (APA; 2002).

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 y los vómitos en otras alteraciones psicológicas, todos estos trastornos se explicarán enseguida de manera pormenorizada.

2.2.1 Anorexia nerviosa.

La APA (2002) menciona que la anorexia nerviosa está caracterizada por un rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos a los normales; otra de las características esenciales es un temor intenso por subir de peso y una alteración de la percepción en tamaño y en forma del cuerpo; las mujeres sufren de amenorrea y en los varones hay un importante retraso en el desarrollo físico y genital.

La forma en que puede diagnosticarse la anorexia nerviosa, de acuerdo con la APA (2002) es mediante las siguientes características: un rotundo rechazo a mantener un peso mínimo corporal, miedo a aumentar de peso, ya que estas personas no quieren llegar a la obesidad, alteración en la forma en que ven su cuerpo y sus

dimensiones, peso por debajo de su edad y talla, disminución en la ingesta total de alimentos, ejercicio excesivo, purgas constantes y dietas severas.

La APA (2002) también hace mención que durante la anorexia nerviosa existe presencia de atracones y/o purgas, es por eso que establece dos subtipos donde puede ver ausencia o presencia.

1. Restictivo: en el cual la pérdida de peso se logra mediante la realización de ayunos, dietas o ejercicio exagerado. Durante los episodios de anorexia nerviosa, las personas no recurren a purgas ni atracones.
2. Compulsivo o purgativo: en el cual se recurre frecuentemente y de forma simultánea o separada a purgas o atracones, mediante el empleo del vómito, diuréticos, laxantes o enemas de una manera excesiva.

Las alteraciones cognitivas que tienen más incidencia en la anorexia son las distorsiones cognitivas, trastornos de la imagen corporal y las alteraciones introceptivas (Jarne y Talarn; 2000).

Es importante saber diferenciar entre una anorexia nerviosa común y una atípica: según Castillo y León (2005), la atípica es cuando no se cumplen todas las características que se marcan en la anorexia nerviosa, ya que puede que no haya pérdida significativa de peso o amenorrea y su etiología somática no es conocida.

2.2.2 Bulimia nerviosa.

La bulimia nerviosa es aquella que “se caracteriza por episodios recurrentes de voracidad seguidos por conductas compensatorias inapropiadas como el vómito provocado, el uso de fármacos laxantes y diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo” (APA; 2002: 533).

Esta perturbación se caracteriza por atracones recurrentes y la manifestación de conductas encaminadas sobre todo hacia no ganar peso; estas personas presentan una preocupación por la silueta y el peso corporal, en esto radica su diferencia con la anorexia nerviosa, ya que las personas que presentan bulimia nerviosa manifiestan su peso igual o sobre un nivel normal mínimo (APA; 2002).

Entre las características de la bulimia nerviosa se encuentran los atracones, este término se define como el “consumo largo de un período corto de tiempo de una cantidad de comida muy superior a la que la mayoría de los individuos comerían” (APA; 2002: 559); el tipo de comida que se consume en estos atracones suele tener un alto nivel calórico, como dulces o pasteles, entre otros.

Los atracones se caracterizan por el consumo anormal de alimentos que va más allá del ansia que se pueda sentir por estos; se llevan a cabo a escondidas o de maneras muy discretas, por lo que las personas que padecen esta enfermedad generalmente se sienten avergonzadas por las conductas que suelen tener; asimismo, los estados de ánimo disfóricos, las situaciones interpersonales estresantes o el hambre constante que se presenta después de una dieta rígida, despiertan

sentimientos relacionados con la silueta, peso y los alimentos, los cuales ayudan a desencadenar este tipo de conducta. (APA; 2002).

En la bulimia nerviosa, se especifican dos subtipos para determinar la presencia o ausencia del uso regular de métodos de purga con la finalidad de compensar la ingestión de alimentos durante los atracones:

1. Purgativo: describe cuadros clínicos en donde el individuo se provoca el vómito y realiza un uso inapropiado de laxantes, enemas y diuréticos.
2. No purgativo: refiere cuadros clínicos en los cuales el enfermo emplea otro tipo de técnicas compensatorias inapropiadas como el ayuno o la práctica de ejercicio intenso, aunque no se ha provocado el vómito ni ha hecho el uso indebido de diuréticos, laxantes o enemas.

También es frecuente que las personas con este padecimiento presenten dependencia y abuso de sustancias tales como el alcohol o estimulantes para poder controlar el hambre y el peso; debido a los vómitos constantes, las personas llegan a tener algún grado de pérdida del esmalte dental, asimismo, pueden llegar a provocar callos o cicatrices en la superficie dorsal de su mano. En las mujeres se presentan frecuentes irregularidades menstruales y amenorrea; las personas que con este trastorno mayoritariamente son de raza blanca, y el 90% son mujeres (APA; 2002).

Se debe diferenciar entre una bulimia nerviosa y una bulimia nerviosa atípica, al respecto, Castillo y León (2005) mencionan que esta última es cuando no se

cumplen todas las características que se marcan en la bulimia nerviosa, ya que la persona puede presentar un peso normal o tener sintomatología depresiva.

También es frecuente que las personas que padecen este trastorno tengan obesidad o sobrepeso, lo cual interfiere con sus relaciones interpersonales, les origina dificultad para aceptarse a sí mismas, baja autoestima, depresión, preocupaciones constantes por su imagen corporal y ansiedad (Castillo y León; 2005).

2.2.3 Obesidad.

Belloch y cols. (1995) mencionan que la obesidad es un trastorno crónico que requiere una atención a largo plazo. Aunque se confunde la mayor parte de las veces con exceso de peso, es necesario indicar que la obesidad se define como una exclusiva acumulación de tejido adiposo en el conjunto corporal.

Desde años atrás, la obesidad ha sido un tema de sumo interés para la rama de la salud, ya que cada día aumenta el número de personas con problemas de obesidad. Se ha observado que los factores socioeconómicos influyen en la prevalencia de la obesidad, ante tal problemática se han realizado diversos estudios, en los cuales se han confirmado que 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 identifica por una sensación de apetito e ingesta descontrolada de alimentos.

Este trastorno debe diferenciarse de situaciones en las que las personas ya sufren de obesidad, la cual desencadena baja autoestima y falta de confianza en las relaciones interpersonales; también debe distinguirse de acontecimientos en los que la obesidad que sufre el sujeto es debido a los efectos secundarios de tratamientos farmacológicos. Este tipo de trastorno también recibe el nombre de hiperfagia psicógena (Castillo y León (2005).

2.2.5 Vómitos en otras alteraciones psicológicas.

Castillo y León (2005) mencionan que los vómitos en alteraciones psicológicas, son conocidos también como vómitos psicógenos o hiperémesis gravídica psicógena, los cuales hacen referencia a vómitos repetidos no autoprovocados, los cuales van acompañados de náuseas recurrentes. Estos se pueden presentar en la hipocondría o en embarazos que involucren algunos factores emocionales, los cuales facilitan la aparición de náuseas y vómitos frecuentes.

2.2.6 Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia.

Castillo y León (2005) señalan que la CIE-10 hace referencia a que cuando el trastorno de la conducta alimentaria se presenta en la infancia, se caracteriza principalmente porque el niño rechaza los alimentos, a través de conductas de tipo caprichoso, diferentes a una conducta alimentaria normal, las cuales hace frente a su cuidador habitual.

No existe un sistema de clasificación estándar de este tipo de desórdenes en la infancia, sin embargo Palmer y cols. (citados por Jiménez; 1997) proponen un sistema para clasificarlos, cuyos criterios se basan en el origen de la dificultad y los factores que lo provocan tales como: problemas de conducta a la hora de la comida, hábitos dietéticos inadecuados, negación a tomar los alimentos de manera múltiple, mantenimiento de comidas trituradas durante un tiempo excesivo, dificultad para tragar, succionar o masticar, así como la prolongación de la ayuda para comer (Jiménez; 1997).

Castillo y León (2005) mencionan que para diagnosticar este tipo de trastornos se deben descartar las enfermedades de tipo orgánico, de manera que no puedan ser confundidas con caprichos frecuentes de la niñez o a las variaciones normales en la alimentación. Sin embargo, aunque todas estas dificultades en la alimentación son normales en los infantes, se debe estar atento a si esta situación supera el grado de normalidad notablemente y si las características de dichas dificultades son cualitativamente anormales, de igual manera, si el niño gana o pierde peso en un período de un mes (Castillo y León; 2005).

Los comportamientos disruptivos durante la comida y los hábitos alimentarios inadecuados se refieren a la costumbre del menor de comer de pie o levantarse constantemente del asiento; el comer solo si se puede estar jugando o si el cuidador le mira, le cuenta historias o con el simple hecho de escuchar la voz; negarse a utilizar cubiertos adecuados para el tipo de comida cuando así se requiere; son pues, aquellos comportamientos que dificultan el establecimiento de hábitos adecuados al comer (Jiménez; 1997).

Jiménez (1997) menciona que la falta de apetito en el infante también es un aspecto normal, y cuando realmente se está presentando un problema es porque el niño ingiere muy poca comida en general o debido a que la cantidad de comida se considera pequeña, o bien, cuando ingiere únicamente algunos alimentos determinados.

La pica o alotriofagia es un trastorno en el que el individuo come frecuentemente sustancias que no lo nutren, como pintura o tierra, entre otras, lo cual se considera anormal después de los 18 meses de edad y en caso de niños mayores, puede tratarse de un síntoma de un trastorno más grave como el autismo o retraso mental, sin embargo, también se puede manifestar en infantes con inteligencia normal o en niños pequeños y desaparecer en la adolescencia. En conclusión, de acuerdo con lo ingerido serán las consecuencias, como infección por parásitos, obstrucción intestinal o intoxicación por plomo (Castillo y León; 2005).

La rumiación o mericismo es un trastorno que no es común y que aparece entre las edades de tres a doce meses. Consiste en la regurgitación frecuente de la comida que se ingiere, lo que provoca que el sujeto tenga una pérdida de peso o una incapacidad para ganarlo de acuerdo con su edad, ya que la comida es expulsada y en otras ocasiones es deglutida nuevamente. Esta perturbación puede aparecer en niños con trastorno generalizado del desarrollo o retraso mental. Algunos autores mencionan que el origen de este cuadro se debe a una grave alteración en la relación de la madre con el infante (Castillo y León; 2005).

Castillo y León (2005) mencionan que la potomanía se refiere a la ingesta excesiva de líquidos, por lo general es agua, sin embargo se debe hacer un diagnóstico diferencial con la diabetes insípida. El objetivo de esta elevada cantidad de agua es provocar ansiedad o engañar sobre la ganancia real que obtiene de ello.

La negación a tomar alimentos sólidos, es cuando al niño le gusta ingerir exclusivamente alimentos líquidos y se resiste a tomar sólidos, lo que suele causar anomalías en las encías y los dientes. Este tipo de problemática aparece cuando el niño tiene que hacer la transición de comida de bebé a comidas adultas, a partir de los ocho meses de edad (Jiménez; 1997).

En un menor, el tiempo de comida mayor al de un adulto es normal, sin embargo, cuando aquel usa un tiempo excesivo, se puede hablar de un problema que requiere tratamiento, esto depende de la edad y del momento de la comida del infante. Así pues, los motivos para la lentitud se pueden tratar de los siguientes: negarse a

pasar la comida triturada o sólida, rechazo del alimento, rechazo al tamaño de la porción que los padres quieren que se ingiera o demasiados estímulos que lo distraen del acto de comer (Jiménez; 1997). Los vómitos, por otra parte, suelen producirse como rechazo a la comida o como forma de resistencia a cierta situación como, por ejemplo, asistir a la escuela (Jiménez; 1997).

2.3. Esfera oroalimenticia en el infante.

La integración del alimento por parte del niño en su vida, está definida en primer lugar por la relación que este tenga con la madre, si se habla desde un enfoque psicológico, pero si es con base anatómica y fisiológica, según Ajuriaguerra (1973), se refiere a las zonas que rodean el orificio bucal, principalmente los labios, mucosas intrabucales y lengua, tienen una presentación cortical sumamente extensa.

La disposición de la madre para alimentar es fundamental para la conducta del recién nacido en lo que concierne a sus sentimientos frente a la oralidad y 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.

Dentro de los reflejos humanos, los automatismos oroalimenticios de succión y deglución aparecen en etapas muy tempranas. Dichos reflejos son provocados por los

movimientos de succión labial al tocar con los dedos y se presentan desde que el individuo nace; este fenómeno también es conocido como reflejo de búsqueda o reflejo focalizador (Ajuriaguerra; 1973).

Asimismo, el mencionado reflejo alimenticio va más orientado hacia la fuente de excitación, provocado por una reacción oral; es una de las primeras formas en que el individuo se relaciona con el mundo que lo rodea, sin presentarse aún como una auténtica relación objetal, esto es referente a que la madre aún no es tomada como un objeto amado, sino que solo es relacionada como madre-alimento por el infante (Ajuriaguerra; 1973).

Al presentarse el segundo año de vida, el niño distingue entre su madre y el alimento, aunque subconscientemente mantenga esta relación. Es así que al presentarse la actividad oral constituye una fuente de satisfacción y una necesidad biológica de nutrición. Además, es un origen de contacto mediante la apropiación de un objeto externo, la cual consiste en tomar y dejar, un juego con los labios o con las mordidas, ingurgitación y regurgitación (Ajuriaguerra; 1973).

Melanie Klein (citada por Ajuriaguerra; 1973) menciona que con el simple nacimiento se conoce inconscientemente al pecho materno, considerado una herencia filogenética; el recién nacido inconscientemente percibe la existencia de un objeto extremadamente benefactor del cual se puede obtener un máximo bien y que dicho objeto es el pecho materno.

Los impulsos del bebé, aunados a las sensaciones orales, lo llevan directamente hacia el pecho materno, porque este es el objeto de los más elementales deseos impulsivos y su principal finalidad es la de llegar a mamarlo. La primera experiencia vivida en el período alimenticio es el hecho de perder y recuperar el objeto querido conocido como el pecho bueno, y si este se torna como una frustración será considerado como pecho malo u odiado.

El carácter oral y la vida de relación son caracterizados por dar alimento a un niño, que no es un simple acto nutritivo, sino una entrega por parte de la madre de sí misma, no solo por el pecho sino por su actitud misma. Cuando el menor es amamantado, halla su comodidad en una posición acariciadora, un olor característico; todas sus ansias son saciadas y son inseparables. Durante el transcurso del primer semestre se le suele dar de comer con excesiva rigidez, con horarios fijos y raciones de igual cantidad, hacerlo así tiene consecuencias psicofisiológicas negativas, dado que se le fuerza al menor cuando este no tiene hambre y queda insatisfecho cuando más lo necesita (Ajuriaguerra; 1973).

2.3.2 Alteraciones en la esfera oroalimenticia.

La anorexia del recién nacido aparece en las primeras semanas de vida, en las cuales el neonato muestra una gran pasividad ante la comida y al paso de algunos

meses se muestra renuente a comer. Las características de estos niños son: bajo peso, nerviosos y muy despiertos. El padecimiento también es reconocido como la anorexia del recién nacido (Ajuriaguerra; 1973).

Ajuriaguerra (1973) menciona que la anorexia de segundo semestre es más frecuente y aparece entre el quinto y el octavo mes, en los cuales se producen grandes cambios en el desarrollo del infante, al suprimirse paulatinamente la leche e ir variando la dieta cuando aún es delicado el apetito.

Esta perturbación se divide en dos tipos de anorexia, según el comportamiento que el niño tenga ante la comida:

1. Inerte: es cuando el niño no tiene iniciativa para comer ni coopera en la alimentación, inclusive se le escapa la leche por la comisura de los labios y llega a vomitar la poca que haya podido tomar.
2. De oposición: es cuando el menor enfrenta una lucha para no alimentarse, presenta abierto rechazo, vómitos, chillidos, agitaciones y rotaciones tónicas para no alimentarse; por lo general, el infante resulta parcialmente victorioso y los padres frecuentemente agobiados.

En el segundo semestre de la vida del niño, Kreisler (citado por Ajuriaguerra; 1973), menciona dos tipos de anorexia:

1. Simple: la cual es una conducta de rechazo en un nivel primordial y no es considerada como una pérdida del apetito; su origen es una interrelación entre la madre empeñada en imponerse y el niño en una franca oposición.
2. Compleja: es caracterizada por la intensidad de los síntomas, el niño manifiesta un gran desinterés por la comida, casi siempre se debe a un conflicto de relación con la madre.

Ajuriaguerra (1973) menciona que la anorexia infantil no es un síntoma ni que hay que tratarla como tal sin antes considerar en detalle todo lo que se refiere a su manera de comer, las condiciones en que se efectúa, los horarios, el número de comidas que se realicen, la cantidad de alimento que se ingiere; la esfera oralimenticia tiende principalmente a satisfacer las necesidades infantiles y no la mentalidad posesiva de ciertas madres o las imperiosas exigencias de otras que organizan comidas precipitadas y excesivas.

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

2.4 Perfil de la persona con trastornos de alimentación.

Los rasgos individuales o las características familiares en sí mismos no son causa de un trastorno alimenticio, sino que simplemente predisponen a él, en otras palabras, es la combinación de algo personal o familiar, con otros factores contextuales o de circunstancias vitales para la persona, lo que precipita la situación. Lo que perpetúa el trastorno alimenticio está más relacionado con lo que está haciendo el individuo tanto respecto a la alimentación como en cuanto a las relaciones que pueden haber dado origen al trastorno (Costin; 2003).

Las personas afectadas con este trastorno presentan ciertas características individuales y familiares, como son:

1. Problemas con la conducta: viven dependientes con los que otros esperan de ellas, de cumplir con los ideales de sus padres y de satisfacer a los demás.
2. Déficit en la autoestima: se enfatiza más cuando las personas desarrollan imágenes sobre sí mismas y fabrican su propio concepto acerca de quiénes son, su autoestima está más conectada en su apariencia y en la aprobación del otro.
3. Camino a la perfección y el autocontrol: son rasgos bastante comunes dentro de los jóvenes con trastornos alimenticios, el sufrimiento y la sensación de ineficacia los hace ser más exigentes de lo normal, dado que nunca sienten que lo que hacen es lo suficientemente aceptable, creen que el tener un cuerpo ideal significa perfección y si logran transformar su

silueta, obtendrán seguridad en sí mismas, al igual que la confianza para enfrentar los desafíos que se les presenten en la vida.

4. Miedo a madurar: se origina puesto que este problema se desencadena generalmente durante la pubertad y continúa durante la adolescencia y juventud. El sujeto muestra temor a ir madurando, puesto que esto implica varios cambios a nivel corporal, sexual, emocional y social, además que el negarse a madurar le permite seguir teniendo comportamientos infantiles y tener menos responsabilidad hacia sus actos (Costin; 2003).

2.5 Causas del trastorno alimenticio.

Costin (2003) menciona que una persona se vuelve más vulnerable para desarrollar un trastorno cuando se combinan factores individuales, familiares y socioculturales y un evento estresante en una determinada etapa del ciclo vital, en un terreno lleno de dietas y actitudes extremas siempre enfocadas al peso y la figura, lo cual precipita el problema; pero la perpetuación del trastorno está estrechamente relacionada con los efectos fisiológicos y emocionales del trastorno del comer en sí mismo.

Se ha observado que los trastornos alimentarios llegan a afectar de manera significativa la conducta del individuo que los padece, de manera que se torna difícil diferenciar los rasgos de personalidad de los que aparecen como resultado de los trastornos alimenticios (Costin; 2003).

Por todo esto, se vuelve complicado describir las causas específicas que conllevan a los trastornos alimenticios, y se podría decir que se debe más bien a factores que predisponen la obtención de ciertas conductas alteradas.

2.5.1 Factores predisponentes individuales.

Costin (2003) menciona que dentro de los factores predisponentes individuales, se han hecho diversas investigaciones realizadas por psicólogos, en las cuales se destacan como causas principales el aprendizaje, las creencias, las cogniciones y la constitución psicofisiológica.

De acuerdo con Tod-Hunter (citado por Ogden; 2005), la selección de los alimentos se produce de una red de significados sociales, ya que es un símbolo de prestigio, estatus y riqueza; es también un medio de comunicación y de relaciones interpersonales. Así pues, la comida es un símbolo de fuerza, competencia deportiva, salud, éxito, placer, satisfacción personal, relajación, una expresión de individualidad y refinamiento, expresión personal, revolución, tradición, costumbre y seguridad.

Costin (2003), señala que la comida engloba mucho más que las sustancias que regulan la alimentación, ya que también incluyen una multitud de significados individuales que van variando en cada persona.

Helman (retomado por Costin; 2003) destaca cinco tipos de clasificación de la comida:

1. La comida frente a no comida: se refiere a la clasificación de los alimentos que son comestibles respecto a los que no son.
2. Las comidas sagradas frente a las profanas: aprueba las comidas que pueden ser ingeridas en función de las creencias religiosas que el individuo profese.
3. Clasificación de comidas paralelas: distinguir los alimentos fríos y los calientes; en este contexto la salud dependerá del equilibrio entre unos y otros. Asimismo, el hecho de que un alimento se considere frío o caliente no depende de su temperatura, sino el valor simbólico que se le adjudica y puede variar de una cultura a otra.
4. La comida como medicina, medicina como comida: durante las enfermedades se evitan o utilizan algunos alimentos, depende del caso, se utilizan como remedio de problemas de salud en general.
5. Comidas sociales: describen la función colectiva de la comida, ya que la alimentación es una forma de afirmar y desarrollar relaciones sociales, establecer estatus sociales y crear identidad del grupo mediante patrones tradicionales.

De este modo, para el significado de la comida, Ogden (2005) considera doce aspectos:

1. La comida como afirmación del Yo: facilita la información sobre la identidad personal y actúa como una comunicación de necesidades internas y del sentido del Yo.

2. Comida y sexualidad: la asociación entre la comida y el sexo suele destacar la semejanza biológica entre dos actividades: constituyen un impulso básico para la supervivencia y perpetúan la vida, ambos pueden ser placenteros e implican una vulnerabilidad al violar los límites corporales normales.
3. Comer frente a la negación: por lo general, las mujeres tienen el control de la comida, pero al mismo tiempo se niegan a sí mismas a dicho placer, ellas son las responsables de proporcionar la comida a los demás aunque tienden a negárselas a ellas mismas. La comida comunica y encarna un conflicto entre la conducta de comer y la negación, sobre todo para las mujeres (Ogden; 2005).
4. Culpabilidad frente al placer: algunos tipos de alimento, generalmente los dulces, representan un placer y satisfacen una necesidad, pero después representan sensaciones de culpabilidad, puesto que su publicidad los hace aparecer de esta manera ambivalente.
5. La comida y el autocontrol: el autodominio se plasma en que el interés por la conducta de comer mediante una dieta, se convierte en el vehículo para ejercer este control.
6. La comida como interacción social: la comida es utilizada como un instrumento corriente en la comunicación de la familia, amigos y compañeros.
7. La comida como amor: los alimentos sanos y sabrosos son signos del amor familiar y de la determinación de agradar y satisfacer a los instintos miembros de la familia.

8. Salud frente al placer: el deseo de proporcionar a sus hijos y esposos comidas saludables crea conflictos a las mujeres, ya que a menudo las dietas preferidas son poco saludables; un alimento provechoso y nutritivo es lo que todas las madres saben que necesitan sus hijos.
9. Relaciones de poder: la comida refleja las sensaciones de dominio dentro de la familia, la cual ya tiene una jerarquía interna; en este sentido, se proporciona más alimento al hombre dominante y la mujer es quien debe servirlo, reservando para sí misma, menores cantidades de comida, como una demostración negativa a comer para mantener un cuerpo más delgado y cumplir su rol de proveedora.
10. La comida como identidad cultural: un individuo va a lograr un sentido de pertenencia a un grupo, consumiendo comidas tradicionales de su cultura.
11. La comida como identidad religiosa: los alimentos y comidas familiares desempeñan un papel central en el establecimiento de la identidad religiosa, ya que al ingerir alimentos, 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.
12. La comida como poder social: la comida es considerada como un símbolo primordial del valor social, puesto que es un símbolo de estatus en la colectividad. Las personas poderosas comen bien y son bien alimentadas por otros, mientras que las personas socialmente oprimidas, escasamente se alimentan.

Los individuos se ven influidos por los alimentos que ingieren para el estado físico de su cuerpo, los cuales tienen la capacidad de producir cambios físicos. Esto produce que el individuo utilice una selección de la dieta mediante el contexto de su cuerpo y de los significados relacionados con el tamaño y la forma de este (Ogden; 2005).

2.5.2 Factores predisponentes familiares.

Rausch (1996) menciona que las familias en las que ya se han desarrollado anteriormente algún trastorno alimentario, se consideran como un factor de riesgo. Las personas provenientes de familias que tienen poca comunicación, son más propensas a desarrollar un trastorno alimentario.

Esta misma autora menciona que la incapacidad para resolver conflictos dentro de las familias, desencadena una deficiencia de armonía, debido a la baja tolerancia que se pudiera desarrollar y la dificultad para reconocer y resolver problemas, lo que organiza rígidamente las interacciones familiares, también menciona que la sobreprotección por parte de los padres, no permite que los hijos desarrollen una autonomía sana, y los conduce a la posibilidad de presentar trastornos alimenticios.

Rausch (1996) menciona que algunas de las características de las familias de mujeres bulímicas son las siguientes:

- Los padres son exigentes.

- La madre presenta grandes expectativas de éxito tanto social como académico.
- La madre tiene problemas al tratar de imponer control a su hija.
- El padre demuestra depresión, rigidez, autodisciplina excesiva y distancia emocional.
- Los padres tienden a comparar a los hijos, creando así una rivalidad entre ellos.
- Persiste una considerable presión entre los padres y la hija.
- Existe un nivel de tensión elevado en la familia.

Todas las familias se rigen por reglas, muchas veces de manera implícita, las cuales establecen como se manejan los desacuerdos. Es por ello que una constante en las familias con un miembro que padece de trastorno alimenticio, es que las reglas que había organizado la familia no son lo suficientemente flexibles ni se ajustan a las nuevas exigencias de quienes la componen (Rausch; 1996).

2.5.3 Factores socioculturales.

El contexto sociocultural premia a la delgadez y tiene prejuicios contra la gordura, ya que a través de encuestas realizadas, el peso es un factor primordial especialmente para el género femenino, que le condiciona alcanzar la felicidad y mantener una apropiada autoestima. Esto es porque cuando una sociedad habla de un cuerpo ideal, se refiere a una complexión delgada (Costin: 2003).

Dentro de la sociedad se considera que el papel de la mujer es ser atractiva físicamente, y los medios de comunicación refuerzan esta idea sugiriendo que la totalidad de las mujeres sea juzgada únicamente a través de la imagen corporal; aunado a esto, el atractivo se encuentra ligado estrechamente con el mantenimiento de una apariencia juvenil o el hecho de que para ser una mujer exitosa tampoco debe crecer, madurar ni envejecer naturalmente al ritmo que la vida requiere (Costin; 2003).

La dieta como recurso particular, comienza con el fin de ser más popular o atractiva, estar más acorde con los estándares estéticos presentes, sentirse un poco más integrada consigo misma, lo cual puede generar un trastorno alimenticio. De esta manera aparecen la ansiedad, la culpa, el miedo y la pérdida de control sobre la alimentación; como efecto de fracasar en ese intento de manipular el peso corporal, aparece la obsesión, hasta llegar al punto de no poder hacer ni pensar otra situación, surge un intenso miedo a ganar peso descontroladamente, lo que contribuye a paralizarse aún más (Costin; 2003).

La delgadez es sinónimo de estatus social en países primermundistas pero para otras poblaciones, es un reflejo de pobreza, miseria y falta de estatus social.

2.6 Percepción del cuerpo en el trastorno alimenticio.

Ogden (2005) menciona que la percepción del cuerpo se ve distorsionada en pacientes con trastornos alimenticios, al manifestar insatisfacción, ya que la imagen física se percibe de manera deformada (ven su cuerpo más voluminoso de lo que es), con discrepancia ideal (como le gustaría a la persona que fuera su cuerpo) y por consecuencia, esto trae respuestas negativas al cuerpo, ya que las personas lo rechazan.

Esta misma autora menciona que existen tres causas que producen la insatisfacción corporal:

1. Los medios de comunicación: que se encargan de anunciar a mujeres delgadas, en anuncios, telenovelas, Internet o películas; en donde se muestran mujeres esbeltas como protagonistas felices y deseadas por los demás, y cuando muestran mujeres gruesas, no aparecen como normales, sino como objetos de burla o rechazo por los demás, lo cual repercute en que los televidentes sientan inconformidad corporal, deseando tener un cuerpo esbelto.
2. Cultura: en algunas investigaciones se asegura que la influencia de los conceptos previos de un individuo sobre la insatisfacción corporal, en especial su carácter étnico y su clase social, provocan que llegue a presentar insatisfacción corporal puesto que las expectativas están puestas en pertenecer a una clase social alta, ser una persona blanca, asiática o negra. Aunque en este sentido las investigaciones se contradicen, unas al

decir que la cultura es detonante de la insatisfacción corporal y otras al decir que no lo es.

3. La familia: se ha relacionado el entorno familiar en la aparición de la insatisfacción corporal, se ha destacado particularmente el papel que desempeñan las madres disconformes con su propio cuerpo, y que transmiten esta sensación de descontento a sus hijas, llevándolas a una insatisfacción corporal propia.

Las consecuencias de la insatisfacción corporal son que la persona se someta a regímenes de alimentación, ejercicio físico excesivo, tabaquismo, cirugías estéticas, crítica de la totalidad o de partes particulares del cuerpo y trastornos de la imagen corporal (Ogden; 2005).

2.7 Factores que mantienen los trastornos alimenticios.

Costin (2003) menciona que la dieta es el factor primordial que provoca que la persona con algún trastorno alimenticio lo siga manteniendo, ya que el cuerpo de la persona que lo padece, se encuentra subalimentado, por ello presenta malestares anímicos, emocionales y físicos, esto provoca a su vez que la persona sienta una falta de fuerzas. Por ello es que se considera que las consecuencias afectan tanto al organismo como al ánimo.

Otros factores son las transformaciones anímicas, como la desesperación sobre el futuro, sensaciones de depresión y descontrol, regresión e inseguridad,

comportamientos autodestructivos, irritabilidad e intolerancia, asco respecto de los hábitos alimenticios de los demás y el abandono de actividades que antes disfrutaban.

Se consideran de orden fisiológico: las cefaleas, problemas de visión y audición, molestias gastrointestinales, debilidad muscular, amenorrea, pérdida de temperatura corporal y deshidratación.

Seguir una dieta es lo que lleva a toda la sintomatología, de la cual se pretende salir, con nuevos esfuerzos de control de comida, para tratar de lograrlo cada vez y así recuperar el bienestar.

2.8. Trastornos mentales asociados a los trastornos alimenticios.

Kirszman y Salgueiro (2002) mencionan que los trastornos mentales asociados a los alimenticios, son problemas multidimensionales. Las presentaciones clínicas son, en la mayoría de los casos, complejas, ya que los síntomas de varios cuadros se superponen, complicando las decisiones diagnósticas y terapéuticas. Entonces entra en escena el concepto de comorbilidad: este vocablo alude a la ocurrencia conjunta de dos o más trastornos mentales o condiciones médicas.

De otra manera, algunos autores prefieren referirse a la comorbilidad con la denominación de co-ocurrencia, poniendo énfasis en el riesgo relativo. Los estudios de clínica psiquiátrica también usan el concepto ya referido, para referirse a más de un trastorno que puede ser diagnosticado en la misma persona, o de alguien que

cumple con los criterios para un trastorno determinado y sintomatología del otro, pero sin cumplir con todos los criterios (Kirschman y Salgueiro; 2002).

Estas mismas autoras mencionan que la serotonina se ha vinculado con distintos síntomas: variaciones del estado de ánimo, suicidio, problemas alimentarios, impulsividad y violencia, rasgos de ansiedad, de evitación y obsesivo-compulsivos y variación estacional de los síntomas (Kirschman y Salgueiro; 2002).

Se considera que la serotonina funciona como un inhibidor general de la respuesta conductual y un modulador de la conducta motriz. El rol de dicha sustancia puede ser importante en las conductas sociales que involucran ansiedad y agresión. Una alteración sináptica de las vías centrales serotoninérgicas podría explicar los concurrentes períodos de atracón, impulsividad y depresión en personas con patrones alimentarios.

Es por eso que a continuación se presentarán los trastornos mentales que tienen asociación con los trastornos alimentarios.

2.8.1 Trastornos alimentarios y esquizofrenia.

Jarne y Talarn (2000) mencionan que en la presencia de alteraciones alimentarias en las psicosis esquizofrénicas, son muy frecuentes; no son de tipo

primario, sino que se relacionan con la sintomatología clínica que presenta el enfermo y/o con los tratamientos farmacológicos que recibe.

Se observa que la falta de contacto con el medio que caracteriza este trastorno, conduce a su negativa de ingerir alimentos que se le ofrecen, debido a la presencia de ideación delirante de envenenamiento, perjuicio, entre otras. La persistencia de la idea delirante puede prolongar durante largos períodos de tiempo estos trastornos alimentarios.

Asimismo, estos autores mencionan que la mayoría de los fármacos usados en el tratamiento de la esquizofrenia aumentan el hambre y conllevan incrementos de peso notables.

2.8.2 Trastornos alimentarios y manía.

En las fases agudas de la manía, los pacientes pueden pasar mucho tiempo sin tener la necesidad de estarse alimentando o, por el contrario, solicitar una gran cantidad de comida. Son pacientes que comen un poco de cada ración sin acabarse ninguna, como sucede con la mayoría de sus actividades, lo cual comporta una ingesta caótica y desordenada (Jarne y Talarñ; 2000).

2.8.3 Trastornos alimentarios y fobia.

La variedad de trastornos fóbicos no se relacionan con ningún trastorno alimentario excepto, las fobias referidas específicamente a los alimentos o al acto de

la deglución. En el primer caso el sujeto, a partir de una experiencia traumática, desarrolla un cuadro fóbico en el que aparecen las conductas de evitación y ansiedad anticipatoria.

Existe la fobia a tragar por miedo a asfixiarse y morir, sus formas clínicas van desde la incapacidad de deglutir líquidos hasta sólidos compactos o ambos a la vez. Cuando afecta a los líquidos y sólidos, los pacientes no aceptan ningún tipo de alimentación oral (Jarne y Talarn; 2000).

2.8.4 Trastornos alimentarios y trastorno obsesivo-compulsivo.

En el trastorno obsesivo-compulsivo se puede observar en algunas ocasiones una forma de alimentación particularmente lenta, en la cual se escogen los alimentos con una especial meticulosidad, a lo cual añaden a veces la duda y la compulsión. Por otro lado, las ideas de contaminación y suciedad pueden modificar de forma importante los hábitos alimentarios (Jarne y Talarn; 2000).

2.8.5. Trastornos alimentarios y depresión.

Jarne y Talarn (2000) hacen mención de que los trastornos de la alimentación por exceso o por defecto, resultan un fenómeno habitual en la totalidad de los

trastornos afectivos, sean cuales sean sus formas clínicas. En la mayoría de los casos se observa que en los pacientes depresivos existe una disminución de la ingesta, con o sin repercusión ponderal, pero a veces se evidencia una ingesta excesiva.

Los trastornos alimentarios se pueden presentar en las depresiones melancólicas delirantes; estos pacientes presentan una ideación delirante de ruina, no comen porque, a decir de ellos, su precaria situación económica se los impide; en los delirios nihilistas los enfermos tampoco comen porque piensan que no vale la pena, ya que igualmente morirán.

Estos mismos autores mencionan el caso especial llamado el Síndrome de Cotard, que se refiere a que se mezclan la ideación delirante nihilista y la hipocondría, ante lo cual los pacientes verbalizan que están vacíos o tienen todos los órganos internos podridos, lo que es un motivo más que suficiente para no comer. Respecto al delirio hipocondriaco, si este se encuentra centrado en el aparato digestivo, los pacientes tienden a tener una negativa de la ingesta alimentaria por convencimiento delirante de que morirán o que sus órganos se enfermarán con la ingesta de comida.

En las depresiones menores y reactivas el cuadro sintomático no es tan tenso como en las melancolías, ni aparece al inicio de la enfermedad, su presencia se relaciona temporalmente con los niveles de tristeza más altos del paciente, lo cual corresponde a la fase aguda del trastorno.

2.8.6. Trastornos alimentarios y ansiedad.

No existe algún trastorno alimentario que sea específico y se encuentre asociado al síndrome ansioso; se pueden observar alteraciones ya sea por defecto o por exceso.

En el trastorno ansioso de presentación aguda, suele cursar con pérdida del 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.

En otros casos, cuando el paciente ha vinculado ingestas fuera de las horas habituales con un efecto beneficioso sobre su ansiedad, con el tiempo se establecen hábitos alimentarios incorrectos, ya que adquiere un funcionamiento autónomo y pierde, si alguna vez lo tuvo, su capacidad para calmar la ansiedad, lo cual da paso a un mecanismo para satisfacer un apetito anómalo (Jarne y Talarn; 2000).

2.9. Tratamiento de los trastornos alimenticios.

El tratamiento de la anorexia nerviosa tiene una forma multimodal con un programa de intervención que incluye peso, figura y cognición (Rausch; 1997). Para esto existen diversos tipos de tratamiento, que son:

- Ambulatorio: “cada día de vida es una oportunidad para expandir la experiencia y crecer, y el pensamos que sea posible, esto se debe realizar en el medio natural. Del mismo modo suelen ser los miembros de la familia quienes más cerca están y mayor interés tienen por la recuperación del paciente” (Rausch; 1997: 78).
- Hospitalario: consiste en internar al paciente en una clínica especial para trastornos alimentarios, en donde se rehabilita del padecimiento que está presentando bajo supervisiones médicas y de especialistas las 24 horas del día.
- Recuperación ponderal: que el paciente recupere el peso apropiado para su constitución ósea.
- Tratamiento dietético: se le proporciona al paciente una serie de alimentos que debe ingerir durante determinado lapso de tiempo, para acostumbrar de nuevo al organismo a la adecuada ingesta de alimentos.
- Tratamiento psicológico: se refiere a terapias individuales con el paciente, el terapeuta lleva un seguimiento de caso y lo apoya a recuperarse del trastorno alimentario que esté presentando.
- Tratamiento farmacológico: se han observado efectos colaterales, por lo que se ha limitado el uso de fármacos en el tratamiento de la anorexia nerviosa.
- Terapia familiar: es de suma importancia este tipo de terapia dentro de la anorexia nerviosa, ya que la familia es considerada como un sistema biopsicosocial, y el funcionamiento de esta puede evaluarse en la relación de

los miembros y en el cumplimiento de metas en común, la cuales se lograrán por la misma interacción que exista entre ellos.

Rausch (2007) menciona que las indicaciones para la hospitalización incluyen que el paciente presente complicaciones físicas, pérdida de peso, complicaciones psíquicas, crisis de las relaciones familiares, deficiente respuesta al tratamiento ambulatorio o al tratamiento de día en hospitales.

En el tratamiento de la bulimia nerviosa los objetivos terapéuticos son: restablecer pautas nutricionales normales, recuperación física, normalización del estado mental, restablecer relaciones familiares adecuadas y corregir las pautas de interacción social alteradas (Rausch; 1997).

Al igual que en el tratamiento de la anorexia nerviosa, Rausch (1997) menciona que la terapia familiar es esencial, ya que el paciente debe restablecer relaciones familiares adecuadas, para ello, debe aumentar la participación y la comunicación, así como restablecer pautas y roles. Además, la terapia familiar marca los patrones de interacción actuales que resultan esenciales para determinar la posibilidad de lograr las metas de la familia.

El modelo cognitivo-conductual relaciona el pensamiento, emoción y comportamiento manifiesto; el tratamiento consiste en hacer que el paciente examine la validez de sus creencias en el presente. Los procesos cognitivos en estos pacientes son: la abstracción selectiva, sobregeneralización, magnificación, pensamiento dicotómico, personalización y pensamiento supersticioso, los cuales son examinados,

definidos y luego cada uno es sistemáticamente cuestionado a fin de modificar los pensamientos y supuestos automáticos (Rausch; 1996).

De esta manera se da por concluido el capítulo dedicado a la variable de los trastornos alimentarios y, con ello, el marco teórico de la presente tesis. En el siguiente capítulo se expondrán los asuntos concernientes a la estructura metodológica y la recolección de datos.

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

El presente capítulo está organizado en dos partes. En la primera se hablará acerca de la metodología que se utilizó dentro de esta investigación, es decir, el encuadre metodológico, el cual incluye las características de la estrategia de investigación que permite alcanzar el objetivo general del estudio. En la segunda parte se expondrán los resultados obtenidos de la investigación de campo, asimismo, se presentará el análisis y la interpretación de tal información obtenida tras dicha tarea.

3.1 Descripción metodológica.

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

3.1.1 Enfoque.

El enfoque empleado en este estudio es el cuantitativo, que representa un conjunto de procesos, es secuencial y probatorio. Las características que posee este enfoque son, entre otras, las siguientes:

- El investigador plantea un problema de estudio delimitado y concreto.

- Una vez planteado el problema de estudio el científico considera la revisión de la literatura y construye un marco teórico del cual deriva una o varias hipótesis y las somete a prueba mediante el empleo de los diseños de investigación; si los resultados corroboran las hipótesis o son congruentes, se aporta evidencia, si se refutan se descartan en busca de mejores explicaciones y nuevas hipótesis.
- En la recolección de datos se miden las variables o conceptos contenidos en las hipótesis, se lleva a cabo al utilizar procedimientos estandarizados y aceptados por una comunidad científica.
- Debido a que los datos son producto de mediciones, se representan mediante números y se deben analizar a través de métodos estadísticos.
- La investigación cuantitativa debe ser lo más objetiva posible, los fenómenos que se observan y/o miden no deben ser afectados por el investigador.
- En el proceso se busca el máximo control para lograr que otras explicaciones posibles distintas a la hipótesis, sean desechadas, de modo que se excluya la incertidumbre y minimice el error.
- Los estudios cuantitativos siguen un patrón predecible y estructurado, se debe tener presente que las decisiones críticas se efectúan antes de recolectar los datos.
- En los estudios cuantitativos se intenta explicar y predecir los fenómenos investigados, buscando regularidades y relaciones causales entre elementos, esto significa que la meta principal es la construcción y demostración de teorías.
- La investigación cuantitativa pretende identificar leyes universales y causales (Bergman, referido por Hernández y cols.; 2010).

3.1.2 Investigación no experimental.

La investigación no experimental se define como la que se realiza sin manipular deliberadamente variables, es decir, se trata de estudios donde no se hace fluctuar en forma intencional las variables independientes para ver su efecto sobre otras; lo que se hace en las investigaciones no experimentales es observar fenómenos tal como se dan en su contexto natural, para posteriormente analizarlos (Hernández y cols.; 2010: 149).

Esta investigación no crea ninguna situación, por el contrario, observa las que ya existen, que no son provocadas intencionalmente por el investigador, aquí las variables independientes ocurren y no pueden ser manipuladas. Por lo anterior, se deduce que la presente investigación se llevó a cabo de forma no experimental.

3.1.3 Diseño transversal.

El tipo de diseño transversal consiste en “recolectar datos en un solo momento, en tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado” (Hernández y cols.; 2010:151).

En esta investigación se utilizó el diseño transversal porque la investigación estuvo centrada en analizar cuál es el nivel o estado de una de las variables en un momento dado; en este sentido, en la secundaria y preparatoria Instituto

Latinoamericano se ha observado que los fenómenos del estrés y los trastornos alimentarios se han estado presentando en los jóvenes en la actualidad, es por ello que se realizó esta investigación.

3.1.4 Alcance correlacional.

El propósito del diseño correlacional es evaluar la relación que existe entre dos o más variables. Hay ocasiones en que solo se analiza la relación entre dos variables, pero con frecuencia se ubica en el estudio relaciones entre tres, cuatro o más atributos.

Los estudios correlacionales evalúan el grado de relación entre esas dos más variable, es decir, miden cada variable presuntamente relacionada y después analizan la correlación (Hernández y cols.; 2010). Los autores citados expresan que la utilidad del estudio correlacional es saber cómo se puede comportar una variable, si se conoce el comportamiento de otras que se encuentren relacionadas.

La correlación puede ser positiva o negativa. En el primer caso significa que los alumnos con valores altos en una variable tenderán a mostrar valores elevados en la otra. La correlación negativa hace referencia a que sujetos con valores elevados en una variable tenderán a mostrar valores bajos en la otra.

3.1.5 Técnicas de recolección de datos.

Las técnicas de recolección de datos implementadas en esta investigación fueron herramientas estandarizadas, las cuales son desarrolladas por especialistas en la investigación y utilizadas para medir un gran número de variables. “Estas pruebas

tienen su propio procedimiento de aplicación, codificación e interpretación, y se encuentran disponibles en diversas fuentes secundarias y terciarias, así como en centros de investigación y difusión del conocimiento” (Hernández y cols.; 2010: 322).

Estos autores mencionan que algunas de las ventajas de las técnicas estandarizadas radican en que ya tienen estudios estadísticos que prueban su confiabilidad y validez, lo que es un requisito indispensable para la validación del proceso de investigación.

Para la medición de la variable estrés, se utilizó el test psicométrico llamado Escala de Ansiedad Manifiesta en niños, Revisada (CMAS-R), diseñada por Reynolds y Richmond (1997).

La CMAS-R, subtitulada “Lo que pienso y siento”, es un instrumento de autoinforme que consta de 37 reactivos, fue diseñado para valorar el nivel y naturaleza de la ansiedad en niños de 16 a 19 años de edad; este instrumento puede aplicarse ya sea de manera individual o colectiva. La elección de tal instrumento se hizo en función de que la ansiedad es uno de los principales indicadores emocionales del estrés.

El test brinda la puntuación de ansiedad total, el cual se divide en cuatro subescalas, las cuales son:

1. Ansiedad fisiológica.

2. Inquietud/hipersensibilidad.
3. Preocupaciones sociales/concentración.
4. De mentira.

Los datos psicométricos necesarios para esta investigación incluyen el índice de confiabilidad, que es de 0.80 calculado mediante la prueba alfa de Cronbach. Para lograr la validez se utilizaron varios procedimientos: de contenido, de criterio, concurrente y de constructo.

Asimismo, para la medición de la variable trastornos alimentarios se utilizó el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2) del autor David M. Gardner (1998). Esta prueba se encuentra estandarizada para niños y niñas a partir de los once años, hay un baremo en el cual las edades se encuentran definidas entre los once y los dieciocho años.

Esta prueba mencionada se encuentra compuesta de once escalas, las cuales son siguientes: obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva, miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad e inseguridad social.

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

Conforme a la estandarización, se han realizado varios procesos en la normalización con personas que padecen de bulimia y anorexia, así como en personas que no presentan dichos trastornos. En este estudio se utiliza el baremo obtenido en la aplicación a hombres y mujeres adolescentes sin trastornos de conducta alimentaria. La prueba presente se ha estandarizado en Estados Unidos y España.

En el siguiente apartado se indica la descripción de la población sobre la cual se realizó la recolección de datos.

3.2. Delimitación y descripción de población.

La población según Selltiz, “es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones” (referido por Hernández y cols.; 2010: 174).

En la presente investigación, la población a estudiar son los estudiantes de la secundaria y preparatoria Instituto Latinoamericano, ubicada en la ciudad de Uruapan Michoacán, con turno matutino, la cual consta de un total de 104 alumnos, de los cuales hay 53 hombres y 51 mujeres, cuyas edades oscilan entre los 12 y los 19 años, con un nivel socioeconómico medio.

Es importante mencionar que, en vista del número de sujetos de estudio, la investigadora no tuvo la necesidad de emplear ningún tipo de muestreo, sino que se recopilaron los datos de toda la población.

3.3 Descripción del proceso de investigación.

A principios de abril de 2013, se acudió con el director de la secundaria y preparatoria Instituto Latinoamericano para explicar el motivo de realizar la investigación en dicho centro, y la inquietud sobre los temas expuestos en la presente tesis para utilizar esa población, por lo cual se le explicó de manera clara y concisa el procedimiento que se realizaría, a lo cual el director accedió de manera inmediata. El 17 de abril se designó para la aplicación de pruebas a los estudiantes de secundaria y preparatoria.

Primeramente se inició con la aplicación individual de la prueba “Lo que pienso y siento” (CMAS-R) de Reynolds y Richmond (1997), con una duración de 20 minutos por cada grupo al que se le aplicó la prueba. Asimismo, en ese mismo momento se les aplicó la segunda prueba, el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria EDI-2 de Gardner (1998), con una duración de 30 minutos por grupo.

Obtenidos los datos de la población de 104 alumnos, se comenzó a realizar la calificación de los tests de cada sujeto, los cuales fueron vaciados después a una tabla de datos 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 y varianza de factores comunes). Después se elaboraron las gráficas correspondientes a los datos, lo que ayudó a la interpretación y corroboración de la hipótesis.

3.4 Análisis e interpretación de resultados

En este apartado se presentan los resultados obtenidos en la investigación empírica y teórica, con el fin de llegar a la corroboración de alguna de las hipótesis planteadas.

Los datos serán presentados en el propio orden de las variables: en primer lugar, los relacionados con la variable estrés; en segundo término, los relacionados con la variable trastornos alimentarios; para finalizar, la información que concierne a la correlación existente entre ambas.

3.4.1 Nivel de estrés que presentan los alumnos del Instituto Latinoamericano

De acuerdo con lo señalado por Lazarus y Lazarus (2000) el estrés es en el término para definir una exigencia del entorno sobre un sistema biológico, social o psicológico. Con este mismo enfoque, el campo de la salud adoptó al estrés como una presión que ocasiona alteraciones en el funcionamiento mental y físico de cada individuo que está sujeto a él.

Actualmente se define 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).

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. La media es la suma de un conjunto de datos, dividida entre 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 de cual cae un número igual de medidas. Este valor fue de 77.

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 64.

También se obtuvo el valor de una medida de dispersión: 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 22.

Adicionalmente, se obtuvo el puntaje de la subescala de ansiedad fisiológica, de la cual se cuantificó una media de 73, una mediana de 80 y una moda representativa de 99. La desviación estándar fue de 22.

Asimismo, en la escala de inquietud/hipersensibilidad se encontró una media de 66, una mediana 74 y una moda de 76. La desviación estándar fue de 23.

Por último, en la escala de preocupaciones sociales/concentración se obtuvo una media de 60, una mediana de 67 y una moda de 86. 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, se puede interpretar que los puntajes se encuentran en general en niveles altos en cuanto a la ansiedad; asimismo, se observa por la desviación estándar, que los datos son heterogéneos, es decir, hay cierta dispersión entre ellos.

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

En la escala de ansiedad total, el 58% de los sujetos se ubican por arriba del percentil 70; en la subescala de ansiedad fisiológica, el porcentaje de sujetos es de 58%; mientras que en la subescala de inquietud/hipersensibilidad es de 54%; en el caso de la subescala preocupaciones sociales/concentración, es de 42%. Estos resultados se aprecian de manera gráfica en el anexo 2.

Los resultados mencionados anteriormente muestran que hay numerosos casos con niveles altos de estrés, lo que implica la necesidad de implementar alguna intervención para abordar este problema por parte de la institución.

3.4.2 Nivel que presentan los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios.

Los trastornos alimentarios se caracterizan por ciertas alteraciones importantes en la conducta alimentaria, dos de ellos son la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, cuya característica distintiva es la alteración de la propia percepción del peso y forma corporal (APA; 2002).

Actualmente una de las definiciones más aceptadas de estos términos es la de la APA (2002), que define la anorexia como uno de los trastornos alimenticios más frecuentes, la cual se manifiesta por cambios fisiológicos, conductuales y psicológicos, se caracteriza principalmente por un miedo enfermizo a la gordura o a subir de peso, además de una búsqueda constante de lograr adelgazar en extremo.

En la bulimia también se manifiesta miedo intenso a subir de peso, sin embargo, esta se caracteriza por episodios recurrentes de voracidad, seguidos por conductas compensatorias inapropiadas como el vómito provocado, el abuso de fármacos, laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo. La característica esencial de la bulimia es la alteración de la forma y el peso corporales.

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 53, una mediana de 49, una moda de 32 y una desviación estándar de 25.
- Asimismo, en la escala de bulimia se logró una media de 56, una mediana de 47, una moda de 41 y una desviación estándar de 22.
- En la escala de insatisfacción corporal se cuantificó una media de 62, una mediana de 63, una moda de 56 y una desviación estándar de 23.
- Adicionalmente, en la escala de ineficacia se determinó una media de 49, una mediana de 44, una moda de 32 y una desviación estándar de 21.
- Por otra parte, en la escala de perfeccionismo se estableció una media de 63, una mediana de 73, una moda de 91 y una desviación estándar de 30.
- Seguidamente, en la escala relativa a la desconfianza interpersonal se identificó una media de 67, una mediana de 73, una moda de 52 y una desviación estándar de 23.
- En la escala de conciencia introceptiva se obtuvo una media de 51, una mediana de 51, una moda de 39 y una desviación estándar de 28.
- Por otra parte, en la escala de miedo a la madurez se calculó una media de 76, una mediana de 84, una moda de 89 y una desviación estándar de 23.
- Asimismo, en la escala de ascetismo se cuantificó una media de 54, una mediana de 51, una moda de 40 y una desviación estándar de 29.

- Mientras tanto, en la escala de impulsividad se determinó una media de 52, una mediana de 47, una moda de 14 y una desviación estándar de 29.
- Finalmente, en la escala de inseguridad social se determinó una media de 73, una mediana de 78, una moda de 70 y una desviación estándar de 20.

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

Además de presentar los datos de las medidas de tendencia central y desviación estándar, 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 ubicarán 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 29% de sujetos se encuentra por arriba del percentil 70; en la escala de bulimia, el porcentaje fue de 28%; en la de insatisfacción corporal, el 42%; en la de ineficacia, el 22%; en la de perfeccionismo, el 50%; en la que respecta a la desconfianza interpersonal, 56%; en la de conciencia introceptiva, 26%; respecto a la de miedo a la madurez, 69%; en la de ascetismo, 33%; en la de impulsividad, 40%; finalmente, en la escala de inseguridad social, el 65%. Estos datos se pueden observar gráficamente en el anexo 4.

En función de los datos anteriores, se observa que en las áreas donde hay más casos preocupantes o de alerta es en las escalas de perfeccionismo, desconfianza interpersonal, miedo a la madurez e inseguridad social.

Se puede afirmar entonces que los indicadores de trastornos alimentarios del Instituto Latinoamericano, se encuentran por lo general en un nivel ligeramente elevado; resulta preocupante sobre todo 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 indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios.

Diversos autores han afirmado la relación que se da entre los trastornos alimentarios y el estrés. Selye (mencionado por Sánchez; 2007), observó que la mayoría de sus pacientes, a pesar de las distintas enfermedades que padecían, tenían síntomas en común como: cansancio, pérdida del apetito, baja de peso, astenia, entre otros. Este investigador lo denominó como síndrome de estar enfermo.

Hay además un estudio realizado en República de Chile por Behar y Valdés (2009), con el fin de correlacionar estrés y sintomatología alimentaria con las distintas variables. Se enfatiza la importancia de eventos vitales estresantes en los trastornos de la conducta alimentaria, específicamente la dinámica familiar para la focalización de medidas preventivas primarias.

Por otra parte, la ansiedad social vinculada al físico se expresa con altos índices de insatisfacción corporal y preocupación excesiva en relación con los atributos del cuerpo y peso corporal (Kirszman y Salgueiro; 2002).

En la investigación realizada en la escuela secundaria y preparatoria Instituto Latinoamericano, se encontraron los siguientes resultados:

Entre el nivel de estrés y la escala de obsesión por la delgadez existe un coeficiente de correlación de 0.22, esto significa que entre dichas variables existe una correlación positiva débil de acuerdo con la clasificación de correlación que proponen 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, la cual, expresada mediante un porcentaje, indica el grado en que las variables se encuentran correlacionadas; para obtener esta varianza solo se eleva al cuadrado el coeficiente de correlación obtenido mediante la "r" de Pearson. El resultado de la varianza fue de 0.05, o sea, el 5%, lo cual permite señalar que entre la escala de estrés y obsesión por la delgadez no hay relación significativa.

Cabe señalar que una relación se considera estadísticamente significativa a partir del 10%, según la perspectiva de Hernández y cols. (2010).

Por otra parte, entre el nivel de estrés y la escala de bulimia existe un coeficiente de correlación de -0.05 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto implica que entre dichos atributos no hay correlación, lo cual se confirma al calcular la varianza de factores comunes, la cual dio por resultado 0.00, es decir, sin correlación entre estas variables.

Asimismo, entre la escala de insatisfacción corporal y el nivel de estrés se encontró una correlación de 0.28, este dato significa que entre tales atributos existe una correlación positiva débil, lo cual se corrobora al calcular la varianza de factores comunes, la cual dio por resultado 0.08, es decir que existe una relación solo de 8%.

Por otra parte, entre la escala de Ineficacia y el nivel de estrés se encontró una correlación de 0.37, lo que denota que entre tales variables existe una correlación positiva media. En convergencia con ello, al calcular la varianza de factores comunes, dio como resultado 0.14, es decir que existe una relación de 14%.

Entre la escala de perfeccionismo y el nivel de estrés se encontró una correlación de -0.01, este índice permite aseverar que entre el estrés y la escala de perfeccionismo no hay correlación. Lo anterior se confirma al calcular la varianza de factores comunes, la cual dio por resultado 0.00, es decir, sin correlación entre estas variables.

Asimismo, entre la escala de desconfianza personal y el nivel de estrés se encontró una correlación de 0.15, por ende, entre las variables en cuestión existe una

correlación positiva débil; derivado de ello, al calcular la varianza de factores comunes, dio por resultado 0.02, que equivale al 2%, es decir, prácticamente sin correlación entre estas variables.

Por su parte, en la escala de conciencia introceptiva y el nivel de estrés se encontró una correlación de 0.15, lo que significa que entre estas características existe una correlación positiva débil. Esto se confirma al calcular la varianza, la cual dio por resultado 0.02, es decir, al igual que en el caso anterior, no existe correlación entre las variables.

Entre la escala de miedo a la madurez y el nivel de estrés se encontró una correlación de -0.18, lo que quiere decir que entre el nivel de estrés y esta escala existe una correlación negativa débil. Esto se confirma al calcular la varianza, la cual dio por resultado 0.03, o 3%, es decir, no hay correlación entre las variables presentadas.

Respecto a la escala de ascetismo y el nivel de estrés se encontró una correlación de 0.15, este índice denota que entre el nivel de estrés y dicha escala existe una correlación positiva débil. Es consecuencia, al calcular la varianza, dio por resultado 0.02, es decir, que no existe correlación entre estas variables.

Asimismo, entre la escala de impulsividad y el nivel de estrés se encontró una correlación de 0.08, lo que significa que entre estas variables no hay correlación. Esto se confirma al calcular la varianza, la cual dio por resultado 0.01, es decir, que no hay correlación entre estas variables.

Finalmente, entre la escala de inseguridad social y el nivel de estrés se encontró una correlación de 0.31, lo cual permite afirmar que entre estos atributos existe una correlación positiva débil. Esto se corrobora al calcular la varianza, la cual fue de 0.09, o 9%, es decir, no hay correlación significativa entre estas variables.

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 la escala de ineficacia. En contraparte, no se encontró una relación significativa entre el nivel de estrés y las escalas de obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva, miedo a la madurez, impulsividad, inseguridad social y ascetismo.

En función de los resultados presentados que confirma la hipótesis de trabajo, la cual afirma que existe relación significativa entre el nivel de estrés y los trastornos alimentarios, en adolescentes de la escuela secundaria y preparatoria Instituto Latinoamericano, solo para la escala de Ineficacia; en cambio, se confirma la hipótesis nula para el resto de las escalas.

CONCLUSIONES

Como conclusiones 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 de estudio, 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 a la segunda variable de la presente indagación, es decir, a los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios, fueron logrados en el capítulo número dos, en el cual 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 empírico, que plantea medir el nivel de estrés en los adolescentes del Instituto Latinoamericano, se alcanzó con la administración del test psicométrico denominado CMAS-R, a la población 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 población mencionada.

La consecución del objetivo general del estudio, el cual plantea establecer la relación existente entre los factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios y el nivel de estrés en los estudiantes de secundaria y preparatoria del Instituto Latinoamericano, 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 (40% 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 cuatro de las once escalas; por el contrario, en la que hubo un porcentaje más bajo es en la de ineficacia.

Finalmente, se concluye que el indicador psicológico de los trastornos alimentarios más fuertemente relacionado con el estrés, es la ineficacia.

En función de los resultados obtenidos, es necesario considerar por parte de la institución, la conveniencia 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.
- Belloch, Amparo; Sandín, Bonifacio; Ramos, Francisco. (1995)
Manual de psicopatología.
Editorial McGraw-Hill. España.
- 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, S.L. 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 Learning. 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

Rausch Herscovici, Cecile. (1996)
La esclavitud de las dietas.
Editorial Paidós. Argentina.

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.

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>

Behar A., Rosa; Valdés W., Claudia. (2009)

“Estrés y trastornos de la conducta alimentaria”.

Revista Chilena de Neuro-psiquiatría.

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272009000300002

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)

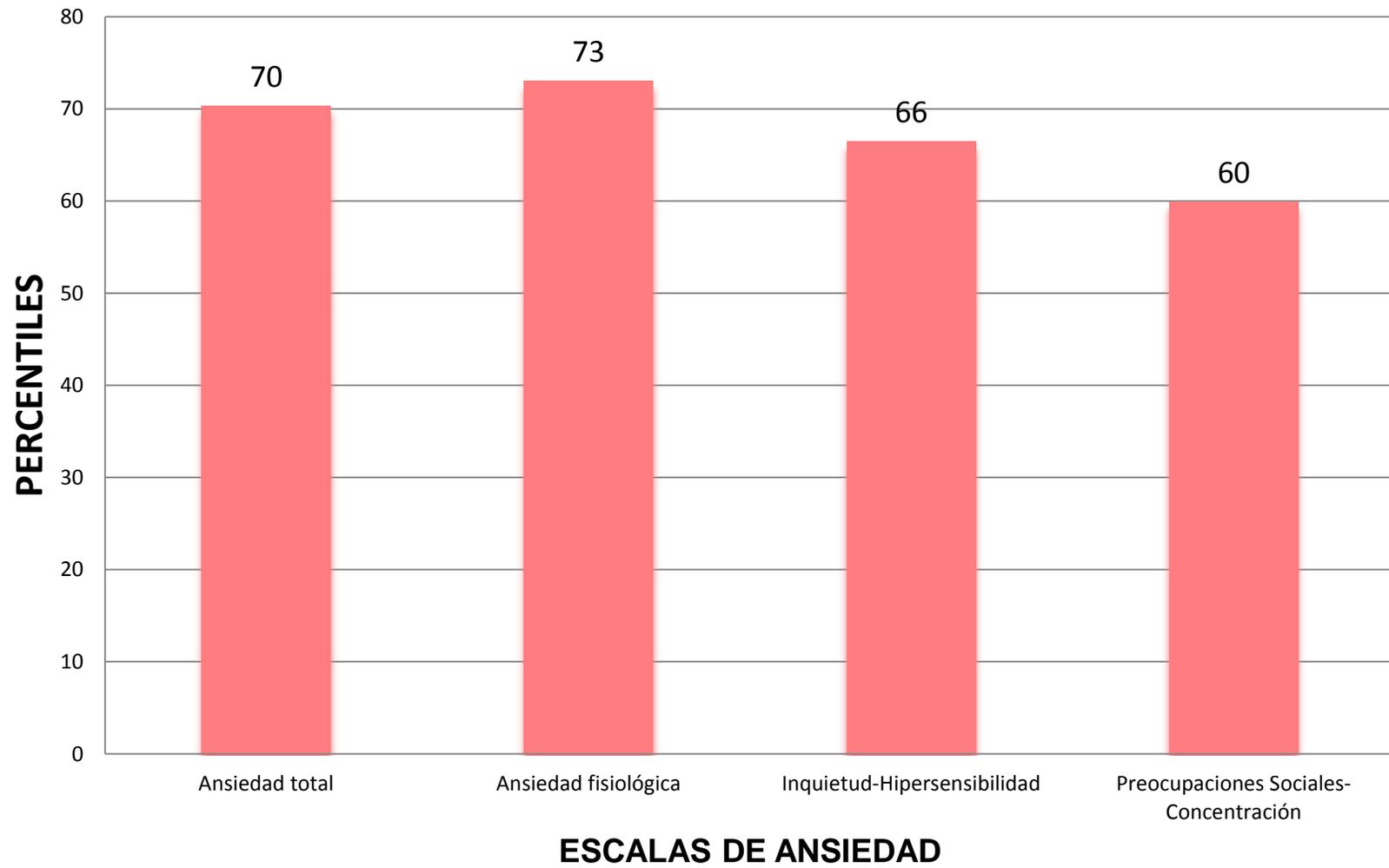
“Evaluación de la relación entre el rendimiento académico y el estrés en estudiantes de medicina”.

Universidad de Manizales, Colombia

<http://revistas.unab.edu.co/index.php?journal=medunab&page=article&op=viewArticle&path%5B%5D=135>

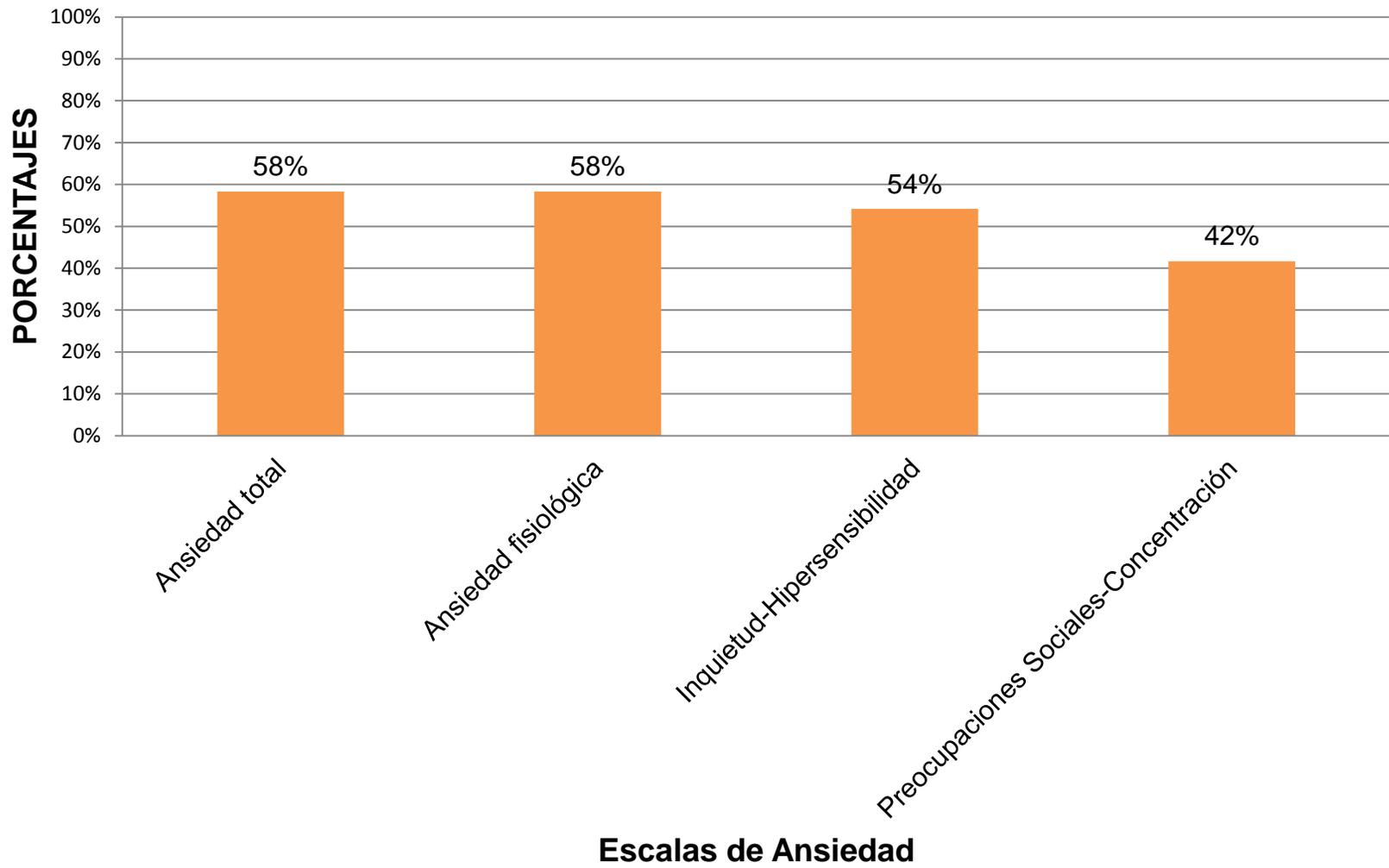
ANEXO 1

Media aritmética de las escalas de ansiedad



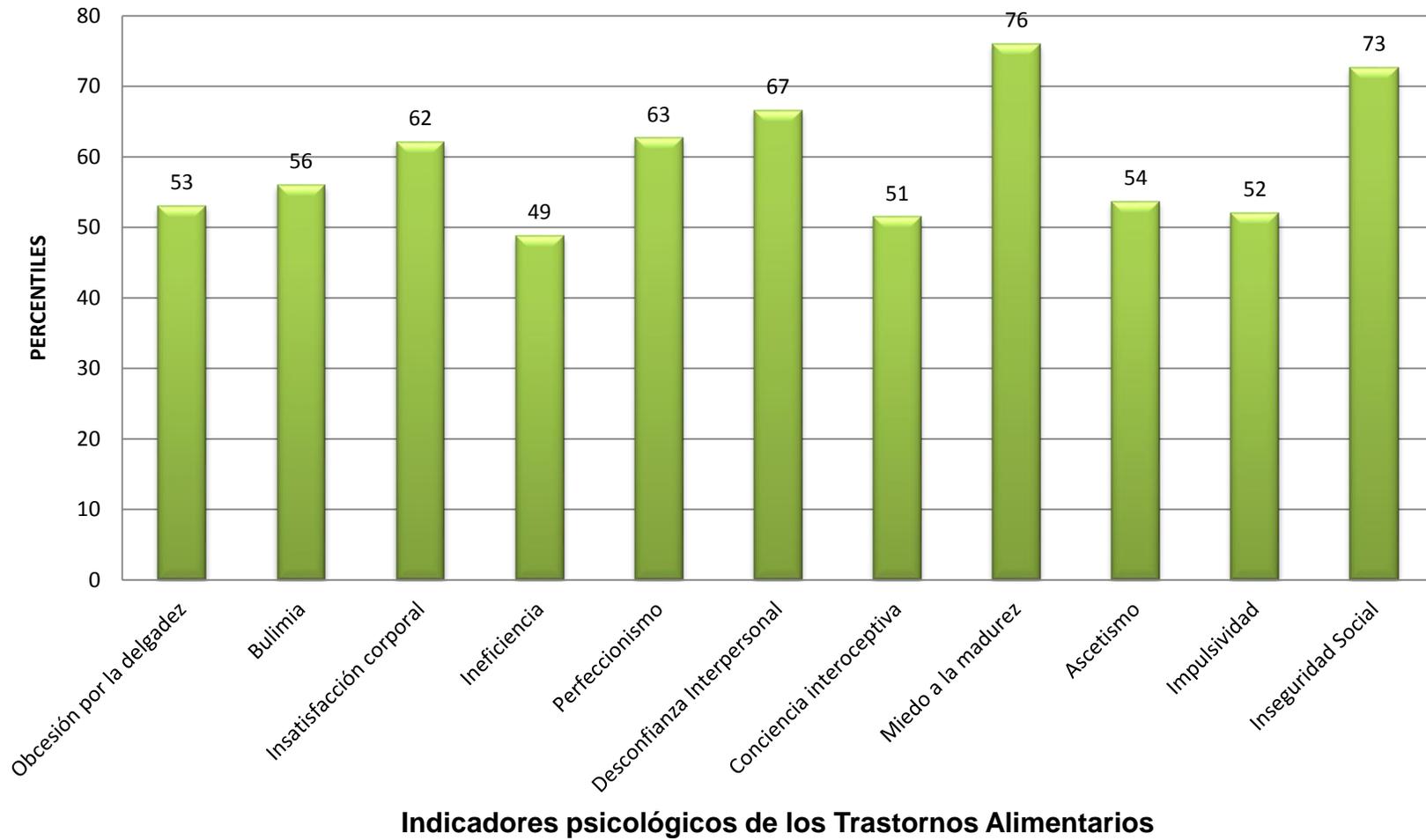
ANEXO 2

Porcentaje de sujetos con puntajes altos de estrés

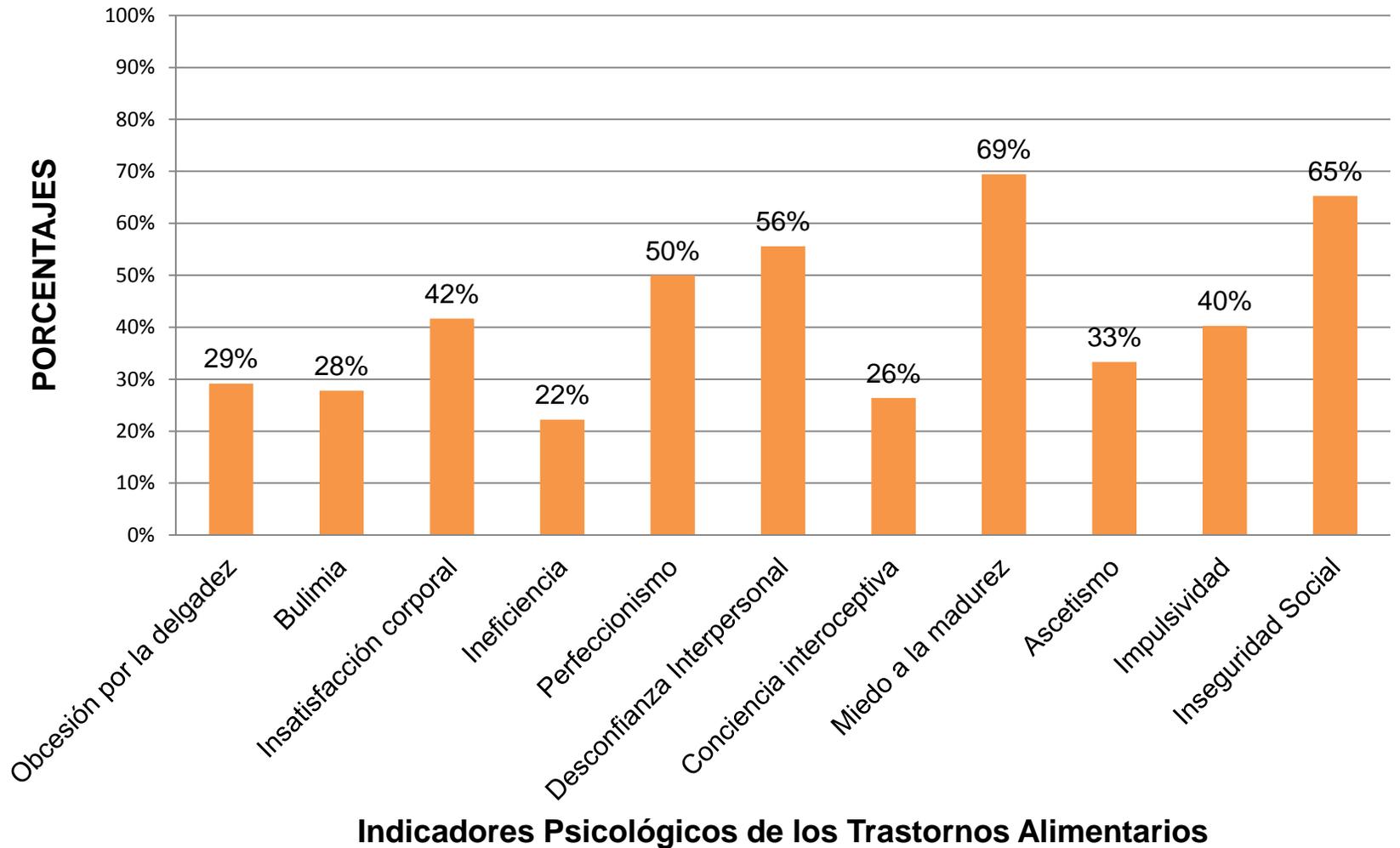


ANEXO 3

Media aritmética de las escalas de indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios



ANEXO 4
Porcentaje de 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

