



UNIVERSIDAD DON VASCO, A.C.

INCORPORACIÓN NO. 8727-25 A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA DE PSICOLOGÍA

*EL ESTRÉS Y SU RELACIÓN CON LOS TRASTORNOS
ALIMENTICIOS EN ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE
PSICOLOGÍA*

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

Licenciado en Psicología

Ismael Pérez Morfín

Asesor: Lic. Héctor Raúl Zalapa Ríos.

Uruapan, Michoacán, a 30 de abril de 2013.



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

DEDICATORIA

A mi Abuelo Luis Pérez Arroyo fuente de inspiración y fortaleza y a pesar que dejó de existir en este mundo terrenal sigue viviendo en mi corazón, solo Dios sabe porque hace las cosas y considero en bien encontrarte algún día en los últimos tiempos.

AGRADECIMIENTOS

Al ser que me permitió que todo esto fuera posible: Dios padre.

Al ser más maravilloso de este mundo mi madre Ofelia Morfin Rodríguez, para quien no fue suficiente darme la vida, sino darme su tiempo, apoyo y amor incondicional.

A mi padre Luis Pérez Sosa, que me permitió llegar hasta este momento de éxito, su disciplina y carácter, presentes en cada una de mis batallas.

A mis Abuelas Marina Sosa e Hilda Rodríguez, personas importante en mi formación, en el sentido humano y religioso.

A mis Tíos Ricardo Pérez, Alejandra Pérez, Claudia Pérez, Roció Pérez, Ángela Pérez, Juan Silva, Benjamín Morfin, Isac Morfin, Miguel Morfin, Yolanda Morfin, a todos ellos por su apoyo sobre todo en los momentos más difíciles de mi carrera.

A mis hermanos María Luisa Pérez, Saúl Pérez y Verónica Pérez, por tolerarme en las noches de desvelo, por permitirme ser punta de lanza para abrir el camino del éxito profesional.

A mis amigos y maestros que gracias a sus enseñanzas pude culminar en bien con mis estudios: Sergio A. Anaya, José Hurtado, Francisco Rafael, Carlos Tzinzun, Mtro. Francisco Ávila, Mtro. José de Jesús González, Mtro. Héctor Raúl Zalapa, Mtro. Carlos Minchaca, Mtro. Rubén Hernández, Mtra. Perla Uribe, Mtra. Gisela Mayanín Tafolla, Mtra. Mónica Jiménez, Mtro. Marcos A. Hernández, entre otros.

ÍNDICE

Introducción.

Antecedentes	1
Planteamiento del problema	5
Objetivos	
Hipótesis	8
Justificación	9
Marco de referencia	10

Capítulo 1. El estrés.

1.1. Antecedentes históricos del estrés	13
1.2. Tres enfoques teóricos del estrés	15
1.2.1. Estrés como estímulo	16
1.2.2. Estrés como respuesta	17
1.2.3. Estrés como relación persona-entorno (enfoque interaccionista)	18
1.2.3.1. El concepto integrador de estrés	20
1.3. Los estresores	21
1.3.1. Estresores psicosociales: cambios mayores, menores y cotidianos.	22
1.3.2. Estresores biogénéticos	25
1.3.3. Estresores en el ámbito académico	27
1.4. Procesos del pensamiento que propician el estrés	29
1.5. Los moduladores del estrés	30
1.5.1. El control percibido	30

1.5.2. El apoyo social	31
1.5.3. El tipo de personalidad: A/B	31
1.5.3.1. Personalidad tipo A y problemas cardiacos	32
1.6. Los efectos negativos del estrés	33

Capítulo 2. Trastornos de la alimentación.

2.1. Antecedentes históricos de la alimentación	35
2.2. Definición y características clínicas de los trastornos alimenticios	37
2.2.1. Anorexia nerviosa	37
2.2.2. Bulimia nerviosa	39
2.2.3. Obesidad	41
2.2.4. Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas	41
2.2.5. Vómitos en otras alteraciones psicológicas	42
2.2.6. Trastornos por atracón	42
2.2.7. Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia	43
2.3. Esfera oroalimenticia en el infante	44
2.3.1. Organización oroalimenticia	44
2.3.2. Alteraciones en la esfera oroalimenticia	46
2.4. Perfil de la persona con trastornos e alimentación	47
2.5. Causas del trastorno alimenticio	49
2.5.1. Factores predisponentes individuales	49
2.5.2. Factores predisponentes familiares	54
2.5.3. Factores socioculturales	56
2.6. Percepción del cuerpo en el trastorno alimenticio	58

2.7. Factores que mantienen los trastornos alimenticios	60
2.8. Trastornos mentales asociados a los trastornos alimenticios	61
2.8.1. Trastornos alimenticios y depresión	62
2.8.2. Trastornos alimenticios y ansiedad	63
2.9. Tratamiento de los trastornos alimenticios	64

Capítulo 3. Metodología, análisis e interpretación de resultados.

3.1. Descripción metodológica	71
3.1.1. Enfoque cuantitativo	71
3.1.2. Investigación no experimental	72
3.1.3. Diseño transversal	73
3.1.4. Alcance correlacional	74
3.1.5. Técnicas de recolección de datos	76
3.2. Población y muestra	81
3.2.1. Descripción de la población	81
3.2.2. Descripción del tipo de muestreo	82
3.3. Descripción del proceso de investigación	84
3.4. Análisis e interpretación de resultados	88
3.4.1. El estrés	88
3.4.2. Trastornos de la alimentación	93
3.4.3. Descripción de la correlación entre el estrés y los trastornos alimenticios.	97
Conclusiones	103
Bibliografía	106

Mesografía	109
Anexos	

INTRODUCCIÓN

Inicialmente, en esta investigación se muestra la información que se considera importante para conocer de manera global la problemática a indagar; con ello se delimitan específicamente los objetivos, las variables que se abordarán y los resultados esperados.

Antecedentes

En primer lugar, cabe destacar que los tiempos modernos y la vida cambiante han influido en el individuo al someterlo a un proceso de adaptabilidad que puede resultar estresante.

Es importante recordar que desde los tiempos de la antigüedad, el hombre ha tenido que enfrentarse a una serie de transformaciones ambientales; del mismo modo, ha necesitado herramientas que le protejan de los peligros que ponen en riesgo su vida, por ello no es de extrañarse que en la actualidad, la naturaleza del hombre incluya, como en la antigüedad, la necesidad de protegerse del ambiente estresor.

El término estrés se remonta a la década de 1930, cuando un joven de nombre Hans Selye, austriaco de 20 años de edad, estudiante de la Universidad de Medicina en Praga, observó que todos los enfermos que estudiaba, aunque no

tuvieran enfermedades similares, presentaban síntomas comunes y generales; más tarde, al superarse académicamente, realizó un Doctorado en Química Orgánica, mostrando mayor inquietud por seguir investigando y, luego de un experimento realizado con ratas de laboratorio, presencié el fenómeno que designó como “triada de la reacción de alarma” que más tarde denominó estrés.

De acuerdo con Selye (citado por Palmero y cols.; 2002), se considera estrés a una fuerza externa que al tener contacto excesivo con ella, produce un desgaste, una deformación, un estiramiento o destrucción del cuerpo.

Actualmente la Organización Mundial de la Salud conceptualiza al estrés como “el conjunto de reacciones fisiológicas que preparan al organismo para la acción” (citada por Palmero y cols.; 2002: 424).

Por otro lado, dentro de la medicina, en los años 1689, en Inglaterra, Richard Morton describe una enfermedad a la que llamó Phitisie Nerveuse (tisis nerviosa), con síntomas como falta de apetito, rechazo de alimento, ausencia de la menstruación en las mujeres, estreñimiento y niveles de delgadez anormales, presentes comúnmente en los casos de desnutrición grave.

Consecutivamente, se menciona que “la anorexia nerviosa es un trastorno del comer caracterizado por el rechazo a mantener el peso corporal por encima de un peso mínimo para su edad y talla” (López y cols.; s/f, en www.tallersur.com).

En el DSM-IV, se define a la anorexia como “el rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal” (citado por Ruiz y cols.; 2004: 13).

Un estudio efectuado por Caldera y cols. en el año 2007, que se titula “Los niveles de estrés y rendimiento académico en estudiantes de la Carrera de Psicología del Centro Universitario de Los Altos”, en Jalisco, México, tenía la intención de identificar los niveles de estrés de la población estudiantil y detectar las relaciones de estrés con rendimiento académico, grado escolar y género. En cuanto a la muestra, no fue considerada como tal, sino que se incluyó a los 115 alumnos inscritos. En lo que respecta al instrumento para la recolección de datos, se utilizó el Inventario de Estrés Académico (IEA); los resultados señalaron la no relación directa entre el nivel académico y el de estrés.

Otro estudio realizado por Hernández, en el año 2006, fue titulado “Las influencias familiar y social en la anorexia y la bulimia, el caso de Saltillo, México”, en el cual se pretendía identificar la incidencia de sintomatología de trastornos alimenticios en habitantes de la ciudad de Saltillo, así como el nivel de funcionalidad de las familias y la influencia social que los medios masivos de comunicación tienen en la aparición y fomento de la anorexia y bulimia. En dicho estudio se consideró una muestra de 100 estudiantes de primer grado de una preparatoria pública, con nivel socioeconómico medio- bajo y otros 100 estudiantes de una preparatoria privada, con nivel socioeconómico medio- alto. En esta investigación se aplicó un instrumento, en forma de escala Likert, diseñado por el autor. Entre los resultados se

destaca que uno de cada cuatro estudiantes padece síntomas relacionados con los trastornos alimenticios. Los factores que influyen en ellos, son: la presión de sus iguales y del sexo opuesto para ser aceptados; la autoimagen distorsionada que los lleva a percibirse gordos y factores familiares, como la apreciación de una madre central perfeccionista y un padre periférico, dificultan la comunicación interna; se encontró de igual manera, un lazo excesivo de lealtad y dependencia familiar.

Mientras tanto, Behar y Valdés en el año 2009, en Santiago de Chile, realizaron una investigación denominada “Estrés y Trastornos de la conducta alimentaria”, considerando 50 pacientes con perturbaciones alimentarias y 50 universitarias sin estas patologías. Para la indagación se utilizó el Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40), el Inventario de Desordenes Alimentarios (EDI) y el Cuestionario de la Silueta Corporal (BSQ). La investigación obtuvo que las pacientes presentaron mayores niveles de estrés acumulado durante el año previo al diagnóstico, principalmente conflictos familiares y cambios de hábitos. El estrés en pacientes se relacionó positivamente con el perfeccionismo y sensación de inutilidad, temor a madurar, conciencia introceptiva e insatisfacción corporal.

Del mismo modo, se encontró que Rangel, en el año 2011, en Uruapan Michoacán, realizó en el Instituto Juan de San Miguel A.C. en el nivel de secundaria, una investigación denominada “El estrés y su relación con los factores psicológicos asociados a los trastornos alimenticios en adolescentes”. La muestra poblacional presentaba adolescentes entre los 12 y 15 años de edad. Las herramientas para obtener resultados fueron el test psicológico CMAS-R y la prueba EDI-2. La

investigación presentó que la hipótesis nula fue corroborada, al darse cuenta que no existe una correlación significativa entre el estrés y las escalas de obsesión por delgadez; por otro lado, la hipótesis de trabajo se corroboró al encontrar correlación significativa entre el estrés y la escala de insatisfacción corporal.

Como se pudo observar, se han encontrado algunas investigaciones relacionadas con el proyecto de investigación, sin embargo, es necesario indagar más sobre estos temas, que aún son poco explorados, por lo que se pretenderá investigar en la Escuela de Psicología de la Universidad Don Vasco, A.C., de Uruapan, Michoacán, qué niveles de estrés se encuentran e identificar la relación con los indicadores psicológicos de los trastornos alimenticios más comunes entre los estudiantes que los padecen.

Planteamiento del problema

En la Escuela de Psicología de la Universidad Don Vasco, A.C., se han venido observando conductas preocupantes en el cuidado personal de los estudiantes, que pudieran relacionarse con el factor estrés.

Por otra parte, los indicadores psicológicos de los trastornos alimenticios son un tema importante de estudio, ya que son cada vez más frecuentes en la población joven y adulta.

No se sabe con certeza si existe relación significativa del estrés con los indicadores psicológicos presentes en los trastornos alimenticios, ya que el primero, según se cree, conduce al estudiante a un ambiente académico con numerosas presiones.

Se sabe que en la actualidad no existen antecedentes de investigaciones llevadas a cabo en la Escuela de Psicología de la Universidad Don Vasco, A.C. sobre el factor estrés, por ello, es importante realizar una indagación que arroje información confiable y a partir de ahí, poder tomar medidas al respecto.

El estudio de la relación entre el estrés y los indicadores psicológicos de los trastornos alimenticios, permitirá su comprensión a partir del trabajo de campo.

Por otra parte, es necesario hacer esta investigación en los estudiantes de la Escuela de Psicología de la Universidad Don Vasco, A.C., puesto que esta población puede tener una mayor conciencia de estos fenómenos debido al tipo de formación que reciben.

Como efecto de lo anterior se dará respuesta a la presente interrogante: ¿En qué medida se relacionan el estrés y los indicadores psicológicos de los trastornos alimenticios en los estudiantes de la Escuela de Psicología de la Universidad Don Vasco, A.C.?

Objetivos

Las directrices que enseguida se enuncian permitieron conducir los recursos de la investigación de una manera eficaz.

Objetivo general

Establecer la correlación que existe entre el estrés y los indicadores psicológicos de los trastornos alimenticios de los estudiantes de la Escuela de Psicología de la Universidad Don Vasco, A.C., de Uruapan Michoacán, durante el ciclo escolar 2011-2012.

Objetivos particulares

1. Conceptualizar el término estrés.
2. Analizar teóricamente los indicadores que detonan el estrés.
3. Identificar los principales enfoques teóricos sobre el estrés.
4. Definir el concepto de trastornos alimenticios.
5. Analizar teóricamente las causas de los trastornos alimenticios.
6. Evaluar el nivel de estrés en los estudiantes de la Escuela de Psicología de la Universidad Don Vasco, A.C.
7. Valorar los indicadores psicológicos de los trastornos alimenticios presentes en los estudiantes de la Escuela de Psicología de la Universidad Don Vasco, A.C.

Hipótesis

Una vez determinados los objetivos que sirvieron de encuadre para esta investigación, es necesario determinar las explicaciones provisionales sobre la realidad de estudio.

Hipótesis de trabajo

A mayor nivel de estrés en los estudiantes de la Escuela de Psicología de la Universidad Don Vasco, A.C., mayor nivel en los indicadores de trastornos alimenticios.

Hipótesis nula

El nivel de estrés que presentan los estudiantes de la Escuela de Psicología de la Universidad Don Vasco, A.C., no tiene relación con el nivel en los indicadores psicológicos de los trastornos alimenticios.

Operacionalización de las variables

La variable de nivel de estrés será entendida como el resultado que se obtenga a partir de la administración de la prueba denominada Perfil de Estrés, del autor Kenneth M. Nowack (1999). La prueba consta de 15 subescalas, más dos para

medir mentira y sesgo en la respuesta. El instrumento tiene constancia de validez y confiabilidad exigida por la comunidad científica de la psicología.

La variable indicadores psicológicos de los trastornos alimenticios se entenderá como el resultado obtenido en el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2), del autor David M. Gardner (1991), la cual evalúa 11 indicadores psicológicos que se encuentran comúnmente asociados a los trastornos de la conducta alimentaria. Al igual que el instrumento mencionado con anterioridad, este inventario cuenta con los estándares de confiabilidad y validez exigidos en este tipo de pruebas.

Justificación

La presente investigación beneficiará directamente a la Escuela de Psicología, en función de que se conocerán de forma más objetiva las situaciones del trabajo en las aulas que están generando desequilibrio y los efectos que esto pueda tener en la salud de los estudiantes que ahí se preparan. La necesidad de la que parte el presente estudio es que resulta difícil de abordar por otras instancias, ya que implica una inversión económica casi siempre elevada, la cual no puede realizarse por tener la institución otras necesidades de carácter económico.

Consecuentemente, los estudiantes son beneficiados porque se pueden conocer los niveles reales de estrés y sus efectos en la salud alimentaria. Asimismo,

se verán más interesados en acudir al médico familiar para tener una vida más saludable y sin complicaciones mayores.

Continuando con lo anterior, teóricamente se dará una aportación a la psicología, puesto que este estudio servirá para fortalecer el conocimiento que se tiene de la correlación que existe entre variable estrés y los indicadores psicológicos de los trastornos alimenticios, que son tema central de la investigación.

En el mismo orden de ideas, la investigación se relaciona directamente con el campo de acción psicológica, porque indaga propiamente aspectos de esa naturaleza, que están inmersos en el contexto social de los estudiantes de la Escuela de Psicología de la Universidad Don Vasco, A.C.

Finalmente, la exploración beneficiará al investigador de manera profesional, al tener experiencia teórica y práctica sobre las problemáticas de campo de la psicología.

Marco de referencia

La presente investigación se realizó en la Escuela de Psicología de la Universidad Don Vasco, A.C. Esta escuela ofrece servicio de nivel superior desde el año 2004 a la actualidad, por lo que se han formado 4 generaciones graduadas. Actualmente se tiene un registro de inscripción de 233 alumnos en su totalidad, de

los cuales 80% son mujeres; la modalidad de estudio es escolarizada, por la mañana.

La ubicación de esta universidad está en el entronque carretera a Pátzcuaro No. 1100, en Uruapan, Michoacán.

La Universidad Don Vasco, A.C. es un plantel de inspiración cristiana con 48 años de existencia, ofrece actualmente 10 licenciaturas a una población de 2500 estudiantes, cada licenciatura está incorporada a la UNAM, al igual que la preparatoria; en tanto que la secundaria está incorporada a la SEP.

Así pues, en la actualidad dicha universidad persigue la misión de ser una institución de educación, forjadora de personas con una inquebrantable robustez de espíritu, formadora de jóvenes responsables, generosos, críticos y creativos; conscientes de su trascendencia en cuanto a su origen y destino y reconstructores de la sociedad desde una amplia y mejor perspectiva.

En el mismo sentido, la visión de esta universidad se constituye en ser la institución de mayor prestigio académico de la región, que sustenta su quehacer en criterios educativos orientados al desarrollo integral de los estudiantes; con personal docente y administrativo competente y con la infraestructura que asegura una educación de vanguardia.

Los estudiantes inscritos son de nivel económico medio, en su mayoría se dedican exclusivamente a estudiar y en pocos casos estudian y trabajan.

Los maestros que trabajan en la formación del educando mayormente tienen formación en licenciatura, algunos cuentan con maestría y pocos casos son los que tienen un doctorado.

El lugar tiene un área de aproximadamente 20,000 m², en donde se encuentran siete edificios de concreto, diseñados para tener iluminación natural y artificial, así como adecuada ventilación, pasillos amplios que permiten transitar libremente y escaleras seguras para un fácil acceso.

En cuanto a las áreas verdes se puede apreciar una diversidad de jardines, los cuales rodean el área deportiva en donde los estudiantes se ejercitan o aprovechan para socializar; a la vez, se perciben árboles frondosos que conservan la frescura y armonía del ambiente.

Las oficinas que operan se localizan fácilmente por un edificio, con diseño minimalista que llama la atención de todo visitante, en éste se encuentran los módulos de atención de cada una de las escuelas de nivel superior.

CAPÍTULO 1

EL ESTRÉS

En el presente capítulo se abordan los aspectos referentes al término estrés, como la definición conceptual, los enfoques teóricos, los principales estresores y los procesos del pensamiento que propician el estrés, así como los efectos negativos de este fenómeno.

1.1. Antecedentes históricos del estrés.

El estrés ha tenido una atención especial a lo largo de la historia por físicos, médicos y psicólogos, entre otros científicos.

Como antecedente del estrés, en el siglo XIV, según Sánchez (2007), con esa palabra se denominaba a experiencias de dureza, angustia y aflicción.

En los inicios de la historia del estrés un físico y biólogo de nombre Robert Hooke (citado por Lazarus y Lazarus; 2000) refiere que en el siglo XVII, el término estrés era útil para definir una exigencia del entorno sobre un sistema biológico, social o psicológico, de manera análoga al soporte de un puente.

Asimismo, en la biología “se demostró que la naturaleza provee genéticamente a los seres vivos de mecanismos para enfrentar las contingencias del ambiente externo” (Bernard, citado por Sánchez; 2007: 15-16).

Consecutivamente, durante la Primera Guerra Mundial ya se comenzaba a tratar a las crisis emocionales, pero orientadas al área de la neurología; este padecimiento se conocía como la “conmoción por proyectiles, lo que implicaba la vaga pero errónea idea de que la presión producida por el ruido de los proyectiles que estallaban podría producir daños en el cerebro” (Lazarus y Lazarus; 2000: 281).

Por otra parte, en el siglo XX, Walter Bradford Cannon (retomado por Sánchez; 2007), presenta dos aportaciones que después serían bases para futuras teorías: primeramente en el año 1922, bautiza al estado dinámico como homeostasis, mientras que en el año 1939 adopta el término estrés, al presentarse una baja de mecanismos homeostáticos.

Además de ello, es importante considerar a Hans Selye (referido por Palmero y cols.; 2002), quien a través de investigaciones identificó reacciones inespecíficas en el organismo, necesarias para conservar la vida, declarando que el estrés es la vida y la vida es el estrés; es decir, se trata de un proceso que es adaptativo en su origen.

En tanto, Sánchez (2007) rescata que con el paso del tiempo, el cuerpo ha evolucionado, se piensa que está programado para enfrentar situaciones como el

peligro y amenazas, involucradas en la búsqueda del alimento y vestimenta, lo cual es tomado como benéfico.

Es necesario abordar diversos autores para tener un panorama histórico del término estrés, en este sentido, “la palabra estrés proviene del latín stringere, que significa presionar, comprimir, oprimir” (Sánchez; 2007: 14).

En la actualidad, la Organización Mundial de la Salud (retomada por Palmero y cols.; 2002), presenta una definición formal del estrés, entendido como el conjunto de reacciones fisiológicas generadas para que el organismo se proteja.

1.2. Tres enfoques teóricos del estrés.

En el campo de la psicología se han presentado tres orientaciones teóricas importantes, las cuales serán tomadas en cuenta en este apartado: como estímulo, como respuesta y como interacción persona-entorno.

Entre las formas de conceptualizar el estrés, se menciona que, según Travers y Cooper (1997), el enfoque del estrés como respuesta se ha centrado en elementos del individuo, como las reacciones personales ante una situación o ambiente molestos, por ejemplo: los turnos laborales o entornos perjudiciales. La reacción puede ser fisiológica, psicológica o conductual.

El estrés como estímulo, es un fenómeno externo al individuo, sin tener en cuenta las percepciones individuales. Es por ello que se considera un agente ambiental.

El estrés como enfoque interactivo, considera la importancia del modo en que los sujetos perciben las situaciones coaccionadas y su manera de afrontarlas.

1.2.1. Estrés como estímulo.

En primer lugar, Hipócrates (citado por Travers y Cooper; 1997) creía que las características de la salud y enfermedad, eran influidas por el entorno.

Asimismo, Travers y Cooper (1997) señalan que se trata de un modelo estático, establecido en la ciencia física, específicamente sobre la ingeniería. A la vez, se toma en cuenta que “la metodología que emplea este enfoque suele centrarse en la identificación de los estímulos potencialmente estresantes: presiones ambientales (el ruido), sociales (el racismo), psicológicas (la depresión), físicas (la discapacidad), económicas (la pobreza) y los desastres naturales (inundaciones)” (Travers y Cooper; 1997: 31).

Por otra parte, estos autores subrayan el hecho de que un individuo está expuesto en todo momento a presiones, y aunque puede tener control, en ocasiones sólo falta un suceso, por muy pequeño que parezca, y la balanza se verá desequilibrada entre poder o no poder actuar.

1.2.2. Estrés como respuesta.

El estrés como respuesta, según Travers y Cooper (1997), se describe como un fenómeno basado en la respuesta, el cual es un proceso de reacción que tiene un sujeto al estar en contacto con algo amenazador, asimismo, se dice que las respuestas frente a una situación que desencadena la respuesta del estrés, tienen una manifestación en tres niveles: psicológico, que añade pensamientos; fisiológicos, respecto a la segregación de sustancias tales como neurotransmisores, y conductuales, como parte de un objeto de actitud.

Según Fontana (1992), la respuesta del sujeto se da en tres fases: alarma, resistencia y agotamiento.

Respecto a la “reacción de alarma, indica que en la primera exposición a un estresor, la resistencia fisiológica en realidad disminuye un poco, mientras el organismo reúne sus fuerzas para la resistencia” (Fontana; 1992:11).

Por su parte, Selye (citado por Sánchez; 2007) señalaba que en la fase de alarma se presentan cambios fisiológicos en el organismo, como indicador para enfrentar una situación novedosa.

Continuando con lo anterior, “la fase de resistencia 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” (Selye, referido por Sánchez; 2007: 17).

Además de ello, sobre el estrés como respuesta, Travers y Cooper (1997), mencionan que se manifiesta de tres modos: fisiológico, psicológico y conductual, los cuales se interrelacionan.

Cabe mencionar que el estrés era considerado según Selye (en Sánchez; 2007), como una fase de agotamiento, si por un tiempo prolongado el organismo se expone a un elemento desencadenante y presenta debilidad de su capacidad.

Del mismo modo, Fontana (1992), señala que en la fase de agotamiento se presentan efectos dañinos, los cuales pueden variar por el tipo de personalidad y pueden ser diferenciados como: cognoscitivos, emocionales y conductuales generales.

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

En la actualidad, el estrés ya se desligó de la física, “ya no es un fenómeno estático, como una respuesta o un estímulo, sino más bien un proceso complejo, que incorpora los dos procesos mencionados anteriormente” (Pearlin y cols., en Travers y Cooper; 1997: 32).

A la vez, Lazarus y Lazarus (2000) agregan que lo que experimenta el organismo es un desequilibrio subjetivo entre la capacidad de la persona y las demandas del entorno, presentando una relación.

Debido a lo anterior, “la actitud de enfrentarse al estrés se produce para intentar que la persona y el entorno logren alcanzar un estadio de adaptación” (Travers y Cooper; 1997: 33).

A pesar de lo anterior, según señalan Lazarus y Lazarus (2000), existen momentos en los que no se afronta al estrés de la mejor manera, ya que la capacidad disminuye, por encontrarse el sujeto enfermo o fatigado.

Además de ello, es importante señalar que “el estrés no es tan sólo un estímulo ambiental o una respuesta frente a las exigencias del entorno, sino un concepto dinámico y relacional” (Travers y Cooper; 1997: 34).

Por último, estos autores destacan cinco aspectos como principales en este enfoque interaccionista:

- 1) Valoración cognitiva, en ello se incluye la percepción subjetiva de la situación.
- 2) Experiencia, entendida como la familiaridad con la situación.
- 3) Exigencia, incluye capacidad del sujeto y demanda del entorno, tanto real como percibida.
- 4) Influencia interpersonal, o sea, presencia o ausencia de personas.

5) Estado de desequilibrio entre la exigencia y capacidad percibidas.

1.2.3.1. El concepto integrador de estrés.

Como ya se ha revisado, el estrés se fundamenta en diferentes enfoques: como estímulo, como respuesta y como relación persona-entorno, sin embargo, es importante precisar en un concepto integrador.

Un concepto estructurado del estrés debe incluir los siguientes elementos:

- “Existencia de una demanda.
- Percepción de esa demanda como amenaza, pérdida o daño.
- El sujeto no dispone de recursos suficientes.
- Presencia de emoción negativa.
- Peligro de inadaptación o desajuste psicológico” (Lazarus, citado por Trianes; 2002: 21-22).

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

De acuerdo con Selye (en Ivancevich y Matteson; 1985), existen dos tipos de estrés, por su contenido:

- Distrés: como producto de una experiencia con tono negativo, percibida como algo desagradable.
- Eustrés: como una resultante de la experiencia con grado positivo, percibida de manera favorable.

1.2. Los estresores.

En las palabras de Palmero y cols (2002), cualquier cambio en la vida cotidiana es sinónimo de estrés, sin importar que sea positivo o perjudicial.

Además de ello, “no importa si la situación es positiva o negativa, buena o mala, real o imaginaria, cualquier cambio produce estrés” (Palmero y cols.; 2002: 425).

Del mismo modo, Lazarus y Cohen (citados por Palmero y cols.; 2002) se refieren a tres tipos de acontecimientos estresores en función de su intensidad: los cambios mayores (experiencias cumbres), los cambios menores (acontecimientos vitales) y los estresores cotidianos (microestresores), los cuales se explican enseguida.

1.3.1. Estresores psicosociales: cambios mayores, menores o vitales y cotidianos.

Dentro de los estresores psicosociales, se destacan primeramente los cambios mayores; según Palmero y cols (2002), son cambios extremadamente dramáticos en la vida de una persona, ya sea que ésta sea víctima de violencia, o pueda padecer problemas de salud, tener una enfermedad terminal, ser testigo de un desastre natural, en fin, situaciones altamente traumáticas.

Cabe mencionar que “una de las características definitorias de este tipo de estresores es su potencial capacidad para afectar a un amplio número de personas, aunque puede afectar también a una sola persona o a un número relativamente bajo de ellas, pero la cantidad de afectados no altera de forma significativa la capacidad perturbadora de tales acontecimientos” (Palmero y cols.; 2002: 426).

Debido a lo anterior, en el DSM-IV (citado por Palmero y cols.; 2002), se indica que las experiencias cumbres suelen ser causantes de los patrones post-traumáticos, enseguida se presentan los principales factores:

- Haber estado expuesto a un acontecimiento caracterizado por muertes, que amenazaron la integridad física, o haber respondido con intenso temor.
- Este suceso estresor se re-experimenta de forma persistente, como recuerdos recurrentes e invasores y desagradables.

- Se puede producir una evitación activa y persistente de los estímulos asociados con el estresor, o una carencia de capacidad de respuesta, manifestada como evitación de pensamientos que recuerden el suceso estresante.
- Todas las alteraciones de esta índole, se suman en un aumento a la activación psicológica, visibles como dificultad para convenir y mantener el sueño, dificultad para concentrarse, entre otras. Estos casos se registran en periodos mayores a un mes.

Las alteraciones antes mencionadas generan perturbaciones clínicas y en las actividades importantes de las personas.

Por otra parte, se da lugar a “los cambios menores, o acontecimientos vitales estresantes, que hacen referencia a ciertas circunstancias que pueden hallarse fuera del control del individuo, como es el caso de la muerte de un ser querido, una amenaza a la propia vida, una enfermedad incapacitante o la pérdida del puesto de trabajo; o también a otros tipos de acontecimientos que están fuertemente influidos por la propia persona, como es el caso de los divorcios, tener un hijo o someterse a un examen importante” (Palmero y cols.; 2002: 427).

Por consiguiente, Palmero y cols. (2002), refieren como parte desencadenante del estrés, fuentes consideradas como principales, en los acontecimientos vitales:

- La vida conyugal, por ejemplo: el contraer un compromiso matrimonial o la muerte de uno de los miembros de la pareja.
- La paternidad: incluye ser padre o madre, o bien, la enfermedad de un hijo.
- Las relaciones interpersonales: como problemas en la interacción con amigos, vecinos, hermanos o jefe.
- El ámbito laboral; que considera tanto el trabajo, como la escuela y las tareas domésticas.
- Las situaciones ambientales tales como el cambio de residencia o la inmigración.
- El ámbito económico: como el manejo inadecuado de finanzas o cambio en el estatus económico.
- Las cuestiones legales, como el hecho de ser detenido o encarcelado.
- El propio desarrollo biológico: la pubertad, cambio de una etapa a otra.
- Las lesiones o enfermedades somáticas, que incluyen padecer algún tipo de enfermedad, sufrir un accidente o someterse a un proceso quirúrgico.
- Otros tipos de estrés psicosocial, como sufrir una persecución, un embarazo no deseado o una violación.
- En el caso de niños y adolescentes, además de lo anterior, las relaciones frías y distantes de los padres, familia adoptiva, pérdida de miembros de la familia nuclear, entre otras.

Enseguida se tienen los estresores cotidianos. Palmero y cols. (2002) mencionan que son acontecimientos con niveles altos de frecuencia, pero mínima presencia. Suelen ser situaciones que irritan o perturban poco a poco.

De igual manera, con relación a los estresores cotidianos, Kaner y cols. “hacen referencia a temáticas relacionadas con: las responsabilidades domésticas, aspectos relacionados con la economía, el trabajo, los problemas ambientales sociales, el mantenimiento del hogar, la salud, la vida personal y, por último, todo lo relacionado con la familia y los amigos” (citados por Palmero y cols.; 2002: 430).

Como consecuencia de lo anterior, estos autores presentan dos tipos de microestresores:

- 1) Las contrariedades, que son situaciones que causan malestar emocional o demandas irritantes, que a su vez se clasifican como: problemas prácticos, sucesos fortuitos, problemas sociales y familiares.
- 2) Las satisfacciones, referidas como experiencias y emociones positivas, que se caracterizan por contrarrestar los efectos de las decepciones.

1.3.2. Estresores biogénicos.

En lo concerniente a los estresores biogénicos, Everly (citado por Palmero y cols.; 2002), menciona que son conocidos por su acción directa para desencadenar la respuesta del estrés.

Por lo tanto, “los estresores biogénicos no utilizan los mecanismos de valoración cognitiva, por lo que 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).

Entre los estresores biogénicos, según Palmero y cols (2002), se enlistan a continuación los siguientes:

- Cambios hormonales en el organismo, tales como los originados en la etapa de la pubertad o en la adolescencia, en el parto y en edades más avanzadas, que implican cambios significativos de la producción de hormonas o bien, el escaso o nulo funcionamiento de los órganos productores de hormonas.
- Ingestión de determinadas sustancias químicas como la cafeína, las anfetaminas, fenilpropanolona, entre otras.
- Reacción a ciertos factores físicos, que estimulan y causan dolor, calor o frío extremo.
- Las reacciones alérgicas, como una manera de defenderse, presentada como cambios de energía en el sistema inmunológico, en sus intentos por combatir la amenaza.

1.3.3. Estresores en el ámbito académico.

Dentro de los estresores del ámbito académico, Polo, Hernández y Poza (retomados por Barraza; 2005), consideran que el estudiante está expuesto a los siguientes factores:

- Exposición de trabajos.
- Participar en el aula.
- Acudir a oficina del director por tutoría.
- Sobrecarga de trabajos académicos.
- Aulas masificadas.
- Competitividad entre compañeros.
- Trabajar en grupo.

Por otra parte, Barraza (2005) destaca acontecimientos vitales detonadores del estrés académico, como son:

- Exceso de responsabilidad.
- Interrupciones del trabajo.
- Ambiente físico desagradable.
- Falta de incentivos.
- Tiempo limitado en elaboración de trabajos.
- Conflictos con los maestros o compañeros.

- Evaluaciones.
- Tipo de trabajo que se exige.

Como consecuencia de lo anterior, Polo, Hernández y Poza (retomados por Barraza; 2005) señalan que existen numerosas respuestas del estudiante estresado que se enlistan en doce principales:

- Preocupación.
- Frecuencia cardiaca y respiratoria elevada; se experimenta carencia de aire.
- Movimientos torpes y/o presencia de temblores.
- Experimentar miedo.
- Molestias estomacales.
- Fumar, beber y comer en demasía.
- Pensamientos negativos.
- Temblor en extremidades superiores e inferiores.
- Tartamudeo o dificultad para comunicarse.
- Falta de seguridad personal.
- Resequedad en boca y problemas para pasar alimento.
- Sensación de llanto.

1.4 Procesos del pensamiento que propician el estrés.

Los procesos del pensamiento son distorsiones cognitivas, que si bien son irracionales y reiterativas, son creídas por la persona, por lo que le impiden evaluar adecuadamente los eventos.

Como señala Cungi (2007), existen diferentes procesos de distorsión como son: la inferencia arbitraria, la abstracción selectiva, la minimización y la maximización, la sobregeneralización, la personalización y el pensamiento dicotómico o polarizado.

En la inferencia arbitraria se llega a conclusiones negativas de los hechos sin pruebas suficientes. La persona interpreta el pensamiento de los otros y emite juicios sobre ellos.

Por otra parte, en la abstracción selectiva se toman únicamente ciertos hechos para concluir en una supuesta consecuencia negativa para la persona; ocurre en forma de percepción selectiva.

Asimismo, en la minimización y la maximización, el sujeto menosprecia sus éxitos y magnifica sus fracasos.

A la vez, la sobregeneralización consiste en extraer conclusiones generales a partir de un solo evento o incluso, de un pequeño y único incidente.

Del mismo modo, en la personalización se asumen individualmente los fracasos o aspectos negativos de las acciones desarrolladas.

Por último, el pensamiento dicotómico o polarizado, se piensa en términos de todo o nada. Se presenta una visión catastrófica de los hechos.

1.5 Los moduladores del estrés.

Existen moduladores que determinan el curso y predicen el proceso del estrés. Es sabido que “existen moduladores de carácter social, como el apoyo que puede recibir un persona en dificultades y las pautas culturales que canalizan y predisponen la apreciación de las fuentes de estrés, y otros de carácter personal como las creencias, las competencias, la experiencia y los rasgos de personalidad” (Palmero y cols.; 2002: 527).

1.5.1 El control percibido.

El control percibido se puede juzgar como “una creencia general sobre el grado en el que uno mismo es capaz de controlar y lograr aquellas metas u objetivos deseados, regulando las dificultades que acaecen en el curso de su consecución” (Fontaine y cols., en Palmero y cols.; 2002: 528).

Cabe mencionar que el control, de acuerdo con Cascio y Guillén (2010), hace referencia a las expectativas sobre las causas de experiencias del sujeto, entendido

de tal forma, que existen sujetos con expectativas tanto de control interno como externo.

A su vez, Bourne (citado por Palmero y cols.; 2002), demostró a través de un estudio cómo el control percibido y sus efectos están determinados por la información disponible.

1.5.2 El apoyo social.

Por principio de cuentas, “el apoyo social puede reducir el impacto negativo de los sucesos vitales y otros agentes estresores por diversas vías: 1) eliminando o reduciendo el impacto del propio estresor; 2) ayudando al sujeto a afrontar la situación estresora, y 3) atenuando la experiencia de estrés si ésta se ha producido” (Palmero y cols.; 2002: 529).

A modo de conclusión, Cascio y Guillén (2010) refieren que el apoyo social es una fuente de recursos para defenderse de las amenazas que ponen en riesgo la integridad, a la vez, es una dotación de provisiones instrumentales aportadas por la comunidad.

1.5.3 El tipo de personalidad: A/B.

Con referencia al tipo de personalidad A, Cascio y Guillén (2010), caracterizan este patrón de conducta por una alta competitividad, impaciencia y la hostilidad; de

igual manera, la persona se evidencia por una excesiva preocupación de promoción personal y profesional, planteándose objetivos bastante ambiciosos.

Asimismo “el estilo de conductual del Tipo A es una de las características <<basadas en la persona>> más ampliamente estudiadas, que pueden influir en el estrés” (Ivancevich y Matteson, en Travers y Cooper; 1997: 90).

En contraste con el tipo de personalidad antes mencionado, Travers y Cooper (1997) sostienen que los individuos con personalidad tipo B, se ven exentos de los rasgos que amenazan la personalidad tipo A, ya que pueden relajarse sin sentir culpa alguna.

1.5.3.1 Personalidad tipo A y problemas cardiacos.

Dentro de este tipo de personalidad se registra que “las personas tipo A muestran una tasa de trastornos coronarios seis veces superior que las del resto de las personas” (Cascio y Guillén; 2010: 187-188).

Del mismo modo, Friedman y Rosenman (citados por Travers y Cooper; 1997), observaron en el último tercio del siglo XX, que sus pacientes con enfermedades coronarias cardiacas compartían un patrón de conducta similar y reacciones emocionales descritas como un complejo de acción y emoción.

Como efecto de lo anterior, Cascio y Guillén (2010) señalan que una persona con personalidad tipo A puede ser candidato más propenso a presentar problemas cardiovasculares que los asociados a la edad, hipertensión y al colesterol.

1.6 Los efectos negativos del estrés.

Entre los efectos negativos del estrés, Ivacevich y Matteson (1985) señalan que pueden existir diversas enfermedades, pero es de mayor importancia enfatizar aquéllas que tienen una relación directa con la variable estrés; a continuación se presenta cada una de ellas:

- La hipertensión, que se manifiesta como una respuesta al estresor, comprimiendo las paredes de las arterias, y aumentando así la presión arterial; este fenómeno regresa a la normalidad, una vez pasado el peligro. El problema que se puede observar, son periodos anormalmente prolongados de hipertensión, sin causa aparente.
- Por otra parte, las úlceras gástricas son inflamaciones en forma de herida, en el estómago, originadas por la variación de niveles de cortisona, debido a un agente estresor. Por ello se puede correr el riesgo de que una sobreproducción de cortisona genere un ambiente interno vulnerable para lesiones mayores.
- La diabetes es conocida como una deficiencia en la producción de insulina. El páncreas juega una función importante en este fenómeno, ya que es el

responsable de producir dicha sustancia y mantener así los niveles óptimos de azúcar. En situaciones estresantes se puede secretar insulina excesivamente, debilitando al páncreas y convirtiendo al individuo, de esa manera, candidato a presentar diabetes.

- Por otra parte, las jaquecas son resultado de una tensión muscular, que aumenta en situaciones estresantes prolongadas. Se considera a la jaqueca como un estresor que aumenta la tensión muscular en la medida que se prolonga su intensidad.
- El cáncer es entendido como una producción de células mutantes en el organismo. Una de las funciones del sistema inmunológico es combatir a estas células, ya que si se acumulan, conforman un tumor maligno que pone en riesgo la vida. El sistema inmunológico pierde su capacidad en situaciones estresantes, por lo que al encontrarse debilitado, deja de impedir que crezcan las células malignas.

Con los planteamientos anteriores, se pretende inferir que el estrés puede ser la variable causal de los indicadores psicológicos de los trastornos alimenticios. Con este supuesto no se declara de manera categórica que efectivamente haya una vinculación, pero la presión social representa un elemento significativo a considerar. Por tal suposición, se indaga en las teorías elegidas como relevantes para su estructura.

CAPÍTULO 2

TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

En el presente capítulo se abordan aspectos relevantes de los trastornos de la alimentación, cuyas características permiten tener un panorama más claro de ellos. De igual manera, se exponen: su alteración en los primeros años del desarrollo del ser humano, el perfil del sujeto que padece este tipo de malestares, los factores que favorecen la aparición de dichos trastornos, las perturbaciones que se asocian a los mismos y las alternativas de tratamiento sobre dichas perturbaciones.

2.1. Antecedentes históricos de la alimentación.

De manera inicial se debe considerar que en la actualidad crece el número de personas que padecen algún tipo de trastornos relacionados con la alimentación, se puede pensar que este tipo de cambios se debe al concepto de belleza que promueven los medios de comunicación y que lleva a los individuos a tener otras ideas sobre una alimentación adecuada.

Cabe mencionar que, según Jarne y Talarn (2000), desde la antigüedad en las culturas de antaño, la alimentación se presentaba de manera desordenada, era una forma de manifestar poder sobre los otros y a la vez cierto simbolismo sagrado.

De igual manera, “en la cultura cristiana la restricción alimentaria estuvo asociada, también, a un simbolismo religioso. Los primeros cristianos y los místicos practicaban el ayuno como una penitencia, como expresión del rechazo del mundo y medio para conseguir un estado espiritual más elevado” (Jarne y Talarn; 2000: 141).

Asimismo, Jarne y Talarn (2000) describen que en el siglo XVII se presentaban casos de anorexia, sólo que actualmente se encuentran dispersos muchos documentos que lo asentaban; tales casos se describían por inanición a causa del rechazo de la comida.

Además de ello, se dice que “las primeras teorías sugerían una afección con origen panhipopituitario” (Jarne y Talarn; 2000: 142).

Del mismo modo, estos autores refieren que desde los años setenta del siglo XX la visión era más pragmática y heterodoxa sobre los problemas alimenticios, ya que la génesis debe incluir factores encadenados: psicológicos, biológicos y sociales, preconizando modelos de tratamiento multidisciplinario, en pensamientos, figura y peso.

Por otra parte “Russell, en 1979, describió un cuadro caracterizado por episodios de ingesta voraz y conductas de purga posteriores que consideraba vinculado a la anorexia nerviosa” (Jarne y Talarn; 2000: 142).

De manera similar, Jarne y Talarn (2000), registraron la obesidad caracterizada por la adquisición de peso por arriba de lo que se considera normal, ajena a tratamiento psiquiátrico.

Por todo lo anterior, los problemas de alimentación son un tema que en la actualidad es interesante abordar con mayor profundidad.

2.2. Definición y características clínicas de los trastornos alimenticios.

Entre los conceptos que se abordan en este apartado, se presenta anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad, hiperfagia, vómitos y trastornos en la infancia exclusivamente en la conducta alimentaria; es importante aclarar que la obesidad no es considerada un trastorno, sino un cuadro médico, por tal razón sólo se abordará de manera concreta.

De manera inicial, según la APA (2002), las alteraciones graves en la conducta alimentaria, se categorizan por trastornos. En el mismo sentido, “los trastornos de la alimentación se presentan en mayor o menor medida en prácticamente todos los trastornos psicopatológicos” (Jarne y Talarn; 2000: 145).

2.2.1. Anorexia nerviosa.

En el DSM-IV (citado por Jarne y Talarn; 2000) se especifica que es necesario considerar criterios básicos como: rechazo a mantener el peso corporal igual o por

encima del valor mínimo normal, miedo intenso a ganar peso, alteraciones en la percepción del peso y, en las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea.

Según la APA (2002), es rara la pérdida de apetito, de manera que la necesidad de consumir algún alimento está latente, pero es el sujeto quien a través de los pensamientos bloquea sus impulsos.

Por su parte, Jarne y Talarn (2000) comentan que para obtener una pérdida de peso progresiva, los sujetos adoptan una restricción alimentaria, conductas de purga y ejercicio.

La anorexia nerviosa se subdivide en tres clases: respecto a la de carácter restrictivo, “este subtipo describe cuadros clínicos en los que la pérdida de peso se consigue haciendo dieta, ayunando o realizando ejercicio intenso. Durante los episodios de anorexia nerviosa, estos individuos no recurren a atracones ni purgas” (APA; 2002: 554).

Por otra parte, Jarne y Talarn (2000), refieren que existe otro tipo de anorexia nerviosa de tipo purgativo, en la que el individuo recurre a ingestas enormes acompañadas de purgas.

En tercera instancia, Castillo y León (2005) agregan la anorexia atípica, en la cual el individuo no cumple los criterios de alguno de los dos tipos anteriores

mencionados. Pueden fallar algunos signos como amenorrea, por ejemplo, y es considerada trastorno en el CIE-10.

2.2.2. Bulimia nerviosa.

La bulimia nerviosa “es un trastorno que se caracteriza por un modelo de alimentación anormal, con episodios de ingesta voraz seguidos por maniobras para eliminar las calorías ingeridas. Después del episodio, el sujeto se siente malhumorado, con tristeza y sentimientos de autocompasión o menosprecio” (Jarne y Talarn; 2000: 164).

En el contenido de la APA (2002) se indica que esta perturbación se caracteriza por señales como: presencia de atracones recurrentes, ya sea ingesta de comida en un corto espacio de tiempo o sensación de pérdida de control sobre la alimentación, conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, atracones como promedio al menos dos veces a la semana durante tres meses y una autoevaluación exageradamente influida por el peso. Se debe considerar que la alteración no aparece en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Como efecto de lo anterior, “el paciente bulímico presenta en general una conducta desordenada, al principio en relación sólo con la alimentación, más adelante también en otros aspectos de la vida” (Jarne y Talarn; 2000: 166).

Del mismo modo que la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa comprende tres tipos: la APA (2002) define la de tipo purgativo, en la que el individuo se provoca continuamente el vómito o usa laxantes y diuréticos.

Otro tipo de bulimia nerviosa es la de no purgativo. Jarne y Talarn (2000), mencionan que durante el padecimiento, el individuo emplea otras conductas compensatorias como el ayuno o ejercicio intenso. A diferencia del tipo anterior, éste no emplea laxantes ni diuréticos, tampoco recurre a inducirse el vómito.

En tanto, Castillo y León (2005), consideran la bulimia nerviosa atípica, que se caracteriza por la falta de signos que debe cumplir cada uno de los tipos presentados con anterioridad; un ejemplo son casos en donde el peso es normal.

A continuación se presenta el diagnóstico diferencial entre anorexia y bulimia, desde la óptica de Jarne y Talarn (2000):

- Anorexia: inicio precoz, dieta restrictiva, bajo peso, baja impulsividad, pocos antecedentes de obesidad previa, control de peso estable, hiperactividad, amenorrea, pocas conductas autolíticas, conductas bulímicas menos del 50%, complicaciones médicas crónicas.
- Bulimia: inicio más tardío, dieta variable, peso con pocas variaciones, impulsividad, antecedentes de obesidad, control de peso inestable, hipoactividad, amenorrea en el 50% de los casos, dieta restrictiva y grandes

ingestas, más frecuentes conductas autolíticas, conductas bulímicas en el 100%, complicaciones médicas agudas.

2.2.3. Obesidad.

A lo que respecta la obesidad, Jarne y Talarn (2000), señalan que a diferencia de la anorexia y bulimia, es considerada un problema médico, ya que implica tener peso por encima de lo considerado ideal y representa un riesgo para la salud. Se trata de una acumulación excesiva de grasa corporal.

De igual forma, “se considera la obesidad como un problema social y psicológico, más allá de su conceptualización como un problema exclusivamente médico. Hemos de destacar, no obstante, que las características propias de la obesidad, y también la existencia de un elevado número de complicaciones físicas que le son inherentes, enmarca el problema siempre dentro del contexto de la salud física” (Jarne y Talarn; 2000: 177).

2.2.4. Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas.

En la hiperfagia se adjudica “a la ingesta excesiva como una reacción a acontecimientos estresantes y que da lugar a la obesidad. Duelos, accidentes, intervenciones quirúrgicas, y acontecimientos emocionalmente estresantes pueden dar lugar a una obesidad reactiva” (Castillo y León; 2005: 225).

Sin embargo, sobre la hiperfagia, Castillo y León (2005) refieren que desencadena en el individuo reacciones psicológicas en una autoestima baja y desconfianza en las relaciones interpersonales.

2.2.5. Vómitos en otras alteraciones psicológicas.

Aquí se encuentra “el término de vómitos psicógenos e hiperémesis gravídica psicógena” (Castillo y León; 2005: 225).

Cabe mencionar que, según estas autoras, los vómitos no se provocan, pero se presentan de manera repetitiva; estos signos aparecen en los cuadros de embarazo por estímulos emocionales y en cuadros como en la hipocondría.

2.2.6. Trastornos por atracón.

En algunos manuales, el trastorno por atracón, “no aparece definido de forma independiente como tal en el DSM-IV aunque se trata de un apartado dentro de otras nuevas categorías de investigación” (Castillo y León; 2005: 228).

Continuando con lo anterior, Castillo y León (2005) indican que en los atracones influyen algunos síntomas desencadenantes, como el estado de ánimo disminuido, la ansiedad, depresión, entre otros.

En un cuadro diagnóstico del trastorno por atracón, según Castillo y León (2005), se deben observar episodios recurrentes de atracones, característicos por condiciones de ingesta en poco tiempo y sensación de pérdida del control, así como asociación a síntomas de ingesta rápida, comer hasta el límite, disgusto personal al presentarse el atracón, profundo malestar al recordar los episodios de alimentación, cuantificación de atracones dos veces por semana, por lo menos seis meses, y falta de asociaciones a otras compensaciones inadecuadas.

2.2.7. Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia.

En los trastornos de alimentación, Jiménez (1997) refiere que existe una gran variedad de problemas en los menores y que su clasificación resulta problemática.

No obstante lo anterior, “las posibles causas de estos problemas podrían agruparse en tres categorías: la existencia de algún tipo de entrenamiento inadecuado de los comportamientos relacionados con la alimentación, la existencia de algún tipo de disfunción neuromotora o la presencia de algún obstáculo estructural que impide la aparición de comportamientos alimentarios adecuados” (Jiménez; 1997: 210).

Por su parte, Archard y Ramón (citados por Ajuriaguerra; 1973), presentan una anormalidad en los niños originada por el consumo excesivo de líquidos, denominado potomanía, aunque preferentemente suele ser por absorción de agua.

En lo que respecta al trastorno conocido como pica, se dan de forma “voluntaria absorción de sustancias no nutritivas como jabón, tiza, carbón y tierra, existe en el niño de más tierna edad, y erróneamente se la ha comparado con la geofagia propia de determinadas culturas” (Ajuriaguerra; 1973: 205).

2.3. Esfera oroalimentaria en el infante.

Sobre este tema, Ajuriaguerra (1973) refiere que la actividad oral es una necesidad de nutrición y satisfacción, como también una apropiación de un objeto del exterior. La boca será por un tiempo, en los primeros años de vida humana, el único medio para apropiarse de los objetos y constituirá concretamente un inicio de conocimiento.

En las primeras etapas de la vida, el ser humano explora su ambiente, para conocerlo aún mejor e interactuar con él. Como parte de la estructura, en este apartado se consideran relevantes la organización oroalimenticia y las alteraciones en la esfera oroalimentaria, sus funciones y perturbaciones.

2.3.1. Organización oroalimentaria.

En primer lugar, en el ser humano “desde muy temprano se observa ya un relejo oroalimenticio y una orientación hacia la fuente de excitación. Como reacción oral aparece una de las primeras formas de relación con el mundo externo, aunque todavía no sea una autentica relación objetal. La madre aún no es objeto amado,

sino una dependencia infantil; es la madre alimento” (Laforgue, citado por Ajuriaguerra; 1973: 178).

En teoría, se “cree que desde nada más nacer se conoce inconscientemente el pecho, tal vez considerado una herencia filogenética. El recién nacido percibe inconscientemente la existencia de un objeto infinitamente bueno, del que se puede lograr el máximo bien, y que ese objeto es el pecho materno. Es acertado suponer que los impulsos del bebé, unidos a las sensaciones orales, le orientan hacia el pecho materno porque el objeto de los más elementales deseos impulsivos es el seno, y su finalidad, llegar a mamarlo” (Klein, referido por Ajuriaguerra; 1973: 180).

Continuando con lo anterior, Klein (citado por Ajuriaguerra; 1973) postula que internamente se crea un pecho bueno y un pecho malo, que han sido introyectados y proyectados: en el primero se atribuye todo lo bueno y amable; en contraparte, al malo se añaden situaciones de tensión y hambre.

Por otra parte, “dar el alimento a un niño no es un simple acto nutritivo [...] sino una entrega por parte de la madre de sí misma, no sólo por el pecho que da, sino por su actitud” (Ajuriaguerra; 1973: 182).

A su vez, comenta Soulé (retomado por Ajuriaguerra; 1973) que la acción de comer es la forma de relación madre e hijo, íntimamente unidos. El comer del menor, regulara los impulsos y emociones de la nodriza.

Debido a lo anterior, se considera que “la comida es una institución social con un ritual y una participación de la familia. Por sus horarios y la manera de cómo llevarlos a cabo se siente como una obligación, y su aceptación es un regalo para los padres. El comer significa varias cosas: alimentarse, sentir un placer, un acto cuya finalidad última es crecer” (Ajuriaguerra; 1973: 183).

2.3.2. Alteraciones en la esfera oroalimentaria.

Dentro de las alteraciones de la alimentación, Ajuriaguerra (1973) señala la anorexia esencial precoz, que se presenta en las primeras semanas de vida. Los niños se observan con bajo peso, muy despiertos y nerviosos.

Sin embargo, “la anorexia del segundo semestre es más frecuente; aparece entre el quinto y el octavo mes, al suprimirse paulatinamente la leche e ir diversificando el régimen, cuando todavía es lábil el apetito y se producen grandes cambios en el desarrollo infantil” (Ajuriaguerra; 1973: 185).

El autor referido destaca dos tipos de anorexia infantil: la inerte, presente cuando el niño deja escapar la leche por los pliegues de los labios o vomita la que tomó; mientras que en la anorexia de oposición, las reacciones del niño son agitarse, al tiempo que muestra una intensa rotación de tronco, evitando comer, y vómitos, aquí el niño entabla una lucha de rechazo por la comida.

Además de ello, en el segundo semestre de vida se puede presenciar “la anorexia simple, que al comienzo semeja una reacción al destete, ante el cambio de alimentación o ante un incidente patológico benigno o de carácter serio, causante de una pasajera anorexia orgánica que, a su vez, da origen a una interrelación entre la madre, empeñada en imponerse, y el niño en franca oposición” (Kreisler, en Ajuriaguerra; 1973: 185).

En algunos casos se presenta otro tipo de anorexia: la compleja, en donde el niño parece tener desinterés por la comida, ante lo cual surge la duda sobre la existencia de alguna alteración del mecanismo regulador del apetito.

2.3.4. Perfil de la persona con trastornos de alimentación.

Para poder clasificar a una persona dentro de alguna alteración o trastorno, se deben tomar en cuenta características individuales que coincidan con un perfil.

Por consiguiente, según Costin (2003), una perturbación es la combinación de algo personal o familiar, con otros factores contextuales de la persona, precipitando la situación de salud, lo que predispone a presentar un trastorno alimenticio, por ello se destacan a continuación los factores principales:

- Problemas con la autonomía: hay una posible predisposición en las jóvenes que viven muy pendientes de lo que otros esperan de ellas, de cumplir con los

ideales de sus padres, o de dar satisfacción a los demás. La obligación de ser siempre adecuadas les deja poco margen de seguridad.

- Carencia en la autoestima: cuando el grado en que se acepta cada individuo se ve alterado mientras menos parecido haya en relación con lo que considere como ideal de sí. Esta deficiencia se nutre de juzgarse desde las apariencias y lo que los demás consideren valioso.
- La perfección y el autocontrol: en primer lugar, la perfección se desplaza al peso corporal, es preciso mantener el cuerpo ideal a cualquier costo y el perfeccionismo refuerza la sensación de inseguridad, porque exige no fallar, en lugar de afirmar al individuo.
- El miedo a madurar: se presentan cambios paulatinos, tanto físicos, como emocionales y sociales; se tiene la idea de que al ir creciendo se es poco hábil para enfrentar los cambios. Se presentan mecanismos de regresión, para no afrontar la independencia ni la poca estimulación de los padres.
- La adolescencia: la edad de consulta es más presente en la edad de 14 o 15 años, ya que la presión social es fuerte y la influencia de los pares es frecuente.
- Poca estabilidad emocional: miedo a crecer, presente en pensamientos dicotómicos o extremistas; son más propios de un niño que no acepta la realidad.

2.5. Causas del trastorno alimenticio.

Se puede dar por hecho que todo fenómeno causal presenta una repercusión en el estado de equilibrio. En este apartado se toman en cuenta los factores individuales, familiares, y sociales, los cuales participan como causales de los trastornos alimentarios.

2.5.1. Factores predisponentes individuales.

Por principio de cuentas, “predisponer significa preparar con anticipación una cosa o el ánimo para un fin” (Costin; 2003: 52).

De igual manera, según Costin (2003), al darse una combinación de factores individuales, socioculturales y familiares, cualquier persona es vulnerable a desarrollar un trastorno alimentario. A la vez, un problema alimenticio se puede precipitar por un evento estresante, conformado por actitudes extremas; debido a lo anterior, la perpetuación del trastorno se relaciona con los efectos fisiológicos y emocionales.

Por lo tanto, “la dieta examina los factores individuales que influyen en la conducta del comer, haciendo hincapié en el aprendizaje, las creencias, las actitudes y la constitución psicofisiológica de la persona” (Ogden; 2005: 64).

Asimismo, según Ogden (2005), los alimentos representan aspectos de identidad de sujeto en términos de género, sexualidad, conflictos y autocontrol, al comunicar amor y poder.

Por su parte, Helman (citado por Ogden; 2005) destaca cinco tipos de diferenciación de las comidas:

- La comida frente a la no comida: fija las sustancias que son comestibles y las que no lo son, por ejemplo, la hierba no es comida.
- Las comidas sagradas frente a las profanas: aquí se hace evocación entre comidas validadas por las creencias y las que no, por ejemplo, animales de pezuña hendida, rumiantes.
- En clasificaciones de comidas paralelas: son alimentos calientes (el ajo) o fríos (el arroz). El hecho de que un alimento se considere caliente o frío no depende de su temperatura, sino del valor simbólico que se le adjudica, varía entre una y otra cultura.
- Comida como medicina: describe la separación entre comida y medicina, si se utiliza como remedio de problemas, por ejemplo, como remedio para la menstruación.
- Las comidas sociales: como una forma de afirmar y desarrollar relaciones; puede simbolizar estatus, por ejemplo, al ofrecer platos caros.

Con base en lo anterior, “hay que contemplar la comida como el medio a través del cual se comunican una serie de significados” (Ogden; 2005: 66).

En primer lugar, Ogden (2005) presenta la comida como afirmación del yo, este hecho facilita la información sobre la identidad personal, al actuar como una comunicación de necesidades y conflictos internos y el sentido del yo. Los significados individualizados de la comida están ligados a la identidad de género y a la idea de ser mujer.

Por otra parte, “la asociación de comida y el sexo suelen destacar la semejanza biológica entre las dos actividades, por tratarse en ambos casos de un impulso básico para la supervivencia” (Ogden; 2005: 69).

Aunque por otro lado, Orbach (retomado por Ogden; 2005) muestra el acto de comer como conducta de negación, al puntualizar que las mujeres han desempeñado un doble papel: el de proporcionar comida, teniendo que negársela ellas mismas.

A ello se suma la culpa que proviene de la comida placentera, “el concepto de los pecados de la carne indica que tanto la comida como el sexo son, al mismo tiempo, actividades placenteras y que generan sentimientos de culpabilidad” (Ogden; 2005: 70).

Nuevamente, Gordon (citado por Ogden; 2005) hace referencia a la comida como autocontrol. El ayuno y la negación a comer provocaban una reacción de

asombro: en el siglo XIX se contemplo la aparición de artistas hambrientos, los cuales carecían de motivos morales o religiosos, por lo que su negativa a comer era un acto puro de voluntad y autocontrol.

Posteriormente, aparece la comida como medio de interacción social, es sabido que “la comida es un instrumento corriente de comunicación en la familia. Con frecuencia, el comedor es el único lugar en el que ésta se reúne y la comida familiar puede convertirse en el foro para poner en común las vivencias de la jornada” (Ogden; 2005: 73).

Empero, Charles y Kerr (en Ogden; 2005) destacan de igual importancia la comida como amor; con frecuencia, los alimentos dulces son empleados para apaciguar a los infantes y mantener la armonía familiar, o bien, los alimentos sanos y sabrosos son signos del amor familiar y de la determinación de agradar y satisfacer a los distintos miembros de la familia.

En contraposición, la comida que genera placer es poco saludable. “Un alimento bueno y nutritivo es lo que todas las madres saben que necesitan sus hijos. También conocen que, por regla general, es lo último que desean. Dales comida basura y querrán mucho. Sin embargo, tendrá que vivir con el peso de la culpa por sus dientes, su peso, sus vitaminas” (Lawrence, citado por Ogden; 2005: 73-74).

Por su parte, Delphy (retomado por Ogden; 2005), comenta que en la Francia rural del siglo XIX, los hombres consumían cantidades considerables de comida, más

que las destinadas para las mujeres o niños. De esta forma, se evidencia cómo el reparto de la comida reflejaba desde la historia relaciones de poder y una marcada división sexual en la familia.

No obstante, en la comida se comunica la identidad de una persona, “esa comunicación se produce en el contexto social más amplio y la comida puede interpretarse como información relativa a la identidad cultural” (Ogden; 2005: 76).

A la vez, en acuerdo con Ogden (2005), el papel central de la identidad religiosa lo tienen los alimentos y las comidas entre la familia. Se cree que al preparar la comida, darla a los demás y consumirla, se comunica la santidad familiar.

A ello se agrega la comida como poder social, ya que se expresa como “una declaración de estatus social y una muestra de poder social. De forma paralela, el rechazo de la comida sirve también para recuperar el control del mundo social” (Ogden; 2005: 77).

En relación con lo demostrado hasta aquí, Bordon y otros (retomados por Ogden; 2005) señalan que la delgadez representa un significado que acompaña a cada cultura, se dice que las imágenes actuales de personas con delgadez pueden comunicar las preocupaciones y ansiedades de la sociedad, por destacar:

- Dentro de la del significado delgadez se sitúa el control: respecto a la capacidad de controlar el yo, el cuerpo delgado significa que la persona tiene

el control sobre su estado interno, que es psicológicamente estable, y por ende es indicador de orden personal.

- La libertad, significada a través de la delgadez: si por estar gruesa, una persona representa ataduras de la cadena reproductiva y clase social inferior, por ende la delgadez proyecta la libertad del destino doméstico y la evasión de estructuras de clases sociales.
- Por último, la delgadez simboliza el éxito en los países ricos, así como una categoría social elevada.

2.5.2. Factores predisponentes familiares.

En relación con el tema anterior, en este apartado se presentan elementos que tornan vulnerable a la persona para presentar alguna alteración alimentaria.

Rausch (1996) refiere que las historias familiares que incluyen depresión y alcoholismo, apuntan a presentar mayor incidencia de un trastorno alimenticio.

Se afirma que “las familias de las personas con anorexia nerviosa suelen inhibir la agresión y la hostilidad. La falta de estrategias para resolver conflictos se asocia a su baja tolerancia y a la dificultad para reconocer y resolver problemas” (Rausch; 1996: 44).

Según Rausch (1996), los padres no logran comprender a sus hijos, por lo que la autonomía de éstos no se estimula; en el mismo caso se encuentran los padres de

han mostrado tener expectativas de desempeño altas, dominantes y el control de sus hijos.

No obstante, “las opiniones y los juicios de los padres, respecto al tamaño de las diversas zonas del cuerpo, influyen en la paciente, y podrían condicionar la evolución de su trastorno. Hay familias en las cuales la valoración personal depende en gran medida del aspecto físico, y con frecuencia este valor es transmitido de generación en generación” (Rausch; 1996: 50).

De igual manera, menciona Rausch (1996) que las familias son propensas a perturbaciones alimenticias porque hay mucha tensión entre los padres y los hijos, también si los primeros muestran depresión, rigidez, excesiva autodisciplina y distancia emocional, o bien, si se compara a los hermanos, ya que se incrementa la rivalidad entre ellos.

Es importante saber que las fronteras problemáticas “si son difusas, se produce una intrusión física y mental en el espacio del otro. Si son demasiado rígidas, los miembros de la familia carecen de la flexibilidad necesaria para adaptarse a los cambios generados por las distintas edades y tipos de situación que les toca vivir” (Rausch; 1996: 54-55).

Además de lo anterior, Rausch (1996) señala que los padres suelen ser herméticos en la solución de algún conflicto: critican y se oponen, llevando a discutir frecuentemente, asimismo, la comunicación de los sentimientos es limitada.

En otros casos, en la estructura familiar se presentan las jerarquías alteradas, “cuando este modo de establecer algunas normas se generaliza en una familia, se alteran las jerarquías y los hijos quedan a cargo de las funciones que deben asumir los miembros adultos” (Rausch; 1996: 56).

Por último, Rausch (1996) describe la presencia de fallas en el control, que tienen efecto de limitar el desarrollo de la autonomía o desacuerdos entre los progenitores por el control de las pautas de crianza, encubierto por una sumisión u hostilidad por parte de las hijas.

2.5.3. Factores socioculturales.

Desde el origen del hombre, se considerara que en individuo es social por naturaleza, y que la formación de su personalidad en gran parte es producto del ambiente en donde se desarrolla y desenvuelve, por ello, los factores socioculturales pueden favorecer el desarrollo de los trastornos alimentarios.

Por su parte, Orbach y cols. (en Ogden; 2005) destacan resultados de investigaciones realizadas en las cuales se determinó que la delgadez proyecta feminidad y deseabilidad, en contraparte, la obesidad es menos deseable socialmente, ya que tiene pocos atributos.

Entre los estereotipos sociales, “las imágenes de las mujeres que aparecen en los medios de comunicación van siendo más delgadas, un número mayor refleja una

carencia de seducción y la delgadez está esencialmente asociada con el atractivo” (Ogden; 2005: 88-89).

Cabe mencionar que desde la perspectiva de Ogden (2005), la delgadez representa un conjunto de significados en las mujeres, por ejemplo, el modo en que ellas ven y experimentan su cuerpo remite a factores socioculturales ajenos a ellas.

Dentro de los prejuicios de la obesidad, según la autora citada, se tienen ideas de que los obesos comen en exceso para compensar sus problemas y que además, la obesidad se asocia con la pereza y aletargamiento, creando un sentido de culpabilidad.

De igual manera, otros estudios revelaron que a los obesos se les juzgaba de infelices, estúpidos, poco voluntarios, fracasados, feos, torpes, entre otras atribuciones negativas.

A la vez, la obesidad era manifiesto de enfermedad social, en donde el no aceptarse producía consecuencias psicológicas que no contribuyen a recuperar la delgadez, sinónimo de control psicológico.

Finalmente, se agrega que “la delgadez representa la capacidad del cuerpo para la autocontención y el control de impulso y el deseo” (Bordo, en Ogden; 2005: 91).

2.6. Percepción del cuerpo en el trastorno alimenticio.

El problema del consumo excesivo de ingesta, conlleva a experimentar “la preocupación por el peso, que ha generado numerosos trabajos y suscitado interés durante las últimas décadas. Una forma de preocupación por el peso es la insatisfacción corporal” (Ogden; 2005: 97).

Respecto a la insatisfacción corporal, Ogden (2005), señala tres perspectivas diferentes de medirla:

- Imagen corporal deformada: percepción errónea de que su cuerpo es más voluminoso, de lo que en realidad es.
- Discrepancia de ideal: no hay correspondencia de las percepciones entre el volumen corporal real y el ideal.
- Respuestas negativas al cuerpo: manifestación de cogniciones y sentimientos negativos por el propio cuerpo.

A partir de lo anterior, existen diferencias de insatisfacción corporal respecto al género, “la mayoría de las mujeres presenta insatisfacción corporal, sobre todo con respecto al estómago, las caderas, los muslos y las nalgas” (Taylor, en Ogden; 2005: 101).

Además de ello, según Ogden (2005), en el caso de los hombres, en mayor parte se presenta una satisfacción por el peso, pero los porcentajes menores refieren insatisfacción corporal por tener brazos, espalda y pecho, más voluminosos.

Por otra parte, todo problema se nutre de una influencia: “los factores sociales en el desencadenamiento de la insatisfacción corporal señalan, en especial, el papel que desempeñan los medios de comunicación, la cultura y la familia” (Ogden; 2005: 106).

Asimismo, Ogden (2005), refiere otro tipo de factores llamados psicológicos, ya que estos reflejan la manera de pensar sobre lo social. A continuación se destacan los elementos que integran estos factores psicológicos:

- Las creencias: por ejemplo, en el rol tradicional de las mujeres, lo que explica la preocupación por su peso.
- La relación entre madre e hija: puede provocar que las hijas estén insatisfechas con su cuerpo; si las madres no creen en su propia autonomía, ni en la de sus hijas, podrían mostrar una tendencia a proyectar en éstas sus propias expectativas.

A manera de conclusión, el tema sobre la insatisfacción corporal posibilita explicar los trastornos alimenticios en gran medida. Primeramente permite conocer el mundo de los pacientes, que en gran medida es deformado; en segundo lugar,

explica una diferencia marcadamente en el aspecto corporal ideal y el real; en tercer lugar, una negatividad sobre la aceptación del cuerpo que se habita. Todo esto, a la vez, es nutrido por una influencia social, familiar y personal, que logra mantener una latencia y desarrollo de un desorden alimenticio.

2.7. Factores que mantienen los trastornos alimenticios.

De manera inicial, Costin (2003) señala que la mala alimentación tiene consecuencias metabólicas: se experimenta cansancio, debilidad, carencia de energía y reducida actividad física.

Por otra parte, en la subalimentación se muestran “dificultades en la concentración, en la comprensión y el estado de alerta” (Costin; 2003: 99).

Continuando con lo anterior, la autora citada menciona que la subalimentación tiene efectos en otras áreas, como en la social y biológica, ya que se observa en los sujetos aislamiento y ensimismamiento, así como disminución en su interés sexual y amoroso. Respecto a la ingesta, en medida que se haga consumo empobrecido, la quema calorífica se verá disminuida como una respuesta de adaptación.

Empero, “la deprivación alimenticia es formadora de hábitos. Queda claro como las personas sometidas a una restricción alimentaria severa desarrollan modos de vincularse con la comida y hábitos relacionados con el tema de los que es muy difícil escapar” (Costin; 2003: 103).

La dieta, según Costin (2003), causa malestar emocional, anímico y disminución de fuerzas en el organismo. De hecho, hacer dieta conlleva toda una sintomatología descriptiva, en manifestaciones como: regresión e inseguridad, comportamientos autodestructivos, sensación de depresión y descontrol, irritabilidad e intolerancia, pensamientos obsesivos, abandonar actividades que antes se disfrutaban, influencia sobre la manera de pensar y aversión sobre los hábitos alimenticios de los otros.

A manera de conclusión, se destaca que existen factores que consolidan los trastornos alimenticios, entre ellos: las dietas sin prescripción médica, la privación alimenticia, la disminución de ingesta, en fin, una inadecuada alimentación bastará para que se observe una modificación de los niveles nivel metabólico, psicológico y social, por ende, un cambio adaptativo en el paciente involucrado.

2.8. Trastornos mentales asociados a los trastornos alimenticios.

De manera precisa, en este apartado se tomarán en cuenta solamente los trastornos relevantes asociados a los trastornos alimenticios, como la depresión, la ansiedad y el estrés.

Los hallazgos biológicos permiten apreciar “que los pacientes con trastornos depresivos muestran frecuentemente diversas disfunciones a nivel hipotalámico e hipofisario, fundamentalmente, hipercolesterinemia y una respuesta a la

administración de dexametasona de efecto no supresor de los niveles de cortisol plasmático” (Kirschman y Salgueiro; 2002: 126).

Del mismo modo, Kirschman y Salgueiro (2002) señalan que en los pacientes con anorexia nerviosa se presentan cambios diversos en los ritmos cardiacos, como problemas de hipercolesterinemia.

Por su parte, Jarne y Talarn (2000), destacan una riqueza psicopatológica de los trastornos asociados con los de la alimentación, como son la depresión y la ansiedad.

2.8.1. Trastornos alimenticios y depresión.

Se pueden observar alteraciones por defecto o por exceso de ingesta, a este hecho se añade que el fenómeno puede volverse habitual.

Generalmente, en las depresiones “en la mayoría de los casos se observa una disminución de la ingesta, con o sin repercusión ponderal, pero a veces se evidencia una ingesta excesiva” (Jarne y Talarn; 2000: 146).

Además de ello, según Kirschman y Salgueiro (2002), en los trastornos alimenticios y la depresión, se presentan cambios físicos, la inanición y también la hiperfagia, producen en sí mismas cambios fisiológicos y psicológicos parecidos como en la ansiedad.

A la vez, “los rasgos básicos del síndrome de inanición como son la disforia, la irritabilidad, la pérdida de peso, los trastornos de sueño, la disminución o ausencia de la libido, la disminución de la capacidad de atención y la concentración y el aislamiento social, son también rasgos básicos que definen el síndrome depresivo” (Kirschman y Salgueiro; 2002: 124).

En suma, se afirma que en los episodios depresivos, los pacientes presentan como mecanismo de defensa un consumo excesivo de alimentos, como una forma simbólica de querer compensar una pérdida o una situación desagradable, teniendo como resultado un cambio significativo a nivel psicológico y fisiológico.

2.8.2. Trastornos alimenticios y ansiedad.

Como en el apartado anterior, “cuando el enfermo ha vinculado ingestas fuera de las horas habituales a un efecto beneficioso sobre su ansiedad, con el tiempo establece hábitos alimenticios incorrectos. Esta manera de actuar adquiere un funcionamiento autónomo y pierde, si alguna vez lo tuvo, su capacidad para calmar su ansiedad y da paso a un simple mecanismo para satisfacer un apetito anómalo” (Jarne y Talarn; 2000: 147-148).

Además de ello, Kirschman y Salgueiro (2002) señalan que los comedores restrictivos desarrollan patrones alimenticios inadecuados por efecto del estrés crónico como resultante del autocontrol excesivo. De igual manera, el estrés afecta

fisiológicamente, inhibiendo las contracciones gástricas y la elevación de glucosa en la sangre, lo que a su vez genera una ausencia de apetito.

En conclusión, un acontecimiento que desencadena la ansiedad y el estrés en el paciente, ya sea por alguna exigencia del contexto familiar o del social, conlleva al consumo inapropiado de alimento y altera los hábitos nutricionales considerados como ideales.

2.9. Tratamiento de los trastornos alimenticios.

El tratamiento multimodal con un programa de intervención que incluye atención de diferentes esferas del área de la salud, tanto médica, como psicológica. Este subtema contempla el tratamiento referente a los trastornos revisados en los primeros apartados.

Inicialmente, se propone el tratamiento farmacológico. Rausch (1997) señala que los beneficios del empleo de fármacos son pocos, por ello su uso se ve limitado.

De manera específica, el tratamiento de la anorexia nerviosa “tiene como objetivo prioritario la recuperación ponderal, ya que parece que muchos de los pensamientos alterados respecto a la comida, el peso o la figura se sustentan por la mal nutrición y se normalizan cuando se normaliza el peso” (Jarne y Talarn; 2000: 159).

Continuando con lo anterior, Jarne y Talarn (2000) señalan que en segundo término, para normalización se considera un tratamiento dietético, si bien no existe acuerdo en iniciar la terapia con dietas bajas en calorías o aumentar progresivamente la ingesta de éstas.

Posteriormente, se tiene el tratamiento psicológico, para intervenir en la recuperación de niveles adecuados de peso. La psicoterapia de refuerzo es una de las alternativas más empleadas con técnicas de relajación y sesiones psicoeducativas, a la vez, la terapia cognitivo-conductual es la más efectiva en el tratamiento de la anorexia nerviosa.

En el mismo sentido, el método cognitivo-conductual tiene su funcionalidad en cambiar las falsas ideas que se generan en torno a factores ambientales que gratifican la delgadez y los estímulos inversivos que generan la ansiedad.

Asimismo, se puede emplear la terapia familiar en programas de tratamiento, tanto en el progreso ambulatorio, como en la hospitalización, esto incluye que la familia tenga información de la patología de su paciente, sus complicaciones físicas y los riesgos de ciertas de sus conductas, o bien, el tratamiento más efectivo.

No se debe olvidar que la hospitalización debe ser el último recurso: “siempre que sea posible debe ser evitada, no solamente por un criterio sanitario que se refiere a evitar un gasto, sino porque la bibliografía muestra que si bien un 80% de

los pacientes recuperan peso durante la internación, un 50% lo pierde posteriormente” (Rausch; 1997: 95).

Rausch (1997), comenta que la internación es necesaria al presentarse diferentes situaciones:

- Para establecer con certeza el diagnóstico, ya que en diversos pacientes se dificulta reunir algunos síntomas.
- Para tratar complicaciones físicas agudas, como por ejemplo, la deshidratación.
- Para contener un sistema familiar que se muestra desbordado en presencia de un paciente con ideas suicidas.
- Cuando el tratamiento ambulatorio no evoluciona favorablemente, estratégicamente se recurre a la hospitalización para controlar las indicaciones, ya que en algunos casos el hogar no favorece a la recuperación.

Por su parte, Jarne y Talarn (2000), refieren que la hospitalización debe presentar indicaciones específicas, cuando se presentan acontecimientos tales como:

- Complicaciones físicas: infecciones, desequilibrios metabólicos graves, alteraciones cardiovasculares o patología abdominal mayor; las curas se

deben dar en áreas médicas, quirúrgicas, unidades psiquiátricas y en casos especiales, en medicina intensiva.

- Pérdida de peso: más del 25 al 30% del que se corresponde a edad y talla del paciente.
- Complicaciones psíquicas: cuando la ansiedad ante el alimento provoca un estímulo fóbico, ya que por su intensidad puede provocar bloqueo.
- Crisis de las relaciones familiares: ya que los padres de los pacientes se culpan entre sí, se presenta rivalidad entre hermanos, mientras que los familiares se ven impotentes ante el conflicto.
- Deficiente respuesta al tratamiento ambulatorio: se pueden presentar complicaciones médicas como un lento incremento de peso, psicopatología depresiva con riesgo autolítico y persistentes alteraciones cognitivas, todo ello por una mala adherencia al tratamiento o insuficiente colaboración de los familiares.

Como se ha comentado, la hospitalización “se debe hacer en un ámbito compatible con sus objetivos. Esto es, que al tiempo que tenga personal de enfermería entrenado para asistir a estos pacientes, sea permeable a la incorporación progresiva de los padres en la asistencia. Como es obvio, implica una extensión del sistema terapéutico y, nuevamente aquí, éste debe ser absolutamente coherente y liderado en forma inequívoca por el médico tratante en conjunción con el terapeuta familiar. Recuérdese que la internación es una indicación extrema y, por lo tanto, no admite errores” (Rausch; 1997: 96).

Como complemento del planteamiento anterior, se muestran enseguida los “objetivos del tratamiento en la bulimia nerviosa.

1) Restablecer unas pautas nutricionales normales.

2) Recuperación física:

- a) Estabilización del peso.
- b) Rehidratación y normalización electrolítica.
- c) Corrección de anomalías físicas:
 - Reflujo gastroesofágico.
 - Erosión de la mucosa digestiva.
 - Dilatación gástrica.
 - Erosión del esmalte dental.
 - Inflamación parótida.

3) Normalización del estado mental:

- a) Mejorar el estado de ánimo.
- b) Tratar posibles trastornos de la personalidad.
- c) Evitar abusos de sustancias.
- d) Corregir el estilo cognitivo erróneo.

4) Restablecer unas relaciones familiares adecuadas:

- a) Aumentar la participación.

- b) Aumentar la comunicación.
- c) Restablecer las pautas y los roles.
- d) Escapar de los sentimientos de fracaso.

5) Corregir las pautas de interacción social alteradas:

- a) Aceptar el trastorno.
- b) Afrontar los fracasos.
- c) Aceptar la responsabilidad.
- d) Vencer la impotencia.
- e) No buscar marcos sociales denigrantes” (Jarne y Talarn; 2000: 171-172).

Además de ello, Castillo y León (2005) señalan que dentro de las psicoterapias recomendadas, la que ha mostrado un mayor índice de éxito es la terapia cognitivo-conductual. Este modelo terapéutico se focaliza en modificar patrones de conducta, así como pensamientos erróneos presentes en los pacientes.

Entre las técnicas principales utilizadas, se encuentran: el entrenamiento preventivo sobre recaídas, modificación de creencias erróneas, automonitorización y alimentos restrictivos.

En el modelo cognitivo-conductual, “los procesos cognitivos más frecuentes en estos pacientes (la abstracción selectiva, sobregeneralización, magnificación, pensamiento dicotómico, personalización y pensamiento supersticioso) son examinados cuidadosamente, definidos y luego cada uno es sistemáticamente

cuestionado, a fin de modificar los pensamientos y supuestos automáticos” (Rausch; 1997: 65-66).

Adicionalmente, Rausch (1997) señala que la terapia familiar es una útil para desarrollar un modelo de tratamiento eficaz, ya que puede contribuir a mitigar los síntomas en el paciente y otros miembros del contexto social primario.

Es por ello que, “los patrones de interacción actuales resultan esenciales para determinar la viabilidad de lograr las metas de la familia considerada en cada momento. La familia provee apoyo y sentimiento de pertenencia a sus miembros, y es al mismo tiempo el ámbito en el cual se promueve la diferenciación y la adaptación a los otros contextos. La familia como organización debe mantener la estabilidad que define su identidad y, simultáneamente, promover cambio y crecimiento” (Rausch; 1997: 72).

De esta manera quedan expuestos los aspectos relativos a los trastornos alimenticios y, por ende, se concluye el marco teórico. En el capítulo siguiente se exponen los pormenores de la estructura metodológica, la recolección y tratamiento de datos y las conclusiones a las que se llegaron en el presente estudio.

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

En este capítulo se presenta la investigación de campo, la metodología empleada, la descripción poblacional y finalmente, el análisis e interpretación de los resultados encontrados.

3.1. Descripción metodológica.

A continuación se presenta la redacción y estructura de la metodología de la presente investigación, incluyendo el enfoque, el tipo de investigación, su extensión, alcance y las técnicas utilizadas en la recolección de datos.

3.1.1. Enfoque cuantitativo.

El enfoque cuantitativo “usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías” (Hernández y cols.; 2010: 4).

Hernández y cols. (2010), definen diversas características específicas del enfoque cuantitativo, como son: que el investigador proponga un problema de estudio, se continúa con la revisión literaria y estructuración de marco teórico, posteriormente la elaboración de hipótesis y definición de variables, posteriormente

se realiza el trabajo de recolección de datos, luego un análisis de los mismos por procedimientos estadísticos. También se busca tener el máximo control del proceso y realizar una interpretación que constituya una explicación de encuadre teórico práctico. Se debe buscar una investigación lo más objetiva posible, continuar sin perder de vista los criterios del proceso de estudio cuantitativo, pretender generalizar los datos encontrados en una muestra a la población e intentar predecir estudios con los resultados encontrados. Ya en la obtención de resultados se confía en su elaboración por cumplir con los estándares exigidos. En suma, todo trabajo de investigación cuantitativa dará un acercamiento a explicar los fenómenos.

3.1.2. Investigación no experimental.

Hernández y cols. (2010) puntualizan que se tendrá en cuenta que en una investigación no experimental se observan las variables en su contexto natural, sin manipulación alguna de ellas.

En este sentido, “la investigación no experimental es un parteaguas de varios estudios cuantitativos, como las encuestas de opinión y los estudios ex post-facto retrospectivos” (Hernández y cols.; 2010: 149).

Adicionalmente, “la investigación no experimental es apropiada para variables que no pueden o deben ser manipuladas o resulta complicado hacerlo” (Mertens, en Hernández y cols.; 2010: 150).

A la vez, Hernández y cols. (2010), destacan que la investigación no experimental se centra en analizar cuál es el nivel de una o diversas variables en un momento dado, evaluar una situación o fenómeno en un punto de tiempo y determinar cuál es la relación entre un conjunto de variables en un momento.

En el entendido anterior, esta investigación se somete al tipo de diseño mencionado, ya que no manipula las variables para generar algún cambio, solamente observa y evalúa los fenómenos de interés, para tener un acercamiento objetivo a ellos.

3.1.3. Diseño transversal.

Según Hernández y cols. (2010), los diseños de extensión transversal, conocidos también como transeccionales, son aquellos en los que se recolectan datos en un solo momento, y en un tiempo único, abarcando un grupo de personas o situaciones, entre otras entidades de estudio.

Por su funcionalidad, Hernández y cols. (2010) dividen los diseños transversales en tres: exploratorios, que tienen el propósito de conocer de manera inicial un fenómeno específico; en los descriptivos el objetivo consiste en indagar la incidencia de las modalidades en una población, y en los correlacionales causales, se describen relaciones entre dos o más categorías en un momento determinado.

En esta investigación, el diseño pertenece al tipo transversal, porque únicamente en un solo tiempo se evaluaron las variables de interés, de modo que se reducen los costos de tiempo en la investigación, en las aplicaciones de instrumentos estandarizados y su revisión.

3.1.4. Alcance correlacional.

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

Por ello, según Hernández y cols. (2010), los estudios correlacionales tienen el propósito de verificar el grado de asociación entre las variables en cuestión.

Desde esta perspectiva, “la utilidad principal de los estudios correlacionales es saber cómo se puede comportar un concepto o una variable al conocer el comportamiento de otras variables vinculadas. Es decir, intentar predecir el valor aproximado que tendrá un grupo de individuos o casos en una variable, a partir del valor que poseen la o las variables relacionadas” (Hernández y cols.; 2010: 82).

Adicionalmente, destacan Hernández y cols. (2010) que puede suceder que la correlación sea positiva o negativa: en la primera, al manifestarse elevada una variable, la segunda también se presenta en niveles altos; en lo que respecta a una

correlación negativa, si la primera variable aparece elevada, la otra se verá disminuida.

Por otro lado, si hay ausencia de relación entre las variables, “ello nos indica que éstas fluctúan sin seguir un patrón sistemático entre sí” (Hernández y cols.; 2010: 82).

Por lo anterior, los autores indicados refieren que los estudios correlacionales son muy útiles, puesto que evalúan, con la mayor exactitud posible, la vinculación entre dos o más variables o pares de evaluaciones, sobre una sola investigación.

Además de ello, “la investigación correlacional tiene, en alguna medida, un valor explicativo, aunque parcial, ya que el hecho de saber que dos conceptos o variables se relacionan, aporta cierta información explicativa” (Hernández y cols.; 2010: 83).

Según dichos autores, en las investigaciones de este tipo, puede darse el caso de presentarse una relación aparente entre las variables, aunque su confiabilidad carece de verdad; en el campo de la investigación se conoce a estas situaciones como correlaciones espurias, o sea, falsas.

El presente estudio se caracteriza por relacionar variables entre sí, ya sea en su valor positivo o negativo según el comportamiento evaluado, por ello, en esta

investigación, al tomar en cuenta el alcance correlacional, se espera poder hacer predicciones del comportamiento de las variables en cuestión.

3.1.5. Técnicas de recolección de datos.

De manera común, “en las ciencias y disciplinas del siglo XXI gran cantidad de estudios utilizan para sus mediciones pruebas e inventarios de muy diversos tipos” (Hernández y cols.; 2010: 21).

Al igual que en otras investigaciones, en ésta se utilizaron instrumentos estandarizados, que cumplen con una uniformidad en las instrucciones para administrarse y calificarse.

Del mismo modo, “en teoría, un inventario estandarizado puede aplicarse a cualquier persona del tipo para el cual fue elaborado y el tiempo que se brinda para contestarlo en ocasiones es flexible y en otras no” (Mertens, citado por Hernández y cols.; 2010: 21).

Uno de los inventarios empleados en esta investigación es el Perfil de Estrés de Nowack (1999), que proporciona puntuaciones en 15 áreas relacionadas con el estrés y el riesgo de enfermedad, así como una medición de sesgo y otra de respuestas inconsistentes. El Perfil de Estrés tiene 123 reactivos que lo hace un instrumento autoaplicable muy accesible y que se puede completar en un periodo bastante razonable. La mayoría de los individuos lo puede terminar en un lapso de

entre 20 y 25 minutos. El instrumento resulta de suma utilidad para los clínicos, psiquiatras, psicólogos, médicos y educadores de salud que deben realizar evaluaciones conductuales y tomar decisiones en cuanto al tratamiento de pacientes con problemas físicos y psicosomáticos. Este perfil se desarrolló y normalizó para la población general.

Las escalas que comprende el Perfil de Estrés se enlistan a continuación:

- Estrés: esta escala comprende la experiencia de incomodidades, molestias y frustraciones mayores y menores de la vida cotidiana. Mide categorías de salud, trabajo, finanzas personales, familia, obligaciones sociales y preocupaciones ambientales y mundiales.
- Hábitos de salud: la cual entiende conductas específicas que, cuando se practican de manera regular, conducen al bienestar tanto físico como psicológico.
- Ejercicio: en el se mide el nivel y la frecuencia de actividad física que el individuo practica de manera regular para mejorar el tono muscular y el sistema cardiovascular.
- Descanso/sueño: explora la frecuencia con la que el individuo obtiene descanso adecuado, sueño y relajamiento.
- Alimentación/nutrición: valora si la persona tiene como práctica general comer de manera balanceada y nutritiva.

- Prevención: mide la frecuencia con la que el sujeto pone en práctica estrategias preventivas de salud e higiene, como evitar a otras personas enfermas, someterse a evaluaciones médicas regulares o tomar sus medicamentos de acuerdo con sus prescripciones.
- ARC: este conglomerado explora directamente el abuso de sustancias (alcohol y drogas) y el consumo de tabaco.
- Red de apoyo social: proporciona una medición directa del grado en que el individuo siente que hay gente con la que puede contar en todo momento para obtener apoyo emocional, consejo, información, amor incondicional y ayuda, además de cómo se siente con dicho apoyo.
- Conducta tipo A: mide el rango en que el sujeto experimenta conductas como la ira externalizada, la ira expresada, premura de tiempo, rapidez laboral, impaciencia, involucramiento en el trabajo, búsqueda de mejoría, conducción ruda de vehículos y conductas competitivas.
- Fuerza cognitiva: explora las atribuciones, actitudes y creencias que el individuo tiene acerca de la vida y el trabajo. La tendencia a considerar los cambios de la vida y los riesgos como retos y oportunidades de crecimiento. O bien, es probable que vean los cambios y los riesgos en su experiencia como amenazas.
- Valoración positiva: examina el uso de comentarios de apoyo y motivación autodirigidos para minimizar la percepción de estrés.
- Valoración negativa: evalúa la autoculpabilidad, crítica o pensamiento catastrófico.

- Minimización de la amenaza: también conocida como evitación, es una forma de afrontar los estresores mediante la mitigación de su significación o no extenderse en ellos.
- Concentración en el problema: aquí se indaga acerca de la inclinación de una persona a efectuar intentos activos de cambiar su conducta o los estresores ambientales.
- Bienestar psicológico: se valora la experiencia global del individuo de satisfacción y ecuanimidad psicológica durante los últimos tres meses. Si los sujetos se sienten felices con su familia, trabajo, relaciones interpersonales y logros.

Por otra parte, con ayuda de otro inventario estandarizado, diseñado por Gardner (1998), se evaluaron los indicadores psicológicos de la conducta alimentaria. El EDI-2 es un valioso instrumento de autoinforme muy utilizado para evaluar los síntomas que normalmente acompañan a la anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN). El instrumento, que es fácil de aplicar, ofrece puntuaciones de 11 escalas que son clínicamente relevantes en el caso de los trastornos de la conducta alimentaria. Consta de 91 elementos a los que se contesta en una escala de seis puntos y en la que los sujetos deben indicar si cada situación les ocurre.

En el ámbito clínico, el EDI-2 proporciona información útil para comprender al paciente, planificar el tratamiento y evaluar los progresos. Puede usarse de forma

general en poblaciones con fines preventivos o para la realización de estudios epidemiológicos.

La descripción de las escalas del EDI-2 se presenta a continuación:

- Obsesión por la delgadez: arroja información sobre la manifestación clínica de un intenso impulso por estar más delgado o un fuerte temor a la gordura; es un síntoma esencial para el diagnóstico de la AN y la BN.
- Bulimia: evalúa la tendencia a tener pensamientos o a darse comilonas o atracones incontrolables de comida. La presencia de este tipo de conductas es una característica distintiva de la BN y permite diferenciar entre los dos tipos de anorexia: bulímica y restrictiva.
- Insatisfacción corporal: se considera uno de los aspectos de la perturbación de la imagen corporal característica de los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria.
- Ineficacia: evalúa sentimientos de incapacidad general, inseguridad, vacío, autoexpresión y falta de control sobre la propia vida.
- Perfeccionismo: mide el grado en que el sujeto cree que sus resultados personales deberían ser mejores.
- Desconfianza interpersonal: evalúa el sentimiento general de alienación del sujeto y su desinterés por establecer relaciones íntimas, así como la dificultad para expresar los propios sentimientos y pensamientos.

- Conciencia introceptiva: esta escala mide el grado de confusión o dificultad para reconocer y responder adecuadamente a los estados emocionales y se relaciona también con la inseguridad para identificar ciertas sensaciones viscerales relacionadas con el hambre y la saciedad.
- Ascetismo: evalúa la tendencia a buscar la virtud por medio de ciertos ideales espirituales como la autodisciplina, el sacrificio, la autosuperación y el control de las necesidades corporales.
- Impulsividad: esta escala valora la dificultad para regular los impulsos y la tendencia al abuso de drogas, la hostilidad, la agitación, la autodestrucción y la destrucción de las relaciones interpersonales.
- Inseguridad social: esta escala mide la creencia de que las relaciones sociales son tensas, inseguras, incómodas, insatisfactorias y, generalmente, de escasa calidad.

3.2. Población y muestra.

El presente apartado tiene el propósito de presentar la descripción de población y muestra, ya que de ello depende la interpretación del estudio.

3.2.1 Población.

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

2006: 303).De acuerdo con estos autores, las características de una población deben estar lo suficientemente claras, para poder proceder a generalizaciones confiables.

La población de la que parte la presente investigación está conformada por alumnos de la Escuela de Psicología, del ciclo escolar 2011-2012, cuyo nivel académico es de licenciatura; en su mayoría, los estudiantes se dedican sólo a su quehacer académico y sólo en algunos casos trabajan y estudian; en esta población predominan las mujeres con un 80%.

De igual manera, gran parte de los estudiantes son residentes de Uruapan y unos pocos de pueblos colindantes, la zona institucional queda sujeta sólo a la una carrera de las diez con que cuenta la Universidad Don Vasco.

Asimismo, el nivel socioeconómico es medio, contemplando un registro de 233 alumnos inscritos, en cuanto a las edades desde 18 a los 24 años y en pocos casos de los 25 a 54 años; la religión que se promueve está basada en inspiración cristiana.

3.2.2. Muestra.

La “muestra es en esencia, un subgrupo de la población. Digamos que es un subconjunto de elementos que pertenecen a ese conjunto definido en sus características al que llamamos población” (Hernández y cols.; 2010: 175).

Del mismo modo, Hernández y cols. (2010), señalan que se busca que la muestra sea representativa de la población, en este sentido, del tipo de muestra y del proceso de selección depende la posibilidad de generalización de los datos obtenidos.

A partir del concepto de muestra, Hernández y cols. (2010) las categorizan en dos tipos:

- Las probabilísticas: son aquellas en las que todos los elementos de la población tienen la misma posibilidad de ser seleccionados. Esto se hace a través de una definición muy detallada de la población y una selección aleatoria de las unidades de análisis. En este sentido, el tamaño de la muestra también se determina con procedimientos estadísticos que aseguran su representatividad.
- Las no probabilísticas: son aquellas en las que la elección de los sujetos o unidades de análisis no dependen del azar, sino de las características de la investigación, de la intención del investigador o de circunstancias externas al proceso.

Estas muestras, de acuerdo con Hernández y cols. (2006) y con Kerlinger (2002), representan una importante desventaja para la generalización y extrapolación de los resultados obtenidos. Sin embargo, por lo general, son las que están más al alcance de una investigación de tesis.

Una de las muestras no probabilísticas es la intencional; según Kerlinger (2002), es aquella en la que los sujetos son seleccionados en función de las intenciones del investigador y con finalidades distintas a las de la generalización de resultados. Éstas se pueden dar cuando dentro de una población escolar se elige como muestra a los investigadores de un grupo, un grado escolar o cualquier otra unidad que facilite la recolección de datos.

Esta técnica de muestreo facilita la realización del estudio y es recomendable para investigaciones en las que el tiempo y los recursos institucionales son escasos. Sin embargo, es importante indicar que los resultados no se pueden generalizar, sólo mencionar como referencia hacia otros sujetos de la población.

En esta investigación, fueron seleccionados como muestra sujetos de entre los 18 y 21 años de edad; en contados casos, con más de 30 años.

A la vez, se consideró que la muestra fuera perteneciente a la Escuela de Psicología y que se encontraran en la disposición de ser evaluados.

3.3. Descripción del proceso de investigación.

Los acontecimientos que dieron lugar a la idea inicial y elaboración de la presente investigación, permiten el cumplimiento de este apartado de manera paulatina.

En primer lugar, se dio inicio al proceso de investigación determinando una idea sobre el tipo de estudio en cuestión, la idea de tener en cuenta las variables desarrolladas en los capítulos de esta investigación se vio influenciada por las conductas alimentarias y el estilo de vida escolar saturado de todo estudiante que cursa el nivel superior, el cual fue previamente observado y ello motivó su investigación.

En segundo lugar, se planteó el proyecto de investigación, el tema en cuestión y un planteamiento que permitiera realizar una explicación convincente de abordar la investigación; de igual manera, se elaboró un objetivo general y varios particulares, que fueran alcanzables y expresados con claridad y precisión; por igual, hubo necesariamente la elaboración de una justificación que explicara la importancia del estudio.

En un tercer momento, se estructuró el marco teórico. Inicialmente se retomaron investigaciones recientes acorde al tema de interés de nombre estrés, así como las que examinaran la relación con los indicadores psicológicos de los trastornos alimenticios, además, se dio la conformación de dos capítulos teóricos sobre las variables a investigar, después, un capítulo de metodología para dar respaldo científico y que posibilitara después estructurar un apartado de análisis e interpretación del trabajo de campo realizado, para finalmente generar como resultado conclusiones que enriquecieran el trabajo experimental.

Posteriormente, para el trabajo práctico se acudió a la Universidad Don Vasco, con entrevista previa, para tratar un permiso de intervención con la población estudiantil de la Escuela de Psicología, todo acordado con el Coordinador Escolar y la anuencia del Director de dicha escuela, quien otorgó el permiso para el seguimiento del trabajo práctico.

La forma de la aplicación de los instrumentos de recolección de datos, se dio en los salones de clases de los mismos estudiantes en horario matutino de clase, las pruebas se aplicaron de manera colectiva; se contó con suficiente iluminación y condiciones adecuadas de trabajo.

Se destaca que el comportamiento de los estudiantes de psicología durante la administración de los instrumentos fue en silencio, en algunos casos preguntaron para comprender algún término, sin reporte de incidencia alguna.

Los instrumentos se revisaron de manera confidencial y ética para conservar los criterios de validez. La revisión se llevó a cabo por medio de las plantillas indicadas en ambos instrumentos, para después convertir los valores naturales a valores percentiles de acuerdo con el baremo indicado. En la evaluación de las pruebas se identificaron cinco sujetos que rebasaron el límite de aceptación en la escala de inconsistencia en las respuestas, por lo que fueron anuladas y retiradas del total de la muestra real.

La forma en que se procedió para el análisis de los resultados fue mediante funciones estadísticas, para facilitar la recolección de datos a través de medidas de tendencia central, de dispersión y de correlación, por medio de ello se realizaron las tablas y gráficas necesarias mediante una matriz que fungió como base de datos.

La estructura, en que se presento el análisis e interpretación de los resultados se dio definiendo cada término estadístico y mediante el registro numérico de cada fenómeno empírico.

3.4 Análisis e interpretación de resultados.

A continuación se presentan los resultados logrados en el trabajo de campo. Estos se exponen en tres categorías: en primer lugar el estrés, seguido de trastornos alimenticios, para finalizar con una relación de las variables mencionadas anteriormente.

Para dar respaldo confiable, se emplearon procedimientos estadísticos que permiten procesar la información numérica que se obtiene de manera sistemática.

3.4.1 El estrés.

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

Respeto a los resultados obtenidos tras la aplicación de la prueba Perfil de Estrés de Nowack (1999), la media en el nivel de estrés total fue de 45.

Para guiar al lector, la media se entiende, según Hernández y cols. (2006), como la suma de un conjunto de datos dividida entre el número de medidas.

Asimismo, se obtuvo la mediana; Hernández y cols. (2006), definen este índice como el valor medio de un conjunto de valores ordenados, es el punto abajo y arriba del cual caen un número igual de medidas. El valor registrado fue de 46.

De igual forma, se determinó la moda, que Hernández y cols. (2006), definen como una medida de tendencia central que indica que el valor ocurre con mayor frecuencia en un conjunto de observaciones; en esta investigación se presenta una puntuación de 44.

Consecutivamente, se obtuvo el valor de una medida de dispersión: la desviación estándar, la cual muestra la raíz cuadrada de la suma de las desviaciones al cuadrado de una población dividida entre el total de observaciones (Hernández y cols.; 2010). El valor de este procedimiento es de 10.

De manera más detallada, se calcularon las medidas anteriores en cada subescala del Perfil de Estrés. Se obtuvo el puntaje de la subescala de Hábitos de salud, con una media de 44, una mediana de 43 y una moda de 33. La desviación estándar es de 10 puntos percentiles.

En lo que respecta a la subescala Ejercicio, los valores que se obtuvieron fueron: una media de 45, una mediana de 43, una moda de 28 y una desviación estándar de 13.

Además de ello, en la subescala Descanso/sueño, se registran los siguientes valores: una media de 43, una mediana de 43, una moda de 44 y desviación estándar de 10.

Por igual, se presenta la subescala Alimentación/nutrición, presentando los valores una media de 44, una mediana de 43, una moda de 38 y una desviación estándar de 10.

A la vez, la subescala Prevención, arroja resultados en los que hay una media de 52, una mediana de 51, una moda de 42 y una desviación estándar de 13.

Por otra parte, en la subescala ARC (abuso de sustancias) se presentó una media de 52, una mediana de 55, una moda de 39 y una desviación estándar de 12.

Además, la subescala Red de apoyo social registró una media de 53, una mediana de 49, una moda de 80 y una desviación estándar de 20.

Asimismo, en la subescala Conducta tipo A se obtuvo una media de 47, una mediana de 45, una moda de 42 y una desviación estándar de 12.

En la subescala Fuerza cognitiva, se determinó una media de 48, una mediana de 49, una moda de 54 y una desviación estándar de 10.

Por igual, se presenta la subescala Valoración positiva, que tuvo una media de 52, una mediana de 51, una moda de 62 y una desviación estándar de 14.

De igual manera, en la subescala Valoración negativa, se alcanzó una media de 49, una mediana de 51, una moda de 40 y una desviación estándar de 13.

Del mismo modo, en la subescala Minimización de la amenaza, se consiguió una media de 55, una mediana de 57, una moda de 57 y una desviación estándar de 11.

Adicionalmente, en la subescala Concentración del problema, se obtuvo una media de 48, una mediana de 47, una moda de 51 y una desviación estándar de 12.

Por último, en la subescala Bienestar psicológico, se identificó una media de 53, una mediana de 53, una moda de 50 y una desviación estándar de 10.

En el anexo 1 se pueden apreciar gráficamente los resultados de la media aritmética de cada una de las subescalas.

En función de los resultados estadísticos que se obtuvieron en la aplicación de la prueba, se puede concluir que el nivel de estrés de los sujetos evaluados se encuentra dentro del rango de normalidad. Por tal razón, particularmente, considerando la media, se trata de una muestra que presenta características propias de un grupo cuyo nivel de estrés no requiere la intervención psicológica.

Se enuncia lo anterior, en función de los puntajes T obtenidos, ya que se consideran como parámetros normales de acuerdo con la mayoría poblacional, aquellos puntajes que se encuentran en un rango de 40 a 60.

En lo referente a la desviación estándar, se puede afirmar que es moderada, ya que fue de 10, esto indica que la muestra presenta niveles homogéneos de estrés, es decir, poco dispersos. Para fines de la presente investigación, se considera que hay dispersión en los valores cuando la desviación estándar sea de 20 o más.

Además, de presentar los datos de las medidas de tendencia central y desviación estándar, se presentan a continuación los porcentajes de los estudiantes de psicología que obtuvieron puntajes altos en cada escala, es decir, sobre el techo del puntaje t de 60. De esta forma, se ubican las escalas en las que existe mayor incidencia de casos preocupantes sobre el problema de estrés.

En las escalas de estrés total, el 6% de sujetos resultó por arriba de T 60.

Los puntajes altos en cada subescala fueron: en la de Hábitos alimenticios, el 4% de los sujetos; en la de Ejercicio, el 15%; en la de Descanso/sueño, el 5%; en la de Alimentación/nutrición el 4%; en la de Prevención, 24%; en el Conglomerado ARC, el 20%; en la escala de Red de apoyo social, el 40% de los individuos; en la Conducta tipo A, el 12%; en la de Fuerza cognitiva, el 13%; en la de Valoración positiva, el 32%; en la de Valoración negativa, el 24%; en la de Minimización de la

amenaza, el 27%; en la de Concentración en el problema, el 15% y en la escala de Bienestar psicológico, el 28% de los sujetos.

Estos datos se pueden observar gráficamente en el anexo 2.

Se puede afirmar entonces que los indicadores de estrés en los estudiantes de psicología se encuentran por lo general en un nivel normal.

3.4.2 Indicadores psicológicos de los trastornos alimenticios.

A partir del concepto expuesto en el capítulo 2, la APA (2002) considera que las alteraciones graves en la conducta alimentaria, se categorizan por trastornos.

Retomando las alteraciones que conciernen al presente estudio, Jarne y Talarn (2000) presentan el diagnóstico diferencial entre anorexia y bulimia:

- a) Anorexia: inicio precoz, dieta restrictiva, bajo peso, baja impulsividad, pocos antecedentes de obesidad previa, control de peso estable, hiperactividad, amenorrea, pocas conductas autolíticas, conductas bulímicas en menos del 50% de los casos, complicaciones médicas crónicas.
- b) Bulimia: inicio más tardío, dieta variable, peso con pocas variaciones, impulsividad, antecedentes de obesidad, control de peso inestable, hipoactividad, amenorrea en 50% de las pacientes, dieta restrictiva y

grandes ingestas, más frecuentes conductas autolíticas, conductas bulímicas en el 100% de los casos y complicaciones médicas agudas.

La atención se tendrá en torno a los indicadores psicológicos siguientes: Obsesión por la delgadez, Bulimia, Insatisfacción corporal, Ineficacia, Perfeccionismo, Desconfianza interpersonal, Conciencia introceptiva, Miedo a la madurez, Ascetismo, Impulsividad e Inseguridad social, ya que en la práctica influyen para detonar un trastorno alimenticio.

Los resultados obtenidos en este apartado se registraron por la administración del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2), diseñado por Gardner (1991). Es relevante aclarar que este instrumento no cuenta con una subescala que reporte el nivel total de trastornos alimenticios, por tal razón, se desarrollaron en los apartados sucesivos de forma separada. Es importante señalar que este instrumento presenta los puntajes normalizados en percentiles, por lo cual los resultados también se presentan así.

Respecto a los índices obtenidos en la primera escala de Obsesión por la delgadez en estudiantes de psicología, se encontró una media de 63, una mediana de 64, una moda de 25 y una desviación estándar de 25 puntos percentiles.

En la escala de Bulimia se identificó una media de 63, una mediana de 50, una moda de 50 y una desviación estándar de 16.

De igual manera, en la escala de Insatisfacción corporal se halló una media de 44, una mediana de 41, una moda de 10 y una desviación estándar de 24.

Por otra parte, en la escala de Ineficacia, se logró una media de 67, una mediana de 61, una moda de 47 y una desviación estándar de 17.

En la escala de Perfeccionismo, se registró una media de 46, una mediana de 39, una moda de 15 y una desviación estándar de 28.

Mientras tanto, en la escala de Desconfianza interpersonal se identificó una media de 61, una mediana de 56, una moda de 36 y una desviación estándar de 24.

En la escala de Conciencia introceptiva se obtuvo una media de 68, una mediana de 70, una moda de 39 y una desviación estándar de 20.

Aunado a ello, la escala Miedo a la madurez registró una media de 83, una mediana de 88, una moda de 99 y una desviación estándar de 18.

Paralelamente, en la escala de Ascetismo se determinó una media de 48, una mediana de 57, una moda de 19 y una desviación estándar de 30.

A la vez, en la escala de Impulsividad se localizó una media de 71, una mediana de 75, una moda de 41 y una desviación estándar de 22.

Finalmente, en la escala de Inseguridad social se obtuvo una media de 60, una mediana de 62, una moda de 62 y una desviación estándar de 25.

Los resultados de las medias aritméticas de cada escala se muestran gráficamente en el anexo 3.

Se presentan a continuación los porcentajes de los estudiantes de psicología que obtuvieron puntajes altos en las distintas escalas, es decir, arriba del percentil 70. De esta forma, se ubicará el porcentaje de casos preocupantes en alguno de los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios.

En la escala de Obsesión por la delgadez, el 44% de los estudiantes de psicología resultaron por arriba del percentil 70; en la escala de Bulimia, el porcentaje fue de 27%; en la de Insatisfacción corporal, el 17%; en la de Ineficacia, el 45%; en la de Perfeccionismo, el 26%; en la escala de Desconfianza interpersonal el porcentaje fue de 41% de los individuos estudiados; en la de Conciencia introceptiva, el 42%; en la de Miedo a la madurez, el 79%; en la de Ascetismo, el 24%; en la de Impulsividad el 55% y en la de Inseguridad social, el 39%.

En función de lo anterior, se observa que las áreas donde hay más casos preocupantes son: Miedo a la madurez e Impulsividad. Estos resultados se observan en el anexo numero 4.

De acuerdo con estos resultados se puede afirmar que los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en los estudiantes de psicología se encuentran en general en un nivel promedio de normalidad, aunque en algunos indicadores resulta preocupante el porcentaje de sujetos que tiene un puntaje alto.

3.4.3. Relación entre el nivel de estrés y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios.

En la presente categoría se exponen los resultados obtenidos en la correlación estadística entre variables de estudio: estrés y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios.

A lo largo de la investigación se han expuesto situaciones de correlación, como la que realizaron Behar y Valdés en el año 2009, en Santiago de Chile, en una investigación sobre estrés y trastornos de la conducta alimentaria, en la que se obtuvo que las pacientes presentaron mayores niveles de estrés acumulado durante el año previo del diagnóstico, principalmente en conflictos familiares y cambios de hábitos. El estrés en pacientes se relacionó positivamente con el perfeccionismo y sensación de inutilidad, temor a madurar, conciencia introspectiva e insatisfacción corporal.

En la investigación realizada en la Escuela de psicología de la Universidad Don Vasco, en estudiantes de psicología, se encontraron los siguientes resultados:

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

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

Para conocer la influencia que existe entre dichas entidades, se obtuvo la varianza de factores comunes, donde mediante un porcentaje se indica el grado en que las variables se encuentran correlacionadas. Para obtener esta varianza sólo se eleva al cuadrado el coeficiente de correlación obtenido mediante la “r” de Pearson (Hernández, 2010).

El resultado de la varianza fue de 0.08, lo que significa que entre el estrés y la escala de Obsesión por la delgadez, hay una relación del 8%.

Entre el nivel de estrés y la escala de Bulimia, existe un coeficiente de correlación de 0.13, de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre dichas variables existe una correlación positiva débil.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.02, lo que significa que entre el estrés y la escala de Bulimia, hay una relación del 2%.

Entre el nivel de estrés y la escala de Insatisfacción corporal, existe un coeficiente de correlación de 0.37, de acuerdo con la prueba “r” de Pearson, esto denota que entre dichos atributos existe una correlación positiva débil.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.14, lo que significa que entre el estrés y la escala de Insatisfacción corporal, hay una relación del 14%.

Entre el nivel de estrés y la escala de Ineficacia, existe un coeficiente de correlación de 0.25, de acuerdo con la prueba “r” de Pearson, lo cual las vincula con una correlación positiva débil.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.06, lo que significa que entre el estrés y la escala de Ineficacia, hay una relación del 6%.

Entre el nivel de estrés y la escala de Perfeccionismo, existe un coeficiente de correlación de 0.32, de acuerdo con la prueba “r” de Pearson, esto significa que entre tales atributos existe una correlación positiva media.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.10, lo que significa que entre el estrés y la escala de Perfeccionismo, hay una relación del 10%.

Entre el nivel de estrés y la escala de Desconfianza interpersonal, existe un coeficiente de correlación de 0.36, de acuerdo con la prueba “r” de Pearson, lo que permite inferir que entre dichas variables existe una correlación positiva media.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.13, lo que denota que entre el estrés y la escala de Desconfianza interpersonal, hay una relación del 13%.

Entre el nivel de estrés y la escala de Conciencia introceptiva, existe un coeficiente de correlación de 0.37, de acuerdo con la prueba “r” de Pearson, lo que significa que entre dichos índices existe una correlación positiva media.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.13, lo que significa que entre el estrés y la escala de Conciencia introceptiva, hay una relación del 13%.

Entre el nivel de estrés y la escala de Miedo a la madurez, existe un coeficiente de correlación de 0.16, de acuerdo con la prueba “r” de Pearson, lo cual arroja una correlación positiva débil.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.03, lo que significa que entre el estrés y la escala de Miedo a la madurez, hay una relación del 3%.

Entre el nivel de estrés y la escala de Ascetismo, existe un coeficiente de correlación de 0.29, de acuerdo con la prueba “r” de Pearson, lo que manifiesta una correlación positiva débil.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.08, lo que significa que entre el estrés y la escala de Ascetismo, hay una relación del 8%.

Entre el nivel de estrés y la escala de Impulsividad, existe un coeficiente de correlación de 0.37, de acuerdo con la prueba “r” de Pearson, esto significa que entre tales características existe una correlación positiva media.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.14, lo que significa que entre el estrés y la escala de Impulsividad, hay una relación del 14%.

Entre el nivel de estrés y la escala de Inseguridad social, existe un coeficiente de correlación de 0.12, de acuerdo con la prueba “r” de Pearson, lo que permite identificar que existe una correlación positiva débil.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.01, lo que significa que entre el estrés y la escala de Inseguridad social, hay una relación de 1%.

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

En función de lo anterior, se puede afirmar que el nivel de estrés se relaciona de forma significativa con las escalas de Insatisfacción corporal, Perfeccionismo, Desconfianza interpersonal, Conciencia introceptiva e Impulsividad.

En contraparte, no se encontró una relación significativa entre el nivel de estrés y las escalas de Obsesión por la delgadez, Bulimia, Ineficacia, Miedo a la madurez, Ascetismo e Inseguridad social.

En función de los resultados presentados, para las escalas de Insatisfacción corporal, Perfeccionismo, Desconfianza interpersonal, Conciencia introceptiva e Impulsividad, se confirma la hipótesis de trabajo que afirma: a mayor nivel de estrés en los estudiantes de la Escuela de Psicología de la Universidad Don Vasco, A.C., mayor nivel en los indicadores de trastornos alimenticios.

Asimismo, para las escalas de Obsesión por la delgadez, Bulimia, Ineficacia, Miedo a la madurez, Ascetismo e Inseguridad social, se confirma la hipótesis nula, la cual refiere que el nivel de estrés que presentan los estudiantes de la Escuela de Psicología de la Universidad Don Vasco, A.C., no tiene relación con el nivel en los indicadores psicológicos de los trastornos alimenticios.

CONCLUSIONES

En el presente estudio, se corroboró la hipótesis de trabajo en cinco escalas, y la hipótesis nula en seis.

Los objetivos particulares, de naturaleza teórico conceptual, referidos a la definición del estrés, los factores que lo condicionan y sus consecuencias, fueron cubiertos en el capítulo 1.

Por su parte, los conceptos fundamentales que hacen alusión a la variable indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios, fueron abordados de manera por demás suficiente en el capítulo 2, en donde se analizan las principales problemáticas referidas a las escalas de Obsesión por la delgadez, Bulimia, Insatisfacción corporal, Ineficacia, Perfeccionismo, Desconfianza interpersonal, Conciencia introceptiva, Miedo a la madurez, Ascetismo, Impulsividad e Inseguridad social.

Asimismo, el objetivo empírico en el que se pretendió evaluar el nivel de estrés presente en los estudiantes de psicología de la Universidad Don Vasco, se cumplió con la aplicación de la prueba Perfil de Estrés, de Nowack (1999).

Resulta relevante puntualizar que tal nivel se encuentra en el parámetro medio, situando fuera una situación de riesgo a los alumnos evaluados, como se expuso en el capítulo 3.

La medición de la variable indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios se cumplió satisfactoriamente tras la aplicación del inventario EDI-2, diseñado por Gardner (1998). De ello se puede dar cuenta en el capítulo 3.

Se encontró que el fenómeno indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios, en la población estudiada, está presente en un parámetro sin relación alguna para las escalas de Obsesión por la delgadez, Bulimia, Ineficacia, Miedo a la madurez, Ascetismo e Inseguridad social.

Por otro lado, en las escalas de Insatisfacción corporal, Perfeccionismo, Desconfianza interpersonal, Conciencia introceptiva e Impulsividad, hay una influencia de más del 10%, por lo que es considerado significativo.

El objetivo general de la investigación, que consistió en establecer estadísticamente la relación entre las variables ya indicadas, se alcanzó como producto de la consecuencia de los objetivos particulares. Es necesario subrayar que la relación entre el estrés y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios es relevante, ya que permite un acercamiento a este tema poco explorado y proponer un programa de intervención.

Esta investigación es la primera de su tipo que se efectúa en la Escuela de Psicología de la Universidad Don Vasco, por lo tanto, se sigue continuando indagando con algunos tópicos observados en la presente exploración, para corroborar las conclusiones de manera más completa.

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 Mason. Barcelona.

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

Castillo S., María Dolores; León E., María Teresa. (2005)
Trastornos del comportamiento alimentario: Anorexia y Bulimia nerviosa.
Editorial Formación Alcalá, 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.

Cungi, Charly. (2007)
Estrés bajo control.
Ediciones Larousse. México.

Fontana, David. (1992)
Control de 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)
Manual de psicopatología clínica.
Editorial Paidós Ibérica. Buenos Aires.

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

Kerlinger, Fred. (2002)
Investigación del Comportamiento.
Editorial McGraw Hill. México.

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.

Nowack, Kenneth M. (1999)
Perfil de Estrés.
Editorial El Manual Moderno. México.

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

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

Rangel Aguilar, Nayeli Margarita. (2011)
El estrés y su relación con los factores psicológicos asociados a los trastornos alimenticios en adolescentes.
Tesis inédita de la Escuela de Psicología de la Universidad Don Vasco, A.C.
Uruapan, Michoacán, México.

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.

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

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

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

MESOGRAFÍA

Barraza Macías, Arturo. (2005)

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

Revista Psicología Científica.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

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

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

Revista Educación y Desarrollo. Octubre-Diciembre 2007. Pp.77-82.

http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/7/007_Caldera.pdf

Hernández García, Mariamparo A. (2006)

“Las influencias familiar y social en la anorexia y la bulimia, el caso de Saltillo, México”

Epistemé. No. 8-9. Año 2, Octubre-Diciembre 2006.

<http://www.uvmnet.edu/investigacion/epsiteme/numero8y9-06/>

López Coutiño, Berenice; Arias Ibáñez, Alba; Nuño Gutiérrez, Bertha. (s/f)

“Una aproximación a la estructura familiar de mujeres con anorexia y bulimia”.

Instituto Mexicano del Seguro Social.

<http://www.tallersur.com/adolesc/libros/libroanorexia.pdf>

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

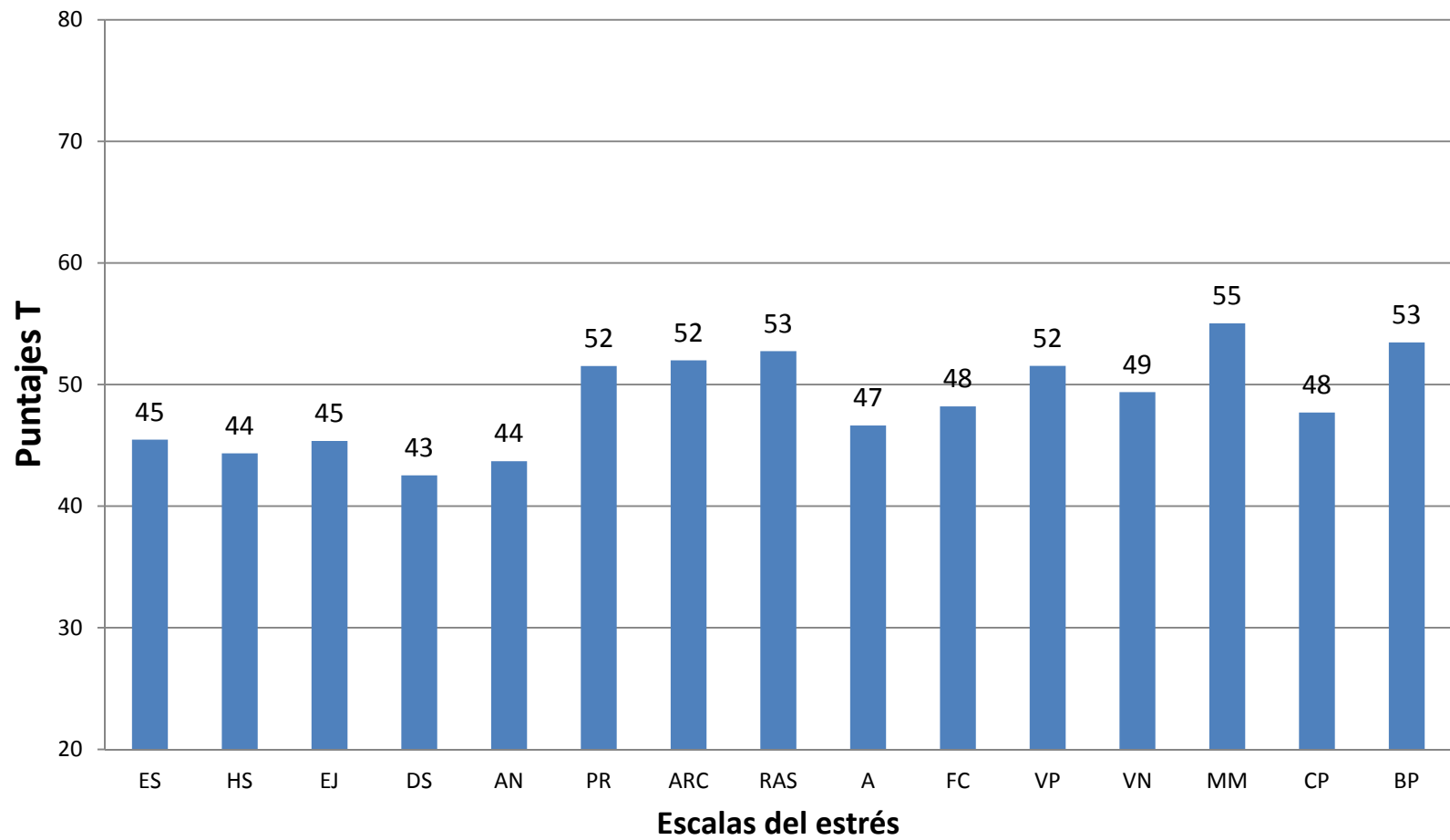
“Trastornos alimentarios en hombres y mujeres adolescentes deportistas y no deportistas pertenecientes al Servicio de Rehabilitación Ortopédica del Centro Nacional de Rehabilitación”.

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

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

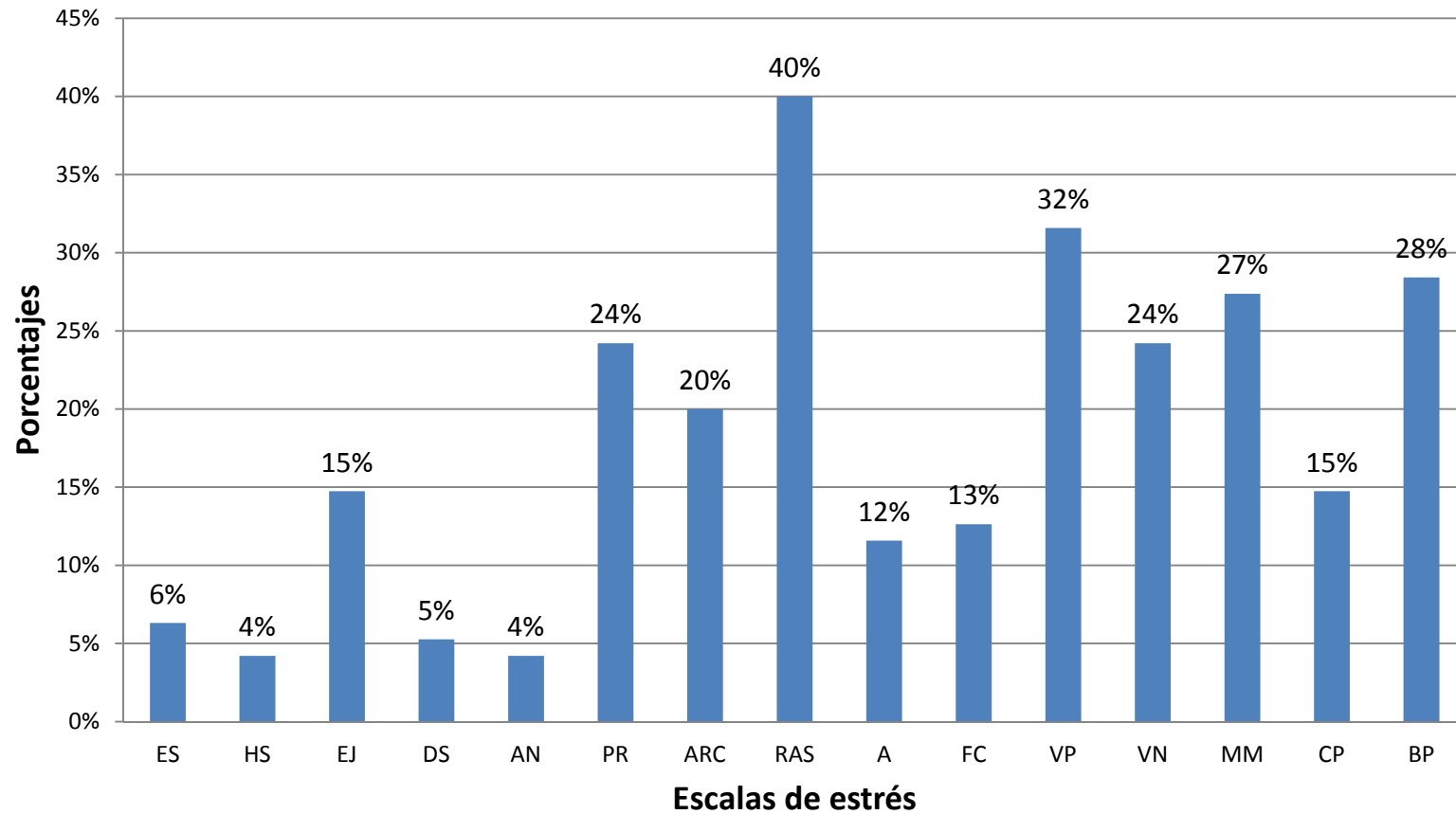
Anexo 1

Medias aritméticas de las escalas de Estrés



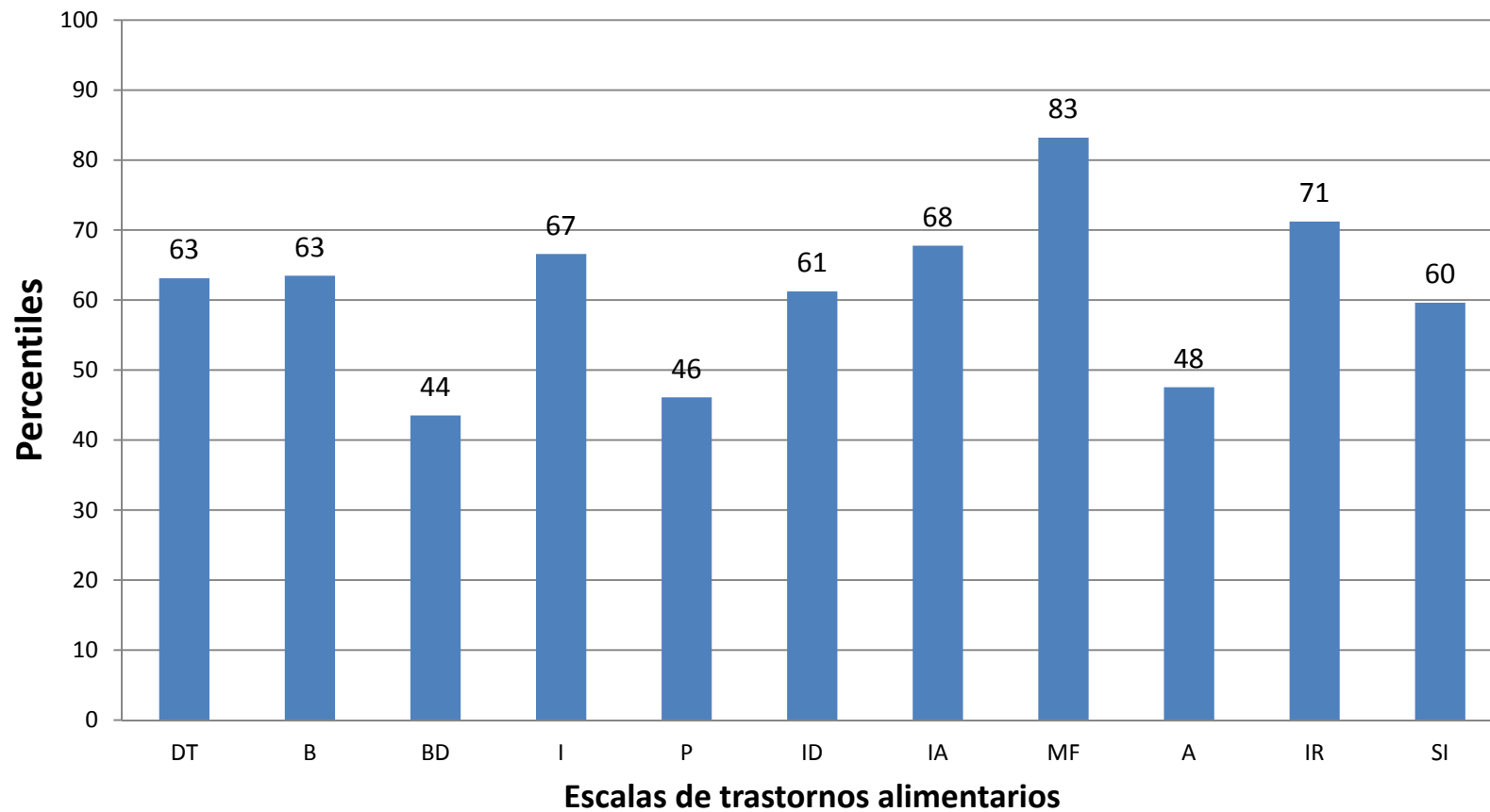
Anexo 2

Porcentajes de sujetos con puntajes altos en las escalas de estrés



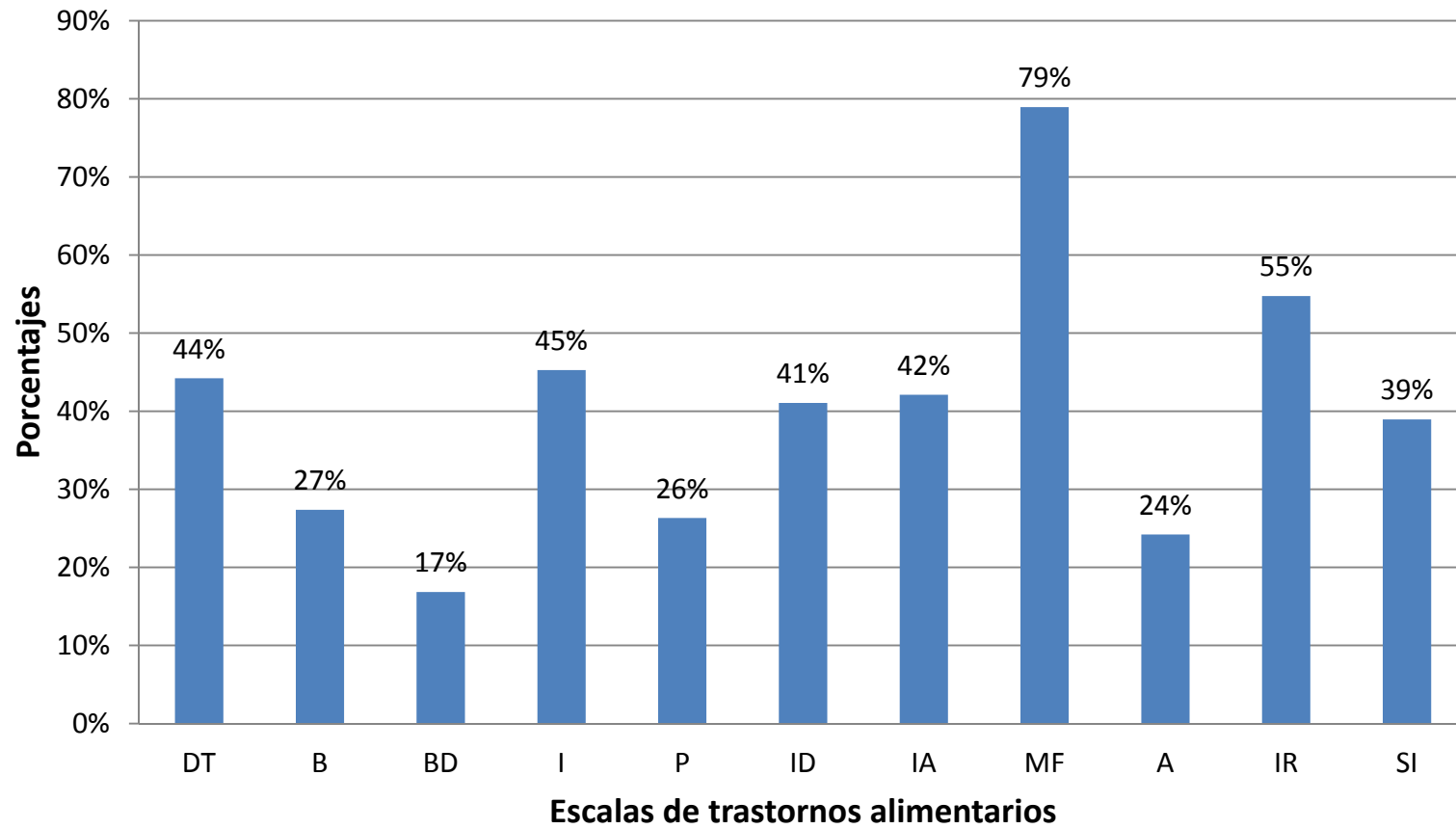
Anexo 3

Medias aritméticas de los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios



Anexo 4

Porcentajes de sujetos con puntajes altos en las escalas de trastornos alimentarios



Anexo 5

Niveles de correlación entre las escalas de trastornos alimentarios con la escala de estrés

