



UNIVERSIDAD DON VASCO, A.C.

INCORPORACIÓN N° 8727-25 A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA DE PSICOLOGÍA

**EL ESTRÉS EN RELACIÓN CON LOS TRASTORNOS
ALIMENTARIOS EN ALUMNOS DE LA ESCUELA PRIMARIA
TIERRA Y LIBERTAD, TURNO VESPERTINO**

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

Rubén Blanco López

Asesor: Héctor Raúl Zalapa Ríos

Uruapan, Michoacán, 17 de Noviembre de 2015.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

Introducción.

Antecedentes	1
Planteamiento del problema	4
Objetivos	5
Hipótesis	6
Operacionalización de las variables	7
Justificación	8
Marco de referencia	9

Capítulo 1. El estrés.

1.1. Antecedentes históricos del estrés.	11
1.2. Tres enfoques teóricos del estrés.	13
1.2.1. Estrés como estímulo.	14
1.2.2. Estrés como respuesta.	15
1.2.3. Estrés como relación persona-entorno (enfoque interaccionista).	18
1.3. Los estresores.	22
1.3.1. Estresores psicosociales: cambios mayores, menores y cotidianos	22
1.3.2. Estresores biogénicos.	23
1.3.3. Estresores en el ámbito académico.	25
1.4. Procesos del pensamiento que propician el estrés.	27
1.5. Los moduladores del estrés.	28

1.5.1. El control percibido.	29
1.5.2. El apoyo social.	30
1.5.3. El tipo de personalidad: A/B.	31
1.5.3.1. Personalidad tipo A y problemas cardíacos.	33
1.6. Los efectos negativos del estrés.	34

Capítulo 2. Los trastornos alimentarios.

2.1. Antecedentes históricos de la alimentación.	36
2.2. Definición y características clínicas de los trastornos alimentarios.	38
2.2.1. Anorexia nerviosa.	38
2.2.2. Bulimia nerviosa.	40
2.2.3. Obesidad.	44
2.2.4. Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas.	45
2.2.5. Vómitos en otras alteraciones psicológicas.	45
2.2.6. Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia.	46
2.3. Esfera oroalimentaria en el infante.	51
2.3.1. Organización oroalimentaria.	51
2.3.2. Alteraciones en la esfera oroalimentaria.. . . .	52
2.4. Perfil de la persona con trastornos de alimentación	54
2.5. Causas del trastorno alimentario.	56
2.5.1. Factores predisponentes individuales.	56
2.5.2. Factores predisponentes familiares.	61
2.5.3. Factores socioculturales.	62
2.5.4. Factores sociales	65

2.5.5. Factores psicológicos	66
2.6. Consecuencias de la insatisfacción corporal	67
2.7. Factores que mantienen los trastornos alimentarios	68
2.7.1. Las prácticas de control de dietas.	68
2.8. Trastornos mentales asociados a los trastornos alimenticios	70
2.9. Tratamiento de los trastornos alimenticios	72

Capítulo 3. Metodología, análisis e interpretación de resultados.

3.1. Descripción metodológica	76
3.1.1. Enfoque cuantitativo	76
3.1.2. Investigación no experimental	78
3.1.3. Diseño transversal	78
3.1.4. Alcance correlacional	79
3.1.5. Técnicas de recolección de datos.	79
3.2. Población y muestra	81
3.3. Descripción del proceso de investigación	82
3.4. Análisis e interpretación de resultados	84
3.4.1. El estrés en los alumnos de la Escuela Primaria Tierra y Libertad, turno vespertino	84
3.4.2. Indicadores psicológicos de los trastornos alimenticios	86
3.4.3. Relación entre el nivel de estrés y los trastornos alimenticios	89

INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo se examina el estrés y su vínculo con los trastornos alimentarios en alumnos de una escuela primaria pública. Por ello, se describen a continuación los elementos que se consideraron primordiales para la elaboración del presente apartado teórico de la investigación.

Antecedentes

En 1930, el joven austriaco Hans Selye observó diversas características en los enfermos que estudiaba, que se presentaban indistintamente de la enfermedad presentada, tales como: el cansancio, baja de peso, falta de apetito, entre otros.

Posteriormente realizó experimentos de ejercicio físico exhaustivo con ratas de laboratorio, con el cual comprobó la elevación de las hormonas suprarrenales (adrenalina y noradrenalina).

En la actualidad, el estrés se define como una respuesta fisiológica de adaptación del sujeto al ambiente por causa de situaciones externas y/o internas. A su vez se divide en dos tipos de estrés: positivo (eustrés) y negativo (distrés).

Por otra parte, los trastornos alimentarios se definen como una alteración de la conducta relacionada en cuanto a la forma de ingesta, selección y preparación de los

alimentos; en ella intervienen factores fisiológicos como el apetito y la saciedad, así como elementos culturales y familiares.

A continuación se exponen algunas investigaciones relacionadas con las variables antes mencionadas.

Una investigación fue realizada por Behar y Valdés (2009), con el objetivo de comparar características psicológicas y conductuales compatibles con trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y sus subtipos, en pacientes con dichos trastornos y en aquellas sin esta patología; así como comparar cualitativa y cuantitativamente la exposición a ambientes estresantes, en ambos grupos. El primer conglomerado se conformó de cincuenta pacientes de sexo femenino que de manera ambulatoria visitaban el Policlínico de Salud Mental de la Universidad de Playa Ancha de Valparaíso, Chile; con un promedio de edad de veintidós años; y el grupo dos, conformado por cincuenta estudiantes de la carrera de medicina de la Universidad de Valparaíso, Chile, de sexo femenino, con una edad promedio de veintiún años. A todos los sujetos de estudio se les entrevistó conforme al Test de Actitudes Alimentarias, Inventario de Desórdenes Alimentarios, Escala de Autoevaluación de Estrés y Cuestionario de la Figura Corporal, todo lo anterior de manera voluntaria y con el consentimiento informado.

Otra investigación fue realizada por Ruiz y cols. (2004) con el título "Trastornos alimentarios en hombres y mujeres adolescentes deportistas y no deportistas pertenecientes al Servicio de Rehabilitación Ortopédica del Centro

Nacional de Rehabilitación, México”, con la finalidad de detectar si la práctica deportiva aeróbica es un factor de riesgo de trastornos alimentarios tales como anorexia, bulimia y conducta alimentaria no especificada, en hombres y mujeres adolescentes pertenecientes al Centro Nacional de Rehabilitación.

Se aplicó la escala MD, que consta de treinta y tres reactivos referentes a los trastornos alimentarios. Dichos resultados fueron revisados con la prueba de la chi cuadrada, no mostrando diferencias significativas. Los resultados manifiestan la importancia de unificar tanto elementos socioculturales, circunstanciales, etapas de desarrollo, historia de vida, dinámica familiar, sexualidad, entre otras; las cuales permitirían informar si la transculturalidad forma parte de los factores con un mayor peso para causar este tipo de trastornos.

En otro estudio fue abordado el tema de niveles de estrés y rendimiento académico en estudiantes de la carrera de Psicología del Centro Universitario de Los Altos, en Jalisco, México.

La investigación fue realizada por Caldera y cols. (2007), abarcando el 100% de los alumnos de dicha universidad, es decir 115 casos. La metodología utilizada fue descriptiva, correlacional y trasversal, con la finalidad de determinar tanto los niveles del estrés en la población estudiantil como equiparar la relación de este último con las variables: rendimiento académico, grado escolar, género y edad. El instrumento utilizado fue el Inventario de Estrés Académico (IEA) y la manera de aplicación fue colectiva, sin límite de tiempo, en las mismas aulas donde recibían

clases. Los resultados no mostraron relación significativa entre el nivel de estrés y el rendimiento académico, ni de este con el grado escolar, la edad y género.

Por otra parte, dentro de las instalaciones de la Escuela Primaria Tierra y Libertad, de Uruapan, Michoacán, no se han realizado investigaciones previas en cuanto a los trastornos alimentarios en relación con la variable estrés.

Planteamiento del problema

La importancia de estudiar el estrés en la actualidad, va estrechamente relacionada con las manifestaciones de aceptación como respuesta a los estereotipos sociales.

Por otra parte, se han observado modificaciones en los hábitos alimenticios en niños en cuanto a las presiones en los diversos sistemas sociales en que está vinculado el infante, como son específicamente la familia y la escuela, entre otras.

Así pues, se conoce de manera teórica y empírica los trastornos alimentarios como el efecto subyacente de diversas alteraciones de tipo psicológico, emocional y social. Se conocen diversas tipologías de trastornos alimentarios como bulimia y anorexia, entre otras.

La preocupación de los padres de familia, así como de las diferentes áreas de la docencia, tienen como objetivo favorecer a los alumnos de educación primaria,

dando orientación respecto a la problemática de presentar estrés y sus consecuencias, una de las cuales pudiera ser la presencia de trastornos alimentarios.

Por todo lo anterior, se vuelve importante plantear la siguiente pregunta de investigación:

¿Existe relación significativa entre el estrés y los trastornos alimentarios en alumnos de la Escuela Primaria Tierra y Libertad, de Uruapan, Michoacán?

Objetivos

A continuación se describe el objetivo general, así como la enumeración de los particulares, que guiaron el curso del presente trabajo.

Objetivo general

Establecer la relación entre la variable estrés y los factores psicológicos vinculados con los trastornos alimentarios de los alumnos de la Escuela Primaria Tierra y Libertad, de Uruapan, Michoacán.

Objetivos particulares

1. Conceptualizar el término estrés.
2. Analizar las diversas manifestaciones del estrés.

3. Describir las diversas teorías de los elementos causales del estrés.
4. Conceptualizar el término trastornos alimentarios.
5. Describir la tipología de los trastornos alimentarios más comunes.
6. Medir el nivel de estrés mediante pruebas psicométricas en alumnos de la Escuela Primaria Tierra y Libertad, de Uruapan, Michoacán.
7. Evaluar el nivel en el que se presentan los factores psicológicos en los trastornos alimentarios, en los alumnos de la Escuela Primaria Tierra y Libertad, de Uruapan, Michoacán.

Hipótesis

Para la verificación de resultados se considera establecer dos explicaciones tentativas, exhaustivas y mutuamente excluyentes, sobre la realidad examinada.

Hipótesis de trabajo

Existe relación significativa entre el nivel de estrés y los factores psicológicos vinculados con los trastornos alimentarios en los alumnos de la Escuela Primaria Tierra y Libertad, de Uruapan, Michoacán.

Hipótesis nula

No existe relación significativa entre el nivel de estrés y los factores psicológicos vinculados con los trastornos alimentarios en los alumnos de la Escuela Primaria Tierra y Libertad, de Uruapan, Michoacán.

Operacionalización de las variables

Para medir la variable estrés, se utilizó el test psicométrico llamado Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños (CMAS-R), el cual fue creado por Reynolds y Richmond (1997). Los resultados que arrojó la aplicación fueron considerados como indicadores del nivel de estrés que manifiestan los sujetos investigados.

Además de poder identificar de manera precisa los niveles de ansiedad, el instrumento también brinda cuatro puntuaciones de subescalas, las cuales se denominan:

- a) Ansiedad fisiológica.
- b) Inquietud-hipersensibilidad.
- c) Preocupaciones sociales-concentración.
- d) Mentira.

En la presente investigación se consideraron como indicadores de la variable trastornos alimentarios los puntajes obtenidos por el sujeto en el inventario de

Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2) del autor David M. Gardner (1998). Tal instrumento se conforma por once escalas que representan los síntomas principales que normalmente acompañan a la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa: obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficiencia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva, miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad e inseguridad social.

Justificación

Esta investigación ayudará a aumentar la información respecto al estrés, tanto teórica como empíricamente, en un ámbito escolar de nivel primario, así como en lo que respecta a las alteraciones de tipo psicológico, generadas por los trastornos alimentarios.

Esta indagación beneficia directamente a la población infantil abordada, proponiendo alternativas de trabajo respecto a las necesidades encontradas tras analizar los resultados, así como a los docentes de la institución, informando sobre la importancia de su papel frente al grupo, además de favorecer el núcleo familiar con orientación adecuada a la necesidad.

El investigador generó información corroborada a nivel correlacional entre las dos variables para favorecer el ámbito tanto escolar como familiar, para profundizar en los hallazgos y generar nueva información.

A la vez, este trabajo es propio del campo de la psicología, ya que integra alteraciones psicológicas a causa del estrés y los trastornos alimentarios, como parte de las alteraciones mentales a nivel de pensamiento y distorsión de la percepción del propio cuerpo.

Marco de referencia

La investigación fue llevada a cabo en la Escuela Primaria Federal “Tierra y Libertad”. En función de ello, enseguida se describen diversos aspectos de organización, así como de infraestructura, que fueron proporcionados por la directora de la institución educativa.

Esta escuela cuenta con una misión, la cual es “impactar en la calidad del servicio educativo brindado a los alumnos, teniendo en cuenta los propósitos de los planes de educación primaria y las necesidades específicas del alumnado, incrementando los niveles de comprensión lectora, con el análisis y seguimiento de las acciones que permitan el acceso, la permanencia y egreso en el sistema educativo de la comunidad escolar, trabajando de manera articulada y en colectivo, incorporando de manera prioritaria la participación de los padres de familia y la comunidad como parte fundamental en el proceso enseñanza-aprendizaje para lograr la transformación del quehacer educativo”.

Su visión radica en “ser una institución comprometida con el desarrollo de la labor educativa, atendiendo las características y necesidades de aprendizaje de la

comunidad escolar; para elevar la comprensión lectora, favoreciendo el desarrollo de prácticas docentes flexibles a través de metas claras y el respeto a principios y valores de cooperación y equidad; buscando la constante comunicación con los padres de familia, propiciando la participación en las actividades del centro de trabajo para impactar en la localidad”.

La institución se encuentra ubicada en la colonia Tierra y Libertad, con una antigüedad de 25 años. Atiende una población de alta marginación con un rango de edad de cinco a 15 años, actualmente. Cuenta con un registro de 485 alumnos, con un total de personal de 27 elementos, distribuidos de la siguiente manera: directora de la primaria, 12 docentes frente a grupo, maestro de aula de apoyo, maestro de aula de medios, dos maestros de inglés, cuatro de educación física, un auxiliar administrativo, maestra de aula de apoyo y dos intendentes. De manera general, los docentes de la primaria tienen licenciatura, con título, algunos de ellos específicamente en educación primaria.

La escuela cuenta con siete edificios, de los cuales seis son para salones de clase, oficina de dirección y uno es específicamente de aula de medios. Para las actividades al aire libre cuenta con dos canchas deportivas y tres áreas verdes.

CAPÍTULO 1

ESTRÉS

A continuación se pretende indagar sobre los aspectos más relevantes en relación con el estrés, como lo son la definición, los antecedentes históricos, la diversificación de los factores, entre otros elementos, tomando en cuenta diversas perspectivas teóricas para la fundamentación del presente capítulo.

1.1 Antecedentes históricos del estrés

De acuerdo con Sánchez (2007), el término estrés proviene del latín *stringere*, y su significado va desde ofrecer presión hasta propiciar la tensión. A lo que se refiere la autora es que el estrés existe desde el origen de la humanidad, por su funcionalidad de contribuir a afrontar las adversidades de las tareas comunes como la caza, alimentación y vivienda.

En cuanto a Lazarus y Lazarus (2000), mencionan que en el siglo XVII, el físico y biólogo Robert Hooke trabajó ayudando en la construcción de puentes resistentes ante ventiscas, terremotos, inundaciones, soportar pesadas cargas y aun así mantenerse firmes, lo cual lo relacionó con el efecto del estrés. Este último se define como un requerimiento del ambiente sobre un sistema biológico, psicológico y social, que sería semejante al que un puente debe soportar.

A la vez, Sánchez (2007), cita a Claude Bernard, quien señala que la naturaleza humana proporciona herramientas para afrontar los cambios ambientales externos que pudiesen dañar al individuo. Igualmente, descubrió que si el ambiente externo se modificaba, también los seres humanos podían hacerlo para adaptarse al entorno.

De igual manera, Sánchez (2007), aporta las ideas del fisiólogo estadounidense Walter B. Cannon, quien propuso el término homeóstasis, referido como el estado dinámico del organismo que tiende a restablecer su equilibrio.

En 1939, Cannon retoma en término estrés, creado por Selye, para hacer referencia a los elementos ambientales que podrían generar inestabilidad en los individuos, lo que se le llama niveles críticos de estrés.

Además, Sánchez (2007) menciona a Hans Selye por su aportación con el término de Síndrome General de Adaptación (GAS), este consiste en una respuesta inespecífica, de tipo fisiológico, adaptativa frente a cualquier estímulo ambiental que induce a variaciones de tipo endócrino, como son: la falta de apetito, semblante carente de energía, la disminución de la fuerza y tono muscular, aumento en la presión arterial y baja actividad.

Durante la Primera Guerra Mundial, las crisis emocionales se le atribuían a cuestiones neurológicas, llamándoles “conmoción por proyectiles”, su fundamento se

basaba en que el ruido ejercido de los proyectiles, mientras detonaban, era causa de los daños al cerebro.

Mientras que en la Segunda Guerra Mundial hubo gran interés en el estudio del estrés cuando se observaba a los soldados rendirse durante el combate, a lo que llamaron “neurosis de guerra”.

En años posteriores a la Segunda Guerra Mundial, se consideró que el estrés era aplicable no solamente a la milicia, sino también a diversas situaciones de la vida cotidiana como la vida conyugal, las relaciones de pareja, problemas legales; el desarrollo biológico, que abarca los cambios de la pubertad, la menopausia y andropausia; el entorno escolar, ya sea el ingreso a un nuevo centro educativo, las relaciones de amistad o problemas de acoso por los compañeros de clase; las enfermedades temporales o crónicas, minusvalía, presentar un examen o ir a una entrevista de trabajo.

1.2 Tres enfoques teóricos del estrés

A continuación se describen tres enfoques teóricos del estrés. El primero de ellos corresponde al fenómeno como estímulo, como variable independiente que se refiere a la amenaza del entorno, afectando al individuo y modificando su comportamiento; el segundo se entiende como reacción de respuesta, que se clasifica como variable dependiente, para indicar que la persona se siente presionada por factores que se describen en apartados posteriores; el tercer enfoque

está centrado en la persona y el entorno, es interaccionista, ya que propone que estos dos elementos logren alcanzar un estado de adaptación, facilitando al individuo su vida cotidiana.

1.2.1 Estrés como estímulo

Travers y Cooper (1996), apoyan la idea de Hipócrates (siglo V. a C.) al mencionar que desde esta perspectiva se considera la relación salud – enfermedad vinculada con los elementos del ambiente externo del sujeto. Es decir, se afirma que las diversas características del entorno, consideradas por el individuo como positivas o negativas, afectan al organismo de manera abrupta, por lo tanto, generan modificaciones sobre él.

La metodología de este enfoque tiene la finalidad de intentar medir el daño que causan los estresores como las presiones sociales, psicológicas, físicas y económicas del entorno, así como los desastres naturales.

Cabe decir que cada persona posee un grado de tolerancia diferente a todos los demás, y que al sobrepasar este nivel, la persona sufrirá daños temporales o permanentes.

Travers y Cooper (1996) citan a Selye, para señalar que el estrés es un rasgo vital en el ser humano y se divide en positivo y negativo; en el primer caso es llamado eustrés y dirige su motivación al crecimiento, el desarrollo, el logro de

objetivos y un enfoque propositivo; mientras que el negativo, llamado distrés, manifiesta conductas dañinas, amenazadoras, hostiles o aversivas.

Aunado a lo señalado anteriormente, se afirma que existen cuatro tipos de estrés que el individuo puede experimentar a lo largo de su vida:

- Hiperestrés (o estrés excesivo).
- Hipoestrés (estrés disminuido).
- Estrés negativo (distrés).
- Estrés positivo (eustrés).

1.2.2 Estrés como respuesta

Desde esta perspectiva, el estrés se considera como la reacción de un individuo frente a una situación amenazadora o la manifestación ante el peligro, es decir, como variable dependiente.

En la idea de Fisher (retomado por Travers y Cooper; 1996), es posible suponer que un individuo ha estado en situaciones estresantes si muestra características propias de presión, como un sentimiento de urgencia, de prisa o dificultad para estar quieto.

Lo anterior supone que el individuo se encuentra en un estado de aprensión que ejerce fuerza para enfrentar las tareas cotidianas de su vida, así como las adversidades. Estas reacciones frente al estrés pueden darse en tres niveles: psicológico, fisiológico y conductual, que están interconectados.

En la idea de Fontana (1992), se reconoce que cuando los niveles de estrés exceden la capacidad del individuo, dicho fenómeno debilita el estado de ánimo, limita la capacidad de desempeño, minimiza los esfuerzos por lograr propósitos y cumplir objetivos.

Selye (citado por Fontana; 1992), creó el modelo “Síndrome de Adaptación General”, con el cual muestra la reacción de los individuos ante los estresores, estos últimos se describirán posteriormente. Las fases de la respuesta en el organismo inician con la reacción de alarma o de alerta; a continuación, está la etapa de resistencia, en la que se desencadena la actividad automáticamente; por último, la etapa de agotamiento, esto es, la duración prolongada de la actividad, que produce daño y colapso.

A continuación, Fontana (1992) explica estos efectos de la fase de colapso que corresponden a las áreas cognoscitiva, emocional y conductual.

Los efectos cognoscitivos del estrés incluyen:

- Disminución del tiempo de concentración y atención.

- Elevación de la distractibilidad.
- Es muy variable la velocidad de respuesta.
- Frecuentemente se equivoca el sujeto.
- Organización deficiente.
- Aumento de los trastornos del pensamiento y delirios.

Los efectos emocionales del estrés abarcan:

- Acentuación de la tensión, presión física y psicológica.
- Mentir sobre estar enfermo más constantemente.
- Alteraciones en la personalidad.
- Acrecentamiento de los problemas de personalidad, según sea el caso.
- Mayor libertad de aspectos morales y emocionales.
- Surge la depresión y la impotencia.
- Incompetencia y minusvalía.

Por último, se identifican entre los efectos conductuales generales del estrés:

- Aumento de los problemas de lenguaje.
- Olvido de las responsabilidades.
- Aumento repentino de ausentismo.
- Modificaciones de los niveles de energía.
- Consumo de drogas.

- Alteraciones del sueño.
- Desestimación de las nuevas reglas o cambios, aun cuando pueden ser de utilidad.
- Depositar responsabilidades en los demás.
- Resolución de los conflictos de manera somera, sin comprender conscientemente el conflicto.
- Comportamiento excéntrico, conductas impredecibles o fuera de lo ordinario.
- Los individuos amenazan con suicidarse.

1.2.3 Estrés como relación persona-entorno (enfoque interaccionista)

Este apartado integra el enfoque de estímulo y el de respuesta; afirma que tanto pudiesen existir influencias en el entorno por parte del sujeto como reacciones a este.

De acuerdo con Cooper (citado por Travers y Cooper; 1996), el entorno no es estresante hasta que existe vinculación con los sujetos, lo que origina una situación de estrés. De manera que la reacción de estrés tiene lugar cuando la capacidad de resistencia de la persona es superada por la amenaza de los estímulos estresores.

Además, el autor Lazarus (citado por Travers y Cooper; 1996) describe cinco aspectos del modelo cognitivo, el cual actúa a manera de procesos de pensamiento que intervienen en el desenvolvimiento de estrés.

- La valoración cognitiva: se refiere a la forma en que el individuo reacciona ante la situación que conlleva al estrés.
- La experiencia: este aspecto menciona que dependerá de la experiencia previa del individuo para el manejo de la situación presente, tanto los éxitos como los errores o los aciertos cometidos en el pasado pueden ser factor determinante en la situación actual.
- La exigencia: se constituye de la real y la percibida por el sujeto en conjunto con la capacidad real para actuar y la percibida. En general, la aptitud es reforzada por las necesidades, deseos y nivel de estimulación inmediata.
- La influencia interpersonal: este elemento muestra la forma de asimilación del sujeto con la ausencia o presencia de más personas a su alrededor, lo cual puede favorecer en su desempeño, así como perjudicarlo.
- El estado de desequilibrio: indica que al existir una falta de armonía entre las exigencias percibidas y la capacidad de afrontar las demandas, genera diversas modalidades de superar las adversidades, se toman en cuenta las consecuencias anteriores, las positivas favorecen, mientras que las negativas perjudican aún más.

1.3 Concepto integrador del estrés

En consideración a Beehr (mencionado por Travers y Cooper; 1996) se denomina al estrés como presión y tensión. Dicho de otra manera, esa presión, ya

sea física, psicológica o conductual, actúa como un estímulo. Por otro lado, una respuesta de tensión es usada como indicio de salud o enfermedad.

A su vez, Hoover-Dempsey (referido por Travers y Cooper; 1996) afirma que el estrés puede tanto perjudicar como favorecer las consecuencias sobre el sujeto. Esto puede dar como resultado el desarrollo de la capacidad de manejar los problemas.

Del mismo modo Payne (retomado por Travers y Cooper; 1996) argumenta la dificultad para conceptualizar y definir el estrés por la falta de información para comprender el fenómeno.

Por todo lo anterior Kasl (nombrado en Travers y Cooper; 1996), enfoca el estrés en cuatro formas distintas:

- Un fenómeno presente en el entorno.
- Como una manera de medir el entorno.
- Como una consecuencia ambiental.
- Como la relación de las presiones del entorno y las capacidades de adaptación de los sujetos.

Anteriormente el estrés era utilizado solamente en el campo de la física y las matemáticas. De acuerdo con Selye (citado por Palmero y cols.; 2002) se denomina

estrés a la presión ejercida sobre un cuerpo, y que al sobrepasar esa capacidad de soporte tiende a deformarse, modificarse o destruirse.

La Organización Mundial de la Salud (citada por los autores anteriores) define al estrés como el conjunto de reacciones fisiológicas que preparan al organismo para actuar.

Actualmente se define como un procedimiento de tipo psicológico causado por una exigencia de tipo orgánico, para la cual no existen recursos para enfrentar la amenaza de manera oportuna, por ello se realiza un proceso psicofisiológico con la finalidad de asimilar la información más precisa, eficiente y rápidamente, de modo que sea posible reaccionar de manera oportuna ante la amenaza.

A partir de lo mencionado en el presente capítulo se tomará el concepto de estrés desde la perspectiva de Lazarus (referido por Trianes; 2002:21-22). Tal concepto incluye los cinco factores siguientes:

- Existe una demanda.
- Hay la percepción de esa demanda como amenaza, pérdida o daño.
- El sujeto no dispone de recursos suficientes.
- Hay la presencia de emoción negativa.
- Existe el peligro de inadaptación o desajuste psicológico.

1.3. Los estresores

Palmero y cols. (2002) citan a Lazarus para afirmar que hay tres tipos de estresores psicosociales, según la intensidad de los cambios que se producen en la vida de una persona: cambios mayores o estresores únicos, cambios menores o estresores múltiples, y estresores cotidianos o microestresores.

A continuación se presenta dicha tipología.

1.3.1 Estresores psicosociales: cambios mayores, menores y cotidianos

Palmero y cols. (2002) describen los cambios mayores como aquellas modificaciones extremas en la vida de los sujetos; como pueden ser las catástrofes naturales, migración y modificaciones en las entradas económicas, o bien, problemas de salud.

La característica primordial de estos estresores es el poder para afectar a un numeroso grupo de personas, sin embargo, el número de casos en perjuicio no altera lo significativo de tal suceso.

En contraparte, los cambios menores son sucesos estresantes en los que el sujeto no tiene control, como una enfermedad terminal o la de una persona cercana, la pérdida del empleo, separación conyugal o hacer un examen importante.

Los cambios que mencionan los autores como los principales estresores, son:

La vida conyugal, llámese matrimonial o extramatrimonial, trae consigo un compromiso; la paternidad, en el caso de relacionarse con los hijos o que tengan alguna enfermedad; las relaciones interpersonales; el ambiente laboral, ya sea trabajo, escuela o casa; las situaciones ambientales como el cambio de domicilio, cambio de localidad o país, incluso el peligro a la integridad del individuo; el ambiente económico, ya sea la forma inadecuada de administrar los recursos o despido en el trabajo; las situaciones legales en el caso de divorcios, testamentos y herencias, disputa por la patria potestad, encarcelamiento, entre otros; el padecer algún accidente con efectos temporales o permanentes, enfermedades o cirugías (Palmero y cols.; 2002).

Otros tipos de estrés psicosocial se refieren a ser secuestrado, daños de cierta magnitud, violación sexual; en el caso de los niños y adolescentes existen factores de estrés como el distanciamiento familiar, la violencia en el hogar, enfermedades de algún miembro del núcleo familiar, falta de control o intrusismo, excesiva o nula estimulación social o cognitiva.

1.3.2 Estresores biogénicos

Anteriormente se ha hablado de los estresores que corresponden a condiciones de la percepción del sujeto en cuanto al entorno, en este apartado se

describen y caracterizan los estresores biogénicos, que actúan directamente en el organismo, pasando de largo los elementos cognitivo-afectivos.

Palmero y cols. (2002) citan a Everly para indicar que estos estresores no utilizan ese proceso de valoración cognitivo y por tanto, actúan inmediatamente en los núcleos activadores neurológicos y afectivos, como lo son:

Los cambios hormonales en el organismo, como es el caso de la pubertad; en ella ocurren modificaciones hormonales, el cuerpo cambia de forma, los cambios sexuales secundarios comienzan a manifestarse; en el caso de las mujeres, los factores de estrés pueden ser el síndrome pre-menstrual en aquellas que ya han pasado por la pubertad, ya que ocurre días antes de la aparición de la menstruación.

Siguiendo el proceso de cambios hormonales en mujeres, en edades posteriores a la pubertad, como después de los cuarenta años, la aparición de la menopausia puede ser una causa suficiente de sobre-estrés la mayoría de ellas. En la mayor parte de las mujeres, el desequilibrio en el nivel de las hormonas llamadas estrógenos y progesterona, puede ser causa de sobre-estrés; así como después del parto o un aborto, la disminución del nivel de estrógenos sexuales.

Otra de ellos es la es la ingestión de sustancias nocivas de origen químico como la nicotina, cafeína, anfetaminas y alcohol.

También están las reacciones a factores físicos que se encuentran en el ambiente como el exceso de frío, calor o dolor.

Para terminar, está el estrés alérgico, que se caracteriza por evitar todo aquello que el cuerpo considera peligroso para su equilibrio.

1.3.3 Estresores en el ámbito académico

Barraza (2003), cita a Polo y cols., quienes mencionan las características de los estresores académicos como la exposición en clase, la participación en el aula, realización de un examen, ir a la oficina del profesor, excesiva carga académica, competitividad entre compañeros, trabajar en grupo, exceso de responsabilidades, ambiente físico aversivo, falta de motivación, limitación para realizar actividades, conflictos con compañeros o maestros.

Además, en la etapa de estudios universitarios el estrés puede afectar a los estudiantes por causas como dejar la casa de los padres, trasladarse diariamente grandes distancias, administrar la economía, vivir con alguien o solo, atender las responsabilidades académicas, las clases y las relaciones personales; también hay eventos positivos, como el enamoramiento o preparar un viaje de estudios, que son agradables pero también agregan cierta tensión.

En cuanto al estrés académico, disfuncional Barraza (2003) cita a Pérez, para mencionar dichas características como la falta de respuesta para actuar según lo

planeado. Al mantener el nivel de estrés prolongado, se pueden generar dolores de cabeza, problemas de concentración, cambios del estado de ánimo, dificultad para dormir, problemas gástricos, entre otros.

Además, el estrés de manera negativa, relacionado con el rendimiento académico, puede generarse por el requerimiento de más tiempo para llevar el proceso de aprendizaje, el bloqueo para contestar adecuadamente las pruebas académicas, sin importar el conocimiento previo o los esfuerzos por obtener resultados positivos.

A continuación se mencionan las respuestas de estrés académico que Barraza (2003), retoma de Hernández y cols., quienes diferencian doce tipos de respuestas de estrés académico:

La preocupación; respiración agitada, aceleración del ritmo cardiaco y/o falta de aire; movimientos repetitivos desmedidos de alguna parte del cuerpo o tics; parálisis o movimientos torpes, como las atrofias motrices; sentimiento de miedo irracional o irreal; molestias estomacales que van desde gastritis, úlceras o estreñimiento; fumar, beber, comer o hablar demasiado; pensamientos o sentimientos de catástrofes; temblor de alguna parte del cuerpo generalmente en manos o piernas; dificultad para expresión verbal, así como tartamudeo, boca seca y dificultad para tragar, o bien, ganas de llorar.

1.4 Procesos del pensamiento que propician el estrés

En relación con el tema, Ellis, (citado por Powell; 1998), los describe como procesos cognitivos distorsionados, que aunque son irreales y/o irracionales, son percibidos como una realidad por la persona, tienden a ser repetitivos y dificultan la posibilidad de evaluar adecuadamente los eventos.

A continuación Ellis (referido por Powell; 1998) señala once apartados de ideas irracionales comunes en personas perturbadas emocional y psicológicamente; las primeras siete se refieren a personas con predisposición a la ansiedad, las últimas cuatro, hacia la hostilidad.

- Necesidad de afecto y afiliación de todas las personas que lo rodean, en especial a quienes el sujeto considera más importantes y quienes quisiera tener más cerca en su vida.
- Antes de considerarse una persona importante, tiene que ser apto, lograr éxitos, ser competente y ganarse ese valor como persona.
- Busca la felicidad en elementos externos a su propia persona, no en el equilibrio emocional internamente, es decir, no considera tener el control de su felicidad.
- Da gran importancia a los eventos pasados como una marca que no puede ser borrada, aun cuando en el presente realice adecuadamente su labor, siempre considera el pasado con un sentimiento de haber fallado.

- Limitación para afrontar las adversidades, considera solamente una opción de respuesta a cada uno de sus conflictos; sin ella, su vida está perdida.
- Intranquilidad por los sucesos riesgosos, considera cada evento venidero con ideas de gran catástrofe. Su pensamiento se centra en esperar lo peor de cada situación.
- Dependencia de alguien superior a él, en quien sienta apoyo y comprensión.
- Idealiza su vida venidera, espera que sea tal cual la ha planeado, de lo contrario, considera todo un reto poder afrontarla.
- Evade sus responsabilidades, evita las situaciones difíciles en lugar de hacerles frente.
- Juzga a las personas que considera que cometen negligencias, problemas o maldades y por lo tanto, deben ser señaladas y castigadas por los actos cometidos.
- Se preocupa por las dificultades de los demás, da prioridad a los hechos de las demás personas en lugar de preocuparse por sí mismo.

1.5 Los moduladores del estrés

Ya se ha abordado en apartados anteriores el estrés en relación con las demandas ambientales y las ideas irracionales percibidas por el individuo y las problemáticas que este propicia.

Enseguida se puntualizan los aspectos que moldean el curso del estrés según las condiciones del entorno, pero también de la forma de afrontamiento por parte del individuo.

1.5.1 El control percibido

El efecto del estrés sobre el individuo dependerá de la fuerza que tenga el evento estresante y la capacidad de afrontamiento que tenga dicho individuo.

Desde la perspectiva de Obrist (citado por Palmero y cols.; 2002), esta noción del afrontamiento puede ser tanto pasiva como activa, además de lo anterior, Seligman (citado por Palmero y cols.; 2002), demostró los efectos cognoscitivos, motivacionales y emocionales negativos por la falta de control.

Ahora bien, se puede entender como control percibido a todas aquellas capacidades del sujeto para lograr sus propósitos, evitando la pérdida del control durante el trayecto.

Por último Alloy (mencionado por Palmero y cols.; 2002), destaca la importancia de que si el individuo percibe tener el control del entorno, aunque no lo sea, esta actitud generalmente favorecerá su labor, evitando así los efectos negativos del estrés.

1.5.2 El apoyo social

Cascio y Guillén (2010), lo definen como las herramientas reales o percibidas del sujeto, estas son las redes de amigos, reales o por Internet, las amistades cercanas, la familia, la comunidad en general, con las cuales puede apoyarse para hacer frente a las amenazas estresantes; se han sugerido dos modos de actuar en el proceso de salud y estrés que se mencionan a continuación: la hipótesis del efecto protector y de efecto principal.

La primera suposición afirma que aunque los individuos estén en constante cercanía con estresores sociales, estos últimos solamente tendrán repercusiones en individuos con bajo nivel de apoyo social.

La hipótesis del efecto principal menciona que el apoyo social promueve la salud y el bienestar, sin importar el nivel de estrés presente. En otras palabras, mientras más apoyo social exista en el entorno del sujeto, menor será el índice de problemas a causa del estrés. Para que, a partir de esto, pase a tomar el apoyo social una función preventiva y determinante en la vulnerabilidad de ciertos acontecimientos estresantes.

Por su parte, Palmero y cols. (2002), sostienen que el apoyo social está estrechamente relacionado con la salud y enfermedad, lo cual defienden con el argumento de que el apoyo social puede reducir el efecto negativo por alguna de estas tres vías de fuga:

1. Disminuye la presión del estresor.
2. Apoya al individuo a manejar la situación de manera adecuada.
3. Disminuyen la intensidad del evento si este se produjo.

A esta repercusión se le conoce como efectos amortiguadores.

1.5.3 El tipo de personalidad: A/B

Travers y Cooper (1997), hacen mención a los cardiólogos Friedman y Rosenman, por sus estudios en la observación de un patrón repetitivo en sus pacientes con enfermedades coronarias, a quienes llamaron tipo A. Estos sujetos compartían las siguientes características: hostilidad, agresión, competitividad con los demás; en caso de no hallar con quien competir, lo hacen contra ellos mismos; están orientados a la urgencia, tienen poca tolerancia con los demás, son exigentes, se plantean objetivos personales, requieren nula o poca asistencia médica, hablan velozmente, tienen constante prisa, sentimiento de culpa al no estar laborando, al descansar o al relajarse, así como dificultad para estar quietos.

Watts, (señalados por Travers y Cooper; 1996), puntualizó características para la identificación de la personalidad tipo A, entre las cuales se encuentra:

- La premura de la conversación con otras personas, se refiere a responder lo más rápidamente posible, al igual, tratan que las demás personas contesten de manera apresurada, incluso cortando la conversación.

- Realzar la parte última de la oración, es decir, el final de la frase lleva mayor tonalidad y rapidez que al inicio.
- Los sujetos de esta naturaleza realizan sus movimientos corporales, el caminar o el comer, de manera precipitada; en general, todo debe ser rápido.
- Hacen dos actividades a la vez, pudiesen estar pensando en otra situación distinta a la que se está hablando: el hablar por teléfono mientras conducen, leer mientras escuchan la radio; mientras conversan, pudiesen interrumpir la plática para tratar cierto tema pendiente, entre otros.
- También presentan tics nerviosos, gesticulaciones faciales, tensión en los hombros o rigidez.
- La conversación debe girar en torno a ellos o a sus gustos o intereses; de no ser así, cuando se habla de otro tema, solamente fingen tener interés en lo que se está tratando.
- Culpabilidad al procurar descansar o relajarse, se les dificulta poder tener momentos de apaciguamiento sin sentirse corroídos por el remordimiento de no estar laborando.
- Se pierden los momentos más agradables del día por su misma urgencia del tiempo, no toman en consideración aspectos relevantes.
- Pretenden administrar su tiempo para realizar sus actividades en un lapso menor; apoyando lo anterior; no pueden considerar hacer alguna acción que interfiera con sus planes ya establecidos.
- No tienen atracción por los de su mismo tipo, por el contrario, al encontrar otra personalidad tipo A compiten entre sí.

Por el contrario, los tipos B:

- Se manifiestan de manera paciente, con tranquilidad y pausas, dejando que la conversación fluya libremente.
- Su tono para hablar es tenue, lento y sin contratiempos.
- Dedicar tiempo para comer, caminan de manera calmada.
- Gustan del ocio, la recreación y el juego.
- Escuchan pacientemente a los demás, tomando en cuenta sus opiniones para poder opinar cuando sea su turno.
- Tienen a dar y recibir simpatía por las demás personas.

1.5.3.1 Personalidad tipo A y problemas cardiacos

Ivancevich y Matteson (1985) se refieren a este tipo de personalidad tipo A por el contrario del tipo B, con tendencias hacia la propensión de sobrecargarse de actividades, evitando tomar descanso, sin aminorar el paso al caminar, incluso no tomarse unos días para relajarse, entre otros. Es decir, este tipo de sujetos generan su propio estrés.

Enfermedades como la hipertensión, son distintivas de estos sujetos; esta afección se caracteriza por la alteración en el torrente sanguíneo que fluye a través de las arterias a presión elevada, comprimiendo las paredes arteriales, logrando así niveles altos de presión arterial.

1.6 Los efectos negativos del estrés

Aunado a lo anterior, los efectos en el estado natural del individuo en situaciones estresantes, conllevan alteraciones en la funcionalidad del organismo tales como:

La hipertensión, que anteriormente se mencionó como una elevada presión de las arterias, aun cuando la amenaza ha pasado.

Otra enfermedad, de tipo estomacal, son las úlceras, que tienen su origen en la variación de cortisona, la cual se segrega durante periodos de elevado estrés. Entre más prolongados sean estos lapsos, mayor es la probabilidad de generar las lesiones en el intestino o estómago.

En cuanto a la diabetes, tiene su origen cuando el periodo de estrés se incrementa, elevando el nivel de azúcar en la sangre; por su parte, el páncreas contrarresta esos niveles elevados generando la insulina, pero la persistencia de los niveles de estrés puede causar deterioro en el páncreas, dejando así de generar dicha sustancia.

Las jaquecas tienen su etiología en la tensión muscular generada a partir de un estado elevado de estrés durante un tiempo prolongado, generalmente las jaquecas tienen un aumento gradual del dolor, como también de la duración de la misma.

Respecto al cáncer, actualmente se cree que continuamente se producen en el cuerpo células mutantes, que a su vez son destruidas por el sistema inmunológico antes de que se multipliquen, pero algunos científicos especulan que los estresores pueden alterar el cuerpo de manera bioquímica, por lo que dejan a su paso la libertad para la reproducción de células mutantes suficientes para convertirse en tumores malignos.

En conclusión, ya indicados los elementos pertenecientes a la descripción teórica del estrés, se puede entender la gama de posibilidades que permiten su entendimiento durante la práctica a nivel de investigación.

CAPÍTULO 2

TRASTORNOS ALIMENTARIOS

A continuación se describen los elementos que se consideran importantes describir para desarrollar el presente capítulo, como lo es los antecedentes históricos, diversas definiciones de cada tema en cuestión, así como el desarrollo de los trastornos alimentarios en la sociedad contemporánea.

2.1 Antecedentes históricos de la alimentación

En tiempos antiguos, la manera de ingerir alimentos durante eventos sociales era considerada una manera de manifestar el status social, un símbolo de demostración de poderío, y se provocaba el vómito para continuar comiendo.

Por otro lado, Jarne y Talarn (2000) mencionan que, como costumbre cristiana, se practicaba el ayuno como símbolo religioso de penitencia, la finalidad de ello era alcanzar estados elevados de espiritualidad y expresar el desapego del mundo. Aunado a esto, el caso más famoso de anorexia fue el de Catalina de Siena, nacida en 1347; hija de artesanos reconocidos, la joven recibió educación de tipo religioso, desde los siete años empezó a rechazar el alimento realizando penitencias; en años posteriores, durante la adolescencia únicamente ingería hierbas y un poco de pan.

A partir del siglo XVII, los primeros intentos de registros mencionan casos de personas con características de debilidad, a causa de la falta de alimento, aunque toda esta información por más detalladamente que se presentó, es dispersa y fue comentada por terceras personas que ni siquiera tenían relación cercana con las personas implicadas en cada uno de los casos.

Del mismo modo, Jarne y Talarn (2000) indican que en 1667, en Derbyshire, (Inglaterra) la joven Marthe Taylor era tratada por médicos y visitada también por nobles y clérigos con la finalidad de persuadirla de interrumpir el ayuno. Durante ese periodo tuvo manifestaciones de amenorrea, disminuyó aún más la cantidad de alimento y vomitó todo aquello que ingería. Durante más de un año, Marthe Taylor sobrevivió tomando agua azucarada, durante ese periodo se mantuvo sin orinar ni defecar.

En 1873, el médico Gull en Londres y Lassege en París, describieron los cuadros anoréxicos. Gull refutó la existencia de patología orgánica para justificar la anorexia y apoyó la idea de la patología psicógena. Esta perspectiva teórica con interpretación etiopatogénica, ha ido modificándose como etiología pahirpopituitaria y las hipótesis psicológicas, en especial de tipo psicoanalítico.

Desde los años setenta, la perspectiva es más amplia y se centra en considerar aspectos biológicos, psicológicos y sociales, fundiéndolos en una gama de tratamientos multidisciplinarios abordando estos tres elementos: el peso, la figura y la alteración de pensamiento.

Jarne y Talarn (2000), mencionan que en 1979, Russell describió un cuadro de características de ingesta voraz y purgas posteriores, que en su momento consideró referido a la anorexia nerviosa, esto lo menciona al observar que pacientes anoréxicas presentaban conductas de esta índole, a la cual denominó bulimia nerviosa.

El autor supone una continuación entre los dos tipos, inclusive pacientes que no presentan referentes clínicos de anorexia nerviosa, también son considerados dentro de dicho proceso de cambio.

Además de los estudios realizados, se identifican pacientes que no presentan anorexia nerviosa con conductas de pérdida de control para ingerir alimentos, miedo intenso y lucha por perder peso, vómito y purgas regulares.

2.2 Definición y características clínicas de los trastornos alimentarios

A continuación se menciona la bulimia y anorexia como variables principales para la investigación teórica, mientras que los demás trastornos de la alimentación se tomarán para establecer la diferencia con respecto de estas dos.

2.2.1. Anorexia nerviosa

Belloch y cols. (1995), afirman que culturalmente, el término anorexia se refiere a la no apetencia referida en casos donde la persona se encuentra sin apetito,

en depresión o con gripe. Mientras que la anorexia nerviosa se caracteriza porque el individuo no quiere alimentarse, aunque tenga hambre, tiene pensamientos acerca de ingerirlos sin engordar, desea continuar adelgazando aun cuando su talla y peso están propensos a riesgos de la salud. Según Belloch y cols. (1995), dicho cuadro tiene tres características esenciales: distorsión de la percepción de la imagen corporal, la percepción distorsionada de su autopercepción y el sentimiento generar de ineficacia personal.

Dicha perturbación se caracteriza por el deseo intenso de perder peso, rebasando los estándares para su edad y talla, toda su perturbación radica en el miedo a engordar. Se considera que dichas conductas tienen inicio en los comentarios directos o indirectos de sus círculos sociales donde se tiene relación.

A partir de lo anterior, dichos individuos llevan a cabo dietas limitadas de alimento, consumiendo cada vez menos cantidad y calidad de los mismos, se plantean objetivos de adelgazar con un margen mayor al esperado, previendo no acertar en su meta. Gradualmente, el cambio de alimentación trae consigo cierto juego de preparar, cortar y ordenar los alimentos; esconderlos; evitar comerlos tomando abundante agua u provocarse el vómito; administrarse laxantes o anfetaminas, combinado con ejercicio físico intenso.

La persona con anorexia se evalúa a sí misma como una alguien obeso aun cuando su imagen real refiere a un ser demacrado. Dentro del desarrollo físico, las adolescentes con este tipo de trastorno tienen un retraso del proceso madurativo

sexual, notorio en las mujeres en el periodo de menarca; en el caso de los adultos tiende a disminuir su interés por el sexo, tornándose un tema de conflicto.

Castillo y León (2005) mencionan que dentro de la anorexia nerviosa existen dos tipos: el restrictivo, que se refiere a las personas que en su afán de perder peso recurren a regímenes alimenticios estrictos y ejercicio físico intenso, tienden al perfeccionismo, rigidez, hiperresponsabilidad y sentimientos de minusvalía e ineficacia personal; a diferencia de la anterior, el tipo compulsivo negativo se caracteriza por los atracones, esto es, la reacción impulsiva a comer desmesuradamente en tiempos muy cortos; posiblemente presentan conductas adictivas, es recurrente encontrarlos en familias con obesidad y sobrepeso.

Respecto a la anorexia nerviosa atípica, Castillo y León (2005) afirman que esta terminología se utiliza para todo aquel caso que no cumpla con las características del tipo de anorexia descrita con anterioridad, puesto así, este tipo de trastorno implica que no haya una pérdida significativa de peso o deficiencia de amenorrea, y que además la causa de esta alteración es desconocida.

2.2.2. Bulimia nerviosa

Belloch y cols. (1995), retoman la etimología del vocablo bulimia, proveniente de la raíz griega *bus*, que significa buey y *limos*, que significa hambre, dando por resultado la denominación de hambre desmesurada.

La característica principal son los atracones que consisten en episodios de ingesta voraz de gran cantidad de alimento, en especial de alto contenido calórico. Todo lo anterior trae consigo sentimientos de culpa, repudio hacia su persona y tener la necesidad de eliminar esos sentimientos, el más ordinario es induciendo el vómito.

El atracón consiste en la ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo, en cantidades superiores a la que la mayoría de las personas ingeriría en un periodo de tiempo similar en las mismas circunstancias.

Estos comportamientos van en aumento a causa de los estándares socioculturales que comprenden a la delgadez como la silueta esperada, provocando ciertas problemáticas en demás sujetos con características de gordura.

Dentro de las características de este trastorno, está la intranquilidad por la imagen corporal, la pérdida del control sobre la conducta alimenticia e impotencia contra los impulsos de ingesta desmesurada; muchos de ellos tienden a la adicción al tabaco, al alcohol o incluso drogas, incluso son conscientes para diferenciar episodios de atracones con el simple hecho de comer en exceso.

Además, durante las ingestas de alimento tienen al máximo cuidado de no ser descubiertos, prevén cualquier anomalía que perjudique el que se sepa sus cambios de conductas, todo lo anterior suele modificarse por cambios del estado de ánimo, depresión o aburrimiento.

A todo lo anterior le continúan una serie de actos que compensan las consecuencias del incremento de peso. Van desde la provocación del vómito o incluso aprenderlo como un acto reflejo, el uso de laxantes, diuréticos, ejercicios físicos vigorosos, dietas rígidas y realizar ayunos.

Cooper (citado por Belloch y cols.; 1995) afirma que estos periodos de bulimia pueden variar con periodo de ingesta ordinaria o de dietas y ayunos, manteniendo su peso en un nivel promedio, de modo que para cuando acuden a un especialista, su historial de vómitos inducidos sea de cuatro a cinco años.

La preocupación de este tipo de sujetos va más allá de la obsesión por lograr un cuerpo esbelto, como una figura sobreestimada; dicho de otra forma, consideran la gordura como algo inherentemente, negativa, horrible y/o mala.

A partir de la idea de Hudson (retomado por Belloch y cols.; 1995), se declara que en la bulimia nerviosa, con frecuencia los pacientes experimentan ansiedad, depresión e irritación, ideas de suicidio, los cuales tienen mayor concentración durante periodos bulímicos.

En lo que incumbe a las complicaciones físicas, provocadas por los métodos utilizados para inducir el vómito, están: pérdida de potasio, infecciones urinarias, rigidez muscular, crisis epilépticas, a largo plazo pueden causar daño renal y desajustes menstruales; el exceso de laxantes provoca estreñimiento, presencia del signo de Russell o callosidad en el dorso de la mano, ocurre al roce continuo de los

incisivos superiores al provocar el vómito. Cuando el periodo de provocar el vómito es de tres veces por semana durante un periodo de cuatro años aproximadamente, conlleva a la erosión del esmalte dental y caries.

El pronóstico de estos pacientes dependerá de la gravedad del trastorno, las características de su personalidad, historia de alcoholismo en la familia, uso de sustancias y comportamientos autoaversivos.

Sumado a lo anterior, se describirán dos tipos de bulimia desde la perspectiva teórica de Cooper (1985):

El primero de ellos es denominado purgativo, este tipo de individuos tienden a evitar ganar peso utilizando como medio el vómito, el uso de diuréticos o laxantes; existe una mayor distorsión de la percepción corporal, mayor deseo por la delgadez de sus cuerpos, estados depresivos y obsesivos. Mientras tanto, los sujetos en la tipología no purgativa, realizan ejercicio intenso, ayunos y dietas estrictas.

Respecto a la bulimia nerviosa atípica, Castillo y León (2005) señalan que son los casos en los que los pacientes presentan cierta sintomatología sin manifestar los signos principales de este trastorno. Puede que el sujeto tenga un peso acorde a su talla y peso, llamada bulimia con peso normal, incluso peso mayor a lo normal aun recurriendo a purgas o vómitos.

2.2.3. Obesidad

Jarne y Talarn (2000), la definen como una alta acumulación de masa corporal de tipo adiposo. Los riesgos a la salud incluyen la hipertensión, hiperlipemia, intolerancia a los carbohidratos, diabetes mellitus; trastornos cardiovasculares, pulmonares y renales; riesgos de intervención quirúrgica, complicaciones en periodo de gestación, problemas en las articulaciones y problemas del sueño, como la apnea.

Respecto al perfil de personalidad y relaciones interpersonales del sujeto con obesidad, se tiene la creencia de que estos sujetos tienden a comer en exceso, el modelo explicativo psicológico justifica este acto como compensación o alivio.

Esta sobrealimentación puede aparecer como una respuesta a presiones emocionales no específicas, como reemplazo satisfactorio en situaciones estresantes o intolerantes, como signos de enfermedad mental o bien, como adicción a la comida.

Los niños y adolescentes obesos presentan niveles bajos de autoestima, junto con niveles altos de ansiedad y depresión. Además de problemas familiares y sociales. En cuanto a los adultos obesos, los pacientes son más duros, celosos, vergonzosos, pasivos y tímidos, manifiestan un número elevado de enfermedades psíquicas, sentimientos de incompetencia y poca efectividad en las labores.

2.2.4. Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas

Castillo y León (2005) la definen como el consumo excesivo como respuesta a sucesos estresantes y que da lugar a la obesidad, llámese muerte de algún familiar o persona cercana, accidentes o cirugías; sucesos estresantes en la vida del sujeto pudiesen ser causa de una obesidad reactiva, en especial cuando la persona tiende a subir de peso con facilidad.

2.2.5. Vómitos en otras alteraciones psicológicas

Castillo y León (2005) lo reconocen también con el nombre de vómitos psicógenos e hiperémesis gravídica psicógena o vómito exagerado, los cuales pudiesen ser repentinos, no necesariamente autoprovocados, experimentado dentro de los síntomas hipocondriacos, en periodos de gestación aparecen como vómitos o náuseas.

En cuanto al trastorno por atracón, Castillo y León (2005) lo definen como la presencia de atracones recurrentes, perdiendo el control de sus impulsos sin recurrir a vómitos o purgas; ejercicio intenso, dietas estrictas como el caso de la bulimia y la anorexia; tras realizar los atracones, dicho individuo se muestra angustiado, con sentimientos de culpa, incluso depresión. Come de forma desmesurada, sin apetito y con una sensación de insatisfacción.

En idea de Castillo y León (2005), la edad de inicio es desde finales de la adolescencia o inicios de la edad adulta, la cual aparece con la pérdida de peso después de someterse a dieta. Los síntomas desencadenantes de estos trastornos derivan de la depresión o pacientes con ansiedad, los que no logran identificar claramente el o los factores desencadenantes, presentan sensaciones de tensión desconocida que tiene alivio tras la voraz ingesta.

Las características del perfil de estos sujetos incluyen sobrepeso u obesidad, han experimentado numerosas dietas con resultados negativos. Se les hace complicado bajar de peso; cuando el objetivo es logrado, el aumento de peso es notorio prontamente, además de que durante su vida se observan los altibajos del peso y talla.

Una de las consecuencias en el trayecto de su vida es la interferencia en las relaciones óptimas con los demás individuos de su comunidad, lo cual provoca baja autoestima, dificultad para aceptarse; así mismo, depresión, ansiedad y preocupaciones excesivas por su imagen corporal. Por lo anterior, sugiere que estos pacientes presentan un trastorno depresivo mayor, trastorno por abuso de sustancias y trastorno de personalidad.

2.2.6. Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia

Castillo y León (2005) retoma el CIE-10 para denominarlo como un trastorno presentado habitualmente en la infancia y la niñez. Una de las características

principales de esta alteración es el rechazo de los alimentos o comportamientos de alejamiento hacia la ingesta de alimentos.

Jiménez (1997) refiere que estos trastornos alimentarios de tipo menor, se presentan habitualmente en la infancia, son comportamientos problemáticos entorno a la alimentación que, en comparación con otras alteraciones revisadas en apartados anteriores, no suponen una amenaza a la salud del individuo.

Linscheid (citado por Jiménez; 1997), completa la tabla de clasificación de los problemas alimenticios propuesta por Palmer, en los que consideran las siguientes variables:

- Comportamientos disruptivos durante la comida y hábitos alimentarios inadecuados: se caracterizan por individuos que usualmente comen parados, se levantan continuamente de la silla, suelen comer y jugar simultáneamente, bajo la supervisión de un adulto; mientras le hablan, no utiliza los cubiertos.
- Rechazo a alguna clase de alimento en específico: este comportamiento es frecuente durante la infancia, no existe riesgo a la salud cuando el alimento puede ser sustituido por otro de características semejantes, en este caso el infante se niega a tal grado de afectar su estado de salud.

Esta negativa puede deberse al olor, sabor, dureza para ingerir el alimento; la falta de prudencia por parte de los padres puede acentuar el problema como se aprecia a continuación.

- Negación a tomar alimentos sólidos: este tipo de individuo recurre a la ingesta de líquidos, negándose a tomar todo aquello que en su pensar considere sólido. Esto pudiese causar alteraciones en las encías y en los dientes, entre otras, aun cuando su desarrollo de peso y talla sean con normalidad.

Illingworth (citado por Jiménez; 1997) afirma que en el periodo de siete a diez meses es de vital importancia inducir al bebé a ingerir alimentos sólidos. Es importante ofrecer al infante experimentar diversas formas, texturas y consistencias de alimentos, de lo contrario, en edades posteriores se le dificultará y le impedirá alimentarse.

- La ingesta de comida mezclada: consiste en la administración de alimento por parte del adulto al infante, en la que por falta de tiempo o negativa a tomar ciertos alimentos, lo somete a comerlos triturados, ya sean combinaciones de verduras, carne, frutas, entre otros. Dicha solución conlleva dificultades posteriores como el hábito del niño a realizar el mínimo esfuerzo al comer o no aceptar ciertos alimentos; cuando se intenta dar los alimentos triturados, de forma separada, este se niega a comerlos.

- La falta de apetito: para comenzar a describir las características de este apartado, se deben retomar aspectos de los primeros años de vida. Durante el primer año, el bebé pudiese ganar entre cinco a ocho kilogramos, mientras que en los tres o cuatro años posteriores solamente logra adquirir dos kilogramos por año, esto se debe a una disminución natural del apetito.
- El tiempo de comida excesivo: en el entendido que normalmente los niños utilizan más tiempo que los adultos para comer, se diferenciaría esta actitud cuando ciertamente el tiempo es demasiado, dependerá de la edad del niño y la hora en la que esté comiendo. Se caracteriza por diversas razones: negación de comer lo que se le ha preparado, complicación para sustituir alimento triturado por sólido, rechazo a comer todo lo que se le indica por parte del adulto, demasiados distractores ambientales.
- Los vómitos: es el problema que sobresalta a los padres, ya que lo vinculan con problemas físicos, para ello es necesario descartar motivos de orden médico.
- Los vómitos, en la mayoría de las veces, son resultado de manifestar rechazo ante una situación determinada, es un medio efectivo de conseguir lo que quiere al ser considerado el vómito como enfermedad; frecuentemente la causa a ello es la escuela, ya sea vomitar antes de salir de casa o al llegar

a la escuela, por lo tanto, se queda el infante en casa consiguiendo su objetivo.

En idea con lo anterior se plantean dos manifestaciones de este tipo:

- 1) Vómito como relación con la comida en sí: se identifica si esta reacción es hacia algún alimento en específico, como negativa de ingerir más cantidad de alimento o la ingesta de alimento de determinada manera.
- 2) Vómito como medio para evitar situaciones desagradables, no relacionadas con la comida: va encaminada a refuerzos ambientales que mantienen la conducta problemática.

Por otra parte, la rumiación o mericismo, es un trastorno poco común que aparece entre los tres y doce meses de edad. Se caracteriza por la regurgitación del alimento ingerido, acompañado de pérdida de peso o complicaciones para aumentar, ya que la comida es expulsada o tragada nuevamente. Esta perturbación se presenta en niños con retraso mental o trastorno generalizado del desarrollo, de baja frecuencia, aunque de carácter grave.

La potomanía, entre tanto, se trata de la toma excesiva de líquidos, en especial de agua. Puede ser síntoma de sujetos con anorexia nerviosa, como un intento de saciar el apetito con la ingesta de líquido.

2.3 Esfera oroalimentaria en el infante

En una sociedad donde las relaciones se desarrollan durante la alimentación, el entorno familiar funge un papel importante en la interacción de los individuos forjando hábitos, costumbres y culturas.

La actividad oral es origen de satisfacción y necesidad biológica de nutrición, es además fuente de contacto mediante la aproximación de los objetos extraños que se tienden a dejar o sujetar, o bien el jugueteo con los labios; los cuales son elementos a considerar en la descripción siguiente.

2.3.1 Organización oroalimentaria

Ajuriaguerra (1973) menciona que la relación madre e hijo parece como una de las primeras relaciones con el entorno, la madre cumple el papel de dependencia del infante, aunque no como un objeto amado, sino como la madre alimento. Aparenta ser una simple respuesta a estímulos como el contacto con el pecho de la madre, especialmente cuando el bebé tiene hambre.

En cuanto al carácter oral y la vida de la relación, dar alimento a un niño no es un simple acto nutritivo, sino una entrega por parte de la madre, de sí misma. Durante el primer semestre se le suele abastecer de alimento en un horario establecido y en cantidades racionadas, psicofisiológicamente, este acto tiene

repercusiones negativas en el infante, pudiese ser que no se le satisfaga totalmente o que se le dé a la fuerza cuando no tiene apetito.

Las repercusiones vienen en el segundo semestre tanto en la vida del infante como de la madre. Durante la ruptura temprana de su relación, el niño comienza a chuparse el dedo; cuando ya tiene la capacidad de alimentarse por su cuenta, la madre le impone reglas estrictas. Cuando el niño utiliza la comida como medio de cambio, la madre hace todo aquello que esté a su alcance para que el infante coma, cuando ella lo satura de alimento por prisa o por preocupación de que el niño esté mal alimentado.

Las primeras relaciones madre e hijo están sujetas directamente al acto de comer, el placer de una madre es notorio al observar cuando su hijo se alimenta libremente, sin dificultades y con satisfacción, lo cual la libera de culpas, convenciéndola que su papel como progenitora es eficiente y que está apta para realizarlo efectivamente, mientras que de lo contrario, el niño poco comedor despierta esa inquietud de la madre que se manifiesta con agresión y castigos.

2.3.2. Alteraciones en la esfera oroalimentaria

Ajuriaguerra (1973), destaca que dentro de las alteraciones de la esfera oroalimentaria se describen las siguientes:

- 1) La anorexia esencial precoz: este tipo es relativamente raro, pudiese aparecer en el primer día o en las primeras semanas de vida, se caracteriza por ser niños con escaso peso, ansiosos e inquietos. Inicialmente muestran pasividad ante la comida; pasados los meses, se muestran negativos para comer.
- 2) La anorexia del segundo semestre: es más frecuente encontrarla entre el quinto y octavo mes. Se señalan dos tipos de anorexia según sea el comportamiento del infante:
 - Inerte: se refiere al niño que no tiene iniciativa ni favorece la ingesta, en ocasiones ni siquiera ingiere el alimento.
 - De oposición: el niño enfrenta una lucha en la que se niega a consumir alimentos, manifestando su inquietud con llantos, pataleos, vómitos, entre otros síntomas. Parcialmente evita comer, agotando al adulto que lo atiende.

En este segundo semestre, Kreisler (citado por Ajuriaguerra; 1973) distingue dos tipos de anorexia:

- La simple, asemeja un rechazo a un nivel básico, sin considerarse como pérdida del apetito.
- La compleja, se caracteriza por los signos y síntomas, y por la insistencia a los tratamientos crea manifestación de desinterés por la comida.

Acerca de la anorexia en la segunda infancia, en un plano inicial puede ser continuación de la primera, pero también suele darse en niños que se han alimentado de manera normal en el primer año de edad, cuyas causas de las alteraciones alimenticias radican en el ambiente familiar. Además, surge como un enfrentamiento a la rigidez paterna o al capricho de elección de alimenticios.

2.4 Perfil de la persona con trastornos de alimentación

A continuación se describen algunos de los factores que conllevan a una persona a padecer cierto tipo de trastorno.

Dentro de las personas con predisposición, se encuentran según Costin (2003):

Problemas con la autonomía: son jóvenes vulnerables que posiblemente estén en una etapa de transición como el cambio de escuela o residencia, amigos o zona de la ciudad, que están a la expectativa de lo que los demás piensan de ellos, ser hijos exitosos en cuanto a lo que los padres deseen de ellos, mantener una imagen de ser todo lo adecuado que una persona puede tener, complacer a los demás. Todo lo anterior dificulta que la persona tenga un criterio propio y le genera déficit de fortalecimiento en sus proyectos personales a largo plazo.

Déficit de autoestima: se denomina al nivel de aceptación del propio individuo hacia sí mismo. Esta se ve afectada cuando el individuo no percibe que su ideal está siendo cumplido.

Las formas de caracterizar la autoestima varían según el sexo del individuo, como enseguida se explica.

En las mujeres, generalmente está vinculada a la imagen exterior, el cumplimiento con ciertos estándares de belleza, aprobación física, expectativas o respuestas esperadas.

Las mujeres manifiestan también una orientación a la perfección y al autocontrol, se denomina así por la tendencia a la perfección, comúnmente se encuentra en jóvenes con trastornos alimentarios, los cuales experimentan sentimientos de frustración al exigirse a tal punto que no consideran suficientemente favorable lo que hacen.

Además de los actos para remediar esos sentimientos, en cuanto a su imagen corporal ocurre algo semejante: su pensamiento va encaminado a considerar que si logran modificar su figura corporal, por consiguiente repercutirá en sí mismos. Por lo anterior, el sentimiento de seguridad aumentará, al igual que su confianza para enfrentar las adversidades que en su vida se presenten.

Ogden (2005) refiere que el miedo a madurar, conforme el desarrollo corporal sigue su curso continuamente, el sujeto pasa por la pubertad y continúa con la adolescencia, hasta la juventud. En este periodo experimenta cambios físicos, sexuales primarios y secundarios, emocionales o sociales; algunos de los sujetos presentan dificultades para convivir con estos cambios y se consideran poco dotados de recursos para enfrentar los cambios venideros. Algunas circunstancias como el aumento de peso, tienen como finalidad darle al cuerpo una silueta diferenciada de hombre o de mujer.

Esta interrogante de dejar de ser infantes para integrarse a la inevitable vida adulta, genera estancamiento en los jóvenes con temor a crecer y ser independientes.

2.5. Causas del trastorno alimentario

A continuación se mencionan los factores que predisponen al individuo a presentar signos de algún trastorno alimenticio. La predisposición se define como preparar anticipadamente una situación o una actividad para un fin, esto tiene a la vez elementos individuales del sujeto, en los que se incluye el contexto sociocultural.

2.5.1. Factores predisponentes individuales

Dentro de esta sección se resaltan los aprendizajes del individuo que comprenden todo lo que ha adquirido desde su infancia hasta la edad actual. Junto

con esto, las creencias que van encaminadas hacia la elección de alimentos, sobre lo que genera aumento de peso y lo que lo reduce.

Costin (2003) retoma la idea de Lévi-Strauss, quien considera a los alimentos como un modo de estructuración que representa aspectos de identidad del sujeto en cuestión de género, sexualidad, conflictos y autocontrol. Existe un sistema de clasificación de la comida en cinco categorías:

- 1) La comida frente a no comida: es decir, toda aquella delimitación de los alimentos comestibles y los que no lo son.
- 2) Las comidas sagradas frente a las profanas: en lo referido a creencias religiosas, es el evitar comer alimento no favorecedor de sus creencias, ya sea alguna clase de animales, días de la semana o periodos durante el año.
- 3) Clasificación de comidas paralelas: es una atribución social hacia el alimento como lo frío y caliente, lo dulce y salado, lo que eleva el nivel de masa corporal y lo que no.
- 4) Comida como medicina, medicina como comida: es la utilización de alimentos como remedios para ciertas enfermedades o evitación de alguna comida en ciertos estados.
- 5) Las comidas sociales: esta es la función de la alimentación, entendida como forma de crear relaciones interpersonales, mostrar status o jerarquías.

A todo lo anterior corresponde la idea de que todo alimento ofrece una función, así como ser el medio por el cual se comunican una serie de significados, esto dependerán del contexto, época o modo en el que se emplea.

En lo que respecta al significado de la comida, de acuerdo con Jarne y Talarn (2000), el alimento actúa como comunicación para dar mensajes entre individuos, transmite el sentido del yo y es parte principal para estructurar una identidad cultural. En este sentido, sus significados se describen a continuación.

- La comida como afirmación del yo: proporciona conocimiento acerca del individuo, actuando como un comunicador de necesidades internas, conflictos y el sentido del yo. En fin, los significados de la comida son muy diversos, están ligados a la identidad de género y a la idea de ser mujer, representan la sexualidad, los pensamientos de culpabilidad y placer, comer y negación, y una expresión de autocontrol.
- La comida y la sexualidad: ciertos alimentos se relacionan con la sexualidad influida por los medios de comunicación, como las golosinas, chocolates, dulces o helados. Su relación es a un nivel biológico, al ser dos impulsos de orden natural a los que los seres humanos son vulnerables.
- El comer como conducta de negación: estudios de Charles (citado por Costin; 2003) mencionan en un estudio de cuarenta y ocho revistas que existe una gran

cantidad de anuncios alimenticios, de dietas, dulces y tentempiés dirigidos a la mujer, en comparación con anuncios para hombres. A lo que concluye que la mujer tiene el control de la comida frente al resto de la familia, sin embargo, tiene que mantener esa silueta deseable y esperable.

Se afirma que la comida es una fuente de placer, pero con frecuencia no es así para quienes que tienen la responsabilidad principal de facilitarla (Silverstein, citado por Costin; 2003). En relación con este planteamiento, se determinan las siguientes consideraciones:

- La culpa que proviene de la comida placentera: los eslóganes publicitarios son un claro ejemplo de esta categoría, publicando anuncios entre el placer y la culpa, se relacionan al igual con el sexo que, por placentero que sea, genera cierta culpabilidad. Los alimentos dulces presentan placer y satisfacción de la necesidad; tras consumirlos, producen culpa y sentimientos asociados con la tristeza, la perversidad y la desesperación.
- La comida como autocontrol: es el hecho de ayunar y la negación a ingerir alimentos. En el siglo XIX se les denominó a estos casos, como artistas hambrientos, lo que llegó a provocar revuelo en esa época. Señala Gordon (citado por Costin; 2003), que dichos individuos carecían de motivos morales o religiosos para hacer semejantes conductas, por lo que lo consideró un acto puro de voluntad y de autocontrol.

En conclusión, la comida manifiesta aspectos del yo en relación con la sexualidad, conflictos entre culpa y placer, y el autocontrol.

- La comida como interacción social: se concentra esta actividad en el seno familiar, ya sea la comida diaria, reuniones los domingos o comidas familiares. Estas actividades pueden generar un sentido de identidad familiar, en los que se destacan los tipos de alimentos o la forma de cocinarlo.
- La comida como amor: Charles señaló que los alimentos dulces son utilizados para tranquilizar a los niños, mientras que la comida sana y sabrosa es señal de amor familiar, de agradar y satisfacer a los distintos miembros de la familia. Lawrence, por su parte, menciona que el alimento es el vínculo por el cual las mujeres manifiestan el amor y preocupación por sus allegados, y el procurar la comida anticipadamente en su elaboración es un acto de amor (citados por Costin; 2003).
- Salud frente a placer: la comida que genera placer es poco saludable, por ello, trae consigo conflictos entre lo que se debe y se come.
- Relaciones de poder: la comida refleja la dominación en la familia; en algunas culturas patriarcales, es decir, donde la dominación es masculina, los hombres comen primero y de lo mejor, mientras que en otras culturas, aun cuando la pareja come al mismo tiempo, la mujer sirve al hombre. De

estas relaciones de poder se pueden inferir las jerarquías de la familia, tanto de los padres como de los hijos, ancianos y enfermos.

2.5.2. Factores predisponentes familiares

Con base en Costin (2003), en este apartado se identifican aspectos del desarrollo del riesgo de contraer trastornos alimentarios. Se dice que las familias con poca comunicación, que también tienen una pobre o ausente vinculación entre los miembros, favorecen al desarrollo de un trastorno alimentario.

Se conoce que un trastorno de esta índole termina generando dentro del núcleo familiar una relación distorsionada, que a su vez propicia sentimientos de ira, ansiedad y culpa, conflictos por ejercer el poder, y limitaciones en la comunicación.

Es posible dar por hecho que esta interacción está relacionada con la evolución, más que con el origen del trastorno, por lo anterior, no es posible señalar que la familia es causa primordial del origen de dicha alteración.

Se han reconocido algunas características que es común encontrar en familias de este tipo:

- Escasa comunicación entre sus miembros.
- Incapacidad para resolución de los conflictos que se presentan.

- Sobreprotección por parte de los padres.
- Rigidez y falta de flexibilidad para encarar situaciones nuevas.
- Ausencia de límites generacionales.
- Expectativas demasiado altas por parte de los padres.
- Historias familiares que incluyen depresión y alcoholismo.
- Existencia en el seno de la familia de abuso sexual y físico.

2.5.3 Factores socioculturales

A principios del siglo, la gordura era la figura esperada en las mujeres, incluso los anuncios publicitarios de cerveza relatan que este producto favorece la acumulación de sólida y saludable grasa (Costin; 2003).

Sin embargo, en las últimas décadas, la cultura premia los cuerpos delgados y rechaza a todos aquellos que no cuentan con un cuerpo ideal, entendiendo la belleza y la delgadez como sinónimos de éxito.

Este tema divide en tres los factores predisponentes de este tipo de alteraciones, los cuales son los siguientes:

- 1) La presión social para ser delgada.

En el caso de las mujeres, el peso cuenta como un papel de suma importancia para el desarrollo de su autoestima y su felicidad, los medios de comunicación han implementado estrategias de mercado, prometiendo a las consumidoras esa figura deseable.

Al final, la inconformidad del cuerpo sigue surgiendo como una necesidad de ser más atractivo, vistoso y gustarle más a la gente. Cuando se hace referencia a un cuerpo estético, no significa que sea sano, sino el esperado en esa época.

Los trastornos alimentarios son comunes encontrarlos en sociedades urbanas de occidente, y se puede asegurar que las mujeres occidentales son más afectadas que mujeres de regiones de Japón.

2) La presión social para ser “supermujer”.

Hoy en día el ideal de la mujer va más allá de tener un cuerpo perfecto, ya que también debe tener un grado académico superior, ser socialmente activa y reconocida, tener un matrimonio perfecto y ser una madre sin igual. Los medios de comunicación influyen con sus anuncios la forma como debe ser una mujer, delgada, atractiva, sensual, hermosa y eficaz.

Aunado a lo anterior, el autocontrol es indispensable, así el hecho de lograr propósitos visibles a la comunidad. La problemática surge al no poder lograr los objetivos planteados no por ella misma, sino por los medios de comunicación.

Es aquí cuando comienzan las restricciones alimenticias, entendidas como dietas, con el objetivo de ser socialmente aceptada, popular o atractiva; la dificultad de realizar acciones como dietas para lograr sentimientos de mayor seguridad en su persona, conlleva a sentimientos de culpa, aislamiento, ansiedad, pérdida del autocontrol, temor y enojo, lo que provoca deseos de volver a intentarlo, insistir nuevamente.

Todo lo anterior, combinado con los efectos fisiológicos y psicológicos, genera en la persona aislamiento social, rencor y descontento, carencias, desvalorización. Al final, la persona se siente peor que cuando comenzó el trayecto para lograr su objetivo de ser la supermujer, para obtener la felicidad y el éxito.

3) Percepción del cuerpo en el trastorno alimentario

Antes de comenzar a desarrollar el contenido de este apartado, es preciso definir el concepto de imagen corporal. “La imagen corporal es la representación diagramática del propio cuerpo en la conciencia”. (Jarne y Talarn; 2000).

Mientras que Ogden (2005) define la insatisfacción corporal a la estimación deformada del tamaño, forma y percepción de que el cuerpo es más voluptuoso de lo que realmente es.

Existen tres aspectos que se mencionan a continuación dentro de la insatisfacción corporal:

1. Estimación deformada del tamaño corporal: es notorio encontrar mujeres, con independencia de que presenten problemas de trastornos alimentarios o no, tengan la creencia de que su cuerpo es mayor de lo que realmente es.
2. Discrepancia del ideal: se denomina así por el contraste que tiene la realidad de las ideas ficticias. Hill (citado por Ogden; 2005), realizó estudios con niñas y mujeres en los que demostró que preferirían ser más delgadas de lo que son, mientras que los hombres desearían mantener esa figura o un poco más volumen de masa muscular.
3. Como respuestas negativas al cuerpo: es una manifestación afectiva y racional, de forma opositiva a la aceptación del propio cuerpo; junto con la insatisfacción, son dos ideas contrastadas entre la percepción del cuerpo y la forma real.

Por lo cual no es posible inferir que la clase social tenga relación con los trastornos alimentarios.

2.5.4 Factores sociales

Ogden (2005) relata la importancia de los factores sociales y los factores psicológicos en las siguientes secciones:

- Los medios de comunicación social: se comprenden de revistas, televisión, los periódicos, el cine, entre otros. Pueden difundir en el espectador las imágenes delgadas de las presentadoras de programas, o de mujeres que mencionan los pronósticos del clima.
- La cultura, se pudiese pensar que al pertenecer a una clase social u otra, ser de color blanco, moreno o negro, puede ser indicador de la relación con la insatisfacción, pero como en estudios anteriores, no concuerda esta relación con alguna clase social o racial. Mumford (citado por Ogden; 2005), menciona que en el proceso de aculturación de los individuos, puede surgir la insatisfacción corporal.
- En el entorno familiar: cabe destacar el papel de la madre en el ámbito familiar, Hall (citado por Ogden; 2005), indica que las madres e hijas anoréxicas presentaban mayor índice de insatisfacción que las madres e hijas no anoréxicas.

2.5.5 Factores psicológicos

Este apartado incluye elementos de tipo emocional como lo son:

- Las creencias: destacan la importancia de este rubro el valor del logro, el éxito material, la competitividad y el convencimiento de los padres de que el hijo es su futuro. Las creencias de que la mujer asiática cumple con el rol

tradicionalista consigue explicar la influencia de las clases sociales. En las clases bajas, al parecer, su orientación va dirigida a la superación económica y a tener una vida familiar estable, en lugar de la preocupación por el peso.

- Naturaleza de las relaciones: la relación entre madre e hija puede llevar a complicaciones futuras para esta, en donde su autonomía es inferior, al no lograr una identidad personal dentro de esa relación, lo cual genera la anorexia nerviosa (Ogden; 2005).

2.6 Consecuencias de la insatisfacción corporal

Una vez descritos los factores que tienen efectos sobre el individuo, a continuación se mencionan algunas de las consecuencias a este tipo de alteraciones.

- Sometimiento a un régimen alimentario: es un método para perder peso restringiendo algunos tipos de alimentos como los lípidos, altos contenidos de carbohidratos, entre otros.
- El ejercicio físico: actividades tales como el yoga, la danza o la natación traen consigo beneficios. Sin embargo, estas actividades no se las realiza por la salud que le puede favorecer, sino por mantener el control del peso, modificar su forma corporal o ser más atractivo.
- Fumar: este hecho elude la necesidad de hambre.

- Cirugías estéticas: ha ido en aumento en los últimos años, las más populares son la rinoplastia o cirugía de nariz, aumento de pecho y liposucción.

2.7 Factores que mantienen los trastornos alimentarios

Anteriormente se han mencionado factores desencadenantes de los trastornos alimentarios, en esta sección se destacan elementos que promueven la duración de ciertas conductas indeseables. Las prácticas de control de dietas y las obsesiones al respecto, dejan de ser la solución y la meta, para convertirse en la perduración del problema.

2.7.1 Las prácticas de control de dietas

Costin (2003) menciona las complicaciones de orden fisiológico, psicológico, cognitivo y social de las personas con algún trastorno alimentario.

- Dentro del aspecto psicológico, refiere a los cambios anímicos como un bajón general del estado de ánimo, tanto como para considerarla depresión anímica profunda.
- En lo que respecta a lo cognitivo, interfiere en la concreción de ideas y objetivos, la falta de concentración, falta de comprensión y dificultades en el estado de alerta.

- En cuanto al elemento social los individuos, presentan aislamiento, incomodidad en la interacción con otros, limitación a crear lazos con los demás.
- Dentro del orden fisiológico se incluyen las cefaleas, hipersensibilidad a la luz y a los ruidos, molestias gastrointestinales, problemas de visión y auditivos, adormecimiento de miembros, calambres, pérdida de cabello, enlentecimiento metabólico, poca tolerancia a los cambios de temperatura, alteraciones del ritmo cardíaco, debilitación del tono muscular y deshidratación.

Aunado a lo anterior, se resalta el hecho de que cuando la ingesta de alimento es menor a la cantidad requerida, como forma de adaptación, el organismo quemará menos calorías por medio de la disminución del metabolismo basal, este último se ocupa de estas funciones mientras descansa el organismo.

La privación alimenticia es formadora de hábitos. La limitación a consumir los llamados alimentos dañinos, como los postres, se vuelve irresistible para los individuos, ya que forman un fuerte lazo de hábitos y comidas, de los cuales es muy difícil escapar.

Lo adictivo es la dieta y no la comida en sí mismo, a esto se refiere a todo lo que engloba a las diversas alteraciones de las cuales se pretende salir, para así lograr su bienestar.

2.8 Trastornos mentales asociados a los trastornos alimenticios

Jarne y Talam (2000) mencionan que en aquellos casos asociados a la esquizofrenia, es frecuente encontrar este tipo de sujetos con rechazo hacia la ingesta alimenticia, así como la falta de contacto con el ambiente. La evolución de la esquizofrenia y la administración de fármacos pueden aumentar el nivel de apetito en el sujeto, llevándolo a realizar conductas coprófagas, o bien, ingerir productos no comestibles.

Según los autores antes citados, los trastornos alimentarios en personas depresivas se caracterizan por una disminución de alimento, en algunos casos se trata de una ingesta excesiva; en las depresiones melancólicas delirantes, los pacientes no comen por considerar que su precaria economía se lo impide, en otro tipo de delirio se considera que no vale la pena, ya que al final terminará muriendo de todos modos.

A la vez, Jarne y Talam (2000) hacen mención de que en los delirios hipocondriacos se manifiesta inquietud a no comer por temor a que sus órganos internos se enfermen con el alimento; en el caso de las depresiones menores y reactivas, no es tan perseverante como en anteriores.

Respecto a pacientes con manías, en la fase aguda pudiesen pasar tiempo sin comer o consumiendo grandes cantidades de alimento, o bien, tienden a comer de

manera desordenada. En fases hipomaniacas hay una alimentación excesiva, en gran cantidad y preferencias por algún tipo de alimento.

En cuanto a los pacientes fóbicos, Jarne y Talarn (2000) indican que generalmente no existe una relación excepto en fobias que refieren específicamente en alimentos o en el acto de deglutir. Se caracteriza por evitación y ansiedad anticipada por miedo a asfixiarse y morir. Muchas de las ocasiones son hacia un alimento en específico, el cual no pareciera afectar a la deglución por su tamaño o forma.

Los pacientes con síndrome de ansiedad pueden presentar pérdida del apetito de baja intensidad, en otras ocasiones realizan ingestas de alimento como método para remediar la ansiedad, lo que repercute de manera negativa en sus hábitos alimenticios.

En el trastorno obsesivo compulsivo no es esperable que el individuo reaccione con un trastorno de la alimentación, su alimentación particularmente es lenta, escogiendo los alimentos con especial cuidado, aunque a veces se observe la duda y la compulsividad al comer. Las ideas de estos sujetos sobre contaminación y suciedad pueden alterar sus comportamientos alimenticios.

2.9 Tratamiento de los trastornos alimenticios.

Jarne y Talam (2000) argumentaron dentro de los tratamientos para los trastornos alimenticios, la importancia de plantear un objetivo, el cual pretende la recuperación de todo lo que el peso requiere para su normalización, ya que esta alteración repercute en los aspectos: físico, ideológico, actitudinal, centrado en el peso y la talla. Además, es de vital importancia regularizar el control de dietas en el proceso terapéutico, así como resolver los conflictos psicológicos personales, familiares y sociales.

- Recuperación ponderal: tanto la rehabilitación nutricional como el control dietético dan respuesta a las zonas afectadas por la descompensación, aun cuando tardan tiempo en normalizarse.
- Tratamiento dietético: no hay una especificación respecto a si la dieta debe ser calóricamente baja, contener calorías de una dieta común o consistir en un aumento progresivo de contenido nutricional.
- El tratamiento psicológico se considera fundamental en la recuperación del paciente anoréxico, se sabe que en condiciones graves de la enfermedad, es poco efectivo.
- La terapia cognitivo-conductual, en la última década, ha revelado efectividad para este tipo de alteraciones.
- Jarne y Talam (2000) continúan describiendo que en la terapia de refuerzo, a diferencia de la terapia anterior, sus técnicas utilizadas no dan razón al

paciente a considerar que viene a terapia a aumentar su nivel ponderal, estas técnicas son de relajación y las sesiones psicoeducativas facilitarán el desarrollo del paciente.

- El tratamiento farmacológico es un reforzador al tratamiento, en especial cuando se asocia con alguna psicopatología como la depresión. Con lo que han mostrado efectos adversos en la anorexia nerviosa, especialmente cuando existe depresión asociada.
- En la terapia familiar, es preciso mencionar que anteriormente se mantenía alejada a la familia del paciente, actualmente se ha ido integrando en los planes y programas de tratamiento.
- Respecto a la planificación del tratamiento, independientemente si la estancia sea hospitalaria, hospital de día o ambulatoria, el tratamiento debe tener una estructura firme que indique tres áreas de intervención: en cuanto al peso, la figura y las cogniciones, por ello es necesario un programa de monitoreo para observar el progreso que revirtiese la desnutrición, facilitando la intervención terapéutica.
- El tratamiento en hospitalización se proporciona en pacientes con inestabilidad emocional, trastorno psiquiátrico y un ambiente familiar perjudicial.

Además de lo anterior, Jarne y Talarn (2000) plantean el siguiente tratamiento en la bulimia nerviosa, que se fundamenta en los siguientes objetivos:

- Restablecer las pautas alimenticias convenientes, regular los nutrientes adecuando a cada paciente una dieta variada de alimentos.
- La recuperación física, conduce a estabilizar el peso, rehidratando y equilibrando los niveles de líquidos en el cuerpo, tratando las anomalías causadas por el trastornos como el reflujo de la mucosa digestiva, las lesiones en el conducto y estómago, la dilatación gástrica, el desgaste del esmalte en los dientes, lo cual produce caries, entre otras problemáticas de salud bucal; asimismo, la inflamación parótida.
- Es preciso normalizar el estado mental, mejorando el estado anímico con ciertas terapias como se describen en el tratamiento terapéutico de la anorexia nerviosa, tratamiento contra posibles trastornos de la personalidad, evitación del abuso de sustancias.
- Al igual que las anteriores, Jarne y Talam (2000) afirman que dentro del ambiente familiar debe coexistir un mayor conocimiento sobre el tema, incremento de la participación activa dentro del núcleo familiar, aumento de la comunicación con los demás miembros, recuperar el papel dentro de la familia, así como las pautas de comportamiento y eliminación de los sentimientos de fracaso.
- Corrección de los comportamientos en la interacción social, como la aceptación y conciencia de la enfermedad, confrontación de los fracasos, aceptación de la

responsabilidad, vencer la impotencia, no buscar ambientes sociales de minusvalía.

En conclusión, la diversidad de trastornos alimentarios mencionados dentro del presente capítulo, hicieron referencia a una serie de posibilidades para la comprensión de los hábitos alimentarios de los sujetos y su consecuente tratamiento.

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

El capítulo presente incluye dos apartados: el primero, denominado encuadre metodológico, define las características de las estrategias de investigación utilizadas, las cuales favorecieron el alcance del objetivo general del estudio y aceptación de una las dos hipótesis formuladas en la introducción de esta tesis.

En la segunda parte se expondrán los resultados obtenidos en la investigación de campo. Asimismo, se presentará el análisis e interpretación de tal información.

3.1 Descripción metodológica

Con la finalidad de dar conocimiento sobre la estrategia metodológica empleada a otros investigadores, se presentarán las siguientes características: enfoque empleado, tipo de investigación, tipo y alcance del estudio, así como los instrumentos de medición usados y la población y muestra seleccionadas.

3.1.1 Enfoque cuantitativo

La presente investigación forma parte del enfoque cuantitativo. Hernández y cols. (2010), lo definen como un proceso secuencial y probatorio, el cual se caracteriza por el uso de recolección de datos para la comprobación de las hipótesis

previamente establecidas, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin de establecer patrones conductuales y probar teorías.

De acuerdo con Hernández y cols. (2010), este enfoque tiene entre otras, las siguientes características:

1. El investigador plantea un problema de estudio delimitado y específico. Las preguntas de investigación atienden cuestiones concretas.
2. Se considera la literatura como respaldo fundamental de la investigación para poder construir el marco teórico, el cual se caracteriza por tener una hipótesis, sometida a pruebas mediante el empleo de los diseños de investigación. Si dichas hipótesis son corroboradas, se aporta evidencia como respaldo, mientras que si son refutadas, se descartan para obtener nueva información así como otras hipótesis.
3. Se emplea una hipótesis antes de indagar la investigación.
4. La recolección de datos tiene su fundamento en la medición, para que dicha tarea tenga validez, deben emplearse los lineamientos científicos aceptados.
5. Debido a la naturaleza de la medición, los resultados se representan en índices numéricos, los cuales deben ser analizados por métodos estadísticos.
6. El análisis cuantitativo se interpreta con las hipótesis ya establecidas inicialmente.
7. La investigación debe ser lo más objetiva posible. Es decir, los resultados no deben ser alterados, modificados o inducidos.

8. Debe seguirse con rigurosidad la normatividad de los procesos, a fin de integrarse para contribuir con la investigación.

3.1.2 Investigación no experimental

Del mismo modo, Hernández y cols. (2010) afirman que dichas investigaciones se caracterizan principalmente por no manipular las variables; se trata de no modificar la forma de interacción de los sujetos investigados. Es decir, se observó el fenómeno tal como se dio naturalmente.

A diferencia de la investigación experimental, en la que se diseña una situación específica a investigar, en la no experimental no se crea ninguna situación sino que de manera ordinaria, se seleccionan las condiciones a estudiar, no teniendo ningún control sobre ellas.

3.1.3 Diseño transversal

Dentro del tipo de diseño no experimental, Hernández y cols. (2010), menciona, el diseño transversal, también llamado transeccional, el cual opera en un único tiempo o momento específico. El objetivo es puntualizar las variables y analizar las incidencias e interacción de un momento en particular.

3.1.4 Alcance correlacional

Aunado a lo anterior, se retoma a Hernández y cols. (2010), para señalar que el propósito de este estudio, que es de alcance correlacional, fue conocer la relación existente entre dos o más variables en un contexto en particular. Al evaluar dicha relación, se midió cada una de las variables suponiendo que existe una vinculación, posteriormente cuantificar y analizar esta relación. Su utilidad constó para poder predecir el comportamiento de una variable, al conocer otras variables con las cuales tienen relación.

La correlación puede ser tanto positiva como negativa: en la primera, los valores altos en una variable tienden a resultar altos en la otra; mientras que en la correlación negativa, una de las variables muestra valores altos y la segunda variable, valores bajos.

La ausencia de correlación impide predecir el comportamiento en conjunto de los sucesos.

3.1.5 Técnicas de recolección de datos

Las técnicas que se emplean son test psicométricos estandarizados, de los cuales se emplearon dos: el primero, llamado Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños, creado por Reynolds y Richmond (1997). Esta prueba está dirigida a niños y

adolescentes de los seis a los diecinueve años. Se empleó para medir el estrés, ya que la ansiedad es el principal factor subjetivo de esta variable.

Las escalas que lo conforman; son cinco: ansiedad total, ansiedad fisiológica, inquietud/hipersensibilidad y preocupaciones sociales/concentración; los reactivos restantes están incluidos en una escala de mentira.

En cuanto a los datos psicométricos, su índice de confiabilidad es de 0.80, obtenido mediante la prueba Alfa de Cronbach. En la obtención de la validez se utilizaron diversos procedimientos: validez de contenido, de criterio, concurrente y de constructo, estandarización o normalización.

La segunda prueba es llamada Inventario de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI 2), creada por el autor David M. Gardner (1998), con un nivel de confiabilidad de 0.83 calculado con el procedimiento alfa de Cronbach.

La obtención de la validez se realizó mediante diversos procedimientos, fueron a través de la validez de contenido, de criterio, concurrente y de constructo.

En cuanto a la estandarización, se han hecho varios procesos de normalización en distintos grupos, tanto de pacientes con diagnóstico de anorexia y bulimia así, como en personas que no las padecen. En esta investigación se utilizó el baremo obtenido en la aplicación en varones y mujeres adolescentes sin trastornos

de conducta alimentaria, normalizado a partir de 11 años hasta 18 años. También existe otro baremo, que es para adultos.

Las subescalas de este instrumento son: obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia interoceptiva, miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad e inseguridad social.

3.2 Población y muestra

La población se define como el conjunto de todos los casos que concuerdan con determinadas especificaciones. Por su parte, la muestra es un subgrupo de la población del cual se recolectan los datos y debe ser representativo de esta (Hernández y cols.; 2010).

En entrevista con la directora, afirmó que generalmente las familias de los infantes de la escuela carecen de recursos económicos estables para solventar ciertos gastos, existen limitaciones y problemáticas dentro de la familia nuclear, informó a la vez que hay tanto familias foráneas como de Uruapan, Michoacán.

La muestra con la que se trabajó fueron alumnos de 5° y 6° grado de la Escuela Primaria Tierra y Libertad, turno vespertino.

Se realizó inicialmente un total de 100 aplicaciones; posteriormente, 42 se eliminaron automáticamente por la subescala mentira de Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños. La población a la cual se tomó como muestra se caracteriza por tener un nivel socioeconómico que va desde media, a muy alta marginación, de las cuales el subconjunto final fue de 22 mujeres y 36 hombres, de 5° y 6° grado, que cumplían con los estándares de la prueba, específicamente la edad, a partir de los 11 años.

3.3 Descripción del proceso de investigación

Primeramente se diseñó el proyecto de investigación, enseguida se construyó el marco teórico, dejando un capítulo por cada una de las variables; posteriormente se tuvo el primer acercamiento con la directora de la institución, a quien se le informó el objetivo de la investigación; luego, de manera individual, a cada maestro de aula, solicitando autorización para la aplicación de los instrumentos antes indicados.

Al ingreso a cada aula, los maestros daban indicaciones a sus alumnos, tales como postergar la actividad que realizaban, presentarme, ordenar silencio y atención a las indicaciones, entre otras.

Se aclararon las indicaciones de manera general al grupo, para contestar cada prueba. Primeramente se abordó la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños, con la cual el rango de tiempo para contestarla tuvo variaciones de cada salón de entre 15 a 25 minutos.

En un segundo momento se aplicó el inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2) con el cual, apegado a las indicaciones que afirma la prueba se realizó la aplicación de esta en cada grupo antes mencionado, el rango de tiempo tuvo variaciones de entre 35 minutos y 1 hora 10 minutos.

Una vez aplicadas las pruebas, se calificaron y los puntajes naturales se convirtieron a normalizados, se aplicó tratamiento estadístico y se contrastó con los objetivos de investigación. Los resultados obtenidos se muestran en el apartado siguiente.

3.4 Análisis e interpretación de resultados

Los resultados están divididos en tres categorías siguientes: el estrés en los alumnos de la Escuela Primaria Tierra y Libertad, los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en estos sujetos, y la relación estadística ente dichas variables.

3.4.1 El estrés en los alumnos de la Escuela Primaria Tierra y Libertad, turno vespertino

Se afirma desde la perspectiva de Lazarus (en Trianes; 2002: 21-22) que el estrés “es una demanda tanto interna como externa en donde se percibe una amenaza, pérdida o daño, para lo cual el sujeto no dispone de las herramientas necesarias para afrontar”, dicho de otro modo, existe una presencia de emociones negativas por el peligro de la inadaptación o desajuste psicológico.

Respeto a los resultados obtenidos en puntaje percentil, a partir de la aplicación de la prueba CMAS-R, la media en el nivel de ansiedad total fue de 76. La media es la suma de un conjunto de datos, dividida entre el número de medidas (Elorza; 2007).

El igual modo se obtuvo la mediana, que es 80. Esta es el valor medio de un conjunto de valores ordenados: el punto del cual cae un número igual de medidas abajo y arriba (Elorza; 2007). En cuanto a esta escala, la moda fue de 80. Se define

como la medida que ocurre con más frecuencia en un conjunto de observaciones (Elorza; 2007).

También se obtuvo el valor de una medida de dispersión: la desviación estándar, la cual es la raíz cuadrada de la suma de las desviaciones al cuadrado de una población, dividida entre el total de observaciones (Elorza; 2007). El valor obtenido en la escala de ansiedad total, fue de 18.

Por otra parte, se obtuvo el puntaje de la subescala de ansiedad fisiológica, encontrando una media de 72, una mediana de 84 y una moda representativa de 98. La desviación estándar fue de 26.

Asimismo, en la escala de inquietud/hipersensibilidad se encontró una media de 75, una mediana de 82.5 y una moda de 87. La desviación estándar fue de 22.

Por último, en la escala de preocupaciones sociales/concentración se obtuvo una media de 60, una mediana de 69 y una moda de 84. La desviación estándar fue de 25.

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

A partir de los resultados estadísticos obtenidos mediante la aplicación del instrumento, se puede interpretar que existe un nivel superior a 70 en las escalas de

ansiedad total, al igual que en las subescalas de ansiedad fisiológica, inquietud e hipersensibilidad.

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

En la escala de ansiedad total, el 44% de los sujetos se ubican por arriba del percentil 70; en la subescala de ansiedad fisiológica, el porcentaje es de 40%; mientras que en la de inquietud/hipersensibilidad es de 45%; el porcentaje en la subescala preocupaciones sociales/concentración es de 29%. Estos resultados se aprecian de manera gráfica en el anexo 2.

Los resultados mencionados anteriormente son evidencias en cuanto a un alto índice de estrés en los alumnos de quinto y sexto grado de la Escuela Primaria Tierra y Libertad.

3.4.2 Indicadores psicológicos de los trastornos alimenticios

Para iniciar, cabe destacar la terminología de la anorexia y la bulimia nerviosa: tal como afirman Belloch y cols. (1995), el término anorexia se refiere a la no apetencia, referida en casos donde la persona se encuentra sin apetito, en depresión o con gripe.

Aunado a lo anterior, Belloch y cols. (1995), retoman la etimología del vocablo bulimia, el término es proveniente de la raíz griega *bus*, que significa buey y *limos*, que significa hambre, dando por resultado la denominación de hambre desmesurada.

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

- 1) En la escala de obsesión por la delgadez se obtuvo una media de 58, una mediana de 58.5, una moda de 72 y una desviación estándar de 20.
- 2) Asimismo, en la escala de bulimia se obtuvo una media de 62, una mediana de 47, una moda de 47 y una desviación estándar de 21.
- 3) A lo que respecta a la escala de insatisfacción corporal se obtuvo una media de 50, una mediana de 49, una moda de 45 y una desviación estándar de 21.
- 4) Aunado a lo anterior, en la escala de ineficacia se obtuvo una media de 70, una mediana de 75.5, una moda de 76 y una desviación estándar de 19.
- 5) Enseguida, en la escala de desconfianza interpersonal se obtuvo una media de 68, una mediana de 69, una moda de 39 y una desviación estándar de 26.
- 6) Continuando con la escala de perfeccionismo, se obtuvo una media de 78, una mediana de 85.5, una moda de 66 y una desviación estándar de 20.

- 7) En lo que concierne a la escala de conciencia introceptiva, se obtuvo una media de 64, una mediana de 68, una moda de 59 y una desviación estándar de 27.
- 8) En la escala de miedo a la madurez se obtuvo una media de 76, una mediana de 85, una moda de 85 y una desviación estándar de 23.
- 9) Asimismo, en la escala de ascetismo se obtuvo una media de 66, una mediana de 73, una moda de 40 y una desviación estándar de 26.
- 10) En la escala de impulsividad se obtuvo una media de 70, una mediana de 79, una moda de 81 y una desviación estándar de 26.
- 11) Por último, en la escala de inseguridad social se obtuvo una media de 75, una mediana de 81, una moda de 93 y una desviación estándar de 23.

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

Además de presentar los datos de las medidas de tendencia central y desviación estándar, a continuación se presentan los porcentajes de los sujetos que obtuvieron puntajes altos en cada escala, esto es, por arriba del percentil 70. Así, se ubicarán las escalas en las que hay mayor incidencia de casos preocupantes sobre el problema de trastornos alimentarios.

En la escala de ineficiencia, el 39% de los sujetos se encuentra por arriba del percentil 70; en la de perfeccionismo, el 30%; en la que respecta a la desconfianza interpersonal, 44%; en la de confianza introceptiva, 30%; respecto a la de miedo a la

madurez, 42%; en la de ascetismo, 33%; en la de impulsividad, 40 y finalmente, en la escala de inseguridad social, el 45%. Estos datos se pueden observar gráficamente en el anexo 4.

En función de los datos anteriores, se puede afirmar que los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en esta muestra, se encuentran en puntajes elevados en las escalas indicadas anteriormente.

3.4.3 Relación entre el nivel de estrés y los trastornos alimenticios

Diversos autores han afirmado la relación que se da entre los trastornos alimentarios y el estrés.

En la investigación realizada en la Escuela Primaria Tierra y Libertad, turno vespertino se encontraron los siguientes resultados:

Entre el nivel de estrés y la escala de obsesión por la delgadez, existe un coeficiente de correlación de 0.01 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre el estrés y la escala indicada, existe una ausencia de correlación de acuerdo con la clasificación de correlación que plantean Hernández y cols. (2010).

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

Para obtener esta varianza solamente se eleva al cuadrado el coeficiente de correlación obtenido mediante la "r de Pearson" (Hernández y cols.; 2010).

El resultado de la varianza fue de 0.00, lo que significa que entre el estrés y la escala mencionada, no existe relación estadística.

Asimismo, entre el nivel de estrés y la escala de bulimia existe un coeficiente de correlación de 0.14 de acuerdo con la prueba "r" de Pearson (Hernández y cols.; 2010). Esto significa que entre estos atributos existe una ausencia de correlación.

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%.

Continuando con el análisis, entre el nivel de estrés y la escala de insatisfacción corporal existe un coeficiente de correlación de 0.05 de acuerdo con la prueba "r" de Pearson. Lo que denota que entre estas variables existe una ausencia de correlación.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.00, lo que significa que entre el estrés y la escala de insatisfacción corporal hay una relación del 0%.

De la misma forma, entre el nivel de estrés y la escala de ineficacia existe un coeficiente de correlación de 0.14 de acuerdo con la prueba "r" de Pearson. Esto

permite afirmar que entre el estrés y la escala mencionada, existe una correlación positiva débil, no significativa.

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

Aunado a lo anterior, entre el nivel de estrés y la escala de perfeccionismo, existe un coeficiente de correlación de -0.07 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson, de modo que entre estas características existe una ausencia de correlación.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.00, lo que significa que entre el estrés y la escala de perfeccionismo hay una relación del 0%.

Siguiendo con esto, entre el nivel de estrés y la escala de desconfianza interpersonal existe un coeficiente de correlación de -0.03 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Se entiende con ello que entre dichas variables existe una ausencia de correlación.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.00, lo que significa que entre el estrés y la escala de desconfianza interpersonal hay una relación del 0%.

Enseguida, entre el nivel de estrés y la escala de conciencia introceptiva existe un coeficiente de correlación de 0.23 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto

significa que entre el estrés y la escala en cuestión, existe una correlación positiva débil, no significativa.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.05, lo que significa que entre el estrés y la escala de conciencia introceptiva hay una relación del 5%.

Enseguida, entre el nivel de estrés y la escala de miedo a la madurez existe un coeficiente de correlación de -0.18 según la prueba “r” de Pearson. Esto permite concluir que entre el estrés y la escala señalada, existe una correlación positiva débil, no significativa.

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%.

Enseguida, entre el nivel de estrés y la escala de ascetismo existe un coeficiente de correlación de 0.06, obtenido con la prueba “r” de Pearson. Esto deriva en que entre dichas variables existe una ausencia de correlación.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.00, lo que significa que entre el estrés y la escala de ascetismo hay una relación del 0%.

Enseguida, entre el nivel de estrés y la escala de impulsividad existe un coeficiente de correlación de 0.20 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson, de

manera que entre el estrés y la escala de impulsividad existe una correlación positiva débil, no significativa.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.04, lo que significa que entre el estrés y la escala de impulsividad hay una relación del 4%.

Por otra parte, entre el nivel de estrés y la escala de inseguridad social existe un coeficiente de correlación de 0.05 en función de la prueba “r” de Pearson, esto indica que entre el estrés y la escala antes referida, existe una ausencia de correlación.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.00, lo que significa que entre el estrés y la escala de inseguridad social hay una relación del 0%.

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

En función de lo anterior, se puede afirmar que el nivel de estrés no posee la presencia estadística para considerarlo como factor relacionando de forma significativa con las escalas de antes mencionadas.

Por consiguiente, no se encontró una relación significativa entre el nivel de estrés y ninguna las escalas de la prueba EDI-2.

En función de los resultados presentados, se confirma la hipótesis nula, que afirma que no existe relación significativa entre el nivel de estrés y trastornos alimentarios en los alumnos de la Escuela Primaria Tierra y Libertad, para todas las escalas.

CONCLUSIONES

Es pertinente resaltar la importancia del logro de los objetivos del presente estudio, así, como de los objetivos particulares de carácter teórico, que van desde la conceptualización de términos, los enfoques conceptuales, causas y efectos de la variable estrés, fueron alcanzados en la descripción y análisis efectuados en el capítulo teórico número uno, denominado precisamente el estrés.

En cuanto a los propósitos particulares, para definir conceptos que fueron planteados en función de la segunda variable de la presente indagación, es decir, a los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios, fueron logrados en el capítulo número dos, que lleva por título trastornos alimentarios.

Dicho de otro modo, en tal capítulo se hace alusión a los aspectos teóricos referidos a tal fenómeno, como los principales aspectos de tipo psicológico que el investigador tiene la obligación de conocer.

El objetivo particular de carácter empírico número 6, que plantea medir el nivel de estrés mediante pruebas psicométricas en alumnos de la Escuela Primaria Tierra y Libertad, de Uruapan, Michoacán, se alcanzó con la administración del test psicométrico denominado CMAS-R, a la muestra descrita en el apartado referido anteriormente.

Se puede afirmar, en relación con lo anterior, que el objetivo de campo número siete, referido a la medición de los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios, también fue alcanzado como producto de la aplicación de la prueba psicológica denominada EDI-2 a la muestra mencionada.

La consecución del objetivo general del estudio, el cual plantea establecer la relación entre la variable estrés y los factores psicológicos vinculados con los trastornos alimentarios de los alumnos de la Escuela Primaria Tierra y Libertad, de Uruapan, Michoacán, fue exitosa, gracias al logro de los objetivos particulares ya enunciados.

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

En cuanto a los niveles de estrés, se encontró que en tres escalas hay porcentajes preocupantes de sujetos con niveles altos de ansiedad.

Asimismo, en los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios se encontró un porcentaje preocupante de sujetos que están presentando niveles altos en las escalas de ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva, miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad, inseguridad social.

Finalmente, se concluye que no hubo indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios que estuvieran fuertemente relacionados con el estrés.

En función a los resultados obtenidos, es oportuno considerar por parte de la institución, la posibilidad de diseñar y ejecutar un programa psicológico orientado a atender la problemática referida tanto al estrés como a los trastornos alimentarios.

En cuanto al estrés, primordialmente se enfocaría la información del manejo, las causas, consecuencias, problemáticas dentro del aula que genera esta condición; todo ello estaría enfocado a informar a los maestros de aula regular, de modo tal que permita facilitar su labor con los alumnos.

Respecto a los trastornos alimentarios, recomienda hacer hincapié en las familias, realizar actividades recomendadas, desde el enfoque psicológico, sobre la familiarización de los términos más ordinarios de los trastornos alimentarios ya antes mencionados en capítulos anteriores, así como de las características usuales en personas que padecen un trastorno como tal, permitiendo la detección desde el núcleo familiar.

Se considera esencial la realización de una campaña de salud tanto física como mental, llevando a cabo un trabajo multidisciplinario, para cubrir desde distintas perspectivas las manifestaciones de estas variables, como lo es la psicológica, la nutrición, médica y de trabajo social.

BIBLIOGRAFÍA

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

Belloch, Amparo; Sandín, Bonifacio; Ramos, Francisco. (1995)
Manual de psicopatología.
Editorial McGraw-Hill. España.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Travers, Cheryl; Cooper, Cary. (1996)
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 de Educación y Desarrollo.

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

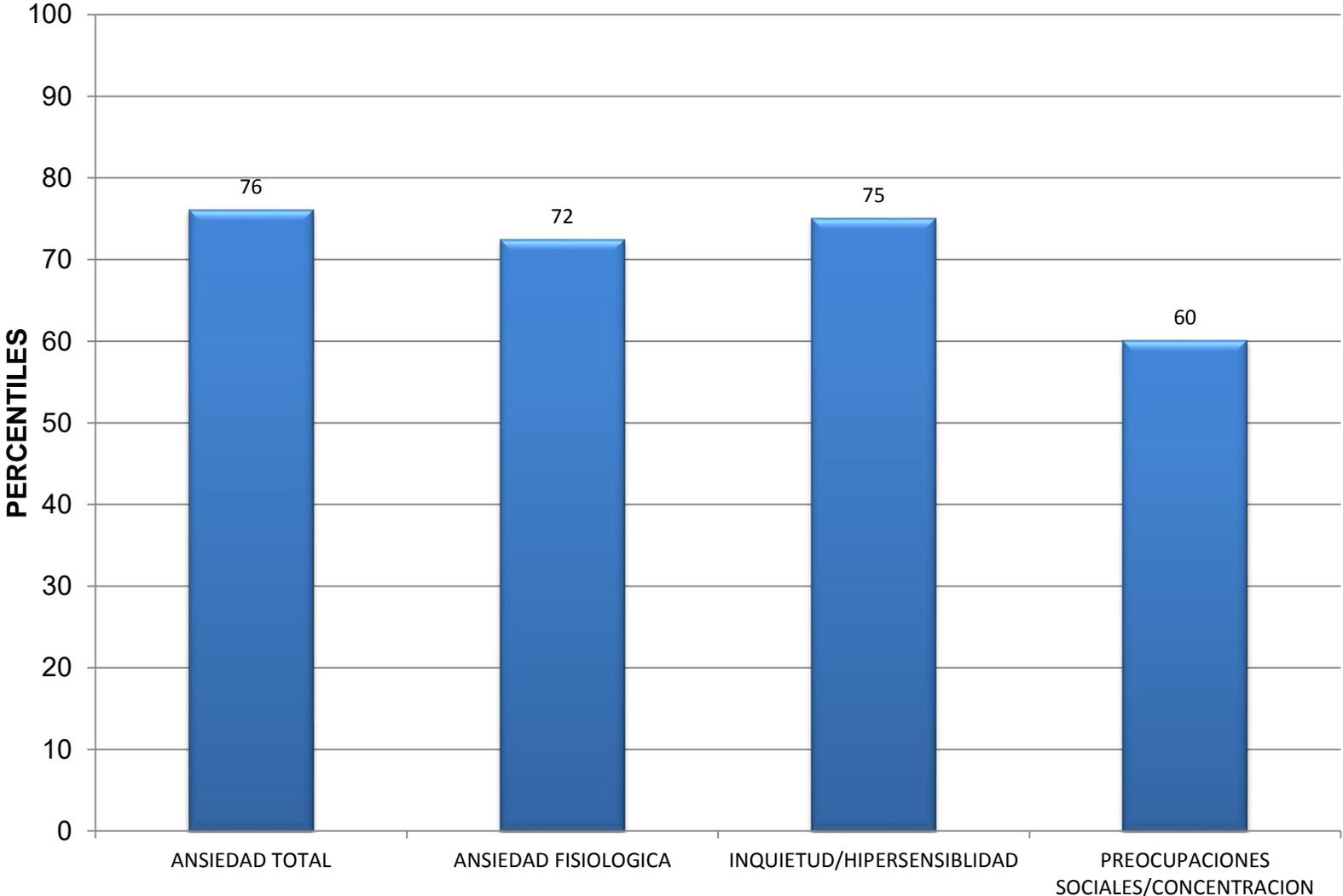
Ruiz Cervantes, Tanya Elizabeth; Vaquero Cázares, José Esteban; Vargas Ramírez, Alberto; Diez, Ma. del pilar. (2004)

“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.

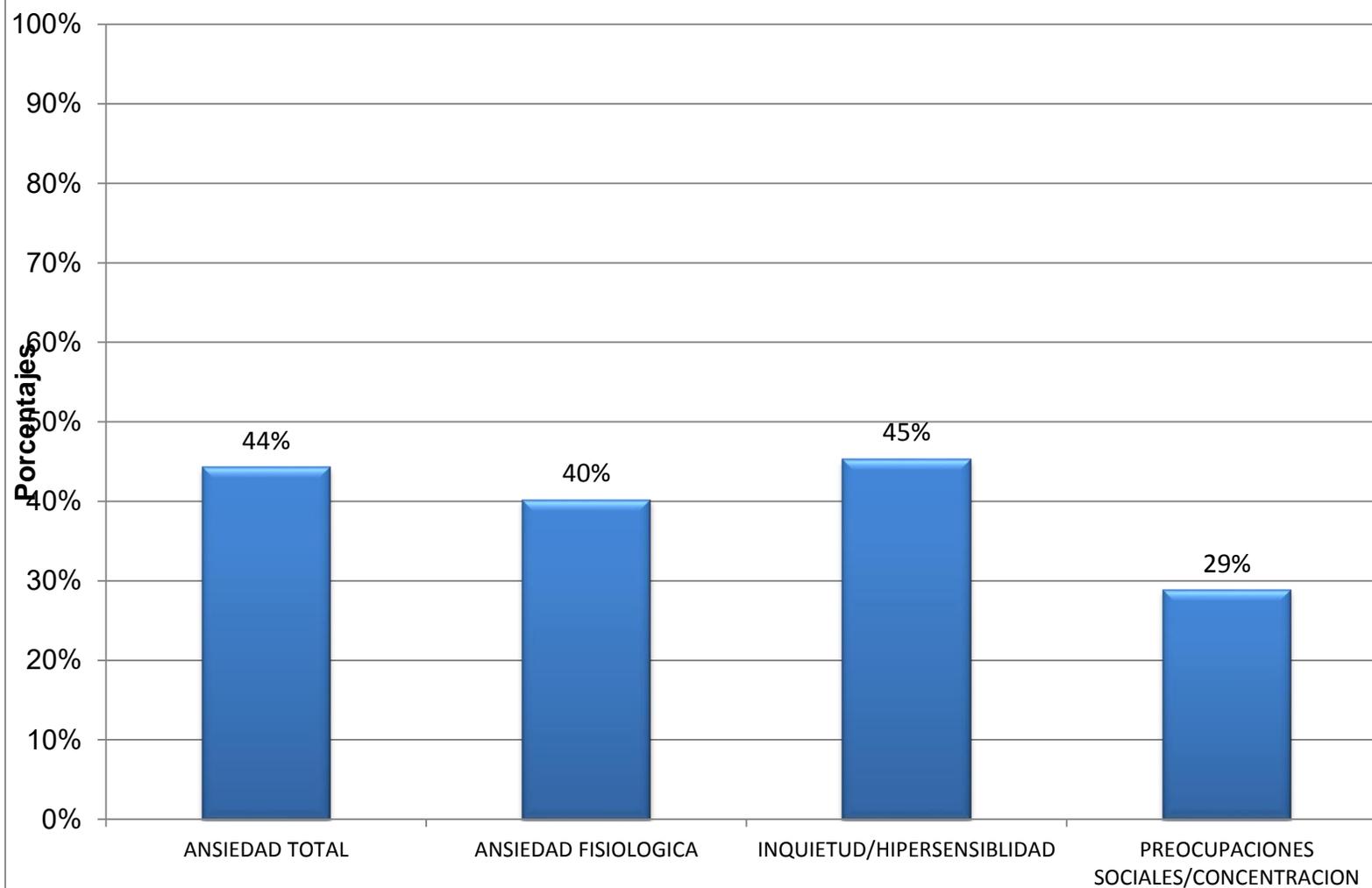
<http://www.medigraphic.com/pdfs/fisica/mf-2004/mf041c.pdf>

ANEXO 1
Media aritmética de las escalas de ansiedad



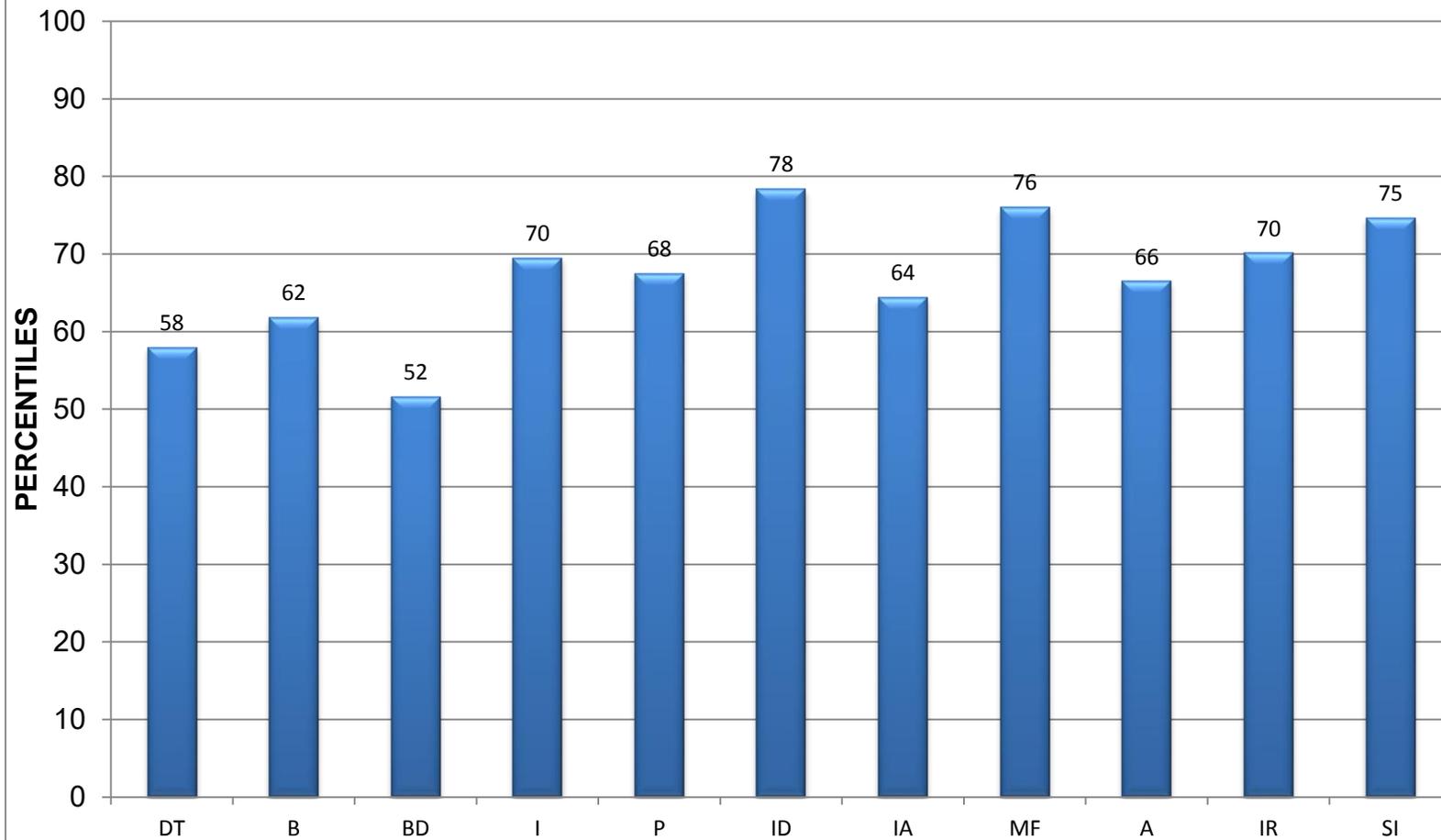
ANEXO 2

Porcentaje de puntajes altos en las escalas de ansiedad

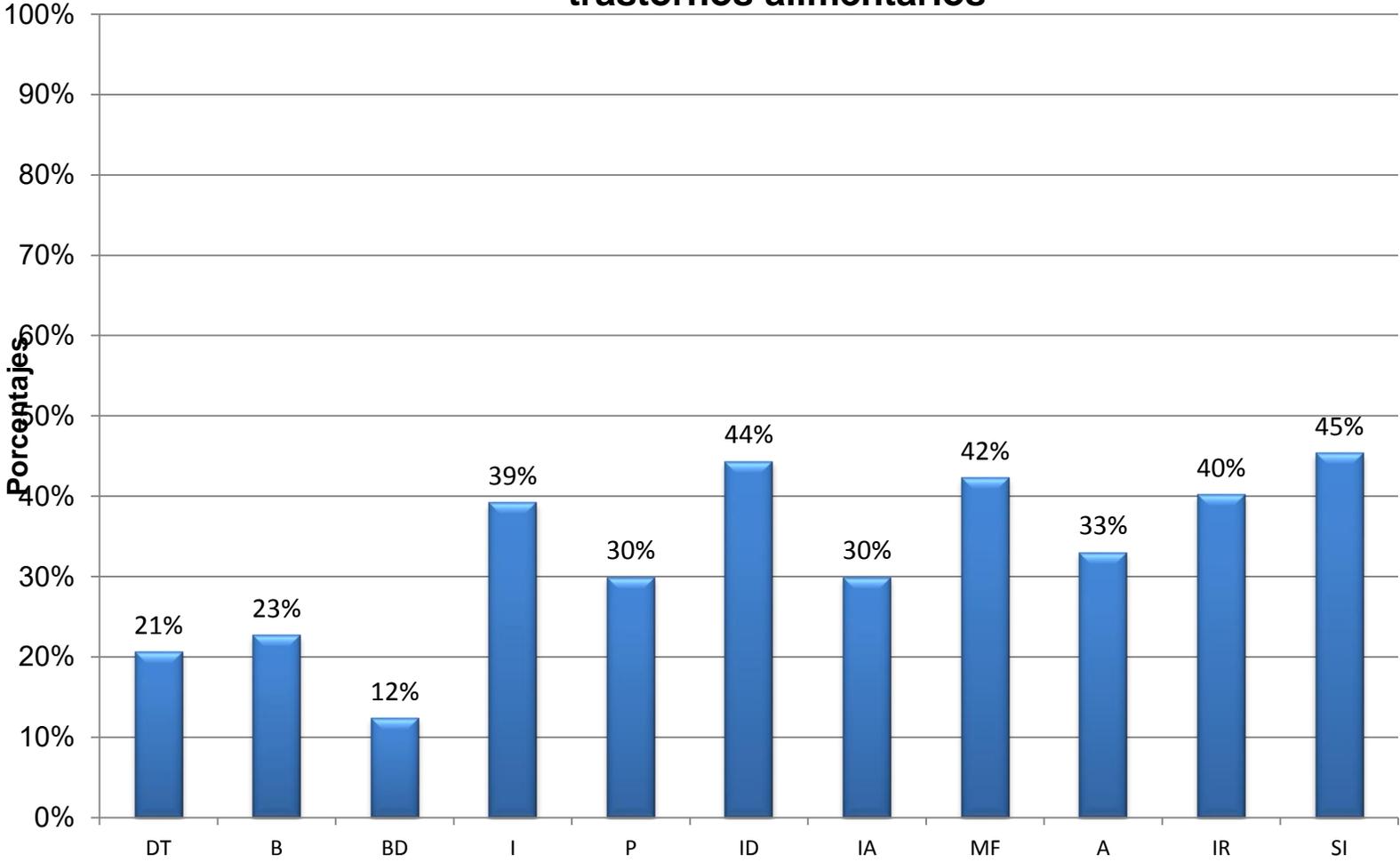


ANEXO 3

Media aritmética de los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios



ANEXO 4
Porcentaje de puntajes altos en las escalas de
trastornos alimentarios



ANEXO 5

Correlación entre el nivel de estrés y las escalas de trastornos alimentarios

