



UNIVERSIDAD DON VASCO, A.C.

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

***RELACIÓN ENTRE EL ESTRÉS Y LOS INDICADORES
PSICOLÓGICOS DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN NIÑOS
DE PRIMARIA***

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

Zut Yael Tonantzín Rentería Pardo

Asesor: Lic. José de Jesús González Pérez

Uruapan Michoacán a 3 de junio del 2013.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIA

Para Fidel (†). Porque desde el cielo,
sígues siendo una importante motivación
en mí vida, por tu cariño y calidad humana.

AGRADECIMIENTOS

*El éxito no depende de la suerte,
no es para los improvisados,
el éxito es el resultado obligatorio
del esfuerzo, la responsabilidad y la constancia.*

GRACIAS:

A la vida por las bendiciones
que me ha concedido y
Por cada oportunidad de elección
que me brinda cada día.

A Irma y José Ma., mis padres.
Por procurar siempre lo mejor para mí,
por educarme bajo el ejemplo de valores,
principios y fortaleza ante la adversidad.
Por el esfuerzo y sacrificios,
por seguir siendo hasta hoy un apoyo
fundamental en mi vida.

A mi hermano Emmanuel.
Por tu compañía y tu disposición
incondicional para ayudarme
siempre que lo necesito.
Te quiero mucho.

A tí, Hugo. Por tu amor,
por confiar , por valorar mis esfuerzos
y por alentarme a seguir siempre adelante.
Por escucharme y ayudarme a encontrar
tiempo para mí y para este proyecto. Te amo.

A Matías, mi hijo. Por contagiarme de tu alegría, y ese deseo por aprender algo nuevo cada día. Por darme mil razones para querer superarme profesional y personalmente.

A todas las experiencias y personas que de alguna forma han influenciado mi vida con pequeñas y grandes enseñanzas.
Familiars, maestros y amigos.

ÍNDICE

Introducción.

Antecedentes	1
Planteamiento del problema	5
Objetivos	6
Hipótesis	7
Justificación	9
Marco de referencia	11

Capítulo 1. El estrés.

1.1. Antecedentes históricos del estrés.	13
1.2. Tres enfoques teóricos del estrés.	15
1.2.1. Estrés como estímulo.	15
1.2.2. Estrés como respuesta.	16
1.2.3. Estrés como relación persona-entorno (enfoque interaccionista).	17
1.2.3.1. El concepto integrador de estrés.	18
1.3. Los estresores.	20
1.3.1. Estresores psicosociales: cambios mayores, vitales y cotidianos.	21
1.3.2. Estresores biogénéticos.	22
1.3.3. Estresores en el ámbito académico.	24
1.4. Procesos de pensamiento que propician el estrés.	27

1.5. Los moduladores del estrés.	29
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 cardiacos.	32
1.6. Los efectos negativos del estrés.. . . .	32

Capítulo 2. Trastornos de alimentación.

2.1. Antecedentes históricos de la alimentación.	35
2.2. Definición y características clínicas de los trastornos alimentarios.	37
2.2.1. Anorexia nerviosa.	38
2.2.2. Bulimia nerviosa.	40
2.2.3. Obesidad.	41
2.2.4. Hiperfagia en otras alteraciones nerviosas.	42
2.2.5. Vómitos en otras alteraciones psicológicas.	42
2.2.6. Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia.. . . .	43
2.3. Esfera oroalimentaria en el infante.	47
2.3.1. Organización oroalimentaria.. . . .	47
2.3.2. Alteraciones en la esfera oroalimentaria.	49
2.4. Perfil de la persona con trastornos de alimentación.	51
2.5. Causas del trastorno alimenticio.. . . .	53

2.5.1. Factores predisponentes individuales.	54
2.5.2. Factores predisponentes familiares.	57
2.5.3. Factores socioculturales.	60
2.6. Percepción del cuerpo en el trastorno alimentario.	62
2.7. Factores que mantienen los trastornos alimenticios.	64
2.8. Trastornos mentales asociados a los trastornos alimenticios.	66
2.8.1. Trastornos alimenticios y depresión.	67
2.8.2. Trastornos alimenticios y ansiedad.	68
2.9. Tratamiento de los trastornos alimenticios.	69

Capítulo 3. Metodología, análisis e interpretación de resultados

3.1. Descripción metodológica.	74
3.1.1. Enfoque cuantitativo.	74
3.1.2. Investigación no experimental.	76
3.1.3. Diseño transversal.	77
3.1.4. Alcance correlacional.	77
3.1.5. Técnica de recolección de datos.	78
3.2. Población y muestra.	80
3.2.1. Delimitación y descripción de la población.	81
3.2.2. Procesos de selección de muestra.	81
3.3. Descripción del proceso de investigación.	82
3.4. Análisis e interpretación de resultados.	86

3.4.1. El estrés.	86
3.4.2. Indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios.	89
3.4.3. Relación entre el nivel de estrés y los trastornos alimentarios.	92
Conclusiones	98
Bibliografía	100
Mesografía	103

INTRODUCCIÓN

El presente estudio aborda dos variables de investigación: estrés y trastornos alimentarios. Específicamente, se examina la relación que podrían mantener en el contexto de una escuela primaria pública.

Antecedentes

Antes de exponer las investigaciones previas, se comenzará por definir ambos conceptos para llevar un mejor manejo de la información.

El término estrés se utiliza cada vez con mayor frecuencia para describir un fenómeno de actualidad que aqueja la vida cotidiana de muchas personas. Es una expresión del dominio popular que en ocasiones no se emplea correctamente, pues se desconoce su verdadero significado y llega a perder su sentido exacto.

Aunque la palabra estrés se deriva de la física de los materiales, ha servido para describir el fenómeno psicológico. El término fue acuñado por Seyle (citado por Palmero y cols.;2002) para hacer referencia a fuerzas que actúan sobre un objeto hasta rebasar cierto límite, y así provocar la deformación, estiramiento o destrucción del mismo.

De esta forma, el estrés es considerado como una respuesta meramente adaptativa del ser humano ante determinados estímulos, la Organización Mundial de la Salud lo define como el “conjunto de reacciones fisiológicas que preparan al sujeto para la acción” (referido por Palmero y cols.;2002:424).

La alimentación, por su parte, adquiere varios significados dependiendo el contexto aplicado. Para esta indagatoria resulta conveniente utilizar la aportación de Higashida (citado por Ruiz y cols.;2004:12) quien afirma que la “alimentación es una acción voluntaria mediante la cual se ingieren comestibles, y está mediada por aspectos como la cultura, la situación económica, la disponibilidad de alimentos, los contextos sociales, e incluso estados de ánimo”.

Si bien es cierto que la alimentación es una acción voluntaria, se encuentra sujeta a la influencia de factores como rutinas ajetreadas de vida, que limitan el tiempo para preparación y consumo de los alimentos. Así lo define Howard (2005), quien manifiesta que la alteración de los hábitos alimenticios es un desequilibrio en la rutina sana de la alimentación, lo que provoca variaciones a nivel corporal y mental y puede llegar a convertirse en una enfermedad progresiva, concretamente, un trastorno de la alimentación.

Al ser un tema de actualidad existen algunas investigaciones que buscan detectar la existencia de niveles altos de estrés en población de estudiantes. Así lo mencionan Caldera y cols. (2007), quienes realizaron un estudio acerca de dicho fenómeno, relacionado con el rendimiento académico en estudiantes universitarios.

Dicha exploración fue de tipo descriptivo, correlacional y transversal, en una población de 115 alumnos, arrojando que no hubo evidencia significativa en relación con la hipótesis, la cual proponía que existía relación positiva entre los niveles de estrés de los estudiantes y el rendimiento escolar.

En este muestreo resultó que los niveles de estrés no eran elevados ni estaban relacionados con el rendimiento académico. No se pudo precisar una explicación exacta ante los bajos niveles de estrés, pero se sugiere como probable factor la poca frecuencia de exámenes y el modelo pedagógico de cada profesor, así como la edad, ya que los alumnos menores de 22 años no cuentan con responsabilidades fuertes que agreguen factores estresantes al propio estudio.

Rodríguez (2011) realizó una investigación que hace referencia a los trastornos de alimentación y el estrés, en el CETIS No. 27, una preparatoria de la ciudad de Uruapan cuya población es del sector social medio-bajo. La población fue de 222 alumnos, de ambos sexos, con edades que oscilan entre los 15 y los 18 años. Finalmente, se encontró que no existía correlación significativa entre las variables.

Aun así, por separado, ambas tendencias son altas, es decir, se encontró un 31% de sujetos obsesionados por la delgadez, un 29% insatisfechos corporalmente y en la escala que detecta bulimia se encontró un 30%. En lo que respecta al estrés se encontró que el nivel de ansiedad total como principal indicador del estrés (Rodríguez; 2011), asciende a un 45%, un índice alto.

En otra investigación que realizó Torres (2011) en esta ciudad, se contó con la participación de 100 alumnos de primer y segundo grado de secundaria, de ambos sexos, con edades entre 12 y 14 años. Se encontró que la relación entre el estrés y los trastornos de alimentación no es significativa.

Pese a lo anterior, en la escala que midió la obsesión por la delgadez se ubica un 43% de la población, en la escala de bulimia se encuentra un 29%, mientras que en la escala de insatisfacción corporal es de 32%. Respecto a los indicativos de estrés, resultó que el 45% de los sujetos se encuentran afectados por dicho fenómeno.

En la primaria Ignacio Manuel Altamirano, se ha detectado que existe inconformidad con la imagen corporal, baja autoestima y ligeras agresiones físicas autoprovocadas. Todo esto se ha identificado entre las alumnas mayores de la escuela, sin embargo, y pese a conocer que existen estas problemáticas que esconden indicativos de trastornos alimentarios, de estrés y ansiedad, nada se ha investigado al respecto.

Si bien se han realizado investigaciones sobre este tema, cabe señalar que no han sido en un nivel de educación primaria, por lo que resulta conveniente realizar esta investigación y así contribuir a que exista información en otros sectores en los cuales no se han tomado muestreos.

Planteamiento del problema

En la actualidad el estrés es un fenómeno presente en cualquier ámbito: profesional, educativo y social. Sin embargo, aunque se ha escrito mucho sobre el tema, es necesario realizar más aportes indagatorios que complementen información que ya existe en sectores específicos.

Por su parte, los hábitos alimentarios, desde hace ya unas décadas, han desarrollado también preocupación entre la sociedad, ya que cada vez son más frecuentes las manifestaciones sintomáticas alarmantes, sobre todo en los jóvenes. Es imprescindible detectar indicadores de trastornos alimentarios desde la niñez para evitar que agudicen en la adolescencia.

Conocer la comorbilidad entre el estrés y los indicadores alimentarios se vuelve un tema importante de investigación, ya que ambos trastornos se encuentran en boga en esta sociedad contemporánea, y son totalmente tratables si son oportunamente detectados.

En las últimas décadas se ha considerado al estrés como una anomalía que imposibilita el rendimiento total de las personas que lo padecen, es posible detectar los síntomas que evidencian el padecimiento e incluso se conoce gran diversidad de factores que lo provocan, dependiendo el sector que ataca. De igual manera, la información que existe sobre los trastornos alimentarios ha revelado que son manifestaciones psicológicas graves que pueden ocasionar la muerte, y que en su

mayoría tienen incidencia en los jóvenes, quienes atraviesan por periodos de búsqueda de identidad.

Debido a lo anterior, la investigación toma gran fuerza al realizarse en una escuela primaria, puesto que permite detectar indicadores de estrés y trastornos alimentarios, en un momento oportuno de la vida de cualquier persona: la niñez. Esto favorece que con el tratamiento psicológico adecuado mejoren las capacidades y habilidades de los sujetos para prevenir futuros problemas al respecto.

Por lo tanto, en esta investigación se pretende resolver la siguiente interrogante: ¿Existe relación significativa entre el estrés y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en los niños de quinto grado de la Escuela Primaria Ignacio Manuel Altamirano, en Uruapan, Michoacán?

Objetivos

Toda investigación precisa tener metas alcanzables que eviten desviar la atención y perder de vista los límites previamente establecidos, por ello, en el desarrollo de este estudio se pretenden alcanzar los siguientes objetivos:

Objetivo general

Establecer la correlación que existe entre el estrés y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios, en los niños de quinto grado de la Escuela

Primaria Ignacio Manuel Altamirano, en Uruapan, Michoacán, durante el ciclo escolar 2011-2012.

Objetivos particulares

1. Conceptualizar el término estrés.
2. Conocer los indicadores psicológicos del estrés.
3. Identificar los principales enfoques teóricos del estrés.
4. Observar el nivel de estrés que presentan los alumnos de quinto grado de la Escuela Primaria Ignacio Manuel Altamirano, en Uruapan, Michoacán.
5. Definir el concepto de trastornos alimentarios.
6. Analizar las causas de los trastornos alimentarios.
7. Precisar los principales indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios.
8. Identificar las principales aportaciones teóricas con respecto a los trastornos alimentarios.
9. Valorar el nivel en que se experimentan los trastornos alimentarios en los alumnos de quinto grado de la Escuela Primaria Ignacio Manuel Altamirano, en Uruapan, Michoacán.

Hipótesis

Las hipótesis que se abordan en la presente investigación son las siguientes:

Hipótesis de trabajo

Existe correlación significativa entre el estrés y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en niños de quinto grado, de la Escuela Primaria Ignacio Manuel Altamirano de Uruapan, Michoacán.

Hipótesis Nula

No existe correlación significativa entre el estrés y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en niños de quinto grado de la Escuela Primaria Ignacio Manuel Altamirano de Uruapan, Michoacán.

Operacionalización de variables del estudio

El nivel de estrés será entendido como el resultado que se obtenga producto de la prueba de investigación denominada Escala de Ansiedad Manifiesta en niños, Revisada (CMAS-R), de los autores Cecil R. Reynolds y Bert O. Richmond (1997). La prueba consta de cuatro subescalas más una para evaluar la mentira. El instrumento consta de validez y confiabilidad exigidas para este fin.

Los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios se conceptualizan operacionalmente como el resultado obtenido en el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2), del autor David M. Gardner (1998), la cual evalúa 11 indicadores psicológicos que se encuentran comúnmente asociados a los trastornos de la conducta alimentaria. Al igual que el instrumento mencionado anteriormente, este

inventario cuenta con los estándares de confiabilidad y validez metodológicamente exigidos.

Justificación

La problemática que se aborda en esta investigación, posee características inquietantes de actualidad, ya que la incidencia de niños que responden con estrés elevado a estímulos diversos, es cada vez mayor, de igual forma, es cada vez más frecuente encontrar indicadores de trastornos alimenticios en este mismo sector.

Por lo anterior, resulta primordial analizar la relación entre ambas problemáticas, lo que traería consigo ventajas diversas, comenzando con las aportaciones que se hacen al campo de la psicología, pues al ser ésta una ciencia joven, es necesario mantener vigentes las exploraciones, esto permitirá descartar teorías obsoletas y dar paso a nuevas contribuciones útiles para entender y tratar este fenómeno de una forma óptima, en beneficio de la población.

Para la sociedad uruapense, los beneficios se verán reflejados en documentación fidedigna sobre las problemáticas que aquejan a la niñez de esta población. La psicología en Uruapan recién cobra fuerza, de aquí la importancia de ésta y otras investigaciones relacionadas con temas de carácter psicológico, que provean a la sociedad de conocimientos sobre su población actual; y una vez adquirida la información sobre la problemática, será más fácil en un futuro detectar y prevenir tales conflictos.

El provecho que obtiene la Universidad Don Vasco, es en relación con el acervo bibliográfico que quedará para consulta del alumnado y de los lectores en general, al ser de las pocas tesis de psicología en existencia, servirá como guía para que otros estudiantes consulten antecedentes sobre posibles problemáticas similares en sus próximas investigaciones.

La universidad también adquiere el derecho y la posibilidad de presentar este trabajo en algún congreso, mesas de discusión o utilizarla para fines de divulgación científica.

El alumnado de la Escuela Primaria Ignacio Manuel Altamirano se ve favorecido, pues el resultado de esta investigación proporciona material fidedigno, estandarizado y de carácter científico acerca de los índices de estrés y trastornos alimenticios con los que viven los estudiantes y que pueden mermar su rendimiento tanto en el área escolar, como social y personal. Lo anterior provoca que los padres de familia, al obtener tal información, decidan sobre la posibilidad de canalizar a sus hijos con profesionales de la salud, en este caso psicólogos, que orienten y ayuden en el control y manejo de estos factores sintomáticos.

En caso de ser así, para el personal docente será más sencillo llevar a cabo su labor educativa, pues al reducir los síntomas de estrés y reforzar el autoconocimiento, los alumnos serán más productivos en clase y el proceso de enseñanza-aprendizaje quedará más afianzado.

Por todo lo anteriormente descrito, se confirma que esta investigación trae consigo más de un beneficio, por lo cual es imprescindible realizarla y continuar la búsqueda de nuevas teorías que avalen las hipótesis que se han planteado.

Marco de referencia

La presente investigación se realizó en la Escuela Primaria Ignacio Manuel Altamirano, ubicada en la avenida 5 de Febrero No. 39, esquina con Morelos, en el centro de Uruapan, Michoacán.

La escuela tiene 92 años de haberse fundado, pues se inauguró en 1920, es de carácter público y laico. Atiende principalmente a niños del sector económico medio bajo. A pesar de ser una escuela pública, tiene un gran prestigio académico y posee una alta demanda en la población: en época de inscripciones suelen formarse incluso tres días antes de la fecha de inicio.

La directora, administrativos, docentes y demás personas que laboran en esta institución apoyan sus principios en el artículo 3° constitucional, en el cual se basa la filosofía de la educación.

Actualmente laboran veinte docentes con grado de licenciatura y atienden un total de seiscientos diecisiete alumnos.

Respecto a la infraestructura, se cuenta con dos edificios de dos plantas cada uno, la parte trasera de la institución se encuentra techada por un gran domo, que permite que los niños jueguen en receso sin exponerse al sol o a la lluvia. En este lugar también se coloca la cooperativa escolar para que los alumnos compren alimentos en el tiempo destinado para ello. Entre ambos edificios se encuentra un patio de usos múltiples, es decir, se utiliza como patio cívico, cancha de deportes y área recreativa. La institución cuenta con dos oficinas: una administrativa y la otra de dirección; no hay espacio con áreas verdes. La escuela se encuentra enrejada y situada justo una calle antes de la plaza central de esta ciudad.

CAPÍTULO 1

EL ESTRÉS

El estrés es un fenómeno que se encuentra en auge, y aunque en su origen la palabra describía una situación meramente referida a la física, hoy en día, el término es utilizado para describir cualquier cantidad de síntomas que se consideren producto de una exposición a excesivas demandas, ya sean de carácter laboral, escolar, social, entre otros. Este fenómeno conlleva un proceso complejo y es imprescindible la existencia de factores como la personalidad o el ambiente para que pueda aparecer en la vida de algún sujeto.

1.1 Antecedentes históricos del estrés.

Actualmente existen estudios y estadísticas que sitúan al estrés como un problema de salud en la sociedad contemporánea. A pesar de ello se reconoce que el estrés ha estado presente desde el principio de la humanidad. Al transcurrir los años fue necesario dar un nombre a todas esas reacciones primitivas presentadas ante una situación amenazante. Así surge el término estrés que se deriva del latín *stringere*, que significa presionar, comprimir u oprimir; así lo menciona Sánchez (2007).

En el siglo XIV la palabra era empleada para hacer alusión a momentos angustiosos, adversidad e incluso aflicción. En el siglo XVII el término se utilizó en la física. Fue Robert Hooke quien lo empleó para describir lo que él consideraba la

capacidad de los metales para soportar agresiones de la naturaleza que pudieran destruir construcciones importantes, como puentes.

Durante la Segunda Guerra Mundial el estudio del estrés tuvo gran auge, pues los soldados presentaban manifestaciones claras ante las experiencias surgidas en combate. A las crisis de ese entonces se les llamó “neurosis de guerra”, dando una connotación psicológica a los padecimientos de los soldados, lo que fue esencial para proseguir en las aportaciones sobre el tema (Lazarus y Lazarus; 2000). Los jefes de la milicia se mostraron interesados en conocer por qué algunos reclutas eran más vulnerables al estrés, pues varios de los que se enfrentaban durante la guerra, a su regreso experimentaban miedos, inseguridades o se mostraban reacios al acatamiento de órdenes ante un nuevo combate, lo cual desembocaba en desertión. Por ello los militares al mando intentaban descubrir la fórmula para reclutar jóvenes que fueran resistentes al estrés, lo que provocó interés en realizar exploraciones numerosas y exhaustivas que arrojaran respuestas útiles al ejército.

Posteriormente, un científico de nombre Hans Selye, realizó más investigaciones e identificó así, reacciones fisiológicas y adaptativas “frente a cualquier impacto ejercido sobre el organismo por una amplia gama de estímulos heterogéneos que provocan variaciones de tipo endócrino. A esto lo llamó ‘Síndrome general de adaptación’ y, más tarde, ante la Organización Mundial de la Salud, definió el estrés cómo ‘la respuesta no específica del organismo a cualquier demanda del exterior’, mientras que al estímulo lo denominó ‘estresor’.” (Sánchez; 2007: 15).

En conclusión, se entiende que el estrés es un mecanismo natural, que responde psicológica, fisiológica y conductualmente ante una situación percibida como amenazante; dependerá de la capacidad del sujeto si enfrenta la situación o huye de ella.

1.2. Tres enfoques teóricos del estrés.

Existen tres perspectivas desde las cuales se puede vislumbrar el estrés (Travers y Cooper; 1997). Pese a ser el mismo tema, la metodología de investigación suele aportar enfoques alternos, permitiendo más aportaciones teóricas.

El primer enfoque estudia al estrés como variable dependiente o respuesta a determinados estímulos; el segundo, estudia al estrés como variable independiente o estímulo, toma en cuenta las percepciones y las experiencias del individuo; finalmente, el tercero aborda al estrés como variable interviniente en una óptica interactiva.

A continuación se retoma cada enfoque de forma más detallada y específica.

1.2.1 Estrés como estímulo.

Este modelo edifica sus teorías basado en la respuesta que el sujeto manifiesta ante la situación amenazante o desagradable. Se considera variable independiente

puesto que las reacciones que surjan obedecen al tipo de situación que se presente. Dichas reacciones pueden ser fisiológicas, psicológicas o conductuales (Travers y Cooper; 1997). Estas respuestas no necesariamente se presentan de forma individual, es decir, no son elementos excluyentes, sino que representan una interrelación.

Las personas perciben el estrés como una tensión o esfuerzo y a menudo suelen afirmar que están bajo presión.

1.2.2 Estrés como respuesta.

Esta aportación tiene sus bases en la física, y lo considera un modelo estático, lo cual supone una variable dependiente. Travers y Cooper (1997) aseveran que el nivel de tensión del sujeto dependerá en gran medida del individuo, de la duración y, sobre todo, la fuerza de la presión que se aplique, ya sea física o emocional.

“La metodología que emplea este enfoque suele centrarse en la identificación de los estímulos potencialmente estresantes” (Travers y Cooper; 1997: 31), tales como presiones ambientales, sociales, psicológicas, físicas, económicas y/o desastres naturales.

Este modelo permite detectar el estresor para, de esta forma, poder manipular el ambiente y de esa manera reducir el estrés. Un factor esencial en la construcción de esta teoría, señala que el ser humano se encuentra expuesto durante toda a su vida a presiones, se reconoce también que cada individuo posee características que soportan un específico nivel de tolerancia, lo que significa que para ciertos casos,

determinados sucesos pueden ser insignificantes, mientras que para otros pueden ser devastadores.

En el marco de este apartado, es importante destacar la puntualización de Selye, quien asegura que el estrés no necesariamente tiene que ser negativo. Explica que el estrés resulta positivo si motiva el crecimiento, el cambio y el desarrollo personal.

1.2.3 Estrés como relación persona-entorno.

Si bien los modelos anteriores explican desde su propia estructura las teorías y aportaciones que motivan tales propuestas, ahora el estrés ya no se puede considerar como un fenómeno unidireccional y estático, por el contrario, debe ser visto como “un proceso complejo, variado y desafiante a nivel intelectual” (Travers y Cooper; 1997: 32).

Este tercer modelo puntualiza que el entorno por sí sólo no es capaz de estresar. Es la relación entre éste y la persona lo que origina la experiencia estresante; es una interacción: el individuo influye en su entorno y reacciona ante él.

En este sentido, lo importante es la percepción del individuo ante el estímulo amenazante, pues el estrés tendrá lugar en la medida que los estímulos estresantes superen la capacidad del individuo para resistirlos.

Atendiendo a lo anterior, resulta que el estudio de este modelo es el adecuado para el campo de la psicología, puesto que comprende ambas variables y considera a la persona como agente activo en su entorno, capaz de modificar la forma de respuesta o manipular el medio.

1.2.3.1. Concepto integrador de estrés.

Después de considerar las teorías que aporta cada uno de los tres modelos anteriores, se puede concluir que “el estrés no es tan sólo un estímulo ambiental o una respuesta frente a las exigencias del entorno, sino un concepto dinámico y relacional. Se produce una interrelación constante entre la persona y su entorno que está mediada por un conjunto complejo de procesos cognitivos constantes” (Travers y Cooper; 1997: 34).

Es decir, los enfoques anteriormente mencionados se suponen; así, el estrés hoy en día no se considera estático, es más bien el resultado de estímulo-respuesta, de modo que constituye un proceso complejo a nivel intelectual. Es la relación entre la persona y el entorno lo que provoca la experiencia estresante.

Respecto al modelo cognitivo, se deben considerar los siguientes aspectos: valoración cognitiva: se refiere a la percepción subjetiva que conduce a la experiencia; experiencia: es la familiaridad que el sujeto tenga ante la situación; exigencia real y percibida: se refuerza con las necesidades del individuo; influencia interpersonal: en

ocasiones la ausencia o presencia de otras personas influyen subjetivamente para que se propicie el estrés; finalmente, el estado de desequilibrio (Travers y Cooper; 1997).

Aunque existen múltiples definiciones para el estrés, en su mayoría consideran al entorno y a la respuesta, por ejemplo, la Organización Mundial de la Salud refiere que el estrés es el conjunto de reacciones fisiológicas que prepara al organismo para la acción (Palmero y cols.; 2002).

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

1.3. Los estresores.

Existe una amplia cantidad de factores que pueden ocasionar estrés, tomando en cuenta la percepción y vulnerabilidad de la persona, ya que como se mencionó

anteriormente, lo que puede ser amenazante para un individuo, para otro puede ser una situación controlable.

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

En conclusión, los estresores serán todas aquellas acciones, situaciones, o eventos que resulten amenazantes al sujeto. Para el organismo todo cambio es sinónimo de estrés, y cualquier modificación en la rutina de vida lo provocará, sin importar si éste sea positivo o negativo; tampoco importa si la situación es real o imaginaria.

Los estresores son “acontecimientos que implican cambios en las rutinas de la vida cotidiana de las personas, rompiendo sus automatismos y generando nuevas condiciones y necesidades, ante las cuales la persona tiene que valorar su forma de responder” (Palmero y cols.; 2002: 425).

Se han catalogado tres tipos de acontecimientos estresantes: los primeros son cambios de origen mayor, y que afectan un gran número de personas; en segundo lugar los cambios vitales, que son cambios significativos y trascendencia para una sola persona; y finalmente, los estresores cotidianos, que son pequeños cambios, imprevistos y alteraciones en las rutinas del día a día.

A continuación se aborda cada uno de ellos de forma más específica.

1.3.1 Estresores psicosociales: cambios mayores, vitales y cotidianos.

Los estresores de carácter mayor se refieren a cambios extremadamente drásticos, que tienen la característica de influir en la vida de más de una persona. El cambio puede ser tan radical como un terremoto, catástrofes naturales de otra índole o un suceso que se prolongue, como un encarcelamiento. Tales circunstancias provocan un efecto a lo largo de toda la vida, incluyendo situaciones bélicas o de salud, como enfermedades terminales o cirugías. También se consideran problemas de origen social como la migración o desarraigo (Palmero y cols.; 2002).

Los acontecimientos vitales que provocan estrés son circunstancias que se encuentran fuera de control del sujeto y que únicamente le afectan a él, sin embargo, tienen una trascendencia vital y significativa. Los principales desencadenantes de estrés resultan de cambios en la vida conyugal (matrimonio, conflictos, separaciones), cuestiones relacionadas con la paternidad, las relaciones interpersonales, en el ámbito laboral o el área económica, cuestiones legales o del desarrollo biológico; de igual manera, las enfermedades son cambios vitales estresantes, así como otros factores de tipo psicosocial como persecuciones, embarazo no deseado o una violación. En el caso de los niños y jóvenes, el ambiente familiar tenso o incierto es también fuente de estrés.

Finalmente, se pueden mencionar los microestresores o estresores cotidianos, que si bien no son tan drásticos como los primeros, o de reacomodo en la vida del sujeto, sí se consideran muy importantes. Aunque no es tan fuerte su relevancia, es atribuida a la frecuencia en que se presentan, pues cambian patrones de comportamiento automatizado, manteniendo la activación del estrés hasta que se produce una acomodación a las nuevas condiciones (Palmero y cols.; 2002).

Estos estresores son los más comunes, por lo que provocan mayor irritabilidad y otros síntomas derivados. Pues las pequeñas incomodidades que se encuentran a diario, como el tráfico, problemas menores en el trabajo o presiones domésticas, dada su repetición constante, se acumulan hasta tener una gran cantidad de estrés que provoca reacciones inminentes en el sujeto, principalmente en lo que respecta a su salud.

1.3.2. Estresores biogénicos.

En el apartado anterior se mencionó brevemente el desarrollo biológico como un estresor vital. Y es que si bien los estresores más comunes son los de origen psicosocial, los biogénicos son de gran importancia puesto que son inevitables. Propiamente los estresores este tipo no utilizan valoraciones cognitivas, es decir, no necesitan de la percepción y experiencia previa del sujeto para reaccionar, sino que actúan directamente a nivel neuronal y endócrino.

Tal es el caso de las alteraciones hormonales propias de la pubertad, las cuales provocan alteraciones a nivel físico y psicológico. En esta etapa aparece el ciclo menstrual en las jóvenes, lo que sin duda para muchas será generador de estrés durante gran parte de la vida, pues el síndrome premenstrual provocado por el desequilibrio hormonal, causa malestares como cólicos, irritabilidad, labilidad afectiva, somnolencia, entre otros, lo que en ocasiones imposibilita a las mujeres para realizar actividades cotidianas y, por ende, provoca estrés.

Las mujeres a lo largo de su vida son quienes padecen más de esta cuestión hormonal, pues dicha situación se presenta en distintas etapas, y en todas ellas crea cambios, por ejemplo, durante el embarazo y el postparto. Los reajustes hormonales que se propician en estas etapas son generadores de cambios fisiológicos que alteran la cotidianidad de la mujer. También es el caso de la menopausia, es decir, el cese natural a la menstruación; para algunas mujeres tal acontecimiento no presenta la mayor significado en cuanto a emocionalidad o alteraciones, mientras que para otras, los cambios son tan fuertes que es necesaria la atención médica y psicológica.

Como estresores biogénéticos también se ubica la ingesta de sustancias químicas, como anfetaminas, cafeína, nicotina o cualquier clase de fármacos de forma dependiente y constante (Palmero y cols.; 2002).

Los síntomas alérgicos también representan una fuente de estrés, pues requieren cambios de energía en el sistema inmunológico para luchar contra lo que representa un peligro para el cuerpo.

Si bien se han mencionado en los últimos dos apartados algunos posibles estresores, resultaría imposible enumerar cada factor existente que pueda ser considerado como agente estresor, pues esto depende en gran medida del sujeto y sus condiciones de vida, de la percepción acerca de los estímulos, y de la propia personalidad.

1.3.3. Estresores en el ámbito académico.

En el desarrollo de este trabajo, poco se ha mencionado el estrés que ocurre en el ambiente educativo. Tal fenómeno se ha convertido en un factor constante y prolongado, ya que si se considera el tiempo de ingreso de un individuo al área escolar hasta la culminación de sus estudios universitarios, se estima que en promedio el sujeto pasa veinte años de su vida resolviendo y enfrentándose a grandes situaciones que percibe como amenaza; su maduración hará posible que aprenda a solucionar determinados conflictos pero ¿qué pasa mientras esto ocurre?

Los estresores posibles dentro del ambiente académico, inquietan a alumnos, maestros y padres de familia. Centrando la atención en los alumnos, Barraza (2005) menciona que los principales estresores son consecuencia de un exceso de responsabilidad, así como las continuas evaluaciones, ya sean de carácter escrito, oral o mediante trabajos extraescolares. A esto último se le suma la falta de recursos, ya sea económicos o de tiempo limitado para poder efectuar el trabajo.

Dentro del aula, una causa de estrés es la competitividad entre compañeros, así como su número dentro del salón. En las últimas décadas se han conocido casos de escuelas en condiciones precarias donde la cantidad de niños rebasa la capacidad del docente para atenderlos. Las deficientes condiciones también se reflejan en las infraestructuras, de modo que un estudiante inseguro dentro de su área escolar, no será capaz de prestar atención, por tanto, no habrá un aprendizaje significativo.

Los conflictos entre los alumnos y los profesores provocan un ambiente hostil, y con ello, estrés. Una fuente de éste que mantiene alarmada a la sociedad es el acoso entre los compañeros, que se conoce como bullying.

La base familiar juega un papel preponderante en lo referente al estrés académico, sobre todo en hijos y adolescentes. Un sujeto con un respaldo familiar, es decir, con apoyo y rodeado de un núcleo consanguíneo en el que hay confianza y comunicación, es menos vulnerable a situaciones de esta índole.

En lo que respecta a estudiantes universitarios, sus presiones se encuentran influenciadas por circunstancias como dejar la casa de los padres, ya sea para vivir solo o en compañía; viajar mucho para llegar a la escuela, administrar sus recursos económicos, atender responsabilidades extras como un trabajo, una relación de pareja, responsabilizarse de un familiar o atender una mascota. Mientras se cursa la licenciatura surgen muchos factores estresantes, y no necesariamente negativos: en la universidad, las relaciones sociales se vuelven primordiales y la preparación de un

evento o un viaje de prácticas, aunque sean sucesos agradables, también agregan tensión (Barraza; 2005).

El estrés no necesariamente tiene que ser negativo, en ocasiones es fundamental para mantener a un sujeto activo y funcional. El estrés dentro del ámbito académico deja de ser práctico cuando no permite al sujeto responder de la manera que pretende o se ha preparado para ello, es decir, cuando lejos de ser una motivación, se convierte en un paralizador. Los síntomas pueden incluir dolores de cabeza, problemas gástricos, alteraciones en la piel y en los ritmos de sueño, desconcentración, distractibilidad, irritabilidad, labilidad afectiva, entre otros (Barraza; 2005).

Ante estos síntomas, el rendimiento disminuye y se ve afectado negativamente debido a que se requiere más tiempo para estudiar, ante ello, los bloqueos en pruebas o ejercicios son inminentes.

Los factores estresantes en el área escolar, al igual que los factores psicosociales y biogénéticos, tendrán mayor significado en el sujeto de acuerdo con sus propias experiencias de vida. Aunque un examen resulte estresante para todo el grupo, el nivel de estrés no necesariamente se presenta con la misma intensidad en todos los alumnos. La repercusión de un estresor se encuentra ligada también a la cantidad de estresores adicionales a los académicos, que acompañen al sujeto.

El medio escolar es un ambiente altamente moldeable, que al conocer los factores que están estresando al alumno, puede modificarse, de esta forma, el proceso de aprendizaje rendirá más frutos para todas las personas que lo componen.

1.4. Procesos del pensamiento que propician el estrés.

Un estímulo, por sí solo, no es capaz de provocar estrés. Esta condición es la suma del estímulo más la interpretación que el sujeto le dé, tal es el resultado de la apreciación influida por los sentidos y por experiencias previas. El pensamiento es el componente que determina si la situación que se presenta es amenazante o no para la integridad del sujeto.

Existen procesos de pensamiento que son característicos a la personalidad y que tornan a los sujetos más propensos a percibir situaciones como inquietantes (Cungi; 2007):

En primer lugar se encuentra el pensamiento dicotómico: razonar en términos de todo o nada. En este tipo de inclinación no existe escala de grises ni términos medios: es una situación positiva o negativa, no hay más.

En segundo lugar se encuentran las inferencias arbitrarias, es decir, son conclusiones a las que se llega sin tener pruebas fehacientes. En general son predicciones negativas sin fundamento, como “sentir que algo no saldrá bien”. Son

deducciones respecto a situaciones y creencias que otros tienen sobre el propio sujeto, pero siempre de forma negativa.

Existe también un tipo de pensamiento que se denomina abstracción selectiva, en el cual el sujeto tiende a desmenuzar parte de la información, la extrae de contexto y se queda con la parte conveniente.

Un tipo de pensamiento muy común es el de maximización de fracasos y minimización de éxitos, en el cual el sujeto tiende a demeritar todos sus logros, y por el contrario, exagerar los resultados de aquellos sucesos que no le fueron favorables.

En el proceso de pensamiento denominado personalización, el sujeto reduce todos los acontecimientos a sí mismo, de modo que se asume responsable por hechos que no le competen, generando una carga excesiva de culpa.

Estos tipos de pensamiento son propios de determinadas personalidades y si bien favorecen la interpretación de sucesos como estresantes, actualmente se sabe que el pensamiento es altamente moldeable y con el tratamiento óptimo se pueden reducir en gran medida estas tendencias para aligerar la vida de las personas.

1.5. Los moduladores del estrés.

Toda persona posee recursos que utiliza a su favor para manejar y controlar el estrés. Estos medios permiten determinar y predecir el curso del estrés y los posibles

efectos sobre la salud. A estos recursos se les denomina moduladores y los hay de carácter social y personal.

Es la combinación de los moduladores sociales, como el apoyo familiar o las tendencias culturales, y de los moduladores personales como las propias creencias y las experiencias, lo que permite que cada sujeto afronte de diversas maneras el estrés (Palmero y cols.; 2002).

1.5.1.El control percibido.

El impacto que genera el estrés sobre las personas depende de múltiples elementos, como la gravedad del estímulo, la personalidad y el manejo que se pueda tener sobre éste. A esta capacidad para manejar la situación estresante se le denomina control. Entonces, la percepción de control será entendida como el conocimiento y las herramientas que el sujeto considere poseer para hacer frente a la adversidad en cuestión.

El control percibido tiene efectos cognoscitivos, motivacionales y emocionales sobre la conducta. Quienes creen tener dominio sobre el entorno y las situaciones cercanas, aunque no sea real, tienen la posibilidad de sentirse protegidos y seguros ante los efectos negativos resultantes del estrés (Palmero y cols.; 2002).

Las experiencias previas ayudan en gran medida a que una vez que se presente nuevamente una situación estresante similar, el sujeto pueda percibir que, habiéndola

superado, tiene más control sobre su contexto. Durante la guerra de Vietnam, en 1966, se realizaron pruebas a soldados estadounidenses que se enfrentaban en combate. Se buscó valorar el efecto de la percepción de control midiendo los niveles de cortisol, antes, durante y después de los combates. Los resultados arrojaron que aquellos soldados que tenían una óptima preparación en campo, presentaban menores niveles de cortisol, ya que estaban preparados con las estrategias de afrontamiento. Se sentían seguros ante la situación, aun cuando evidentemente era una situación estresante que amenazaba su vida (Palmero y cols.; 2002).

1.5.2. El apoyo social.

Las personas por naturaleza son entes sociales, que necesitan compartir y pertenecer. De igual modo, el hecho de estar rodeados por otros sujetos a la hora de experimentar una situación estresante, sin duda mejora la calidad de vida. El apoyo social se convierte en un mediador entre los sucesos vitales y una enfermedad, reduciendo el impacto del estrés (Palmero y cols.; 2002).

El apoyo social son aquellos recursos que otros aportan al individuo y las ventajas se reflejan de tres formas: primeramente eliminando o reduciendo el impacto del propio estresor; la segunda forma es ayudando al sujeto a enfrentar la situación estresora; finalmente, atenuando la experiencia de estrés si ésta se ha producido. Esto se denomina efectos de amortiguación.

El hecho de que un sujeto cuente con redes sociales que lo apoyen cuando se encuentra inmerso en alguna situación riesgosa, aporta beneficios directamente a la autoestima, al percibir que tiene mayor control sobre la problemática y a expresar adecuadamente sus afectos, lo que conlleva a mejorar su salud física y mental (Palmero y cols.; 2002).

1.5.3 El tipo de personalidad: A/B.

En apartados anteriores se hizo mención a la personalidad como un factor precipitante para reaccionar de forma negativa ante el estrés. Pues bien, existe un patrón de conducta denominado Tipo A, que se caracteriza por plantearse objetivos muy ambiciosos en la planificación de su vida, los sujetos que lo presentan son altamente competitivos, impacientes y hostiles, por lo que reaccionan con ira y resentimiento ante el menor obstáculo (Cascio y Guillén.; 2010).

A estos estilos de conducta no se les puede denominar rasgos, sino una serie de comportamientos abiertos, que constituyen un mecanismo de defensa habitual ante la presencia de exigencias personales y ambientales.

Las personalidades de Tipo A, en general son impacientes y tienen un sentido crónico de la urgencia. Se les puede identificar fácilmente, pues tienen actividad polifásica, es decir, efectúan dos o más tareas a la vez, presentan tics nerviosos y buscan enfatizar lo que dicen, intentan organizar cada vez más actividades en menos tiempo y se sienten ligeramente culpables si encuentran un momento de relajación.

No son compatibles con otras personalidades del Tipo A, pues su sentido competitivo se desarrolla más, al grado de parecer hostiles (Travers y Cooper; 1997).

1.5.3.1. Personalidad tipo A y problemas cardiacos.

A los comportamientos, propios de la personalidad Tipo A, tras varios estudios, se les encuentra estrechamente vinculados a enfermedades coronarias. Estas personas se encuentran a sufrir trastornos coronarios seis veces más que el resto de la población. El riesgo se incrementa al considerar variables como la edad, la presión sanguínea alta o el colesterol (Cascio y Guillén; 2010).

1.6 Los efectos negativos del estrés.

El estrés, al presentarse de manera sana y tolerable para las personas, posibilita que haya un adecuado funcionamiento a nivel de productividad. Pero de forma realista se puede asumir que de no controlar el estrés, éste puede provocar serios problemas, no sólo psicológicos, sino también de carácter físico.

A estos padecimientos, Ivancevich y Mattenson (1985) los denominan como enfermedades de adaptación, aunque resulte irónico que el cuerpo se enferme como búsqueda de una homeostasis psíquica.

Una de las enfermedades más comunes resultantes a un nivel elevado de estrés es la hipertensión, en la cual la sangre fluye a través de las arterias a presión elevada. Esta respuesta ante el estrés comprime las paredes arteriales, aumentando la presión.

Otra enfermedad común que se presenta como consecuencia del estrés, son las úlceras estomacales. La diabetes, que implica deficiencia de insulina y que imposibilita que el sujeto absorba el azúcar de la sangre, también es una enfermedad resultante del estrés, ya que éste incrementa el nivel de azúcar en la sangre, demandando incrementos en la secreción de insulina. Esto puede ocasionar que el páncreas termine altamente debilitado.

Las jaquecas, por otro lado, son resultado de la tensión muscular, al estar expuesto el individuo a situaciones tensas, durante un periodo más o menos prolongado. En este sentido, un dolor de cabeza se convierte en un estresor que genera más tensión muscular, lo que prolongará la duración de la jaqueca así como la intensidad del dolor.

Finalmente, el cáncer es el resultado de la mutación de células que se producen constantemente en el cuerpo, pero que deben ser destruidas por el sistema inmunológico antes de que crezcan y se multipliquen. Las respuestas ante estresores, según se ha demostrado, crean alteraciones bioquímicas en este sistema inmunológico. Estos cambios resultan en la posibilidad de que las células que mutan se conviertan en tumores malignos sin que el cuerpo las pueda repeler de forma natural.

Éstas son sólo algunas de las complicaciones que están bajo el examen de los investigadores, y que se encuentran relacionadas con el fenómeno del estrés, que se ha convertido en la enfermedad más común del siglo XXI, y que aumenta independientemente del sector social, género y edad.

Existen diversos mitos que afirman que el estrés existe sobre todo en donde converge la urbanidad y el ritmo de vida acelerado, pero independientemente de que esa afirmación fuera correcta, es imprescindible detectarlo previo a que se manifieste en otras enfermedades como las anteriormente mencionadas.

CAPÍTULO 2

TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

Los hábitos de alimentación y el mismo acto de comer son comportamientos que a todos interesan. Degustar los alimentos representa uno de los placeres más excelsos de la vida, y no únicamente es cuestión de deseo, implica una necesidad primaria, ya que todos los seres humanos requieren de la ingesta diaria de nutrientes para sobrevivir.

La comida, no obstante, es fuente de problemas personales y de salud; en el primer caso, es una mezcla de gustos, en donde intervienen experiencias y particularidades individuales que se han forjado a través de los años; en lo que concierne a la salud, en gran medida se ve afectada o beneficiada gracias a la posibilidad de adquirir una alimentación sana.

2.1 Antecedentes históricos.

La alimentación ha tenido peso desde siempre en la sociedad, como muestra representativa de su propia cultura. Desde épocas primitivas la alimentación ha representado un gran ritual (Vázquez y cols.; 2005), pues conseguir la comida no era tarea sencilla. Los hombres salían en busca de presas para cazar y las mujeres se quedaban en casa haciendo recolecciones de semillas y frutos. Esta labor era tan

ardua y demandante, que una vez que conseguían lo necesario, comían hasta que todo el alimento acababa y así tendrían que salir nuevamente a buscar.

En tiempos donde ya existía una civilización, como el la antigua Roma, los grandes banquetes en la residencia del emperador eran algo común, ya que se utilizaban para rendir culto al propio emperador, así como a invitados o gobernantes. Existen antecedentes de que en el lugar donde se llevaba a cabo la celebración, había una zona que se le denominaba *vomitorium*, a donde acudían los invitados a vomitar lo que habían comido para “vaciar” y poder seguir disfrutando del festín.

En este sentido, la demostración del poder, hasta la fecha, es a través de la comida. El emperador hacía grandes banquetes y abundaba la comida, mientras que los obreros y las familias que no pertenecían a la realeza eran menos afortunados y sus raciones alimenticias se limitaban a lo esencial.

En lo que respecta a la religión, la alimentación ha tenido un simbolismo sagrado, al menos en el cristianismo, donde el ayuno es una penitencia. Por el año de 1345, Catalina de Siena, a la edad de siete años, rechazaba la comida como signo de penitencia, se alimentaba únicamente de hierbas y pan, dando así fe de ser la anoréxica más antigua de la que se tiene conocimiento.

En 1667 apareció otra adolescente que presentaba un cuadro de inanición y posteriormente amenorrea. Esta joven despertó curiosidad entre médicos, nobles y clérigos, quienes intentaban persuadirla para que abandonara su ayuno.

Para 1873, dos médicos de un hospital de París, Gull y Lassege, hicieron descripciones completas de cuadros de anorexia. El primero de ellos afirmaba que era una cuestión de origen psicógeno y descartaba la patología orgánica.

Pero no fue hasta los años setenta del siglo XX cuando se reconoció que el conflicto radica en tres aspectos: el peso, la figura y la existencia de pensamientos alterados. En 1979, Russell describió un cuadro clínico que se caracteriza por episodios de ingesta excesiva y voraz y conductas purgativas, a lo que denominó bulimia nerviosa (Jarne y Talarn; 2000).

2.2 Definición y características clínicas de los trastornos alimentarios.

Los trastornos alimenticios se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria, lo cual puede provocar serios daños a nivel físico y mental. Los más conocidos son la anorexia y la bulimia, y aunque si bien la obesidad también se considera una alteración alimenticia, en esta indagación únicamente se abordará como un cuadro médico que ocasiona riesgos para la salud y no como un trastorno.

Aunque las perturbaciones más frecuentes sean la anorexia y la bulimia, también existen otros padecimientos como la hiperfagia o los vómitos en otras alteraciones psicológicas.

2.2.1 Anorexia nerviosa.

Hoy en día, una parte considerable de la población, muestra actitudes anormales ante la alimentación, existe una gran atención al tema del peso y la imagen corporal, lo que conlleva a que cada vez sea más frecuente que se realicen dietas sin supervisión y se ingiera cualquier cantidad de pastillas con presuntos resultados eficaces para obtener el cuerpo deseado.

La búsqueda de una imagen idónea no obedece únicamente a cuestiones estéticas, sino que intervienen factores psicológicos como la autoestima, el perfeccionismo, la aceptación y la búsqueda de identidad, entre otros.

La anorexia pues, es un padecimiento recurrente en adolescentes que intentan mantener un estándar de su imagen corporal. Quien padece esta condición, sufre un miedo excesivo a la obesidad, y por lo tanto, tiene un deseo intenso e incontrolado por bajar de peso, independientemente de que esté dentro de los límites clínicos para su salud (Jarne y Talarn; 2000).

La anorexia no es una enfermedad en la cual se suprime el apetito. Es una cuestión de rechazo: sí se tiene hambre, pero no se desea comer. En ocasiones la anorexia es confundida, como si el padecimiento radicara en la pérdida del deseo de alimentarse. Una persona anoréxica tiene la sensación de hambre, pero su lucha es contra su deseo de comer.

Este trastorno propicia que se tenga una alteración en la percepción del propio cuerpo, lo que ocasiona que el sujeto perciba su silueta distinta a como realmente es. Por ello es que su búsqueda es incesante por perder masa corporal aun cuando su apariencia real está muy por debajo de su peso adecuado.

Otro síntoma que aparece en mujeres pospuberales, es la ausencia de su periodo menstrual. La desaparición de al menos tres ciclos menstruales se considera amenorrea.

En este trastorno existe alteración en la percepción, por lo que la imagen corporal ante la percepción de estos individuos, no es real, lo que provoca que busquen bajar más de peso incluso cuando ya se encuentran por debajo del nivel normal, respecto a edad y talla.

Existen dos subtipos de anorexia, la de tipo restrictivo y la de tipo compulsivo negativo. En la primera es cuando el individuo evita el consumo de alimentos, realiza dietas, ayunos y constantemente se le encuentra buscando formas de ejercitarse. El segundo tipo es el compulsivo negativo, que es cuando el sujeto logra inhibir el hambre por un tiempo prolongado y después viene un atracón para posteriormente utilizar el vómito, purgas o diuréticos.

Las complicaciones físicas que se han observado en pacientes anoréxicas son: excesiva delgadez, piel seca, extremidades frías, uñas quebradizas, pérdida de cabello, pérdidas considerables de potasio y otros minerales, hipotensión,

vasoconstricción y daños en piezas dentales. Los órganos que se ven afectados son los del sistema digestivo; en la mayoría de los casos hay desnutrición y anemia, gastritis, estreñimiento, disfasias, náuseas y vómitos (Jarne y Talarn; 2000).

2.2.2. Bulimia nerviosa.

A diferencia del paciente anoréxico, que suele ser más metódico, el paciente bulímico presenta en general una conducta desordenada. El patrón de comportamiento es imprevisible respecto a la alimentación, al igual que en otros aspectos de su vida.

La bulimia se caracteriza por presentar atracones, es decir, grandes ingestas de alimento. Posterior a este acto la persona bulímica hace conciencia de que ganará peso con todo lo consumido, por lo que la invaden sentimientos culpabilidad, que a su vez le provocan miedo y ansiedad, esto se resuelve mediante la búsqueda de formas para vaciar su estomago. Entonces se recurre a recursos como vómitos provocados, diuréticos, laxantes, lavativas, entre otros, para conseguir su propósito.

Dichos episodios varían en su frecuencia de acuerdo con el estado de ánimo; tanto atracones como purgas son circunstanciales e irregulares.

Los pensamientos que invaden la mente de un paciente bulímico son crónicos en relación con la comida, el peso y la figura, asimismo, los inundan sentimientos de fracaso e impotencia al no poder controlarse a la hora de ingerir sus alimentos.

Si bien las complicaciones médicas son las mismas que en la anorexia, en la bulimia se suma el desgarramiento del esófago y el tracto digestivo debido a los jugos gástricos que dañan los tejidos después de tanto vomitar. Los síntomas físicos se perciben más lentos que en la anorexia, pero suelen ser más agresivos.

Una diferencia más entre la anorexia y la bulimia es la congruencia cognitivo-conductual, ya que mientras el anoréxico no quiere ganar peso y por ello deja de comer, un bulímico no quiere engordar, pero hace atracones.

2.2.3 Obesidad.

La obesidad se considera un problema que a nivel mundial está ocasionando estragos en la población. La modalidad infantil, por ejemplo, se ha convertido en tema de incesantes debates que buscan normalizar leyes para que se pueda controlar. México, según encuestas de la OMS, ocupa el primer lugar en obesidad infantil y se le atribuye al excesivo consumo de refrescos, alimento chatarra y poca disciplina por parte de los padres en lo referente a la comida, es decir, no hay alimentos sanos ni horarios establecidos.

La obesidad es definida por Jarne y Talam (2000) como la acumulación excesiva de grasa corporal, lo que afecta la estética, la salud y la capacidad de relacionarse socialmente de una forma adecuada, lo cual repercute en problemas de tipo psicológico. En este sentido, la obesidad conlleva alteraciones que se deben abordar desde un enfoque multidisciplinario.

No se puede dejar de lado que la obesidad es un trastorno, pero no es catalogada como de origen psicológico, sino médico.

2.2.4. Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas.

La hiperfagia es un término manejado por la CIE-10, la cual la define como la ingesta excesiva a modo de reacción ante acontecimientos estresantes como duelos, accidentes, intervenciones quirúrgicas y otros acontecimientos estresantes, y que da lugar a la obesidad. Lo anterior puede agravarse en pacientes que están predispuestos a ganar peso fácilmente.

Según lo dicho por Castillo y León (2005) se debe diferenciar entre diversos trastornos de acuerdo con la situación que esté viviendo el sujeto. Existen casos en los que la persona presenta obesidad y ésta desencadena la falta de confianza en las relaciones interpersonales y baja autoestima. Hay otras situaciones en las que la obesidad es el efecto secundario ante tratamientos farmacológicos.

2.2.5. Vómitos en otras alteraciones psicológicas.

Existe otra alteración conocida con el término de vómitos psicógenos o hiperémesis gravídica psicógena, que según Castillo y León (2005), son vómitos repetidos, no autoprovocados en circunstancias como embarazos, donde los factores emocionales pueden facilitar la aparición de los vómitos o de náuseas. También en

personalidades hipocondriacas aparecen estas alteraciones, es decir, en cuadros disociativos.

2.5.6 Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia.

En la niñez temprana suele consolidarse la actitud frente a los alimentos, y surgen lo que Jiménez (1997) llama problemas menores, existen pues, conductas problemáticas que aunque no suponen un riesgo de muerte, si generan una tendencia a posteriores alteraciones alimenticias en la adolescencia.

Las conductas infantiles relacionadas con el rechazo de la alimentación, son normales de esta etapa; se presentan alrededor de los 4 años y se manifiestan en el menor por medio de la demora al deglutir, el hastío por los vegetales, levantarse de la mesa repetidas ocasiones, no sentarse apropiadamente; beber demasiados líquidos antes del platillo principal, o en su defecto golosinas; distraerse constantemente con todo objeto y actividad que le sea posible, negarse a utilizar cubiertos, comer sin horarios o únicamente cuando lo demanda; también hace notar su falta de apetito.

Muchos de estos problemas durante la comida se encuentran relacionados con la falta de límites por parte de los padres. Para muchas familias, la hora de la comida se vuelve una pesadilla, pues no hay orden en la mesa y se hace más evidente la presencia de alteraciones menores.

Existen dos formas de clasificar a los problemas alimenticios, en lo referente al campo psicológico; por una parte, se encuentran los problemas basados en los síntomas del infante; por otro lado, se encuentran las posibles causas del trastorno.

Jimenez (1997) presenta algunas especificaciones, por ejemplo, los comportamientos disruptivos a la hora de la comida, esto incluye la costumbre de comer de pie o levantándose continuamente de la silla; comer sólo si al mismo tiempo se juega, o si hay un adulto que lo mire mientras consume sus porciones; si le cuentan historias mientras come, es decir mientras haya más estímulos que la propia comida; en ocasiones, se niega a utilizar los cubiertos.

Esto se origina debido a que los adultos, por miedo a que el niño llore, o a que les impida que sigan con lo que están haciendo, los lleva a permitir al infante conductas que en un principio facilitan la hora de la comida, pero que posteriormente serán fuente de conflicto.

Por otra parte, el rechazo a algún tipo de comida, si bien es normal en la infancia, incluso en la adultez, lo grave radica en si el rechazo es sólo ante algún alimento en concreto que puede ser sustituido por algo similar, o si el rechazo es ante una gama de alimentos al grado que puedan afectar la salud del infante. De esta forma Jimenez (1997) sugiere la intervención médica para descartar algún problema orgánico que afecte la ingesta de alimentos; en un dado caso, recomienda la asesoría psicológica para evitar que el rechazo a los alimentos aumente.

Otro tipo de rechazo a la comida más específico, sugiere la renuencia a ingerir alimentos sólidos o todo alimento que necesite de masticación. Este problema puede aparecer desde los 8 meses de edad, que es el momento adecuado para comenzar a dar alimentos sólidos a los bebés. En un principio, sugiere el autor mencionado, esta conducta es aceptada y hasta cierto punto fomentada por los padres, sin que parezca una amenaza, pero las consecuencias pueden reflejarse en problemas de las encías, los dientes e incluso en el proceso del habla.

Los niños tardan más tiempo que los adultos en comer, pero Jimenez (1997) sugiere que existe un tiempo que puede considerarse excesivo y esto constituye un problema cuando el infante siempre lo hace de esta manera. Pueden haber cuatro razones principales de ello: la primera se debe a la negación a pasar de la comida triturada a la comida sólida; la segunda es el rechazo de los alimentos que los padres quieren que coma; la tercera es la negación al platillo específico que se ha preparado; finalmente, se puede atribuir a que existen demasiados estímulos distractores que favorecen la falta de atención al acto de comer.

Los vómitos, en el caso de niños, también representan un problema que puede aparecer, aunque con menor frecuencia. Pueden ser el resultado de un fuerte rechazo a la comida, o suelen ser síntoma de problemas escolares, ya que los menores podrían utilizar estos vómitos para negarse a asistir a sus clases, donde pueden estar siendo víctimas de algún tipo de abuso, ya sea físico o psicológico. En un inicio puede ser que el vómito sea producto de la propia ansiedad del niño, pero al obtener ganancias

secundarias como la atención, el pequeño aprende a conseguir lo que desea o a escapar de situaciones desagradables.

Existen otras variaciones de conductas inadecuadas respecto a la comida. El trastorno de pica, explican Castillo y León (2005), es cuando el sujeto ingiere sustancias no nutritivas, como tierra o trozos de pared con pintura. Si bien es normal en niños pequeños que se encuentran en su etapa oral, deja de serlo cuando aparece por encima de los 18 meses, y en este caso puede ser síntoma de autismo o retraso mental.

La rumiación aparece entre los tres y los doce meses, y consiste en la regurgitación repetida de la comida ya ingerida; cuando es grave, se acompaña de pérdida de peso o incapacidad para ganarlo. También aparece en niños con retraso mental o trastornos del desarrollo.

La potomanía, descrita por Castillo y León (2005) hace referencia a la ingesta excesiva de líquidos. En este último caso, al igual que en los anteriores, es aconsejable acudir con especialistas, para descartar problemas orgánicos, esto evitará crear problemas adicionales. En ocasiones se desencadena una fuerte ansiedad en los padres, adoptando comportamientos que interfieren en la alimentación óptima, pues la percepción de los padres de la cantidad de comida que sus hijos deberían ingerir, esta distorsionada e influenciada por factores poco convencionales (Jimenez; 1997).

2.3 Esfera oroalimenticia en el infante.

La forma en la que se recibe el alimento, naturalmente, es por la boca, es decir, debe existir un complejo proceso de oralidad, que incluye desde el orificio bucal, labios, mucosas intrabucales y lengua, hasta la intervención de la zona cortical y periférica del cerebro, a eso se le denomina esfera oroalimenticia.

En este sentido, la oralidad juega un papel preponderante en la vida de cualquier ser, ya que aparece como un reflejo desde su nacimiento. La presencia de la madre es fundamental para el desarrollo del recién nacido, ya que en teoría, es ella quien le provee del alimento, convirtiéndose así en el primer contacto objetal con el mundo real.

La disposición de la madre para alimentar al bebé será crucial en la vida del infante, pues la forma en que se relacione, demuestre afectos, su adaptación a nuevas circunstancias, la capacidad de aprendizaje e incluso la forma de asimilar los duelos, estarán estrechamente ligadas al acto de amamantar.

2.3.1. Organización oroalimenticia.

“El automatismo oroalimenticio de succión y deglución aparece muy tempranamente. Los movimientos de succión labial, provocados al tocar con los dedos existen ya desde el nacimiento” (Ajuriaguerra;1973:178).

En este sentido, el reflejo oroalimenticio se presenta primitivamente y con cierta orientación a una fuente de excitación. Esta reacción oral aparece aunada a las primeras formas de relación con el mundo exterior por medio de la madre, y aunque ella no es distinguida por el infante como un ser amado, es percibida y necesitada como fuente de satisfacción de necesidades; la madre es el alimento.

Según Ajuriaguerra (1973), dar alimento a un lactante no sólo implica el acto de satisfacer sus necesidades nutrimentales. No es únicamente el acto de nutrición y proveer el alimento, es la entrega de la madre hacia su hijo, es la actitud en la que se muestra y de esta forma, su cariño y atención satisfacen necesidades emocionales de la criatura.

El mismo autor asegura que existe un gran interés respecto al tipo de alimentación infantil en su posterior organización con la psique, pues se acepta que la succión tiene un papel en las primeras emociones y es el ángulo de sus primeras fantasías.

De esta forma, hace una distinción entre hambre y apetito: la primera es un estado somático provocado por la privación del alimento y desaparece cuando se ingiere algo de comer; mientras tanto, el apetito es un estado consciente caracterizado por el deseo de comer, estrictamente condicionado por experiencias previas y provocadas por la intención de ingerir un alimento en concreto.

2.3.2 Alteraciones oroalimenticias.

Existe una clasificación de tres tipos de alteraciones de acuerdo con la edad en la que aparecen (Ajuriaguerra; 1973): anorexia del recién nacido, anorexia de la segunda infancia y anorexia mental esencial de las adolescentes, descritas a continuación.

La anorexia del recién nacido es poco común y surge cuando existe pasividad ante la comida. Se presenta en bebés de poco peso, nerviosos y muy despiertos. Según el comportamiento durante el primer semestre de vida, se distingue en dos tipos:

- Inerte: el niño no tiene la iniciativa, no coopera, no ingiere, y cuando lo hace se le escapa la comida por la comisura de los labios o la vomita.
- De oposición: reacciona ante la comida con chillidos, agitación, intensa rotación tónica; la rechaza intensamente y vomita.

Lo anterior manifiesta la personalidad en oposición al adulto y en ocasiones denota factores que provocan poca armonía entre la relación hijo-madre.

Para el segundo semestre se pueden distinguir dos tipos de anorexia:

- Simple: semejante a la reacción del destete o cambio de alimentación; como consecuencia del empeño por la madre a imponerse, el niño reacciona oponiéndose.
- Compleja: el niño manifiesta interés nulo por la comida y los síntomas son más intensos.

La anorexia de la segunda infancia puede suceder a la de la primera infancia u originarse en niños que durante su primer año de vida se alimentan con normalidad y se da un rechazo posterior. El hecho de rehusarse a comer puede ser ocasionado por la rigidez de los padres, o en específico de la madre, por ritualizaciones de la comida, por el ambiente familiar o por ser una forma caprichosa de elegir la propia comida.

En lo que respecta a la anorexia mental esencial de los adolescentes, suele producirse hacia la pubertad, en jóvenes que se desenvuelven en un medio dominante y de altas exigencias. Las restricciones alimenticias comienzan a raíz de un fuerte impacto emocional o de problemas de orden psicológico. Los jóvenes reducen su comida por varias causas, en un principio en a nivel consciente y por propia voluntad, evitando lo que no les gusta o atendiendo a la cantidad, pueden hacerlo por quejas digestivas o como régimen para adelgazar.

La anoréxica mental minimiza la importancia de su condición y expresa no sentir hambre; presenta síntomas de irritabilidad, incomodidad, se encuentra a la defensiva y ensimismada, sosteniendo relaciones sociales conflictivas y eróticas.

En un principio reconoce su privación a la comida y después se encontrará negada a los hechos, pues su pensamiento y por tanto su percepción, se verán afectados, para dar pie a una auténtica anorexia.

Para todo lo anterior, es importante considerar que en un inicio las conductas responden a un intento de establecer su personalidad, ante la rigidez, y en su mayoría obedecen a conflictos con la madre (Ajuriaguerra; 1973).

2.4 Perfil de la persona con trastornos de alimentación.

Es difícil describir el perfil de una persona que padece o que se encuentra en riesgo de presentar un trastorno de alimentación, asegura Costin (2003), pues existe evidencia de que los cambios de personalidad y comportamiento, son altamente modificables de acuerdo con la situación. Así en lo referente a la inanición, pues ésta provoca cambios en el estado de ánimo, que no son genuinos, y una vez que se recupera del trastorno alimenticio, la personalidad también cambia.

Resulta complejo caracterizar la personalidad de una persona con trastorno de alimentación, ya que los síntomas pueden ser precisamente modificaciones en la conducta y no es posible separarlos rasgos característicos del sujeto, ya que pueden aparecer cuando el trastorno ya está instalado, sin embargo, existen características registradas como comunes en jóvenes con algún tipo de desorden alimenticio, las cuales a continuación se describen.

En primer lugar, existe un problema en la persona con su capacidad para ser autónoma, esto es, que sus expectativas están puestas fuera de sí: en lo que otras personas esperan de ellas. Se esfuerzan por complacer los ideales de sus padres y les preocupa lo que su imagen pueda decir, así pues, convierten su cuerpo en un símbolo para controlar y expresar.

Es evidente un déficit en la autoestima, la persona no se valora por sus cualidades interiores y percibe su imagen cada vez más alejada de lo que le gustaría.

Quien padece un desorden alimenticio presenta una fuerte tendencia al perfeccionismo. Vive con la sensación de que sus esfuerzos no son lo suficientemente buenos y los intentos en hacer algo radican en la capacidad que sienta desde un inicio para poder realizarlo, lo cual se desplazará a la búsqueda del cuerpo, figura e imagen ideal. La prevalencia del trastorno en gran medida se afianza por la tendencia a controlar todo a su alrededor, y por la sensación de poder ante la manipulación de su persona y cuerpo.

En general, el periodo en el que se desarrollan los problemas alimenticios, es entre la pubertad y la adolescencia; pueden iniciar en esta etapa ante el inminente miedo a madurar, lo que conlleva cambios de carácter físico, psicológico y social.

2.5 Causas del trastorno alimenticio.

Existen rasgos de personalidad que suponen cierta tendencia a caer más fácilmente en un trastorno de alimentación, pero dichos rasgos por sí mismos no causan o producen el padecimiento. Es la combinación de múltiples factores lo que dará lugar a ello.

Básicamente se consideran tres tipos de factores, según lo describe Costin (2003): predisponentes, precipitantes y perpetuantes. Los primeros atienden a que ya existen elementos socioculturales o familiares que influyen directamente en el sujeto para que se presente una alteración alimenticia; predisponer significa preparar algo con anticipación. Dentro de estos factores se pueden encontrar los rasgos de personalidad, así como las experiencias previas.

Precipitar significa desempeñar, provocar la aceleración de los hechos. Se denomina factor precipitante a cualquier elemento estresante que aparezca y que de motivo a tomar la decisión, en este caso, de comenzar con dietas o ejercicios.

Finalmente, perpetuar significa perdurar o extender. En este sentido, se deduce que un factor perpetuante es toda aquella acción que mantiene los problemas de alimentación, el régimen de ejercicio, las dietas, las mentiras, los efectos fisiológicos e incluso los daños psicológicos.

En el siguiente apartado se dará principal énfasis a los factores predisponentes.

2.5.1 Factores predisponentes individuales.

La selección de la comida se produce dentro de una red de significados. Los alimentos representan aspectos de identidad del sujeto en términos de género, sexualidad, conflictos y autocontrol. Comunican amor y poder; implican experiencias previas, creencias culturales y actitudes frente a la misma comida.

Los aprendizajes en relación con el alimento comienzan desde muy temprana edad al distinguir entre lo que es o no, comida. De igual forma se identifican las comidas paralelas: lo que se califica como alimentos fríos o calientes, y no necesariamente tiene que ver con la temperatura, sino con el valor simbólico que se le atribuye, el cual varía culturalmente.

Las creencias religiosas juegan un papel importante, pues para algunas culturas la carne de determinados animales no debe comerse pues se consideran sagrados, o consideran profano el sacrificio animal y optan por el vegetarianismo.

En el catolicismo existe un periodo anual, donde se promueve el ayuno y el cese a la alimentación por medio de carne roja. Esto constituye una tradición muy arraigada en México. Durante estas fechas existe una semana denominada “Santa”, donde también se invita a los feligreses católicos a convivir en familia, lo que se resuelve a, indiscutiblemente, organizar comidas familiares, donde abunda el alimento y se torna el centro de atención.

Estas fechas no son las únicas en que estas comilonas se vuelven elementales, al menos en este país. La Navidad, Año Nuevo, cualquier acontecimiento digno de festejo, incluso los domingos familiares constituyen una ocasión para incluir y compartir comida.

La comida en los ejemplos anteriores es el medio por el cual las relaciones sociales se hacen presentes, y puede simbolizar estatus, como en los grandes banquetes ofrecidos por el anfitrión, o por los patrones, como aún se acostumbra en lugares donde existe una jerarquía. La comida de índole social también puede ser representativa, como los platillos típicos oriundos de cada estado, pueblo o incluso alguna receta familiar.

Ancestralmente a la comida se le otorgaba un poder curativo, y si bien con el paso de las generaciones estas creencias han disminuido, aún quedan vestigios de presuntos remedios capaces (según la creencia popular) de resolver, desde un resfriado, mediante el caldo de pollo, hasta disminuir síntomas de enfermedades crónicas y degenerativas como la diabetes, por medio de la ingesta de té.

La comida, y todo lo que se le relaciona con ella, se ha destacado siempre como un acto comunicativo, así pues, es posible que alguien pueda facilitar información sobre su propia identidad, pues es una manifestación de necesidades internas, gustos y proyección social. La comida se encuentra vinculada estrechamente al género, cocinar se considera una actividad femenina.

En la sociedad actual, la sexualidad es la principal promotora en anuncios publicitarios, por ello no es difícil observar que se ofertan productos alimenticios como vía para la satisfacción sexual.

Una de las explicaciones más férreas a esa situación es el manifiesto de que el sexo y la alimentación constituyen un impulso básico de supervivencia, donde se perpetua la vida; pueden ser placenteros y ambos implican vulnerabilidad al violar los límites corporales normales. Aunque ésa es una teoría, quien constituye realmente los significados es la propia sociedad.

El autocontrol funge como factor que plasma el interés por la conducta del comer, la comida se convierte en el vehículo para ejercer la capacidad de controlarse a sí misma.

Al principio de este apartado se menciona que la comida comunica amor. El periodo de lactancia constituye el primer y más fuerte lazo afectivo; posteriormente los dulces se utilizan para apaciguar a los niños y mantener la calma familiar. La comida se vuelve de a poco el medio en el que se demuestra amor y preocupación. Los novios regalan chocolates y consienten con postres, las madres procuran a sus familias con una alimentación sana, estos ejemplos destacan entre miles más.

Respecto a lo saludable, en ocasiones se encuentra en oposición al placer, pues no siempre lo más sano se considera lo más delicioso. Es frecuente encontrar a

madres preocupadas por cocinar sano, pero al mismo tiempo proporcionar alimentos que agraden a la familia. Todo ello conforma un concepto único para cada individuo, de ahí que el gusto sea tan distinto y característico de cada persona, incluso al formar parte de la misma cuna.

La familia es una red que aporta a lo largo de la vida los conceptos sobre la comida, lo que es fácil o complejo de ingerir, los rituales y tradiciones, el conocimiento nutricional, la cantidad y otras conductas respecto a los alimentos, que serán determinantes en la posibilidad de padecer un trastorno de alimentación.

2.5.2. Factores predisponentes familiares.

Es posible que el entorno familiar provea el contexto para desarrollar alguno de los trastornos de la alimentación, si bien cabe destacar que, por sí solo, el ambiente familiar no puede originar dicho resultado, sino la combinación de múltiples factores.

Es importante señalar también, que dentro del núcleo familiar, todos los integrantes de la familia se encuentran involucrados, ya sea por la manera en que influyen en situaciones conflictivas de las que se hacen partícipes o por el modo en que responden a la sintomatología del paciente (Rausch; 1996).

Existen ciertas similitudes en cuanto a características familiares, en las cuales hay un miembro con padecimientos de anorexia o bulimia, y aunque no se puede generalizar, la tendencia sirve para enmarcar un perfil familiar vulnerable.

Los problemas de la conducta alimentaria se encuentran estrechamente vinculados a la presión social, en ese sentido, la presión que ejerce la familia es muy fuerte y definitiva. Quienes padecen un trastorno de alimentación, generalmente provienen de familias donde existe poca apertura a la comunicación; si cada miembro de la familia expresa lo que piensa y siente, pueden surgir conflictos y tensión para padres controladores, por ello, la relación emocional con los miembros de la familia se encuentra mermada y es hostil.

En algunos casos se crean ciertas alianzas que se consolidan durante la etapa de enfermedad. Las pacientes anoréxicas suelen percibir a sus madres más empáticas que al progenitor; mientras que las pacientes bulímicas perciben a sus madres como dominantes, controladoras y exigentes ante su desempeño, así lo menciona Rausch (1996), quien además asegura que dentro de las familias en las cuales se presenta algún desorden alimenticio, los padres insisten en la obtención de resultados, se encuentran fijos en el rendimiento, las tradiciones y los conceptos de feminidad. El aspecto físico es relevante, así como los temas referentes a la comida, la imagen, el control y el éxito.

La sobreprotección por parte de los padres constituye otro factor inclusivo en los trastornos alimenticios. Un padre (o madre) sobreprotector, envía el doble mensaje a sus hijos de que no son capaces de realizar determinadas actividades por sí mismos, de esta forma, la posibilidad de controlar su propia ingesta y su peso corporal se

convierte en una forma inconsciente de demostrar autosuficiencia y marcar restricciones.

Los límites no únicamente son determinados por los pacientes ante padres autoritarios, sino que deben ser reglas impuestas por los padres para mantener cierto respeto y armonía familiar. “Las reglas organizan valores, las conductas y las formas de como se expresan las personas, al tiempo que proveen a los miembros de la familia una sensación de pertenencia y una modalidad previsible para organizar la vida cotidiana” (Rausch;1996:53).

En la mayoría de las familias donde no existe coherencia entre las reglas y los límites, prevalece la posibilidad de adentrarse en el mundo de los trastornos de alimentación; lo mismo ocurre con las fronteras familiares, que son las reglas que determinan que miembro de la familia interviene en cada situación y de qué manera. Si las fronteras son difusas, se produce intrusión física y mental.

Una disfunción familiar que contribuye a que se presente un trastorno alimenticio, es precisamente la falta de respeto por las jerarquías. Usualmente los hijos se sienten presionados al tener que asumir roles que no les corresponden atendiendo a mayores responsabilidades o a exigencias externas.

Un ambiente hostil también favorece que aparezcan problemas alimenticios, pues esto recaerá en la imposibilidad de expresarse adecuadamente al inhibirse la agresividad, lo que a su vez provocará que se utilice la comida como medio de

expresión. Una familia que es incapaz de demostrar sus afectos es más vulnerable a otras patologías como la depresión o la ansiedad.

Así pues, la familia con sus métodos de enseñanza y exigencias, posibilita la incidencia en un trastorno alimenticio; en contraparte, será la misma familia quien con su apoyo y compromiso constituirá el principal apoyo para el sujeto enfermo, para que de esta forma logre superar su padecimiento y regrese a vivir con normalidad.

2.5.3 Factores socioculturales.

La comida, como lo menciona Ogden (2005), constituye un foro para muchos conflictos interpersonales, como la conducta alimentaria y la negación para ello. Para las mujeres existe una fuerte presión social, donde se da un doble mensaje: es ella quien debe estar atenta a la planeación de la comida, pero debe negarse al placer de degustarla, para así mantener una silueta delgada y acorde al estereotipo social estipulado.

El placer que se menciona anteriormente generalmente se encuentra contenido ante la culpabilidad. Existe un bombardeo de frases comerciales que de una forma subliminal, determinan que las comidas dulces y placenteras son “malas pero ricas”. Un alimento dañino es algo prohibido, por tanto, causará más placer, y en esta sociedad donde la doble moral es un lastre, los sentimientos de culpa, vergüenza y pérdida de autocontrol serán inminentes. En algunos casos tan incisivos que obligan

a la persona a realizar ciertas acciones para expiar la culpa. El sacrificio por parte de una mujer al negarse a comer algo placentero es halagado por la sociedad.

La presión que una mujer tiene sobre su aspecto físico y la imagen que logra demostrar, aparece desde los primeros años de vida, con las expectativas que ejercen principalmente sus padres. A partir de ello, la mujer desarrolla un concepto de delgadez y la imperiosa necesidad de ejercer control sobre sí misma para ser perfeccionista.

Este modelo de perfección es fomentado social y mediáticamente, dado que se premia la delgadez y le atribuyen más méritos que al intelecto. La belleza y la delgadez se han vislumbrado recientemente como sinónimo de éxito, mientras que para una mujer obesa, el futuro tanto laboral como familiar se le vislumbra con más fracasos.

La mujer ha vivido rodeada siempre de fuertes presiones, y con el paso de los años éstas aumentan. Hoy en día los roles se han diversificado y sin duda las capacidades de la mujer se ponen a prueba cada vez más minuciosamente. En este cambio de roles ha surgido el concepto de “mujer moderna”, al cual se atribuyen ciertas características.

En teoría una “mujer moderna” debe ser práctica, mantener un cuerpo moldeado, desarrollar una carrera profesional intachable, tener matrimonio armónico, ser la perfecta madre, sin perder la sensualidad y la feminidad (Ogden; 2005).

Estos parámetros son inculcados desde el seno familiar, logrando así que desde niñas, las mujeres mantengan complejos sobre su apariencia y busquen sobresalir por medio de su aspecto físico, demeritando otras capacidades.

2.6. Percepción del cuerpo en el trastorno alimenticio.

Durante el proceso más agudo del trastorno de alimentación, se tiene una percepción distorsionada del propio cuerpo. Pero incluso antes de que se pueda denominar como perturbación, existe cierto descontento con el físico, a esto se le denomina insatisfacción corporal.

Esta condición, según lo describe Ogden (2005), adopta muchas formas y se logra visualizar desde tres perspectivas diferentes: como imagen corporal deformada, como discrepancia del ideal y como respuestas negativas al cuerpo.

En lo referente a la imagen corporal deformada, es cuando la percepción del cuerpo, regularmente, es más voluminosa de lo que es en realidad. Las anoréxicas suelen sobrestimar consistentemente su tamaño corporal, así lo demostraron Slande y Russell en 1973 (referidos por Ogden; 2005), al experimentar con este tipo de pacientes.

La insatisfacción corporal como discrepancia del ideal, manifiesta un descontento con su figura corporal real y el ideal de imagen corporal que vive en sus pensamientos. Se demostró con investigaciones en 1992, que la mayoría de las mujeres les gustaría ser más delgadas de lo que son.

Las respuestas negativas al cuerpo, hacen referencia a todos aquellos aspectos físicos que el sujeto se niega a reconocer.

Existen factores de tipo social que influyen en la insatisfacción corporal. Uno de ellos es la presión de los medios de comunicación. La insatisfacción corporal en la mayoría de las ocasiones es la respuesta a las representaciones de mujeres delgadas, expuestas en televisión, revistas o cine, ya que se intenta representar un mundo real, pero donde prevalece la delgadez.

La cultura, por su parte, ejerce influencia dependiendo del carácter étnico; investigaciones diversas han revelado que la cultura occidental se encuentra más vulnerable a padecer trastornos de alimentación, de igual forma, se afirma que es más frecuente diagnosticar estos padecimientos en la clase social media alta.

La familia es otro factor que influye en la satisfacción corporal, principalmente porque las madres insatisfechas con su imagen comunican esa sensación a sus hijas, aunado a los factores predisponentes mencionados en el apartado anterior.

La insatisfacción corporal también es el resultado de la combinación de factores psicológicos, como las creencias, en las cuales aparecen temas como la competitividad, el valor del logro, el éxito material, el cumplimiento de expectativas a los padres y los estereotipos de belleza, feminidad y en sí, el papel de la mujer en la sociedad contemporánea. La relación entre madre e hija pueden anunciar una posible

patología, esto se origina cuando existe una relación complicada y no existe autonomía entre ambas partes al llegar a la adolescencia.

La insatisfacción corporal puede traer consigo consecuencias; en las mujeres principalmente, se reflejan en el sometimiento a dietas y regímenes alimenticios tortuosos o insalubres. Las mujeres insatisfechas con su imagen corporal, llevarán a cabo acciones que mejoren la visión sobre sí mismas como el ejercicio, cuyo elemento motivador se encuentra ajeno a la salud, pero está vinculado al deseo de mejorar el tono muscular y perder peso. Una decisión más drástica para mejorar la apariencia física es recurrir a la cirugía estética.

La presión que se ejerce en los hombres sin duda es mucho menor que en el caso de las mujeres, y ellos también realizan lo mismo, dietas, ejercicios incluso cirugías, pero estadísticamente, la prevalencia en hombres de insatisfacción corporal es mucho menor que en las mujeres.

2.7. Factores que mantienen los trastornos alimenticios.

A las complicaciones de orden psicológico y fisiológico, tras haberse desarrollado un trastorno alimenticio, Costin (2003) las denomina factores perpetuantes, es decir, son aquellos factores que hacen que el problema se mantenga.

“La dieta es el factor perpetuante por excelencia” (Costin;2003: 90), pues el cuerpo que está subalimentado, causa el malestar anímico y emocional, así como la

falta de fuerzas en la persona, por ello se ve afectado el organismo y el estado de ánimo.

Una investigación en Minnesota en los años 40, ha servido para evidenciar algunos de los malestares anímicos y físicos que surgen durante el trastorno, como consecuencia de una dieta y un ayuno restrictivo.

En lo que respecta al estado de ánimo, algunos lo describieron como un “bajón” del mismo, donde existe desesperación sobre el futuro, sensaciones de descontrol y depresión, inseguridad, comportamientos autodestructivos, irritabilidad y asco frente a los hábitos alimenticios de otras personas.

Los pensamientos son fatalistas y obsesivos, hay dificultad para concentrarse, para comprender y el estado de alerta se encuentra disminuido.

En lo que concierne a las transformaciones físicas que se destacan en un periodo de semiinanición son: cefaleas, hipersensibilidad a la luz y ruidos, molestias gastrointestinales (como acidez, constipación, diarrea), calambres, pérdida de cabello, disminución de la tolerancia al frío, cambios cardiacos, interrupción de la menstruación, debilidad muscular, deshidratación, entre otros. En general, la actividad física se observa disminuida.

Costin (2003) asegura que el origen de todo trastorno de alimentación es una dieta restrictiva, que ocasiona alteraciones traducidas en síntomas orgánicos y

emocionales, lo cual complica la identificación de sintomatología por inanición o rasgos de personalidad. Además, deja claro que la privación alimenticia es formadora de hábitos, de tal modo que la comida y lo referente a ella se vuelve una obsesión que enferma, de manera que se concluye que lo adictivo en un paciente es la dieta y no la comida en sí.

2.8. Trastornos mentales asociados a los trastornos de alimentación.

Existen evidencias en algunas investigaciones que los trastornos alimenticios aparecen aunados a otro tipo de padecimientos. Esto, sugieren Kirschman y Salgueiro (2002), puede estar relacionado con algunos neurotransmisores como es el caso de la serotonina, que se vincula con la ansiedad, la irritabilidad, la violencia y variaciones de orden anímico.

De esta forma, dichas autoras emplean el término de comorbilidad para describir la aparición de uno o más trastornos simultáneamente. Dicho así, destacan que los pacientes con trastornos de alimentación, por lo general además padecen ansiedad, estrés o depresión.

2.8.1. Trastornos alimenticios y depresión.

El intento por descubrir alguna relación entre la anorexia y otros padecimientos data de los años 40, con el caso de Ellen West, quien fuera diagnosticada por Bleuler como esquizofrénica y por Krapelin como melancólica, se infiere entonces que Ellen

sufría anorexia crónica con episodios bulímicos y depresión, lo cual terminó en suicidio (Kirzman,2003).

Los trastornos alimentarios se ubican en un terreno invalorable para el estudio del diagnóstico de la depresión, puesto que van acompañados de cambios físicos y psicológicos, como productos del ayuno excesivo, que se asemejan a la depresión.

Existen síntomas similares entre ambos padecimientos, como baja de peso, debido a la inanición, aunque por razones diferentes. En la depresión existe pérdida del apetito, mientras que en la anorexia no hay deseo de comer. En ambos trastornos existe un ánimo disfórico y autorreproche, tendencias obsesivas, aislamiento en relaciones interpersonales, pensamientos negativistas e inseguridades a enfrentar los problemas. Una diferencia entre estos padecimientos es que en pacientes anoréxicas, los deseos de muerte e ideación suicida no aparecen como lo es en el caso de los pacientes depresivos (Kirszman y Salgueiro; 2002). Otra diferencia evidente entre los síntomas que pueden llegar a confundirse para el diagnóstico de un paciente con trastorno de alimentación y depresión es la acción: un anoréxico tiene un propósito y lo efectúa, está rodeado de significados referentes a la comida, mientras que un depresivo carece de todo propósito.

Algunos especialistas como Crisp, en 1980 (referido por Kirszman y Salgueiro; 2002), considera la depresión como un fenómeno resultante a los trastornos de alimentación, debido a la baja autoestima y a la precaria autoconciencia.

En 1997, Keel y Mitchel (retomados por Kirschman y Salgueiro; 2002), realizaron una investigación donde concluyeron que el 38% de las pacientes con bulimia nerviosa, después de dos años de seguimiento , presentan riesgo de padecer depresión.

Por otra parte, en 1992, Shwalberger (citado por Kirschman y Salgueiro; 2002) encontró en una investigación que el 40% de los pacientes con bulimia nerviosa, el 23.7 de obesos cumplían criterios para la depresión mayor.

2.8.2. Trastornos alimenticios y ansiedad.

La comorbilidad entre los trastornos alimenticios y la ansiedad aparece ligada en numerosas investigaciones. En 1992, Shwalberger (referido por Kirschman y Salgueiro; 2002) concluyó tras un experimento, que el 75% de los pacientes con bulimia nerviosa y el 63% de quienes padecían trastorno por atracón, presentaban diagnósticos de trastorno de ansiedad.

Esto se debe, según Kirschman y Salgueiro(2002), a que el adulto joven y el adolescente vinculan la ansiedad social con altos índices de insatisfacción corporal; asimismo, muestran preocupación excesiva por los atributos del físico y el peso corporal.

Otra investigación hecha por Bullik en 1997, manifiesta que el 90%de pacientes con trastornos de alimentación le precede un trastorno de ansiedad u obsesivo

compulsivo. Esto se encuentra ligado, ya que en ocasiones el vómito y los atracones sirven como descarga de ansiedad. Esta condición y la agitación emocional también alteran el autocontrol que puede mantener intactos los límites de la dieta y desinhibe el apetito. Por lo tanto, los anoréxicos y bulímicos comen más cuando están ansiosos, así, el trastorno se prolonga y se genera un círculo vicioso.

El ejercicio excesivo, de igual forma, se ve influenciado por la ansiedad: entre más ansiedad exista por parte del paciente, más será su necesidad de realizar actos que lo mantengan en acción con la intención de perder peso.

2.9. Tratamiento de los trastornos alimenticios.

La anorexia y demás trastornos de alimentación ofrecen diversos obstáculos al tratamiento, por ello, las técnicas de tratamiento son diversas y dependen en gran medida del tipo de paciente y de la gravedad de su padecimiento.

Por una parte, se ofrece el psicoanálisis tradicional, para desenmarañar los afectos y las causas que originan el padecimiento, sin embargo tiene la desventaja de ser lento. Se propone también trabajar desde un enfoque neopsicodinámico donde se

otorgue al paciente un sentido de sí mismo, de identidad y de funcionamiento autónomo.

Se sugiere una terapia conductual, la cual aporta grandes beneficios, se basa en el control del comportamiento observable a través de estímulos que le preceden o le suceden. Se pueden plantear técnicas dirigidas a la recuperación y mantenimiento de peso, con sus respectivos refuerzos y entrenamiento en habilidades sociales con el fin de reducir ansiedad y depresión.

Por otra parte se encuentra la terapia cognitivo conductual, que busca relacionar pensamiento, emoción y acción, dirigidos a la recuperación del padecimiento. Consistirá en lograr que el paciente examine la validez de sus creencias y las cuestione sistemáticamente con la finalidad de modificarlas y después automatizarlas.

El modelo sistémico-familiar, también ofrece ventajas pues se intenta modificar la estructura familiar disfuncional, sin recurrir a explicaciones. Esta terapia no tiene por objeto el insight (revelación) ni la catarsis, son planes de acción para reemplazar patrones interactivos disfuncionales.

La terapia de grupos puede funcionar en tanto se seleccione bien a los pacientes, pues si no, se convertirá en una lucha de los sujetos por demostrarse con menor peso, o mayores logros para obtener sus metas.

El uso de fármacos no resulta del todo favorable, pues se recomiendan sobre todo ansiolíticos o antidepresivos que en la mayoría de las ocasiones, traen consigo más efectos secundarios negativos que beneficios.

Se debe tener especial cuidado, porque los pacientes por lo general son manipuladores, tienen baja autoestima y no atienden del todo a la autoridad, por lo que el proceso de recuperación no es sencillo y en ocasiones regresivo. Los tratamientos antes mencionados se pueden efectuar dentro de un internado especializado o de forma ambulatoria.

En el tratamiento ambulatorio es de suma importancia contar con una red familiar sólida, ya que será ella quien brinde los principales recursos terapéuticos (Rausch; 1997). Para que el tratamiento ambulatorio sea óptimo, debe considerarse la disposición de la familia, así como que las condiciones sistémicas sean las más adecuadas, que la evolución sea progresiva y constante y que exista un equipo externo que se encargue de las evaluaciones.

Es imprescindible que un especialista valore el caso, establezca diagnóstico, estado de gravedad, y se indique a los familiares la dieta y el programa de actividades que se llevarán a cabo durante los próximos días. Se deberán integrar aspectos clínicos y psicológicos. De los resultados de esta valoración inicial se tomará la decisión más conveniente para el tratamiento, ya sea bajo internado o ambulatorio.

Para que éste último sea funcional, debe existir un ambiente de confianza entre el terapeuta y la familia, un clima empático, solidario y de esperanza. El terapeuta debe realizar un contrato de tratamiento además de con el paciente, con los miembros de la familia, que incluya condiciones, tareas y roles específicos, que serán valorados constantemente. Se evaluarán tanto aquellas tareas que resultaron positivas, como aquellas que no lo fueron, para permitir las opiniones y sugerencias de nuevas alternativas y hacer partícipe a toda la familia, así como establecer diálogos de confianza que permitan hablar de posibles recaídas y de cómo actuar ante ellas. (Rausch; 1997)

Una vez que el avance en las mejorías es significativo, se pueden retomar sesiones individuales para que cada quien exprese libremente la forma en que le ha afectado la enfermedad del paciente.

En lo que respecta a la internación, los métodos de tratamiento son variables dependiendo de cada institución, en general se realizan los siguientes pasos: en primer lugar el diagnóstico, junto con el pronóstico y transmitir el informe a los padres, junto con las actividades que serían utilizadas para la mejoría de los pacientes.

Los internados suelen tener personal capacitado como enfermeras, nutriólogos, psiquiatras y todo el equipo necesario para atender casos de esta índole.

La visita e integración de los padres o familiares dependen de las premisas de cada internado y se condicionan a las mejorías de cada paciente. Usualmente se

recurre a este tipo de tratamiento cuando el trastorno alimenticio es crónico, si existen demasiadas complicaciones físicas y se necesita el monitoreo por parte de los médicos.

Una vez expuestos los pormenores sobre el tratamiento de los trastornos alimenticios, se da por concluido el capítulo referido a dicho fenómeno y, por ende, el marco teórico. En el resto de este documento se examina la metodología empleada en la recolección de datos, así como los resultados obtenidos.

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Posterior a la presentación de la información teórica, donde se han presentado las principales variables de la investigación, se procede a exponer la investigación de campo, con todo lo que conlleva, es decir, la metodología, descripción poblacional, así como el análisis de los resultados encontrados.

3.1 Descripción metodológica.

A continuación se presentan los pormenores que forman parte de la metodología de este estudio. Se incluye el enfoque, tipo de investigación, diseño, el alcance del estudio y las técnicas empleadas para la óptima recolección de datos.

3.1.1. Enfoque cuantitativo.

A lo largo de la historia ha surgido un interés por comprobar teorías respecto a diversos fenómenos, para ello ha surgido la implementación de dos tipos de enfoque: cuantitativo y cualitativo. Ambos, afirman Hernández y cols. (2010), son procesos cuidadosos, metódicos y empíricos que buscan generar conocimiento. Utilizan cinco fases similares:

1. Llevan a cabo la observación y evaluación de determinados fenómenos.

2. Establecen suposiciones consecuentes a la observación.
3. Demuestran el fundamento de esas suposiciones.
4. Revisan tales ideas de acuerdo con las pruebas.
5. Proponen nuevas observaciones.

En lo que respecta a esta investigación, el análisis requerido es de tipo cuantitativo, por ello es preciso esclarecer la principal diferencia entre ambos enfoques. El cuantitativo “usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías” (Hernández y cols.; 2010:4).

El proceso de investigación cuantitativo debe ser metódico y evitar eludir pasos para que los resultados sean óptimos, dichas tareas son:

- a) Plantear un problema, delimitado y concreto.
- b) Construir un marco teórico, del cual se derivan hipótesis.
- c) Generar hipótesis antes de recolectar datos.
- d) Recolectar y medir los datos.
- e) Analizar los datos mediante procesos estadísticos pertinentes.
- f) Interpretar los resultados, es decir explicar cómo los resultados encajan en el conocimiento existente.
- g) La investigación debe ser objetiva.
- h) Los estudios cuantitativos siguen un patrón estructurado.

- i) En la investigación cuantitativa se pretende poder generalizar los resultados (de una muestra, a una población o incluso universo).
- j) La meta principal es la demostración de teorías, y que se puedan explicar y predecir fenómenos.
- k) Una vez seguidos los pasos, los datos poseen estándares de validez y confiabilidad.
- l) Se utiliza la lógica y el razonamiento deductivo.
- m) La investigación cuantitativa pretende identificar leyes universales y causales (Hernández y cols.; 2010).

Resulta conveniente este enfoque para la medición de variables subjetivas, ya que se les asigna un valor, a partir de ello se les puede dar una interpretación más objetiva.

3.1.2. Investigación no experimental.

Una investigación de tipo no experimental es definida por Hernández y cols. (2010) como aquella que se realiza sin la manipulación deliberada de las variables y en los que sólo se observan los fenómenos en su ambiente natural para posteriormente analizarlos.

En un estudio no experimental, a diferencia de un experimento, no se genera ninguna situación. Se observa la que por sí sola ya existe, sin ser provocada por quien pretende investigar.

Es el caso de este trabajo no se hará una simulación del fenómeno para poder cuantificar, dado que el fenómeno ya existe y será preciso utilizar algún método conveniente para medirlo.

3.1.3. Diseño transversal.

Existen dos tipos de diseños de investigación no experimental que permiten medir variables: longitudinal y trasversal.

El primero que se menciona requiere tener bajo observación un fenómeno por determinado período y levantar una bitácora de la evolución de dicha variable.

En contraparte, el estudio trasversal recopila los datos en un momento único y se extraen las conclusiones de acuerdo con esa recolección de datos unitaria y específica. El propósito de este diseño es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado (Hernández y cols.; 2010).

3.1.4. Alcance correlacional.

Este estudio es de tipo correlacional, y tiene como finalidad conocer la relación o grado de asociación entre las variables estrés y factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios.

Los estudios de tipo correlacional entre variables, se miden por separado y después se cuantifica y analiza la vinculación mediante métodos estadísticos. Estas correlaciones serán sustentadas por hipótesis que se someten a prueba. Las mediciones una y otra variable, provienen del mismo participante, como lo es en este caso. El principal beneficio de este tipo de estudio es determinar cómo se comportan las variables y si existe vinculación entre ellas.

Esta correlación puede ser positiva o negativa. Se considera del primer tipo cuando los valores de una variable son altos y se demuestra que los valores de la otra u otras variables también presentan indicadores altos; por el contrario, se considera correlación negativa cuando los valores de una variable son altos, mientras que de la otra se manifiestan bajos.

Otra ventaja de este alcance, a diferencia del descriptivo, es que el estudio correlacional se centra en medir con precisión y exactitud cada atributo, pudiendo demostrar numéricamente el grado de vinculación entre las variables (Hernández y cols.; 2010).

3.1.5 Técnicas de recolección de datos.

Para llevar a cabo la recolección de datos se contó con pruebas estandarizadas, las cuales sirven como herramienta de trabajo, pues ya han llevado un proceso en el que se verifican su validez y confiabilidad, esto asegura que los resultados arrojados en cada prueba sean lo más apegados a la verdad.

Dichas pruebas exigen se lleve un proceso específico y riguroso desde la aplicación hasta la calificación e interpretación de datos. Así lo sugieren Hernández y cols. (2010).

Para la obtención de la variable estrés, fue útil la Escala de CMAS-R, subtitulada “Lo que pienso y siento”; es un instrumento que consta de 37 reactivos diseñados para valorar el nivel y la naturaleza de la ansiedad en niños y adolescentes de 6 a 19 años de edad. Los reactivos se presentan en forma de afirmación a la cual deberán responder con un “sí” o un “no”.

Esta prueba arroja diversos resultados en función de la ansiedad total y cuatro subescalas más, denominadas: ansiedad fisiológica, inquietud/hipersensibilidad, preocupaciones sociales/concentración y finalmente, la subescala de mentira que evalúa la veracidad en las respuestas de los sujetos.

Para validación de la prueba anteriormente mencionada, se calculó el coeficiente Alfa de Cronbach, cuyo valor resultante fue de 0.76, lo cual indica que es confiable. De igual forma, y en apoyo a la validez concurrente y discriminante, se observa una correlación de 0.69 entre la ansiedad total y la puntuación Rasgo del inventario de ansiedad Estado-Rasgo de Spielberger.

Para la obtención de los indicadores de trastornos alimentarios, se utilizó el inventario de Trastornos de la conducta alimentaria, EDI-2. De David M. Gardner (1998). Dicho inventario consta de 91 reactivos en forma de afirmación, que se

contestan con base en las opciones: “nunca”, “pocas veces”, “a veces”, “a menudo”, “casi siempre” o “siempre”.

Los mencionados reactivos forman parte de 11 escalas que son clínicamente relevantes en el caso de los trastornos de la conducta alimentaria. Estas escalas son: obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva, miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad e inseguridad social.

La confiabilidad de esta prueba fue obtenida mediante el coeficiente de consistencia interna. Este cálculo se denomina Alfa de Cronbach, con un puntaje de 0.80, suficiente para fundamentar su confiabilidad.

La validez se obtuvo a través de cuatro procedimientos: validez de contenido, de criterio, concurrente y finalmente, de constructo. Los puntajes obtenidos mediante estos procedimientos fueron los suficientes para considerar válido el instrumento.

3.2. Población y muestra

A continuación se describen de manera detallada las características de los sujetos que participan en esta investigación, así como el proceso de selección de los mismos.

3.2.1. Delimitación y descripción de la población.

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

Para esta investigación se contó con la participación de los alumnos de la Escuela Primaria Ignacio Manuel Altamirano, ubicada en 5 de Febrero No. 39, esquina con Morelos, en el centro de Uruapan, Michoacán. Dicha institución cuenta con 617 alumnos, con edades que oscilan entre los 6 y los 15 años de edad.

Los alumnos pertenecen a un nivel socioeconómico medio bajo, donde en la mayoría de los casos la madre se dedica al hogar y el padre es quien provee los recursos económicos.

3.2.2. Proceso de la selección de la muestra.

La muestra, definida por Hernández y cols. (2010), es un subconjunto de elementos que pertenecen a una población. Una muestra es un número menor del conjunto poblacional que cuenta con las mismas características de la población y que facilita la medición de variables, para posteriormente generalizarlas. Pocas veces se tiene la oportunidad de medir a toda una población, por ello la ventaja de utilizar una muestra.

Para esta investigación se buscó un muestreo no probabilístico, que es aquel donde la selección de los sujetos no depende de la probabilidad o el azar, por el contrario, se utilizan criterios previamente establecidos para finalidades prácticas del investigador.

Así pues la selección de la muestra fue intencional, que según Kerlinger (citado por Hernández y cols.; 2010), es aquella en la que los sujetos son seleccionados en función de las necesidades del propio investigador y de los requerimientos del estudio. Esta técnica permite y facilita las investigaciones donde los recursos y el tiempo son limitados.

Mediante este muestreo se contó con la participación de total de 80 alumnos, hombres y mujeres con edades de 10 y 11 años.

3.3. Descripción del proceso de investigación

Toda investigación requiere de un proceso sustentado en la validez de sus instrumentos, así como de la metodología y de los procedimientos específicos para recopilar la información necesaria. Por lo anterior es imprescindible detallar la secuencia utilizada para la realización de esta tesis.

La intención de realizar este estudio se origina debido al conocimiento previo, basado en investigaciones locales acerca de los porcentajes elevados de estrés y actos de conducta alimentaria inadecuada que ocurren en adolescentes

(Rodríguez,2011). La población fue elegida con base en que se han encontrado estudios diversos realizados en escuelas secundarias y de nivel medio superior, no así en un nivel de primaria. Se consideró importante realizarlo en esta población, para investigar si los indicadores se pueden detectar a temprana edad y no sólo en estados agudos, como suele ser el caso de los adolescentes.

Tanto los objetivos como las hipótesis fueron planteados de tal forma que al término de esta investigación, sea posible responder objetivamente a cada uno de ellos.

Se elaboró un marco teórico de dos capítulos. En el primero se aborda la variable de estrés, en el segundo se examinan concretamente cada uno de los trastornos alimentarios, así como las posibles causas y consecuencias.

Previo a la realización del marco teórico, se realizó una solicitud por escrito, dirigida a la directora de la Escuela Primaria Ignacio Manuel Altamirano, requiriendo la autorización para aplicar los instrumentos de medición de variables que servirían para la comprobación de las hipótesis. El permiso fue otorgado sin especificar fecha.

Un mes después fue necesario acudir nuevamente a la institución para concretar, fecha, horario y grupos y así proceder a dar aviso a los maestros que en esos horarios cubrirían el turno.

Al día siguiente se visitó la escuela para la aplicación de las pruebas.

Se procedió a administrar los instrumentos simultáneamente en los tres salones de quinto de primaria. Primeramente se aplicó la escala “Lo que pienso y siento” (CMAS-R). Una vez terminada la aplicación de esta escala, se concedieron 10 minutos en los que el dirigente ponía ejercicios de gimnasia cerebral a los participantes. Una vez transcurrida la pausa, se continuó con la aplicación de la prueba EDI-2. En cada salón el aplicador leyó reactivo por reactivo, de ambas escalas, para tener mayor control sobre el grupo y poder explicar algunos que eran incomprensibles para los niños. El tiempo de aplicación fue de una hora y veinte minutos, aproximadamente.

En general, los niños se mostraron dispuestos a cooperar y atentos a las indicaciones, aunque los murmullos e intentos por compartir experiencias respecto a algún reactivo no se hacían esperar. Los aplicadores de la prueba se ocuparon adecuadamente de centrar la atención en la prueba cada vez que fue necesario.

La aplicación de los instrumentos fue realizada a 97 alumnos, niños y niñas con edades oscilatorias entre los 10 y 11 años. Fueron eliminadas 17 de las pruebas, debido a que rebasaron el rango aceptable dentro de la subescala de mentira de la prueba CMAS-R; al final resultó una muestra final de 80 sujetos.

La prueba CMAS-R fue calificada con una plantilla, que recolectaba puntos a sumar para cada una de las escalas mencionadas anteriormente en el apartado de técnicas y recolección de datos. Las sumatorias que se obtenían eran puntajes directos que posteriormente se convirtieron a percentiles, según los baremos apropiados. De

forma similar se realizó la calificación del inventario EDI-2, con la diferencia de que esta prueba cuenta con 11 subescalas.

Una vez obtenidos los datos se realizó un vaciado donde fuera posible visualizar el nombre, la edad y el género de los sujetos con cada uno de los percentiles correspondientes a cada escala.

Ya organizada la información, se procedió a la obtención de las medidas de tendencia central y de dispersión, así como el índice de correlación. Lo anterior para poder expresar objetivamente los resultados obtenidos luego de la aplicación. Finalmente, después de obtenidas estas medidas, se procedió a la redacción del apartado de análisis e interpretación, para llegar finalmente a las conclusiones generales.

3.4. Análisis e interpretación de resultados.

En el presente apartado se muestran los hallazgos logrados, que serán examinados en tres categorías para su análisis. Primeramente se expondrán los referidos a la variable estrés; en un segundo momento, se reportarán los resultados de la variable de trastornos alimentarios; finalmente, se mostrará la relación estadística entre ambas variables del estudio, así como su interpretación psicológica.

3.4.1. El estrés.

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

Respecto a los resultados obtenidos tras la aplicación de la prueba CMAS-R, la media en el nivel de ansiedad total fue de 64.

La media es una medida de tendencia central descrita por Hernández y cols. (2010) como la suma de un conjunto de datos dividida entre el número de medidas.

De igual modo se obtuvo la mediana, que es una medida de tendencia central y es definida como el valor medio de un conjunto de valores ordenados: el punto abajo y arriba del cual cae un número igual de medidas (Hernández y cols.; 2010). Este valor fue de 69.

La moda es una medida que indica el valor ocurrido con mayor frecuencia en un conjunto de observaciones, según lo descrito por Hernández y cols. (2010). En esta investigación la moda presente fue de 88.

También se obtuvo el valor de una medida de dispersión, concretamente de la desviación estándar, la cual muestra la raíz cuadrada de la suma de las desviaciones al cuadrado de una población, dividida entre el total de observaciones (Hernández y cols.; 2010). El valor que se obtiene con este procedimiento es de 25.

De forma particular, se obtuvo el puntaje de la subescala de ansiedad fisiológica, encontrando una media de 69, una mediana de 75 y una moda representativa de 75. La desviación estándar es de 24.

En lo que respecta a la subescala de inquietud/hipersensibilidad, los datos obtenidos fueron: una media de 64, una mediana de 73, una moda de 85 y una desviación estándar de 24.

En la subescala de preocupaciones sociales/concentración los valores que se obtuvieron incluyen una media de 56, una mediana de 66, una moda de 70 y una desviación estándar de 27.

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

En función de los resultados estadísticos que se obtuvieron en la aplicación de la prueba, se puede interpretar que el nivel de estrés de los sujetos evaluados se encuentra en el techo, o sea en la parte superior del rango normal. Es decir, particularmente, considerando la media se trata de una muestra que sí presenta características propias de un grupo cuyo nivel de ansiedad requiera la intervención psicológica.

Se enuncia lo anterior en función de los percentiles obtenidos, ya que se considera como parámetro normal, de acuerdo con la mayoría poblacional, aquellos puntajes que se encuentran en un rango de 30 a 70.

En lo referente a la desviación estándar se puede afirmar que es alta, ya que fue de 25, esto indica que la muestra presenta niveles heterogéneos de ansiedad, es decir, muy dispersos. Para fines de la presente investigación se considerará que hay dispersión en los valores cuando la desviación estándar sea de 20 o más.

Además de presentar los datos de las medidas de tendencia central y desviación estándar, se presentan a continuación los porcentajes de los sujetos que

obtuvieron puntajes altos en cada escala, es decir, por arriba del percentil 70. De esta forma, se ubicarán las escalas en las que existe mayor incidencia de casos preocupantes sobre el problema del estrés.

En la escala de ansiedad total, el 49% de sujetos resultó por arriba del percentil 70; en la subescala ansiedad fisiológica, el porcentaje es de 60%; mientras que en la escala de inquietud/hipersensibilidad es de 51%; el porcentaje en la escala de preocupaciones sociales/concentración es de 29%.

Lo anterior indica que existen porcentajes altos de sujetos que presentan manifestaciones elevadas de ansiedad y esto se puede observar gráficamente en el anexo 2.

3.4.2. Indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios.

Los trastornos alimenticios se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria, lo cual puede provocar serios daños a nivel físico y mental, así lo describen Jarne y Talarn (2000).

Una vez aplicada la escala EDI-2 a una muestra de 80 niños entre 10 y 11 años, se obtuvieron los percentiles correspondientes a las 11 subescalas de la prueba.

- 1) En la primera subescala, denominada obsesión por la delgadez, la media es de 64, la media es de 69, la moda presente es de 44 y la desviación estándar es de 25.

- 2) En la segunda subescala, denominada bulimia, se obtuvo una media de 71, una mediana de 77, una moda de 47 y una desviación estándar de 20.
- 3) En la tercera subescala, denominada insatisfacción corporal, se obtuvo una media de 49, una mediana de 45, una moda de 14 y una desviación estándar de 26.
- 4) En la cuarta subescala, denominada ineficacia, se obtuvo una media de 63, una mediana de 67, una moda de 55 y una desviación estándar de 26.
- 5) En la quinta subescala, nombrada perfeccionismo, se obtuvo una media de 80, una mediana de 87, una moda de 99 y una desviación estándar de 23.
- 6) En la sexta subescala, denominada desconfianza interpersonal, se obtuvo una media de 73, una mediana de 80, una moda de 97 y una desviación estándar de 24.
- 7) En la séptima subescala, conocida como conciencia introceptiva, se obtuvo una media de 67, una mediana de 72, una moda de 66 y una desviación estándar de 27.
- 8) En la octava subescala, denominada miedo a la madurez, se obtuvo una media de 86, una mediana de 94, una moda de 98 y una desviación estándar de 17.
- 9) En la novena subescala, llamada ascetismo, se obtuvo una media de 68, una mediana de 79, una moda de 40 y una desviación estándar de 26.
- 10) En la décima subescala, denominada impulsividad, se obtuvo una media de 74, una mediana de 79, una moda de 93 y una desviación estándar de 23.

11) Finalmente, en la subescala llamada inseguridad social, se obtuvo una media de 76, una mediana de 81, una moda de 63 y una desviación estándar de 20.

Los resultados correspondientes a las medias aritméticas de cada escala se observan gráficamente en el anexo 3.

A continuación se presentan los porcentajes de los sujetos que obtuvieron puntajes elevados en las distintas escalas, es decir, por arriba del percentil 70. De modo que se ubicará el porcentaje de casos alarmantes en alguno de los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios.

En la escala de obsesión por la delgadez, el porcentaje es de 49%; en la escala de bulimia, es de 51%; en la escala de insatisfacción corporal, el 25%; en la de ineficacia, hubo una incidencia de 45%; para la escala de perfeccionismo, el 76%; respecto a la desconfianza interpersonal, el porcentaje es de 61%; un 51% en la escala de conciencia introceptiva; el 85% en la de miedo a la madurez; en la de ascetismo, el 55%; en la de impulsividad el 66% y, finalmente, la escala de inseguridad social arrojó un índice de 64%.

De lo anterior destaca que donde puede observarse mayores casos preocupantes es en las escalas de perfeccionismo, miedo a la madurez e impulsividad. Estos resultados se muestran en el anexo 4.

De acuerdo con estos resultados se puede afirmar que los indicadores psicológicos de los trastornos de alimentación en niños de la Escuela Primaria Ignacio Manuel Altamirano de Uruapan, Michoacán, se encuentran en general en un nivel alto, puesto que las medidas de tendencia central en varias de las escalas se ubican cerca o incluso por encima del percentil 70, que indica el límite del rango de normalidad. Asimismo, es preocupante el porcentaje de casos que presentan niveles altos en algunas de las escalas.

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

Diversos autores han afirmado que existe cierta relación entre los criterios de estrés y los trastornos alimenticios, entre ellos, Palmero y cols. (2002), quienes afirman que las variaciones de la alimentación constituyen uno de los primeros síntomas en las rutinas diarias cuando existe estrés de por medio.

En una investigación realizada por Behar y Valdés (2009), se encontró que existe relación entre el estrés y algunas escalas pertenecientes a la prueba EDI, tales como el perfeccionismo, miedo a la madurez, conciencia interoceptiva e insatisfacción corporal. Este reporte es de origen chileno y se realizó en mujeres universitarias.

En la presente investigación se encontraron los siguientes resultados:

Entre el nivel de estrés y la escala de obsesión por la delgadez existe un coeficiente de correlación de 0.29, de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre dichos atributos existe una correlación positiva débil y no es

significativa, de acuerdo con la clasificación de correlación que realizan Hernández y cols. (2010).

Para conocer la influencia entre el estrés y la subescala obsesión por la delgadez, se obtuvo la varianza de factores comunes, donde mediante un porcentaje se indica el nivel en el que las variables se encuentran correlacionadas. El valor de la varianza se obtiene al elevar al cuadrado el coeficiente de correlación obtenido mediante la “r” de Pearson (Hernández y cols.; 2010).

El resultado de la mencionada varianza es de 0.08, lo que significa que entre dichas escalas hay una relación del 8%.

Entre la variable de nivel de estrés y la subescala bulimia el índice de correlación es de 0.23, interpretando así que la correlación es positiva débil, sin ser significativa.

La varianza arroja un resultado de 0.05, lo que indica que el nivel de correlación es de 5% entre la variable de estrés y la escala que mide indicadores de bulimia.

En lo que respecta a la tercera subescala, denominada insatisfacción corporal, en relación con el nivel de estrés, el coeficiente de correlación es equivalente a 0.29, lo que indica que dicha correspondencia es débil, por lo cual no es significativa.

La varianza de factores comunes es de 0.08, de modo que el porcentaje de correlación entre el nivel de estrés y la insatisfacción corporal es del 8%.

Entre la escala de ineficacia y el estrés el coeficiente de correlación es de 0.46, lo cual indica que la correlación existente es positiva media y sí es significativa.

El resultado de la varianza de factores comunes es de 0.22, lo que muestra que la relación entre estas dos variables es de un 22%.

La correlación entre el nivel de estrés y la subescala denominada perfeccionismo, según el coeficiente de correlación "r" de Pearson es de 0.10, lo cual indica que no existe correlación y por lo tanto no hay significancia.

La varianza de este valor es de 0.01, entendiendo así que entre el estrés y la escala de perfeccionismo existe una correlación del 1%.

En lo que respecta a la escala desconfianza interpersonal en relación con el nivel de estrés, el coeficiente de correlación es de 0.11, ello muestra una correlación positiva débil, no significativa.

La varianza resultante es de 0.01, esto es, el porcentaje de correlación entre ambas variables es de 1%.

Entre la variable de nivel de estrés y la escala de conciencia introceptiva existe un índice de correlación de 0.17, de acuerdo con la prueba "r" de Pearson. Este índice indica que sí existe correlación positiva pero es débil, y no tiene significancia, lo anterior se destaca a partir de la clasificación de niveles de correlación que realizan Hernández y cols. (2010).

El porcentaje de correlación entre estas variables es de 3%, debido a que la varianza de factores comunes es del 0.03.

Entre el nivel de estrés y la escala de miedo a la madurez el coeficiente de correlación arrojado es de -0.13, lo cual indica una correlación negativa débil, y ello no produce significancia.

El valor correspondiente a la varianza de factores comunes es de 0.02, lo cual indica que el nivel de correlación ente el estrés y el miedo a la madurez es equivalente a un porcentaje de 2%.

Del mismo modo que para las escalas anteriores, para determinar el nivel de correlación entre el estrés y la escala de ascetismo se obtuvo el coeficiente de correlación mediante la prueba "r" de Pearson, obteniendo un resultado de 0.18, demostrando que existe correlación pero es muy débil, por lo tanto, no es significativa.

El resultado de la varianza para estecaso es de 0.03, lo que denota una correlación entre ambas variables del 3%.

Entre el nivel de estrés y la escala de impulsividad existe un coeficiente de correlación de 0.30, esto asegura la existencia de correlación débil, pero no es significativa.

La varianza de factores comunes es de 0.09, esto indica que el porcentaje de correlación entre el nivel de estrés y la impulsividad es de 9%.

Finalmente, el índice de correlación entre el nivel de estrés y la escala de inseguridad social es de 0.14, una correlación positiva débil, sin ser estadísticamente significativa. En lo que respecta a la varianza correspondiente a este coeficiente es de 0.02, lo que significa que existe una correlación del 2%.

Los resultados obtenidos en cuanto a los niveles de correlación de las variables estrés e indicadores de trastornos alimenticios, se presentan gráficamente en el anexo 5.

En función de lo anterior se puede asegurar que el nivel de estrés se relaciona de forma significativa con la escala de ineficacia.

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

En función de los resultados presentados, se confirma la hipótesis nula, que afirma que no existe relación significativa entre los niveles de estrés y los indicadores psicológicos de los trastornos de alimentación; en contraparte, para la escala de ineficacia se confirma la hipótesis de trabajo.

CONCLUSIONES

En el presente estudio se corroboró la hipótesis nula, es decir, los hallazgos de campo permiten afirmar que no existe una relación estadísticamente significativa entre el fenómeno de estrés y los indicadores psicológicos de los trastornos de alimentación, en los estudiantes de la Escuela Primaria Ignacio Manuel Altamirano de Uruapan, Michoacán; sin embargo, como excepción está la escala de ineficacia, en la cual se pudo corroborar la relación significativa con el nivel de estrés.

Los objetivos particulares de naturaleza teórica conceptual, referidos al estrés, a saber: su definición, los factores que los condicionan y sus consecuencias, fueron amplia y profundamente cubiertos en el capítulo 1.

Por su parte, los conceptos fundamentales que hacen alusión a la variable de trastornos alimenticios, fueron abordados en forma por demás suficiente en el capítulo 2.

Asimismo, el objetivo de campo en el que se pretendió evaluar el nivel de estrés presente en los alumnos de quinto grado de primaria, se cumplió con la aplicación de la prueba psicométrica CMAS-R. Es necesario reiterar que tal nivel se encuentra en un parámetro ligeramente alto, como se expuso en el capítulo 3.

La medición de la variable trastornos alimenticios se cumplió satisfactoriamente y de ello se da cuenta también en el capítulo 3. Se encontró que dicho fenómeno, en la población estudiada, se encuentra presente en un parámetro alto, lo cual debe generar preocupación y posibles estrategias de intervención.

El objetivo general de la investigación, que consistió en establecer estadísticamente la relación entre las variables ya indicadas, se alcanzó como producto de la consecución de los objetivos particulares. Es fundamental subrayar que la relación entre el nivel de estrés y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios no es relevante.

BIBLIOGRAFÍA

- Ajuriaguerra, J. (1973)
Manual de psiquiatría infantil.
Editorial Masson. Barcelona.
- CascioPirri, Andrés; Guillén Gestoso, Carlos (Coordinadores). (2010)
Psicología del trabajo.
Editorial Ariel. Barcelona.
- Castillo S., María Dolores; León E., María Teresa. (2005)
Transtornos del comportamiento alimentario: anorexia y bulimia nerviosa.
Editorial Formación Alcalá, SL. España.
- Costin, Carolyn. (2003)
Anorexia, bulimia y otros trastornos de la alimentación: diagnóstico, tratamiento y prevención de los trastornos alimentarios.
Editorial Diana. México.
- Cungi, Charly. (2007)
Estrés bajo control.
Ediciones Larousse. México.
- Gardner, David M. (1998)
Inventario de los Transtornos 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
- Howard C. Warren. (2005)
Diccionario de psicología.
Editorial Fondo de cultura económica. México
- Ivancevich, John; Matteson, Michael. (1985)
Estrés y trabajo.
Editorial Trillas México.
- Jarne, Adolfo; Talam, Antoni. (2000)
Manuel de psicopatología clínica.
Editorial Paidós Ibérica. Buenos Aires.
- Jiménez H., Manuel. (1997)
Psicopatología Infantil.

Editorial Aljibe. Granada.

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

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

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

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

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

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

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

Rodríguez García, MehidaMaheli. (2011)
Relación entre el nivel de estrés y los trastornos alimenticios en alumnos del Cetus
No.27 de Uruapan, Michoacán.
Tesis inédita de la Escuela de Psicología de la Universidad Don Vasco, A.C. Uruapan,
Michoacán, México.

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

Torres Castrejón, Indira Yasmín. (2011)
Relación existente entre el estrés y los trastornos alimentarios en la Secundaria
Federal No. 2 de Uruapan, Michoacán.
Tesis inédita de la Escuela de Psicología de la Universidad Don Vasco, A.C. Uruapan,
Michoacán, México.

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

Vázquez Martínez, Clotilde; De Cos Blanco, Ana Isabel; López Nomdedeu,
Consuelo.(2005)
Alimentación y nutrición: manual teórico-práctico.
Ediciones Díaz de Santos. Madrid- Buenos Aires

MESOGRAFÍA

Barraza Macías, Arturo. (2005)

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

Revista Psicología Científica.com, 7(9).

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

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

“Estrés y trastornos de la conducta alimentaria”.

Revista Chilena de Neuro-psiquiatría.

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

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

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

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

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

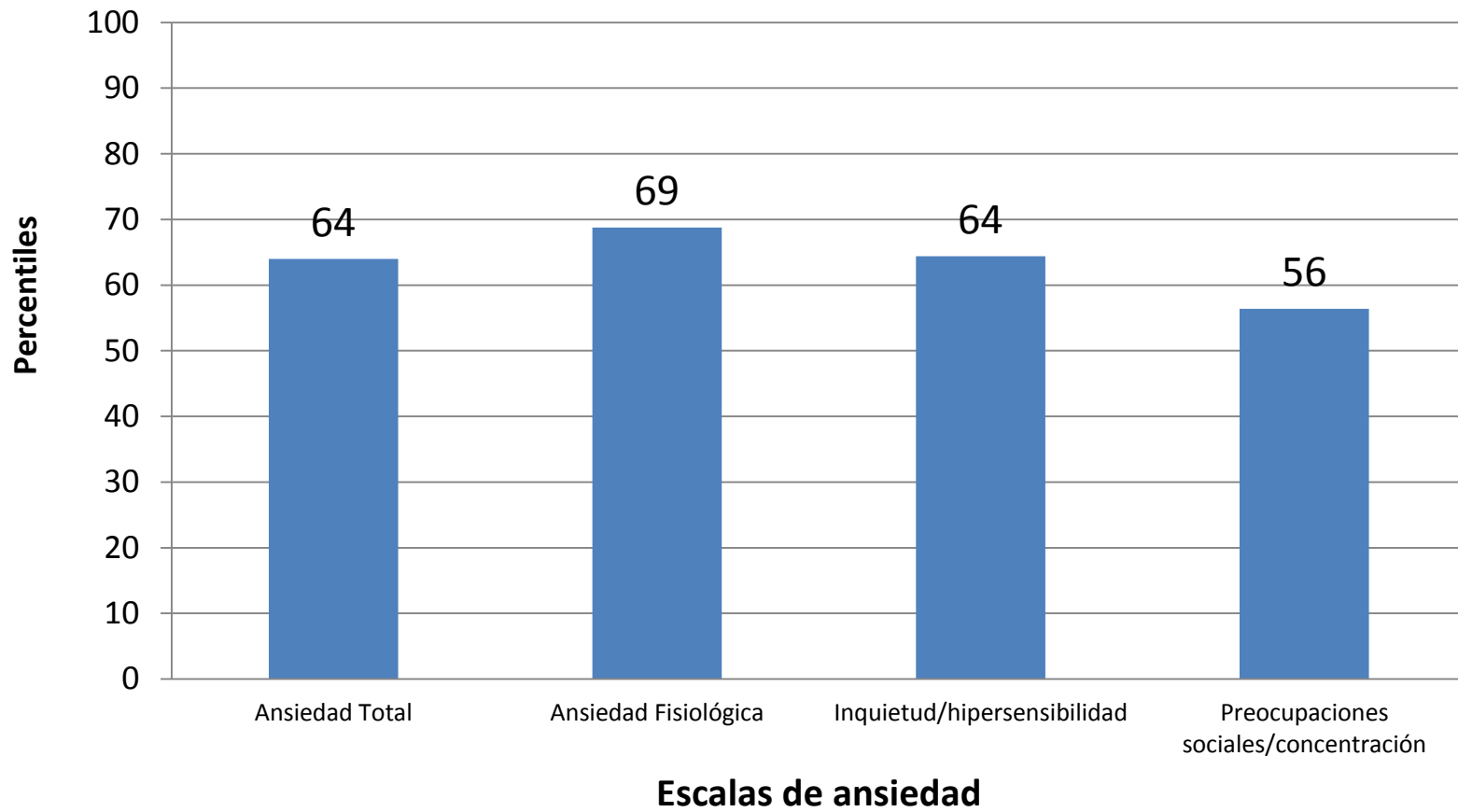
Ruiz Cervantes, Tanya Elizabeth; Vaquero Cázares, José Esteban; Vargas Ramírez, Alberto; Diez, Ma. del pilar. (2004)

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

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

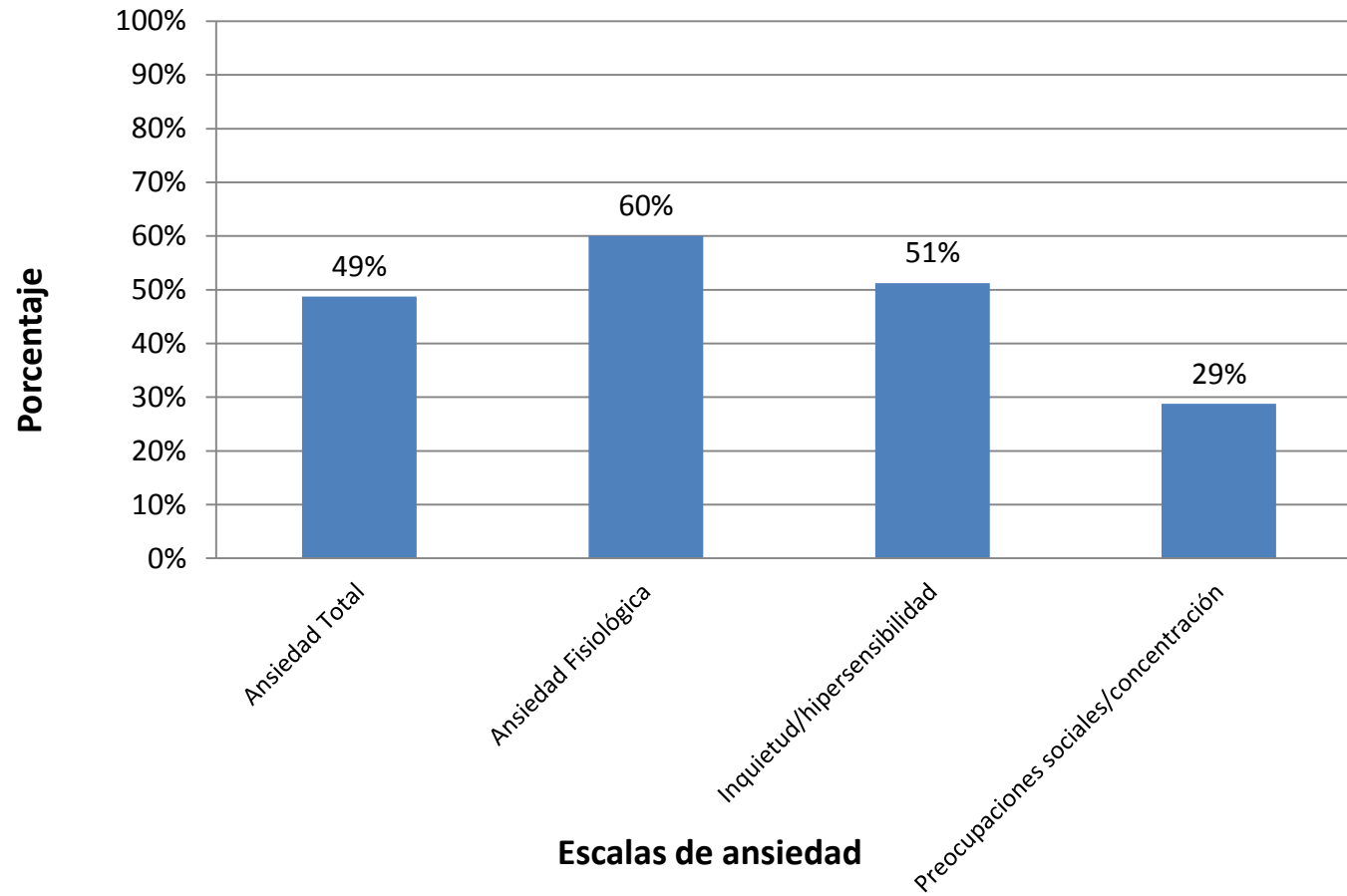
<http://www.medigraphic.com/pdfs/fisica/mf-2004/mf041c.pdf>

Anexo 1
Media aritmética de las escalas de ansiedad



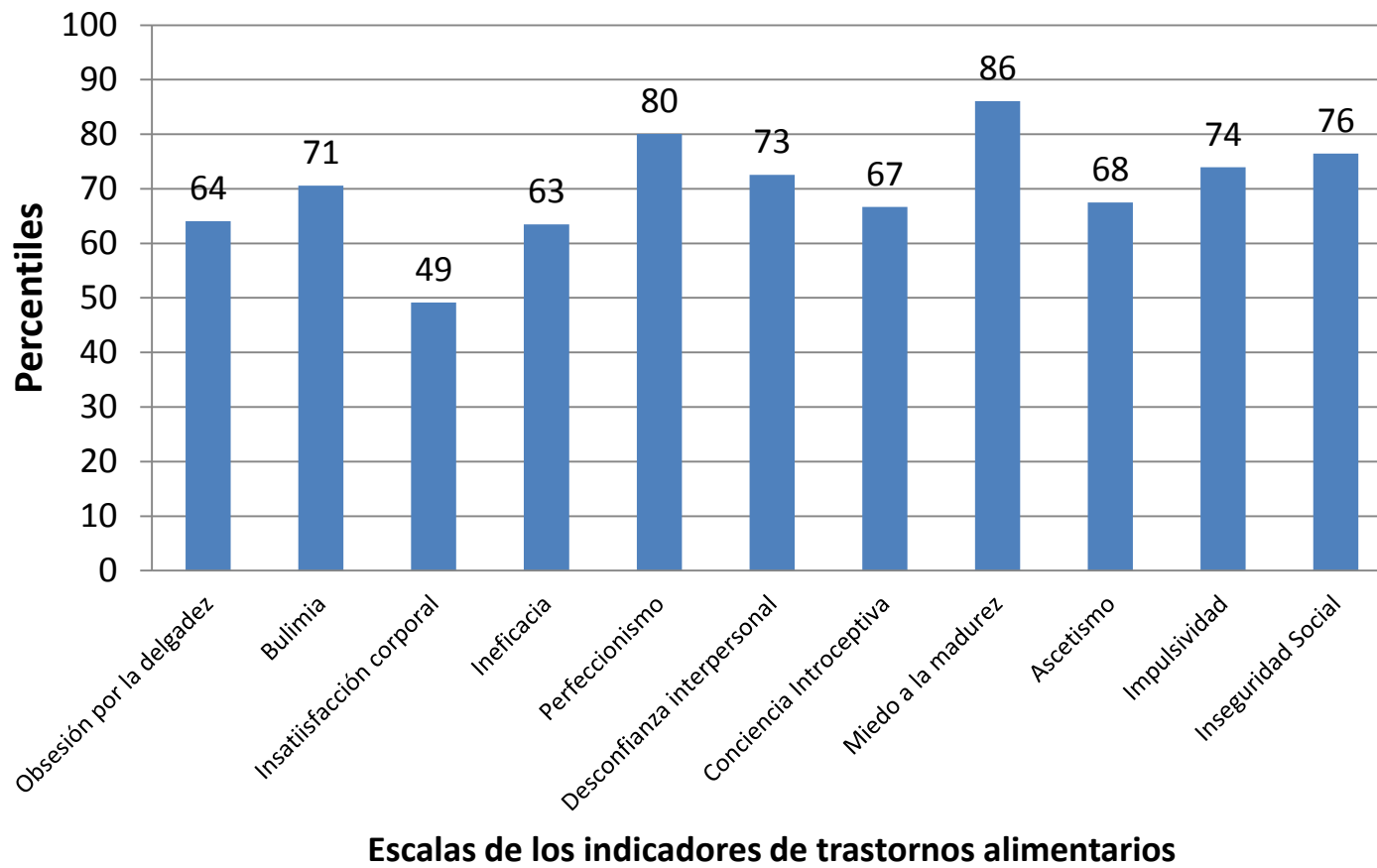
Anexo 2

Porcentaje de sujetos con niveles altos de ansiedad

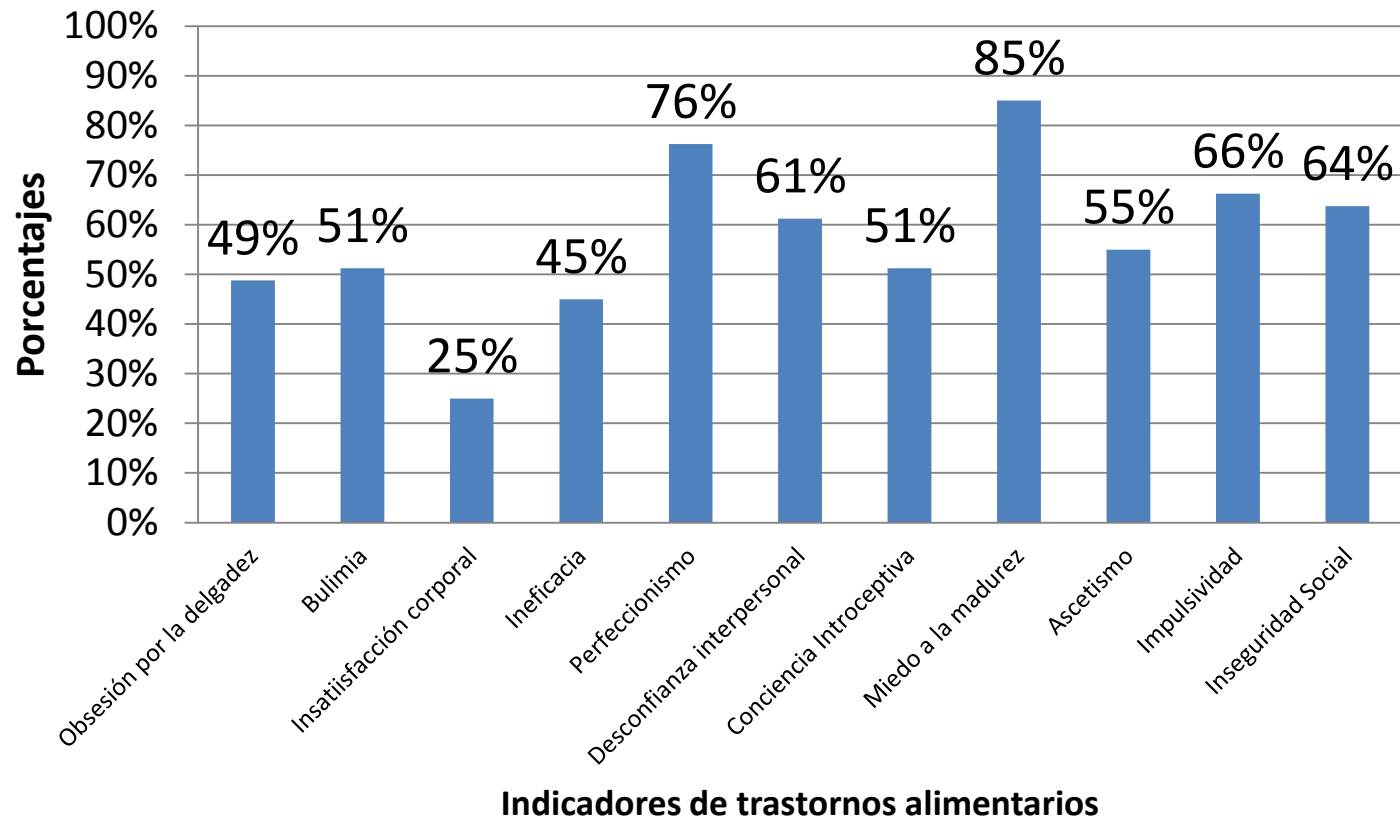


Anexo 3

Media aritmética de las escalas de los indicadores de trastornos alimentarios EDI-2



Anexo 4
Porcentaje de sujetos con niveles altos en indicadores de trastornos alimentarios



Anexo 5

Correlación entre nivel de estrés y los indicadores de trastornos alimenticios

