



UNIVERSIDAD DON VASCO, A.C.

INCORPORACIÓN NO. 8727-25 A LA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

**RELACIÓN ENTRE LOS INDICADORES PSICOLÓGICOS DE LOS
TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y EL NIVEL DE ESTRÉS EN
ALUMNOS DE NIVEL MEDIO SUPERIOR**

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

Irlanda Estefanía Moreno Villa

Asesor: Lic. José de Jesús González Pérez

Uruapan, Michoacán. A 5 de Agosto de 2013.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

Introducción.

Antecedentes.	1
Planteamiento del problema	4
Objetivos.	5
Hipótesis.	6
Justificación	8
Marco de referencia.	10

Capítulo 1. El estrés.

1.1. Antecedentes históricos del estrés.	13
1.2. Tres enfoques teóricos del estrés.	16
1.2.1. Estrés como estímulo.	16
1.2.2. Estrés como respuesta.	17
1.2.3. Estrés como relación persona-entorno.	19
1.3. Los estresores.	20
1.3.1. Estresores psicosociales: cambios mayores, menores y cotidianos.	21
1.3.2. Estresores biogénicos.	25
1.3.3. Estresores en el ámbito académico.	26
1.4. Procesos del pensamiento que propician el estrés.	29
1.5. Los moduladores del estrés.	30
1.5.1. El control percibido.	31
1.5.2. El apoyo social.	32

1.5.3. El tipo de personalidad: A/B.	33
1.5.3.1. Personalidad tipo A y problemas cardíacos.	35
1.6. Los efectos negativos del estrés.	36

Capítulo 2. Trastornos alimentarios.

2.1. Antecedentes históricos de la alimentación.	38
2.2. Definición y características clínicas de los trastornos alimenticios.	39
2.2.1. Anorexia nerviosa.	40
2.2.2. Bulimia nerviosa.	41
2.2.3. Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas.	42
2.2.4. Vómitos en otras alteraciones psicológicas.	43
2.2.5. Trastornos de la conducta alimenticia en la infancia.	43
2.3. Esfera oroalimenticia en el infante.	45
2.3.1. Organización oroalimenticia.	46
2.3.2. Alteraciones en la esfera oroalimenticia.	47
2.4. Perfil de la persona con trastornos en la alimentación.	49
2.5. Causas del trastorno alimenticio.	50
2.5.1. Factores predisponentes individuales.	51
2.5.2. Factores predisponentes familiares.	54
2.5.3. Factores socioculturales.	56
2.6. Percepción del cuerpo en el trastorno alimentario.	58
2.7. Factores que mantienen los trastornos alimentarios.	61
2.8. Trastornos mentales asociados a los trastornos alimentarios.	63
2.8.1. Trastornos alimentarios y depresión.	64

2.8.2. Trastornos alimentarios y ansiedad.	64
2.9. Tratamiento de los trastornos alimentarios.	66

Capítulo 3. Metodología, análisis e interpretación de resultados.

3.1. Descripción metodológica	69
3.1.1. Enfoque cuantitativo.	70
3.1.2. Investigación no experimental.	72
3.1.3. Diseño transversal.	72
3.1.4. Alcance correlacional.	73
3.1.5. Técnicas de recolección de datos.	74
3.2. Descripción de la población y muestra.	76
3.2.1. Población.	77
3.2.2. Muestreo.	77
3.3. Descripción del proceso de investigación.	78
3.4. Análisis e interpretación de resultados.	81
3.4.1. Estrés en los alumnos de primer semestre de la Escuela Preparatoria Licenciado Eduardo Ruiz, en el ciclo escolar 2012 – 2013.	81
3.4.2. Indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios.	84
3.4.3. Relación entre el nivel de estrés y los trastornos alimentarios.	87
Conclusiones	93
Bibliografía	96
Mesografía.	99
Anexos.	

INTRODUCCIÓN

En todo estudio es necesario adentrarse en el tema que se va a tratar con ayuda de investigaciones realizadas anteriormente, es por ello que en el apartado siguiente se presentará información acerca de los orígenes, conceptos y datos importantes de las variables a investigar.

Antecedentes

El termino estrés, en el ámbito de la psicología, es utilizado para hacer referencia a los acontecimientos que requieren de fuertes demandas para enfrentar situaciones que producen desequilibrio en las personas.

El concepto empieza a conocerse en el año de 1956 por el fisiólogo canadiense Selye. De acuerdo con Cano (s/f, en www.ucm.es), el estrés es un proceso que inicia ante la presencia de estímulos ambientales, poniendo en marcha los recursos de afrontamiento para ayudar al individuo a adaptarse a su ambiente.

Se define el termino estrés 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).

Referente a los trastornos alimentarios, son desórdenes relacionados con la ingesta de comida; se les denomina como trastornos de la conducta alimentaria. Según Zagalaz y cols. (2002, en www.rieoei.org) la anorexia y bulimia nerviosa son los de mayor importancia por su gravedad.

De acuerdo con la APA (2002), la anorexia se define como el trastorno alimentario más frecuente, el cual se presenta con cambios fisiológicos, conductuales y psicológicos; se manifiesta mediante el miedo a subir de peso y una preocupación constante por adelgazar.

Toro y Vilardell (citados por Zagalaz y cols.; 2002, en www.rieoei.org) describen la bulimia como una conducta que se presenta en personas comedoras compulsivas que después de los atracones, se provocan el vómito con el único objetivo de mantenerse delgadas.

Behar y Valdés (2009) realizaron un estudio relacionado con las variables estrés y trastornos de la conducta alimentaria. Esta investigación fue realizada entre abril del 2006 a noviembre de 2008. El objetivo fue comparar la exposición a situaciones estresantes, características psicológicas y conductuales en 100 mujeres de entre 15 y 43 años. Estas mujeres fueron divididas en dos grupos: el primero con y el segundo

sin trastornos de conducta alimentaria (TCA), para correlacionar estrés y sintomatología alimentaria con las diferentes variables.

Los resultados arrojaron que las mujeres que presentaron TCA experimentaron mayores niveles de estrés acumulado durante el año previo al inicio de su patología, los cuales fueron medidos mediante una frecuencia de eventos estresantes (conflictos familiares, dietas, entre otros) en comparación con las mujeres que no presentaban TCA.

Vidales (2011) realizó un estudio en la ciudad de Uruapan, Michoacán, con los alumnos de la Escuela Telesecundaria San Rafael. Tuvo como objetivo determinar la existencia de una relación significativa entre el nivel de estrés y los trastornos alimentarios en los alumnos de dicha escuela, ante ello, encontró que existe una correlación significativa del estrés con cuatro de las once escalas del inventario de los trastornos de la conducta alimentaria: ineficiencia, conciencia introceptiva, impulsividad e inseguridad social; en contraparte, en el resto de escalas, que fueron siete, no se pudo confirmar la existencia de una correlación significativa entre las variables.

Actualmente, el cuidado de la imagen física en los jóvenes es un asunto al cual le dedican mayor atención, por tal situación, llegan a presentar niveles elevados de estrés y se ven afectados en su forma de interactuar en el medio.

En relación con lo anterior, es necesario realizar más estudios que profundicen en el tema del estrés y los trastornos alimentarios, ya que los jóvenes que cursan el nivel medio superior, específicamente en el primer semestre de la Escuela Preparatoria “Licenciado Eduardo Ruiz”, de la ciudad de Uruapan, Michoacán, sufren cambios que los hacen someterse a fuertes niveles de estrés, ya que se encuentran en una búsqueda de identidad dentro de su nuevo entorno social.

Planteamiento del problema

Actualmente existe entre los jóvenes un incremento de la preocupación por el cuidado del aspecto físico, lo cual puede llegar a generar en ellos estrés, haciendo que su estado emocional se vea perturbado, al igual que su comportamiento.

El estrés es un estado de tensión que padece el organismo y puede presentarse en diferentes niveles; dependiendo de ello, la persona puede llegar a sentirse en equilibrio o generar limitaciones en su vida.

Referente a los trastornos alimentarios, existe una variedad de orígenes individuales que pueden hacer a las personas más vulnerables en desarrollarlos, por lo cual es importante identificar cuáles son los principales indicadores psicológicos que causan la aparición de estos trastornos.

Es importante determinar si existe relación significativa entre los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios y el nivel de estrés en los alumnos de primer

semestre de la Escuela Preparatoria “Licenciado Eduardo Ruiz”, en el ciclo escolar 2012-2013, en la ciudad de Uruapan, Michoacán, ya que con base en la investigación, se podrán implementar las medidas necesarias para detectar y ayudar a los estudiantes que presenten este tipo de problemática y así contrarrestar las consecuencias.

Por tal motivo, es necesario realizar esta investigación que tiene como finalidad responder a la siguiente pregunta: ¿Existe relación significativa entre los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios y el nivel de estrés en los alumnos de primer semestre de la Escuela Preparatoria “Licenciado Eduardo Ruiz”, en el ciclo escolar 2012-2013 de la ciudad de Uruapan, Michoacán?

Objetivos

En toda investigación científica es necesario plantear la meta que se pretende alcanzar, por tal motivo, en el siguiente apartado se darán a conocer el objetivo general, así como los particulares.

Objetivo general

Establecer el grado de correlación estadística que existe entre los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios y el nivel de estrés en los alumnos de primer semestre de la Escuela Preparatoria “Licenciado Eduardo Ruiz”, en el ciclo escolar 2012-2013 de la ciudad de Uruapan, Michoacán.

Objetivos particulares

1. Definir el concepto de estrés.
2. Describir los factores que generan el estrés.
3. Definir el concepto de trastornos alimentarios.
4. Describir los principales indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios.
5. Determinar el nivel de estrés en los alumnos del primer semestre de la Escuela Preparatoria “Licenciado Eduardo Ruiz”, en el ciclo escolar 2012-2013 de la ciudad de Uruapan, Michoacán.
6. Cuantificar los principales indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en los alumnos del primer semestre de la Escuela Preparatoria “Licenciado Eduardo Ruiz”, en el ciclo escolar 2012-2013 de la ciudad de Uruapan, Michoacán.

Hipótesis

En el presente apartado se formulan las explicaciones provisionales que se usan de guía para comprobar el trabajo de investigación. Tomando en cuenta que “las hipótesis indican lo que tratamos de probar y se definen como explicaciones tentativas del fenómeno investigado” (Hernández y cols; 2006: 92).

Hipótesis de trabajo

Existe correlación estadísticamente significativa entre los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios y el nivel de estrés en los alumnos de primer semestre de la Escuela Preparatoria “Licenciado Eduardo Ruiz”, en el ciclo escolar 2012-2013 de la ciudad de Uruapan, Michoacán.

Hipótesis nula

No existe correlación estadísticamente significativa entre los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios y el nivel de estrés en los alumnos de primer semestre de la Escuela Preparatoria “Licenciado Eduardo Ruiz”, en el ciclo escolar 2012-2013 de la ciudad de Uruapan, Michoacán.

Operacionalización de las variables de investigación

En este apartado se establecen de forma concreta los indicadores que se consideran para la evaluación del nivel en que se presente una variable. La presente investigación se realizó a través de la aplicación de instrumentos que ayudaron a obtener resultados más exactos.

La variable estrés fue medida con el test psicométrico llamado Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños, Revisada (CMAS-R) la cual fue creada por Reynolds y Richmond (1997). Los resultados obtenidos mediante la aplicación de dicha prueba

constituyeron los indicadores del nivel de estrés que presentan los sujetos investigados.

La prueba, además de brindar la puntuación de ansiedad total, ofrece cuatro puntuaciones de subescalas, las cuales se denominan:

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

Respecto a la variable indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios, en esta investigación se consideran los puntajes obtenidos por el sujeto en el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2) del autor David M. Gardner (1998). Este instrumento está conformado por once escalas que representan los principales síntomas que normalmente acompañan a la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa.

Justificación

Los trastornos alimentarios y el estrés son situaciones que actualmente se presentan en algunos jóvenes debido a diversos factores como los psicológicos, sociales o de autoestima, entre otros, los cuales requieren ser detectados a tiempo

para brindar la atención adecuada y oportuna, ya que es importante disminuir las consecuencias de la problemática para no limitar el desarrollo de los sujetos.

La presente investigación pretende beneficiar a las personas que forman parte de la Escuela Preparatoria “Licenciado Eduardo Ruiz” en la ciudad de Uruapan, Michoacán, a los alumnos, maestros, padres de familia y directivos, con la finalidad de que sirva como base para crear programas de ayuda psicológica a los estudiantes que presenten este tipo de problemática y así mejorar su calidad de vida.

En el área de la psicología se espera realizar aportaciones que ayuden a verificar cuáles son los principales indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios que producen mayores niveles de estrés. En función de lo anterior, se podrá implementar la atención adecuada para mantener sano el estado mental de los jóvenes, de tal forma que puedan desarrollarse en mejores condiciones para no verse limitados en su interacción con el entorno; asimismo, se podrán prevenir más casos que estén relacionados con los factores anteriormente mencionados.

Cuando una persona cuenta con un estado de salud mental en equilibrio, experimenta sensaciones de bienestar, lo cual provoca que su organismo tenga un adecuado funcionamiento y se desarrolle en óptimas condiciones. Es por eso que esta investigación se relaciona directamente con el campo de acción del psicólogo, porque es el profesional encargado de estudiar el comportamiento humano en sus diferentes etapas y ámbitos, por lo tanto, también se encarga de brindar ayuda mediante tratamientos para mejorar la salud mental.

Marco de referencia

La presente investigación se realizó en la Escuela Preparatoria “Lic. Eduardo Ruiz”. Es una institución pública y laica de educación medio superior, dependiente de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Esta institución es heredera del humanismo de Vasco de Quiroga, de los ideales de Miguel Hidalgo, José María Morelos y Melchor Ocampo. Fue fundada por iniciativa de Pascual Ortiz Rubio, tiene actualmente 49 años de servicio brindando una formación basada en métodos de enseñanza a la altura de las necesidades propias de una sociedad en constante evolución.

Se encuentra ubicada en la calle Avenida Lázaro Cárdenas No. 921, en la Colonia Revolución, C.P. 60150, en Uruapan, Michoacán.

Su misión consiste en contribuir al desarrollo social, económico, político, tecnológico, artístico y cultural de Michoacán, de México y del mundo, formando seres humanos íntegros, competentes y con liderazgo que generen cambios en su entorno, guiados por los valores éticos de su universidad, mediante programas educativos pertinentes y de calidad; realizando investigación vinculada a las necesidades sociales, que impulse el avance científico, tecnológico y de creación artística; estableciendo actividades que rescaten que conserven, acrecienten y divulguen los valores universales, las prácticas democráticas y el desarrollo sustentable a través de la difusión y extensión universitaria.

Su visión es ofrecer una oferta educativa de mayor cobertura, reconocida por su calidad y pertenencia social, que forma seres competentes, cultos, participativos, con vocación democrática, honestos y con identidad nicolaita, con capacidades para resolver la problemática de su entorno (www.umich.mx).

Tiene una población estudiantil aproximada de 1,600 alumnos, los cuales tienen de 14 a 21 años; su mayor porcentaje se concentra entre los 15 y 18 años, cuenta con un sistema dividido en seis semestres académicos, de los cuales, para esta investigación se estableció como población a los alumnos de primer semestre, que al momento de la presente se dividen en 16 secciones, en dos turnos: matutino y vespertino; de éste último, integrado por ocho secciones, se estableció como muestra el 50%.

La infraestructura de la escuela está constituida por un edificio de oficinas administrativas y dirección, un edificio con doce aulas, un edificio con diez aulas. Depto. Psicopedagógico, salón de docentes y control administrativo, un edificio con cuatro laboratorios (física y química), un edificio de laboratorio de cómputo, un edificio con siete aulas, cubículo de enfermería y cuatro espacios para docentes, un edificio de control escolar, una cafetería, sanitarios, dos canchas de básquetbol y volibol, y una de fútbol. Además cuenta con un estacionamiento para cincuenta autos, jardines y áreas verdes.

Su objetivo como institución es el desarrollo de una capacidad de síntesis e integración de los conocimientos acumulados para establecer contacto con la cultura

universal en su más amplio sentido, para que el educando pueda alcanzar un mejor desarrollo de su personalidad, conocimiento de sí mismo, autoestima, autocrítica, salud física y una formación básica en las ciencias, las humanidades y la tecnología, además de lograr una mayor definición de su conducta, un estudio más profesional y un trabajo productivo y conciencia solidaria.

Cuenta con un plan en el cual se contemplan materias seriadas y no seriadas; consta de un tronco común que comprende los primero cuatro semestres y áreas propedéuticas que abarcan: Ingeniería y Arquitectura, Ciencias Químico-Biológicas, Ciencias Económico-Administrativas y Ciencias Histórico-Sociales.

CAPÍTULO 1

EL ESTRÉS

En el presente capítulo se presenta la información referente al estrés, desde sus antecedentes, enfoques teóricos, factores y procesos del pensamiento que propician el estrés, hasta sus moduladores y efectos negativos, con el objetivo de tener una investigación más a fondo sobre este fenómeno.

1.1. Antecedentes históricos del estrés.

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

El físico y biólogo Hooke en el siglo XVII, ayudó a realizar el diseño de estructuras resistentes de metal, se interesó principalmente en las características de los metales, ya que este material debía soportar pesadas cargas. Este estudio influyó en el campo de la psicología, haciendo una comparación en la cual “la capacidad de los metales de soportar cargas es como la capacidad de las personas de soportar el estrés” (Lazarus y Lazarus; 2000: 281).

Por otra parte, Claude Bernard señala que los seres humanos tienden genéticamente a la estabilidad, descubrió que “si bien cualquier cambio externo en el ambiente puede perturbar al organismo, los seres vivos poseen la capacidad para mantener la estabilidad interna aunque se modifiquen las condiciones externas” (citado por Sánchez; 2007: 16). Por lo tanto, la estabilidad entre el medio ambiente interno y el externo requiere de una regulación entre ambos.

Del mismo modo, Cannon, durante la primera mitad del siglo XX, amplió los principios realizados anteriormente por Bernard, proponiendo el “término ‘homeostasis’ para designar los procesos fisiológicos coordinados que mantienen constantemente el medio interno mediante numerosos mecanismos fisiológicos” (Sánchez; 2007: 16). Es decir, que el organismo tiende a utilizar mecanismos, los cuales ayudan a su adaptación ante situaciones amenazantes.

Por otra parte, “planteó que los eventos inesperados que provocan emociones pueden desencadenar una respuesta del tipo de ‘ataque o fuga’, lo cual permitió identificar la relación entre lo psicológico y lo biológico” (Sánchez; 2007: 16).

De acuerdo con Sánchez (2007), el científico Selye, a través de sus investigaciones, descubrió que existe una reacción que ayuda a ajustar al organismo, la cual llamo “Síndrome General de Adaptación”, y su objetivo es enfrentar situaciones que amenazan la estabilidad del ser humano.

Define también el término estrés “como ‘la respuesta no específica del organismo a cualquier demanda del exterior’, mientras que al estímulo causante de estrés lo denominó ‘estresor’” (Sánchez; 2007: 15).

Posteriormente, a partir de la Segunda Guerra Mundial, según explican Lazarus y Lazarus (2000), surgió el interés por el término estrés, al observar que algunos soldados terminaban destrozados emocionalmente durante sus combates, por lo que fue necesaria su explicación psicológica, ya que requerían de los soldados que fueran más capaces de manejar su estrés. Al término de esta guerra se descubrió que el fenómeno también se presentaba en diferentes situaciones de la vida.

Resulta necesario señalar que “todos necesitamos de cierto estrés para movilizar nuestros esfuerzos para enfrentarnos a los problemas habituales del ser humano. El estrés es una respuesta natural a las exigencias de la vida y no es todo malo” (Lazarus y Lazarus; 2000: 281).

Es por ello que a partir de estos orígenes del término estrés, resultó importante realizar estudios dentro de la rama de la psicología que fueran más a fondo, así como el por qué algunas personas eran más sensibles que otras. Es por ello que en el siguiente apartado se hablará acerca de los enfoques teóricos del término estrés.

1.2. Tres enfoques teóricos del estrés.

En la presente investigación, al estudiar el estrés, se centrará en las tres perspectivas bajo las cuales se examina este hecho, las cuales serían: como estímulo, como respuesta y como interacción.

1.2.1. Estrés como estímulo.

Este tipo de estrés está relacionado con los sucesos que ocurren en el entorno del individuo, y según Hipócrates, éstos determinaban las situaciones de salud y enfermedad, lo cual provoca los cambios en la persona.

Este enfoque se basa en una metodología que “suele centrarse en la identificación de los estímulos potencialmente estresantes: presiones ambientales (ruidos), sociales (el racismo), psicológicas (la depresión), físicas (la discapacidad), económicas (la pobreza) y los desastres naturales (inundaciones)” (Travers y Cooper; 1997: 31). En conclusión, es posible que la toxicidad de cada estímulo pueda ser medida.

Según Selye (retomado por Travers y Cooper 1997), el estrés se divide en positivo, “eustrés”, que beneficia al individuo, y el negativo, llamado “distrés”, el cual puede afectar o causar un posible daño, tomando en cuenta que cada individuo posee cierto nivel de tolerancia al estrés.

1.2.2. Estrés como respuesta.

Este enfoque hace referencia a la reacción que la persona tendrá ante un estímulo del medio que le resulte amenazador o desagradable a su estabilidad. De acuerdo con Travers y Cooper (1997), el estrés se presenta en diferentes niveles, los cuales son: el psicológico, fisiológico y conductual, los cuales se encuentran relacionados entre sí.

Algunos niveles de estrés pueden ayudar psicológicamente, haciendo que la persona agregue provecho a sus actividades cotidianas, pero cuando éste va más allá del nivel óptimo, agota la energía, limitando el desempeño del individuo durante sus actividades.

Hans Selye dio a conocer el modelo del Síndrome General de Adaptación, el cual “reconoce tres fases en nuestra respuesta, a saber: A, la reacción de alarma, B, la etapa de resistencia, C, la etapa de agotamiento” (Fontana; 1992: 11).

Estas fases fueron explicadas de la siguiente manera: cuando “el organismo se alerta (reacción de alarma), se desencadena la actividad autónoma (la etapa de resistencia) y si esta actividad dura demasiado, se produce el daño y ocurre el colapso (la etapa de agotamiento)” (Fontana; 1992: 11). El autor explica que entre más agotamiento físico exista por el estrés, causará más agotamiento psicológico y viceversa.

Referente a los efectos psicológicos del estrés se han separado en los relacionados al “pensamiento y conocimiento (efectos cognoscitivos); con los sentimientos, las emociones y la personalidad (efectos emocionales), y con los

factores tanto cognoscitivos como emocionales (efectos conductuales generales)” (Fontana; 1992: 12).

De acuerdo con este autor, tales divisiones se presentan de la siguiente manera:

- En el área cognoscitiva, los efectos son: dificultad para concentrarse y mantener atención, deterioro en la memoria a corto y largo plazo, reducción en la velocidad de respuesta, aumento de errores, poca capacidad para organizarse y aparición de trastornos del pensamiento.
- Referente al área emocional, existe un aumento de tensión psicológica, hipocondría y cambios en la personalidad.
- Por último, en el área conductual se presentan problemas del habla, no se realizan actividades que antes eran agradables, existe ausentismo, consumo de drogas, bajo nivel de energía, pérdida del sueño, rechazo a la nueva información, amenaza de suicidio, entre otras. Estos efectos pueden variar de un individuo a otro.

1.2.3. Estrés como relación persona-entorno.

El estrés es un fenómeno que de acuerdo con Travers y Cooper (1997), se considera una exigencia por parte del entorno para la adaptación de la persona. Este

fenómeno se manifiesta cuando el individuo supera la capacidad de resistir las adversidades que se presentan y se ve debilitado.

Según este enfoque, “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).

Los anteriores autores consideran cinco aspectos principales del estrés:

1. Valoración cognitiva de la situación.
2. Experiencia y familiaridad que se tenga con la problemática.
3. Exigencia de la situación real y la percibida, la cual queda reforzada con las necesidades de los individuos.
4. Influencia interpersonal, ya que el modo en que se percibe la fuente de estrés depende de la presencia o ausencia de otras personas.
5. Un estado de desequilibrio, que genera estrategias de superación.

La relación que se produce entre la persona y su entorno es “un desequilibrio subjetivo entre las demandas que recibe la persona y sus recursos para satisfacerlas” (Lazarus y Lazarus; 2000: 282).

Según el nivel de desequilibrio que sienta la persona, así presentará mayor o menor grado de estrés. Cuando éste se encuentra por debajo, sentirá aburrimiento y cuando experimenta un nivel alto, presentará demasiada presión.

Por otra parte, se dice que “la cantidad de estrés no está definida sólo por las demandas, sino por las demandas en relación a los recursos que se tienen para enfrentarse a ellas” (Lazarus y Lazarus; 2000: 283).

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

1.3. Los estresores.

El estrés está relacionado con los cambios, por lo tanto, cualquier cambio en una rutina cotidiana es estrés, ya sea positivo o negativo. Lazarus y Folkman, lo describen al indicar que “el estrés es una relación particular entre la persona y el entorno, que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos, y que pone en peligro su bienestar” (referidos por Palmero y cols.; 2002: 425).

En el siguiente apartado se realizará una clasificación de los estresores del tipo psicosocial, tomando en cuenta que existen tres tipos de acontecimientos estresores: cambios mayores, menores y cotidianos, todos ellos se presentan en función de la intensidad del cambio que producen en la vida de las personas.

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

Los cambios mayores se refieren a todo tipo de cambio drástico en la vida de una persona, como lo son: “verse sometido a una situación bélica; ser víctima de la violencia o el terrorismo; sufrir importantes problemas de salud que impliquen por ejemplo una cirugía mayor o enfermedades terminales; el desarraigo y la migración; las catástrofes de origen natural, como terremotos, inundaciones o cataclismos; y, en general, las situaciones altamente traumáticas” (Palmero y cols.; 2002: 426).

Lo que tienen en común estos hechos es que todos provocan un efecto traumático y la consecuencia se mantiene por un tiempo prolongado. Por lo tanto, estos cambios serían los causantes de los patrones de estrés post-traumático.

El segundo estresor hace referencia a los cambios menores, que son aquellos acontecimientos vitales o circunstancias que pueden estar fuera de control de la persona, tales como “la muerte de un ser querido, una amenaza a la propia vida, una enfermedad incapacitante o la pérdida del puesto de trabajo; o también a otros tipos de acontecimientos que están fuertemente influidos por la propia persona, como es el caso de los divorcios, tener un hijo o someterse a un examen importante” (Palmero y cols.; 2002: 427).

De acuerdo con estos autores, existe una serie de áreas en la vida de cada persona en las cuales los cambios tienen trascendencia vital, haciéndolos altamente significativos. Las principales fuentes son cambios en:

- La vida conyugal, incluyendo el matrimonio, el ámbito extramarital, contraer un compromiso matrimonial, dificultades en la pareja, separación o muerte de alguno de los miembros de la pareja.
- La paternidad, ser padres, relaciones difíciles con los hijos o enfermedad de alguno de ellos.
- Relaciones interpersonales, problemas en la interacción con amigos, vecinos, compañeros, familiares, relaciones difíciles con el jefe.
- El ámbito laboral, trabajo, escuela, tareas domésticas, jubilarse, tener problemas escolares, entre otros.
- Las situaciones ambientales, cambios de residencia, amenazas a la integridad personal o inmigración.
- El ámbito económico, mal manejo de finanzas o cambio de situación económica.
- Cuestiones legales, ser detenido, encarcelado, tener pleitos legales o juicios.
- El propio desarrollo biológico, se refiere al proceso evolutivo de la persona, como la pubertad, cambio al estado adulto, menopausia o entrar a la edad adulta.
- Lesiones o enfermedades somáticas, padecer alguna enfermedad, sufrir algún accidente o someterse a una cirugía.

- En el caso de niños y jóvenes, factores familiares, como las relaciones frías o distantes entre los padres, hostilidad, trastornos somáticos o mentales en miembros de la familia, problemática entre los padres, familia adoptiva, pérdida de algún miembro de la familia, entre otros.

Por último, se mencionan los estresores cotidianos, referidos a los eventos no tan drásticos pero sí frecuentes, situaciones que pueden irritar a la persona o perturbarla en algún momento. “Actúan cambiando los patrones de comportamiento automatizados y manteniendo la activación del estrés hasta que se produce una acomodación a las nuevas condiciones” (Palmero y cols.; 2002: 430).

Este tipo de estresores presenta características como: cambios en las situaciones ambientales; cuando se tiene poca información para la toma de decisiones, situaciones impredecibles, incertidumbre, sobrecarga de información, entre otros.

Según Kanner y cols. (Retomados por Palmero y cols.; 2002) algunos ejemplos de este tipo de estresores son: las responsabilidades domésticas, aspectos relacionados con la economía, el trabajo, los problemas ambientales y sociales, el mantenimiento del hogar, la salud, vida personal y relaciones interpersonales.

De acuerdo con Palmero y cols. (2002), se pueden identificar dos tipos de estresores cotidianos:

1. Las contrariedades, que hacen referencia a situaciones que causan incomodidad emocional, demandas irritantes y pueden clasificarse en: problemas prácticos, como la pérdida de alguna pertenencia, estar en el tráfico, fenómenos meteorológicos, discusiones o problemas familiares.
2. Las satisfacciones, que hacen alusión a experiencias y emociones positivas, éstas disminuyen los efectos de las contrariedades.

Es decir, que el estrés requiere de conductas, las cuales ayudan a la adaptación del individuo ante las demandas que el entorno le impone. Por lo tanto, no todo el estrés es perjudicial para el organismo, lo inconveniente es cuando no existe la presencia de éste. El eustrés, se puede definir como “estrés que es bueno o produce un resultado positivo” (Ivancevich y Matteson; 1985: 248).

Este tipo de estrés es necesario para la vida cotidiana, dado que ayuda a realizar las actividades y cumplir metas; cuando existe la ausencia de éste, se da como resultado el distrés, que se define como el estrés negativo; “el mismo estímulo puede dar como resultado distrés en una persona y eustrés en otra. Parte de la tarea del manejo efectivo del estrés es reconocer las diferencias individuales” (Ivancevich y Matteson; 1985: 248).

1.3.2. Estresores biogénicos.

Los estresores biogénicos “actúan directamente en los núcleos elicidores neurológicos y afectivos, por virtud de sus propiedades bioquímicas inician

directamente la respuesta de activación del estrés sin el usual requisito del proceso cognitivo-afectivo” (Palmero y cols.; 2002: 431). Es decir, que actúan directamente causando estrés.

Los tipos de estresores, de acuerdo con los anteriores autores, son:

- Cambios hormonales: como los que se presentan en la pubertad, después de un parto o un aborto.
- Ingestión de sustancias químicas.
- Reacción hacia factores físicos, estímulos que provocan dolor, calor o frío extremo.
- Estrés alérgico, las reacciones de este tipo son parte del mecanismo de defensa del organismo.

1.3.3. Estresores en el ámbito académico.

En este tema se describirán algunas de las situaciones del contexto académico que se perciben como generadoras del estrés. De acuerdo con Polo y cols. (1996), existen diferentes estresores académicos, de los cuales se identificaron los siguientes:

- Exposiciones de trabajos.

- Intervención en el aula (responder preguntas).
- Realizar un examen.
- Acudir con un profesor a tutoría.
- Sobrecarga académica.
- Exceso de alumnos en las aulas.
- Competitividad entre los compañeros.
- Trabajar en grupo.

Por otra parte, Barraza (2003) describe otros estresores académicos que pueden llegar a presentar los alumnos:

- Exceso de responsabilidad.
- Interrupciones del trabajo.
- Ambiente físico desagradable.
- Falta de incentivos.
- Tiempo para hacer trabajos.
- Conflictos o problemas con los profesores y/o compañeros.

Además, “con la entrada y permanencia en la Universidad se presentan algunas circunstancias que contribuyen a la aparición del estrés en el estudiante” (Barraza; 2003: s/p). Entre ellas, el autor menciona:

- a) Dejar la casa paterna.

- b) Tener que viajar diariamente muchos kilómetros.
- c) Hacerse cargo de la economía.
- d) Compartir vivienda o vivir solo.
- e) Atender las responsabilidades académicas, las clases y las relaciones personales.
- f) Eventos positivos, como enamorarse o preparar un viaje de estudios, que también agregan tensión.

El estrés académico puede llegar a ser disfuncional cuando se presentan situaciones que no permiten que el alumno responda de manera correcta para lo cual se ha estado preparando.

También, según Pérez (retomado por Barraza; 2003), el estrés puede ser disfuncional cuando se mantiene un estado de alerta por más tiempo del que es necesario para responder a demandas, lo que trae como consecuencia síntomas como: dolores de cabeza, problemas gástricos, alteraciones en la piel, en el sueño, inquietud, dificultad para concentrarse, cambios en el humor, entre otros.

“El rendimiento académico puede verse afectado negativamente debido a que requieres de más tiempo para aprender, ante las respuestas en las pruebas académicas puedes bloquearte (pese a los conocimientos que tengas y a los esfuerzos que hagas para obtener buenos resultados)” (Barraza; 2003: s/p).

De acuerdo con Polo y cols. (1991), existen doce tipos de respuestas de estrés académico, las cuales son:

1. Preocupación.
2. El corazón late muy rápido, falta aire y la respiración es agitada.
3. Movimientos repetitivos con alguna parte del cuerpo, quedarse paralizado o los movimientos son torpes.
4. Sentir miedo.
5. Molestias en el estómago.
6. Fumar, beber o comer demasiado.
7. Pensamientos o sentimientos negativos.
8. Temblores en manos o piernas.
9. Dificultad para expresarse verbalmente o tartamudeo.
10. Inseguridad de sí mismo.
11. Boca seca y dificultades para tragar.
12. Sentir ganas de llorar.

1.4. Procesos del pensamiento que propician el estrés.

Esta categoría hace referencia a las distorsiones cognitivas, ya que aunque pueden ser irracionales, la persona las cree, lo cual le impide evaluar de manera adecuados los eventos. Albert Ellis (citado por Powell; 1998) identifica las distorsiones del pensamiento.

Ellis “expresó la teoría de que todo ser humano es incomparablemente racional e irracional: es posible rastrear todos los problemas emocionales y psicológicos hasta llegar a ideas y pensamientos irracionales o ilógicos” (Powell; 1998: 92). Por lo tanto, estos pensamientos distorsionan las ideas que son el resultado del aprendizaje de experiencias de la etapa temprana.

A continuación se expondrán las once ideas irracionales que son comunes en personas perturbadas, y las cuales generan estrés:

1. “Debo obtener el amor y la aprobación de todas las personas de la comunidad, especialmente de las que son más importantes para mí.
2. Debo ser perfectamente competente, suficiente y exitoso en todo logro antes de poder pensar en mí mismo como una persona valiosa.
3. No tengo control sobre mi propia felicidad. Mi felicidad está bajo el control completo de las circunstancias externas.
4. Mis experiencias pasadas y eventos en mi vida han determinado mi vida y mi comportamiento presente. No es posible erradicar la influencia del pasado.
5. Existe sólo una solución perfecta para cada uno de mis problemas. Si no la encuentro, será devastador para mí.
6. Las cosas peligrosas o temibles causan una gran preocupación. Debo pensar constantemente en las posibles calamidades y estar preparado para lo peor.
7. Debería depender de los demás y debo tener a alguien más fuerte que yo en quien pueda apoyarme.

8. Si mi vida no funciona de la manera en que yo la había planeado, será realmente terrible. Cuando las cosas funcionan mal, es una catástrofe.
9. Es más fácil evitar ciertas dificultades y responsabilidades que enfrentarlas.
10. Algunas personas son malas, inicuas, infames. Deberían ser acusadas y castigadas.
11. Uno debería preocuparse mucho por los problemas y las perturbaciones de los demás.” (Powell; 1998: 93-97).

En conclusión, éstos son algunos de los pensamientos que originan actitudes irracionales en las personas y las llevan a tener problemas en su vida cotidiana, causando así el estrés.

1.5. Los moduladores del estrés.

De acuerdo con Palmero y cols. (2002), las personas hacen uso de los recursos propios y sociales para afrontar el estrés, éstos dependen de las características de las situaciones y de las propias personas. A estos recursos los nombraron moduladores.

Es decir, “estos moduladores existen aunque el individuo no esté sometido a estrés y le afectan probablemente siempre, pero en las situaciones de estrés pueden destacar por ser capaces de determinar a casi todos los elementos que constituyen el núcleo del estrés” (Palmero y cols.; 2002: 427). En el apartado siguiente se describirán los moduladores de control percibido.

1.5.1. El control percibido.

Este modulador se refiere a “el grado en que uno mismo es capaz de controlar y lograr metas u objetivos deseados, regulando las dificultades que acontecen en el curso de su consecución” (Fontaine y cols., en Palmero y cols.; 2002: 528).

Se dice que este modulador puede tener efectos en la conducta, es decir, cuando una persona tiene la creencia de tener control de la situación, sea o no real, este pensamiento le ayudará a protegerse de los efectos negativos que podría provocarle el estrés. Este tipo de control depende de la información que la persona tenga y el procesamiento de las percepciones.

En un estudio realizado por Bourne (retomado por Palmero y cols.; 2002) acerca del efecto de la percepción de control sobre los niveles de cortisol plasmático en combatientes estadounidenses, arrojó como resultado que el entrenamiento de estos soldados les proporcionó estrategias de afrontamiento y control de las situaciones. Es decir que los altos niveles de cortisol incrementan el nivel de glucosa y por lo tanto, el metabolismo mantiene altos niveles de actividad.

1.5.2. El apoyo social.

En el modulador referente al apoyo social, se toman en cuenta los recursos que provienen de las demás personas, éste ayuda a reducir las consecuencias negativas del estrés. “La integración del sujeto dentro de redes sociales puede aportar beneficios directos relativos a la autoestima, la percepción de control, la expresión del afecto, el

empleo del sistema de atención sanitaria y, en definitiva, mejorar la salud física y mental” (Palmero y cols.; 2002: 529).

El mantener relaciones interpersonales satisfactorias ayudará al funcionamiento del organismo y ayuda a mejorar la salud. “el apoyo social es una fuente de recursos para hacer frente a las demandas” (Cascio y Guillén; 2010: 189).

En este apoyo, de acuerdo con los autores antes citados, se identifican dos mecanismos principales, los cuales son:

- La hipótesis del efecto indirecto o protector, la cual afirma que cuando las personas están expuestas a estresores sociales, sólo habrá efecto negativo en aquéllas que cuenten con un nivel de apoyo social bajo. Es decir, los recursos que otras personas aportan ayudan a disminuir la amenaza de los estresores.
- La hipótesis del efecto directo o principal, se refiere a que el apoyo social ayuda a la salud y bienestar. Por lo tanto, “a mayor nivel de apoyo social, menor malestar psicológico y a menor grado de apoyo social, mayor incidencia de trastornos” (Cascio y Guillén; 2010: 190).

En conclusión, el apoyo social puede ayudar a prevenir o disminuir la percepción de amenaza, evitando así la presencia del estrés.

1.5.3. El tipo de personalidad: A/B.

El tipo de personalidad en relación con el estrés, se distingue mediante el empleo de instrumentos de gran escala, los cuales son cuantitativos, y también de entrevistas personales a profundidad. Existen dos tipos de personalidades, las cuales se clasifican de acuerdo con ciertos criterios de conducta que presenta la persona, éstas se denominan de tipo A y B.

“A finales de los años 50, los cardiólogos Friedman y Rosenman (1959) observaron que sus pacientes con enfermedades coronarias compartían un patrón de conducta similar y unas reacciones emocionales que ellos denominaron conducta del tipo A” (Travers y Cooper; 1997: 91).

Esta conducta implica ciertas características, que de acuerdo con Travers y Cooper (1997) son: agresividad, estos sujetos son impulsivos, impacientes con los demás, no acuden al médico con frecuencia, realizan muy poco ejercicio, son intolerantes, exigentes, presentan movimientos bruscos y forma de hablar acelerada, poco interés por los eventos sociales y dedican poco tiempo para su descanso, por mencionar algunas.

Unas de las principales particularidades de la conducta tipo A y que son causantes de que estos individuos experimenten una gran cantidad de estrés, son:

1. Alta competitividad, perfeccionismo.
2. Urgencia del tiempo, impaciencia.
3. Hostilidad, enojo.

Por otra parte, el enojo puede ser definido como la creencia que tiene el individuo de haber sido indignamente ofendido. Por lo tanto, se da una relación entre el enojo, la hostilidad y la agresión (Travers y Cooper; 1997).

El enojo constituye el componente emocional del complejo: enojo-hostilidad-agresión. Éste varía en cuanto a su intensidad, yendo desde una simple irritación o enfado hasta la rabia y la furia. En relación con la hostilidad, se refiere a las creencias negativas y de destrucción que guían el comportamiento de una persona, como el oponerse, e incluso hacer daño a las demás personas. Por último, la agresión representa las acciones de ataque, destrucción y daño, siendo la conducta manifiesta del enojo, la cual puede ser física o verbal.

Por otra parte, “los individuos del Tipo B se ven libres de estos rasgos, no sufren debido a la urgencia ni la impaciencia, no albergan hostilidades injustificadas, pueden relajarse y hacer ‘sin sentir culpabilidad’” (Travers y Cooper; 1997: 93).

Otras características de la personalidad del tipo B serían: que reaccionan de manera pausada, dedican tiempo al ocio recreativo, escuchan a los demás, les agrada dar y recibir, sienten afecto por los demás y gustan de la convivencia social.

1.5.3.1. Personalidad tipo A y problemas cardiacos.

Según Ivancevich y Matteson (1985), la personalidad del tipo A tiene la misma capacidad de provocar enfermedades cardíacas que los factores de edad, presión sanguínea alta y colesterol tomados en conjunto, a causa del estrés.

Esta conducta se encuentra altamente relacionada con las enfermedades cardíacas, existen dos explicaciones para los efectos de ésta:

1. “Los individuos del tipo A, en virtud de su conducta característica, aumentan la probabilidad de exposición a ciertos estresores (como la sobrecarga), mientras que disminuyen su resistencia al estrés al negarse a relajarse, tomar vacaciones, disminuir el peso, etc.” (Ivancevich y Matteson; 1985: 205). Por lo tanto, estos individuos crean estrés por sí mismos al exponerse a los estresores.
2. De acuerdo con estos autores, la segunda interpretación señala que dependiendo del ambiente del individuo, así será su conducta.

1.6. Los efectos negativos del estrés.

Para finalizar este capítulo, en este subtema, de acuerdo con Ivancevich y Matesson (1985), se mencionarán algunas de las enfermedades que son relacionadas con el estrés constante en las personas.

- Hipertensión: enfermedad de los vasos sanguíneos, en la cual la sangre fluye a través de las arterias a presión elevada; en casos extremos, la presión permanece en niveles altos.

- Las úlceras: lesiones inflamatorias en el estómago o intestino, una causa serían los altos niveles de cortisona, sustancia que aumenta con los periodos de estrés.
- La diabetes: enfermedad que implica deficiencias de insulina, tiene como consecuencia que las personas no pueden absorber suficiente azúcar de la sangre. El estrés aumenta el azúcar en la sangre, lo cual hace que incremente la secreción de insulina.
- Las jaquecas: son el resultado de la tensión muscular, por lo común es un estresor que lleva a la tensión muscular, lo cual hace que aumente la severidad y duración de la jaqueca.
- El cáncer: “Una teoría actual sobre el cáncer es la de que células mutantes (cáncer) se están produciendo continuamente en nuestro cuerpo, pero que normalmente son destruidas por el sistema inmunológico antes de que puedan multiplicarse y crecer.” (Ivancevich y Matteson; 1985: 107). Por lo tanto, los estresores provocan que el sistema inmunológico sufra algunas alteraciones, lo cual trae como consecuencia el cáncer.

En conclusión, a lo largo de todo el anterior capítulo, se pudo comprender que existen características tanto individuales como ambientales, las cuales ayudan a los individuos a controlar los niveles de estrés o al contrario, los vuelven más vulnerables a la presencia de este padecimiento.

CAPÍTULO 2

TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Este segundo capítulo contiene información más afondo acerca de los trastornos alimenticios, con el objetivo de que el lector comprenda cuáles son los factores más importantes referentes a este tema, como sus antecedentes, definición, trastornos alimenticios más comunes y los de la infancia, esfera oroalimenticia, causas, factores predisponentes individuales, familiares y socioculturales, percepción del cuerpo en el trastorno alimenticio, factores que lo mantienen, los trastornos mentales asociados a los alimenticios y tratamiento.

2.1. Antecedentes históricos de la alimentación.

Desde la antigüedad, existen conductas alimentarias desordenadas. Anteriormente “los banquetes donde se comía de forma desmesurada y exageradamente tenía, un carácter social de demostración de poder y, en ocasiones, un marcado simbolismo sagrado; durante estos banquetes el vómito era un procedimiento usual para volver a comer” (Jarne y Talarn; 2000: 141).

Por otra parte en la cultura cristiana, la restricción de la comida también estuvo relacionada, realizaban ayunos como una penitencia. En las primeras teorías, según Jarne y Talarn (2000), lo describen como una alteración con origen panhipopituitario. Después surgieron hipótesis psicológicas, en especial del tipo psicoanalítico.

Russell (retomado por Jarne y Talarn; 2000), describe un cuadro con las características de los episodios de ingesta voraz y conductas de purga, las cuales vinculaba con la anorexia nerviosa. A este episodio le denominó bulimia nerviosa.

La presencia de los trastornos de la imagen corporal, es una de las características que presenta un enfermo con diagnóstico de trastornos alimenticios según Jarne y Talarn (2000), estos pacientes sienten una gran insatisfacción con su cuerpo y con ellos mismos, asociándose a una baja autoestima. Tienen una obsesión por obtener un bajo peso y una extrema delgadez, derivada de un deseo y búsqueda constante de satisfacción personal.

En este sentido, “se define la imagen corporal como la ‘representación diagramática del propio cuerpo en la conciencia” (Jarne y Talarn; 2000: 144). Esta definición se complementa con otra, la cual menciona los sentimientos y actitudes hacia el propio cuerpo. Por lo tanto, la imagen corporal está conformada por dos aspectos: el cognitivo y el emocional.

2.2. Definición y características clínicas de los trastornos alimenticios.

De acuerdo con la APA (2002), los trastornos alimenticios se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria. Dos de los más comunes son la anorexia y bulimia nerviosa. La primera se trata de un rechazo a mantener el peso en valores normales, mientras que la segunda se manifiesta a través de episodios de

voracidad seguidos por vómitos provocados, uso de diuréticos o laxantes, a continuación se revisará más a fondo cada uno de ellos

2.2.1. Anorexia nerviosa.

Este tipo de trastorno consiste en “el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, es un miedo intenso a ganar peso y en una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo” (APA; 2002: 553). Las mujeres que lo padecen pueden presentar amenorrea, como consecuencia de la pérdida de peso.

La persona con este tipo de trastorno mantiene un peso por debajo de lo normal de acuerdo con su peso y talla, consiguiendo esto a través de una disminución de la ingesta de comida, sintiendo un miedo a aumentar de peso, y aun, cuando bajen de peso el miedo sigue aumentando.

De acuerdo con la APA (2002), estas personas tienen poca conciencia de su alteración, existe una negación ante dicho padecimiento y su autoestima depende en gran medida a su peso y forma corporal. También se describen dos subtipos, los cuales son:

- Tipo restrictivo: se refiere a la pérdida de peso debido a dietas, ayunos y ejercicio intenso.

- Tipo compulsivo negativo: la persona tiene atracones, purgas o ambos; después de esos episodios se provoca vómitos o utiliza diuréticos o laxantes de manera excesiva.

También dentro del trastorno de la anorexia describe la atípica, este término se utiliza para aquellos casos que no cumplen todas las características de la anorexia nerviosa.

2.2.2. Bulimia nerviosa.

La APA (2002) describe el segundo trastorno alimenticio común en las personas, el cual es la bulimia nerviosa y consiste en atracones de comida, seguidos de conductas compensatorias inadecuadas para evitar ganar peso.

“Se define atracón como el consumo a lo largo de un período corto de tiempo de una cantidad de comida muy superior a la que la mayoría de los individuos comería” (APA; 2002: 559). Se debe tomar en cuenta el contexto en el cual se realiza el atracón.

La cantidad de comida que se ingiere es anormal, se acompaña de una sensación de falta de control; el sujeto se avergüenza de su conducta por lo cual trata de ocultar los síntomas. Estos episodios pueden en algunas ocasiones ser planeados con anterioridad. En ciertos casos el vómito se vuelve su objetivo.

De acuerdo con la APA (2002), las personas que presentan este trastorno pueden llegar a estar sin comer uno o más días y realizar ejercicio intenso como una

conducta compensatoria después de haber tenido atracones. Ya que ponen mucha atención en su peso e imagen corporal, sienten miedo a ganar peso y un deseo por adelgazar, en este sentido, se describen dos subtipos:

- Tipo purgativo: la persona se provoca vómito, hace mal uso de laxantes, diuréticos y enemas.
- Tipo no purgativo: emplea otros métodos compensatorios, como ayunar o practicar ejercicio intenso.

En el caso de la bulimia nerviosa, se incluye la atípica, este término se utiliza en los casos que no cumplen algunos de los síntomas principales que caracterizan a este trastorno.

2.2.3. Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas.

Este término, de acuerdo por la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión (CIE-10, retomada por Castillo y León;2005), se refiere a la ingesta excesiva de alimentos a consecuencia del estrés, lo cual puede desencadenar obesidad. También recibe el nombre de hiperfagia psicógena.

2.2.4. Vómitos en otras alteraciones psicológicas.

También son conocidos como vómitos psicógenos, “pueden aparecer vómitos repetidos, no autoprovocados, en cuadros disociativos, en la hipocondría, como uno de los muchos síntomas corporales experimentados, y en el embarazo en donde factores emocionales pueden facilitar la aparición de vómitos o náuseas recurrentes” (Castillo y León; 2005: 225).

2.2.5. Trastornos de la conducta alimenticia en la infancia.

Este tipo de trastorno se presenta en la infancia y en la niñez. “El niño rechaza los alimentos o presenta conductas muy caprichosas que se alejan bastante de lo que es una conducta alimentaria normal y lo hace frente a su cuidador habitual” (Castillo y León; 2005: 225).

Se debe descartar que sean caprichos que se presentan con frecuencia en la infancia, ya que este suceso supera alarmantemente la normalidad. De acuerdo con Castillo y León (2005), los trastornos con los cuales se realiza el diagnóstico diferencial son:

1. Trastornos en los cuales el niño come bien con adultos que no sean su cuidador habitual.
2. Enfermedad orgánica que explique el rechazo a la comida.
3. Anorexia y otros trastornos de la conducta alimenticia.
4. Trastornos psiquiátrico más amplio.
5. Pica (deseo de ingerir sustancias no comestibles).

6. Trastorno de la conducta alimenticia por malos tratos.

De acuerdo con Jiménez (1997), no existe un sistema de clasificación de los desórdenes alimenticios en la infancia. Desde el punto de vista de la psicología, se han propuesto algunos tipos de categorización de los problemas alimenticios infantiles más frecuentes, tales como:

- Comportamientos disruptivos durante la comida y hábitos alimenticios inadecuados: se refieren a los hábitos que tiene el niño a la hora de la comida, lo cual incluye comer sólo si se está de pie, jugando, si el adulto lo mira o le cuenta alguna historia; se niega a utilizar los cubiertos cuando se requieren, en sí, todos aquellos comportamientos que dificultan el establecimiento de hábitos alimenticios adecuados.
- Rechazo de alguna clase de comida; “la mayor o menor gravedad de este problema radica en si el rechazo de niño es sólo de algún alimento concreto que puede ser sustituido por otro de características similares, o, por el contrario, la gama de alimentos que se niega a ingerir es tal que puede afectar negativamente a la salud del infante” (Jiménez; 1997: 212). La negación puede ser debido al olor, sabor o su dificultad de ingerir ese alimento.
- Negación a tomar alimentos sólidos, sólo ingiere alimentos líquidos, este rechazo puede ser sólo a algunos alimentos consistentes.
- Ingesta de comida mezclada, sólo come aquellos alimentos que están triturados y con mezcla de sabores. El problema puede ser provocado por el adulto que

alimenta al niño, ya que cuando este es lento para comer, el cuidador mezcla la comida acostumbrándolo a ingerir los alimentos con el menor esfuerzo y con una mezcla de sabores.

- Falta de apetito, en este caso es importante conocer acerca del desarrollo evolutivo normal del infante.
- Tiempo de comida excesivo, este depende de la edad del niño y del momento de la comida. Los motivos de la lentitud son varios, los cuales se resumen en: “rechazo a ingerir el alimento que se le ha preparado; negación a pasar de la comida triturada a la comida sólida; rechazo a tomar toda la comida que los padres quieren que coma; excesivos estímulos distractores a su alrededor que favorecen su falta de atención al acto de comer” (Jiménez; 1997:215).
- Los vómitos, para este caso es importante descartar cualquier otro problema físico. Esta situación puede darse por un rechazo a la comida o en algunos casos, a ciertas situaciones.

2.3. Esfera oroalimenticia en el infante.

En el apartado siguiente se presentará información acerca de la esfera oroalimenticia en la etapa de la infancia, haciendo referencia a los reflejos del ser humano, los cuales según Ajuriaguerra (1973) son innatos, es decir, existen desde el nacimiento. Este reflejo se refiere a la actividad oral como la fuente de satisfacción en las necesidades alimenticias, siendo su primer medio de contacto con el mundo

exterior y su fuente de contacto con el objeto de amor, que está representado por la madre.

2.3.1. Organización oroalimenticia.

Como se mencionó anteriormente, los seres humanos desde muy temprana edad cuentan con una serie de reflejos, dentro los cuales se encuentra el de succión, el cual hace referencia a la manera en que el niño focaliza o busca el objeto, de esta manera comienza su exploración del mundo externo.

El recién nacido no reconoce a la madre como el objeto amado, lo reconoce como una dependencia, de acuerdo con Spitz (retomado por Ajuriaguerra;1973).

“La actividad oral es fuente de satisfacción y biológica necesidad de nutrición. Es también una fuente de contacto mediante la apropiación de un objeto externo” (Ajuriaguerra; 1973: 179).

Según K. Abraham (retomado por Ajuriaguerra;1973), el periodo oral está dividido en dos fases:

1. Fase pre ambivalente, en la cual no existe el objeto, sólo se busca el placer de la succión.
2. Fase ambivalente, después de que los dientes salen, su objetivo es morder los objetos.

Algunos autores otorgan gran interés al tipo de alimentación infantil en su posterior organización de la psique. “El comportamiento oroalimenticio constituye la base misma de la relación objetal al comienzo de la vida infantil” (Ajuriaguerra; 1973: 181).

2.3.2. Alteraciones en la esfera oroalimenticia.

En este siguiente tema se hablará sobre algunos tipos de anorexia que se presentan en las etapas de recién nacido hasta la segunda infancia.

Entre las primeras semanas de vida o el primer día, podrá aparecer la anorexia esencial precoz, la cual es relativamente rara, se presenta por lo regular “en niños con bajo peso, nerviosos, muy despiertos. Al principio muestran una pasividad ante la comida, y pasados algunos meses se muestran reacios a comer” (Ajuriaguerra; 1973: 185).

En el primer semestre de vida del recién nacido, entre el cuarto y quinto mes, de acuerdo con Ajuriaguerra (1973), se tienen cambios en el desarrollo y la presencia de la anorexia es más frecuente, la cual se presenta de dos diferentes tipos:

- Anorexia inerte: es cuando el niño no tiene iniciativa para ingerir su alimento o no coopera. La leche se le escapa por sus comisuras o vomita la poca que ingirió.

- Anorexia de oposición: es un rechazo a la comida, mediante distintos métodos como llorar, rotación tónica, no comer y presentar vómitos.

“Se entabla la relación madre-niño, por vía oral, como rechazo o aceptación. La pasividad o rebeldía ante la comida son las únicas formas de manifestar su personalidad en oposición al adulto; inicialmente, su rechazo o su pasividad corresponderá a la manera de comportarse la madre” (Ajuriaguerra; 1973: 185).

L. Kreisler (retomado por Ajuriaguerra;1973) distingue dos tipos de anorexia que se presenta en el segundo semestre:

- La anorexia simple, se trata de una conducta de rechazo, descartando una pérdida del hambre o de apetito.
- La anorexia compleja, la cual está caracterizada por la intensidad de los síntomas. El niño se muestra desinteresado ante la comida, menciona que la anorexia más grave, se relaciona con un conflicto en la relación con la madre.

“La anorexia infantil no es un síntoma ni hay que tratarla como tal sin antes considerar al detalle todo lo referente a su manera de comer: las condiciones en que se efectúa, horarios y número de comida, cantidad de comida, ambiente en que ha de comer, etc.” (Ajuriaguerra; 1973: 186).

Referente a la anorexia de la segunda infancia, Ajuriaguerra (1973) menciona que suele seguir a la de la primera, pero se manifiesta también en niños que han tenido durante su primer año una alimentación normal, y el rechazo a la comida se presenta a causa de ciertos rituales en el ambiente familiar o es por una oposición a la rigidez paterna.

2.4. Perfil de la persona con trastornos en la alimentación.

En el siguiente tema, se presentarán algunas de las características que poseen las personas que tienen predisposición a padecer algún tipo de trastorno alimentario, tales como:

- Problemas con la autonomía: el sujeto tiene dificultad para funcionar de manera dependiente, ya sea de su familia, amigos o demás personas, ya que vive pendiente de cumplir las expectativas de otros. “Cuando la seguridad está puesta exclusivamente en el exterior, en cumplir con lo que se supone que se espera de uno, en adecuarse a la imagen que otros puedan tener de uno, es inevitable que se tenga una cierta sensación de ineficiencia personal” (Costin; 2003: 73).
- Déficit en la autoestima: según Costin (2003), las personas desarrollan la imagen sobre sí mismos, por lo tanto, el grado en que ellas se aceptan, es conocido como autoestima. Entre menos parecido tenga la persona frente a lo que considera ideal, menor será su autoestima.

- Camino a la perfección y el autocontrol: la tendencia al perfeccionismo se relaciona con el peso corporal, para alcanzar una imagen perfecta, las personas deben mantener el cuerpo ideal y según Costin (2003), terminan convenciéndose de que si logran mejorar su apariencia, se transformarán, lo cual refuerza la inseguridad en ellos.
- Miedo a madurar: los trastornos de la alimentación se desarrollan por lo general en el periodo que va desde la pubertad, pasando por la adolescencia, hasta la juventud” (Costin; 2003: 77). Se presenta un periodo de cambios físicos, sexuales, emocionales y sociales, en el cual la intolerancia a la realidad se vuelve una dificultad para aceptar su cuerpo.
- Es común que los trastornos alimenticios comiencen durante la adolescencia, debido a esos grandes cambios.
- También se manifiesta poca estabilidad emocional.

2.5. Causas del trastorno alimenticio.

Existen algunos factores predisponentes, que pueden hacer a una persona más vulnerable para desarrollar los trastornos de la alimentación. “Predisponer significa ‘preparar con anticipación una cosa o el ánimo para un fin.’” (Costin; 2003: 52).

Estos factores se dividen en individuales, familiares y socioculturales; cuando se presentan, hacen que las personas cuenten con ciertos elementos, los cuales provocan una predisposición en su estado de ánimo.

2.5.1. Factores predisponentes individuales.

Los factores individuales que influyen en la conducta alimenticia, tienen una relación con las creencias, el aprendizaje, las actitudes y la constitución psicofisiológica de cada persona. De acuerdo con Ogden (2005), los alimentos representan aspectos de la identidad de la persona, referentes a género, sexualidad, conflictos, autocontrol, interacción social, amor y poder.

Helman (retomado por Ogden; 2005) clasifica cinco tipos de sistemas de las comidas, que son:

1. Comida frente a no comida: sustancias que son comestibles ante las que no lo son.
2. Comidas sagradas frente a profanas: se refiere a las que son válidas por las creencias religiosas y las que no lo son.
3. Clasificación de comidas paralelas: menciona que los alimentos pueden calificarse culturalmente como calientes o fríos, y los relaciona con la salud.
4. Comida como medicina, medicina como comida: es la separación y el solapamiento entre la comida y medicina, es decir, algunos alimentos se utilizan o se evitan en ciertos estados de salud, y otros se utilizan como remedio para algunos problemas de salud.
5. Comidas sociales: se refiere a la función que tiene la comida ante las relaciones sociales.

“La comida transmite el sentido del yo, actúa como medio de comunicación entre individuos y es fundamental para el establecimiento de una identidad cultural” (Ogden; 2005: 66). La comida puede comunicar ciertos significados referentes a un tiempo y un espacio específico, que de acuerdo con este autor, pueden ser:

- La comida como afirmación del yo: dado que facilita información sobre la identidad personal y actúa como la comunicación de necesidades internas, conflictos y el sentido del yo. Representa la sexualidad, culpabilidad y placer, comer y negación, así como el autocontrol.
- Comida y sexualidad: se les relaciona a ambas áreas por tratarse de impulsos básicos para la supervivencia.
- Comer frente a la negación: principalmente en las mujeres, la comida representa un conflicto entre la conducta de comer y la negación, ya que ellas son las proveedoras de la comida, pero también deben mantenerse delgadas.
- Culpabilidad frente a placer: existen algunos alimentos que se asocian a los sentimientos de placer y culpa, y aparecen después de consumirlos.
- La comida y el autocontrol: las dietas son el medio perfecto del autocontrol, por lo tanto, “la comida comunica aspectos del yo en relación con la sexualidad, los conflictos entre la culpabilidad y el placer, el comer y la negación y es una declaración de autocontrol” (Ogden; 2005: 73).
- La comida como interacción social: es un instrumento de comunicación entre las familias, la comida puede crear la identidad de un grupo.

- La comida como amor: se refiere a que es un medio para satisfacer y agradecer.
- Salud frente a placer: puede ser un conflicto entre la salud y el placer, ya que un alimento que es saludable es lo último que la persona desea.
- Relaciones de poder: en la mayoría de los grupos patriarcales, la comida simboliza el poder, es decir, “la comida lleva consigo un significado y constituye una forma fundamental de comunicación en la interacción de los individuos. En este contexto social, la comida es un foro para las expresiones de amor y atención y para los conflictos entre salud y placer, y es símbolo de las relaciones de poder en el seno de la familia” (Ogden; 2005: 76).
- La comida como identidad cultural: es decir, como cultura en los sentidos de identidad religiosa y como poder social, especialmente en el significado de la carne.
- La comida como identidad religiosa: “ingerir los alimentos, preparar la comida y darla a los demás se convierte en un medio a través del cual puede comunicarse la santidad dentro de la familia” (Ogden; 2005: 76).
- La comida como poder social: representa un símbolo de estatus ante los demás.

El consumo de alimentos influye en el estado físico del cuerpo, produciendo cambios en el aspecto. Las representaciones físicas que las personas tienen de sí mismas, son influidas por algunos aspectos tales como: las representaciones de los medios de comunicación, el significado del sexo y del tamaño.

De acuerdo con Orbach (retomado por Ogden; 2005), la delgadez y el peso corporal representan un conjunto de significados, los cuales se dividen en:

- Control: se refiere a la capacidad por controlar el yo, representando a la delgadez como el control de los impulsos, el deseo y su estado interno, viendo a la persona delgada como alguien psicológicamente estable.
- Libertad: la delgadez refleja la libertad respecto a la clase social, simboliza una evasión de las mujeres a ser reproductoras, es decir, ser esbelta es una oposición a la fertilidad.
- Éxito: la delgadez representa el éxito y la perfección moral.

2.5.2. Factores predisponentes familiares.

“Cuando algún miembro de la familia desarrolla un trastorno de alimentación, inevitablemente todos los demás están involucrados, aunque no porque sean sus causantes” (Rausch; 1996: 43). Ningún miembro queda exento de estar afectado, por lo tanto, el enfermo no es el único que tiene problemas.

De acuerdo con Rausch (1996), existen ciertas características en las familias que cuentan con algún integrante que padece algún tipo de trastorno alimenticio, tales como:

- Poca comunicación entre los integrantes.

- Incapacidad para resolver conflictos.
- Sobreprotección por parte de los padres.
- Rigidez y falta de flexibilidad para resolver nuevas situaciones.
- Ausencia de límites.
- Expectativas altas de los padres.
- Historias familiares con casos de depresión y alcoholismo.
- Familias que suelen inhibir la agresividad y hostilidad.
- Rivalidad entre hermanos provocada por los padres.
- Tensión familiar.
- Jerarquías alteradas.
- Fallas en el control que inhiben la autonomía de los integrantes de la familia.

Por lo tanto, cuando las familias cuentan con algún integrante que ha desarrollado algún tipo de trastorno alimentario, se suele generar un estrés que agrava, o bien, oculta dificultades que se pueden presentar.

2.5.3. Factores socioculturales.

El contexto sociocultural recompensa la delgadez y está en contra de la gordura. Los medios de comunicación muestran a las mujeres de figura esbelta con una vida sofisticada, aceptadas socialmente y con éxito. Cuando se refieren a un cuerpo ideal,

no se refieren a la salud o bienestar de la persona, sino a la moda que se tiene en el momento.

De acuerdo con Costin (2003), la persona que padece algún trastorno de la alimentación, se obsesiona tanto con la comida y el comer, que dispone de poco tiempo para estar bien y pensar en un adecuado desempeño en sus actividades laborales, escolares o sociales. Este trastorno es propio de la clase media alta.

“La sociedad comunica claramente que el papel más importante de la mujer es ser atractiva físicamente, y los medios perpetúan y refuerzan esta idea sugiriendo que la totalidad de la mujer se expresa —casi únicamente— a través de la imagen corporal” (Costin; 2003: 61).

Anuncios en los medios de comunicación muestran que las mujeres deben ser delgadas, saludables, sexys y triunfadoras, haciéndolas ver como las súper mujeres, que luzcan un cuerpo perfecto, lo cual les ayudará a ser triunfadoras en todos los sentidos de su vida, al tener un gran control sobre su vida.

Costin (2003) menciona que el control del peso llega a ser lo más importante en las vidas de las personas con algún trastorno alimenticio, de modo que aparecen como consecuencia: la ansiedad, culpa, miedo y en realidad, la pérdida de control de la alimentación que se creía tener.

Algunos de los prejuicios que se tienen contra la obesidad, según Costin (2003), son:

- Los obesos lo son porque comen más que los no obesos.
- Los obesos tienen más problemas psicológicos que los no obesos.
- La obesidad, aun moderada, está asociada con un incremento de la mortalidad.
- Los tratamientos con dietas prolongadas son satisfactorios.

De acuerdo con Costin (2003), es importante tener en cuenta que existen factores genéticos contra los que no se puede luchar y que se debe cuidar la discriminación a la que se está sometiendo a las personas obesas, ya que la anorexia y la bulimia nerviosa traen peores consecuencias que la obesidad contra la cual se lucha.

2.6. Percepción del cuerpo en el trastorno alimentario.

Se define la imagen corporal según Schilder (retomado por Ogden; 2005) como el cuadro del propio cuerpo que se forma en la mente de las personas. Esta representación está conformada por dos aspectos; el cognitivo y el emocional.

Cuando existe una distorsión en la imagen corporal, entonces surge la insatisfacción corporal, la cual adopta muchas formas y puede presentarse desde perspectivas diferentes que, según Ogden (2005), son:

- Como imagen corporal deformada: es la percepción de que el cuerpo es más voluminoso de lo que en realidad es.
- Como discrepancia del ideal: es una desigualdad entre la percepción de la realidad y lo ideal.
- Como respuestas negativas al cuerpo: sentimientos y pensamientos negativos del cuerpo.

De acuerdo con Fallon y Rozin (citados por Ogden; 2005), convencionalmente, las preocupaciones por el peso y la figura del cuerpo se asocian con las mujeres, ya que pueden mostrarse más insatisfechas con su cuerpo que los hombres.

Las mujeres muestran preocupación con partes de su cuerpo como el estómago y caderas, mientras que los hombres se preocupan por su aspecto físico, la fuerza de su tronco y condición física, deseando volumen, a diferencia de la mujer.

Por lo tanto, parece que la “insatisfacción corporal no sólo es una característica de las mujeres jóvenes, sino que también está presente en varones y mujeres de todo el espectro de edades” (Ogden; 2005: 103).

Referente al aspecto sexual, puede relacionarse con la insatisfacción corporal, sin embargo, según Ogden (2005), la homosexualidad está asociada con una menor insatisfacción corporal en el caso de las mujeres, y en el caso de los hombres, se tiene una mayor relación.

En lo que respecta al carácter étnico, algunas investigaciones indicaban que “las mujeres blancas están más insatisfechas con su cuerpo que las asiáticas y las negras” (Ogden; 2005: 104).

Por último, lo que se refiere a la clase social, no existe algo claro que pruebe los resultados de que las clases elevadas estén más relacionadas con la insatisfacción corporal.

Existen algunos factores sociales de la insatisfacción corporal, los cuales Ogden (2005) los describe como:

- Medios de comunicación: se le relaciona como una respuesta a las representaciones de mujeres delgadas en los diferentes medios de comunicación.
- Cultura: la influencia de la cultura de una persona sobre la insatisfacción corporal.
- La familia: destacando el papel de la madre, ya que si ellas están descontentas con su cuerpo, comunican esta sensación a sus hijos.

También existen algunos factores psicológicos que de acuerdo con Ogden (2005) generan la insatisfacción corporal, tales como:

- Las creencias de los individuos y de los integrantes de su familia.
- La naturaleza de la relación madre-hija.
- El control del consumo de la sociedad.
- Discrepancia entre lo que se quiere ser y lo que se es.
- Sentimientos y pensamientos negativos del cuerpo.

Algunas consecuencias de la insatisfacción corporal serían:

- Sometimiento al ejercicio físico en exceso.
- Fumar.
- Sometimiento a un régimen alimentario.
- Cirugías estéticas.
- Crítica hacia el propio cuerpo.
- Trastorno de la imagen corporal, que hace referencia a un trastorno de la percepción e interpretación y una sensación de no control respecto a la funciones corporal propias.

2.7. Factores que mantienen los trastornos alimentarios.

Existen factores que contribuyen al desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria. En el presente apartado se hablará acerca de los elementos perpetuantes, es importante mencionar que perpetuar es “hacer perpetua una cosa; perdurar; dar a las cosas duración extensa, incesante, eterna, sin fin” (Costin; 2003: 89).

Se expondrán algunas de las complicaciones fisiológicas y psicológicas que son derivadas de una deficiente alimentación, cabe mencionar que un cuerpo mal alimentado causa malestar anímico y emocional, no tiene fuerzas y por lo tanto, se ven afectados el ánimo y las funciones del organismo.

En una investigación realizada en Minnesota (Costin;2003), en los años cuarenta, para medir los efectos y los riesgos relacionados con las dietas restrictivas, se encontró que cualquier persona que se imponga una restricción calórica, padezca o no un trastorno alimentario, corre el riesgo de enfermarse con iguales características.

Estas personas presentan ciertas características conductuales como; intolerancia, irritabilidad, autodestructivas y con cambios bruscos de humor, desesperación sobre el futuro, influencia sobre la manera de pensar, sensaciones de depresión y descontrol, inseguridad, asco respecto de los hábitos alimenticios de los demás, de igual manera, dejan de hacer actividades que antes disfrutaban.

Durante esta investigación, “se observaron otras conductas vinculadas con el apetito, como buscar en tachos de basura, robar comida y guardarla para consumirla a escondidas” (Costin; 2003: 96).

La incorrecta alimentación que tienen las personas que desarrollan algún tipo de trastorno alimentario, tiene impacto también en otras áreas, como la social: se aíslan, no participan en actividades grupales y tiene poca interacción con los demás, manifiestan a la vez poco interés amoroso y sexual. Las personas sometidas a la investigación mencionada con anterioridad, tuvieron como resultado dificultades en la concentración, comprensión y alteraciones en el estado de alerta.

De acuerdo con Costin (2003), existen importantes transformaciones físicas que son evidentes en la persona con un trastorno alimentario, las cuales son:

- Cefaleas.
- Hipersensibilidad a la luz y a los ruidos.
- Molestias gastrointestinales: acidez, constipación y diarreas.
- Problemas de visión y auditivos.
- Adormecimiento de miembros.
- Calambres y pérdida de cabello.
- Enlentecimiento metabólico.
- Disminución de la tolerancia al frío.
- Cambios cardiológicos.
- Amenorrea.
- Debilidad muscular y deshidratación.

2.8. Trastornos mentales asociados a los trastornos alimentarios.

En el siguiente tema se expondrán dos de los trastornos mentales asociados a los trastornos alimentarios, los cuales son: depresión y ansiedad. Se hará un enfoque específico hacia estos, por la misma naturaleza de la investigación.

Los trastornos de la alimentación se presentan en mayor o menor medida en el caso de la depresión mayor con melancolía, se desarrolla una pérdida del apetito en exceso, llegando a presentar síntomas que forman parte de los criterios diagnósticos de la anorexia. Con respecto a la ansiedad, se puede presentar una pérdida del apetito de moderada intensidad.

Los trastornos alimentarios son problemas multidimensionales, esto quiere decir que se les asocia con otro tipo de trastornos, por lo tanto pueden presentarse clínicamente en otros casos, complicando la decisión diagnóstica y terapéutica.

2.8.1. Trastornos alimentarios y depresión.

Una disminución de la ingesta de alimentos, produce cambios fisiológicos y psicológicos, los cuales son parecidos a los que se aparecen cuando hay depresión. “Los estudios psicopatológicos en pacientes bulímicos, los marcadores biológicos y los estudios familiares ponende manifiesto la relación entre trastornos afectivos y la bulimia nervioso” (Jarne y Talarn; 2000: 169).

Por lo tanto, se encuentra en discusión si la depresión está directamente relacionada directamente con la bulimia nerviosa, e incluso si es una manifestación de un trastorno afectivo, o si solamente se trata de una depresión secundaria al trastorno de alimentación y es una consecuencia sintomática.

2.8.2. Trastornos alimentarios y ansiedad.

“El trastorno ansioso de presentación aguda suele cursar con pérdida del apetito de moderada intensidad, mientras que en los de curso cronificado, la pérdida, aunque moderada, es sostenida y puede llegar a tener repercusiones” (Jarne y Talarn; 2000: 147).

Los comedores restrictivos desarrollan patrones alimenticios inusuales, como resultado del estrés crónico que produce el excesivo autocontrol en sus alimentos, y con el tiempo establecen hábitos de alimentación incorrecta.

En el caso de las conductas bulímicas, de acuerdo con Jarne y Talarn (2000), cuando se presentan los episodios de atracones y vómitos, son acompañados de un estado emocional ansioso.

Es importante mencionar que el estrés produce fisiológicamente una inhibición de las contracciones gástricas y la elevación de la glucosa en la sangre, lo cual suprime el hambre.

Por otra parte, la ansiedad social, según Kirszman y Salgueiro (2002), está vinculada con aspectos físicos en la predicción de conductas alimentarias, teniendo altos niveles de insatisfacción corporal y preocupación por el peso y los atributos del cuerpo.

Diehl (retomado por Kirszman y Salgueiro; 2002) señala que la ansiedad social ligada al físico, está considerada como un factor de riesgo para el desarrollo de los trastornos alimentarios.

Existen efectos de la ansiedad sobre la alimentación, que de acuerdo con Kirszman y Salgueiro (2002) están divididos en:

- Teoría de la restricción: señala que los comedores restrictivos desarrollan patrones alimentarios inusuales como resultado del estrés crónico que produce el exceso de autocontrol.
- Modelo de los límites: hace referencia a que la alimentación normal se mueve de tal modo que mantiene a las personas dentro de una zona definida por dos fronteras, correspondientes al hambre y a la saciedad.
- Teorías funcionales: hacen referencia a diferentes hipótesis, una es acerca de la relación entre la ansiedad y la conducta alimentaria, la cual sugiere que el comer provee comodidad a la persona que realiza dietas de manera crónica; en individuos obesos, que usualmente son dietantes, se sugiere que el comer puede servir como una distracción de las preocupaciones.

- Teoría de la ligadura a los estímulos externos: señala que la ansiedad genera individuos con sobrepeso y, a personas que realizan dietas continuamente, respondientes a signos ambientales.

2.9. Tratamiento de los trastornos alimentarios.

En el caso de la anorexia nerviosa, el tratamiento a ofrecer al paciente, debe ser multimodal, apoyándose en un programa de intervención que incluye los aspectos de figura, peso y cognición; pueden ser de manera ambulatoria u hospitalaria.

Rausch (1997) señala algunos tratamientos que a continuación se mencionarán:

- Tratamiento farmacológico: es el empleo de fármacos, señala que tiene pocos efectos beneficiosos, por lo que se ha limitado su uso.
- Terapia familiar: la terapia familiar sistémica aplicada en pacientes con anorexia nerviosa, consiste en considerar a la familia como unidad de abordaje, ya que la conducta de los miembros de la familia puede ayudar a atenuar los síntomas y promover salidas más saludables para el paciente y los demás miembros. Para abordar la terapia familiar es necesario de un tratamiento estructurado especialmente a las necesidades del paciente. El primer objetivo es establecer un sistema terapéutico constituido por la familia y conocer la situación médica; la negación de la enfermedad en estos pacientes y su poca disposición a

colaborar con el tratamiento es muy frecuente, por eso es importante lograr la confianza del terapeuta con la familia; para llegar a una alianza terapéutica, se debe describir el curso y evolución de la enfermedad, así como destacar los beneficios del tratamiento. “El rol de cada uno de los padres y de los hermanos debe estar claramente delineado en lo que tiene que ver con ayudar al paciente” (Rausch; 1997: 89).

Respecto al tratamiento en la bulimia nerviosa, como primer objetivo se debe tener la recuperación física del paciente, estabilizar su peso, garantizar su rehidratación y normalización del estado de salud, seguido de la regulación del estado mental, así como restablecer relaciones familiares adecuadas y corregir pautas de integración social que estén alteradas.

Para los casos de anorexia y bulimia nerviosa, los enfoques que más funcionan son:

- Modelo cognitivo conductual: “Este enfoque relaciona pensamiento, emoción y comportamiento manifiesto, y el tratamiento consiste básicamente en hacer que el paciente examine la validez de sus creencias en el presente” (Rausch; 1997: 65). Su objetivo es modificar los pensamientos.
- Terapia familiar: se trata de “modificar la estructura familiar disfuncional que organiza las transacciones de sus miembros” (Rausch; 1997: 66). Se trata de intervenciones estratégicas y conductuales con el fin de permitir el desarrollo de cada uno de sus integrantes.

En el presente capítulo se pudo apreciar que los trastornos alimenticios representan un problema actual, complejo y con efectos potencialmente graves, tanto en la salud como en el perfil psicológico del individuo. Asimismo, su origen está condicionado a una combinación de factores personales, familiares y culturales.

De esta manera concluye el marco teórico, para dar paso, en las páginas siguientes, a la exposición de la metodología empleada para culminar la investigación que atañe al presente documento.

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

El presente capítulo se divide en dos partes: en la primera se hará una presentación de la descripción metodológica, en la cual se expondrá el enfoque de la indagación, su diseño, extensión y alcance. En la segunda parte, se expondrá el análisis e interpretación de la investigación de campo, es decir, las mediciones obtenidas de las variables abordadas serán interpretadas desde la teoría expuesta en los anteriores capítulos de la presente investigación.

3.1. Descripción metodológica.

La palabra metodología está compuesta por tres vocablos griegos meta “más allá”, odós “camino” y logos “estudio”, lo cual hace referencia a un conjunto de

procedimientos que se basan en principios lógicos, los cuales se utilizan para alcanzar objetivos en una investigación o proyecto.

La investigación según Ávila (2006), es un conjunto de pasos que se llevan a cabo para estudiar algún fenómeno, ayudando a descubrir conocimientos nuevos, respuestas, soluciones a los problemas de investigación, explicación y descripción de fenómenos, así como el cumplir con objetivos.

3.1.1. Enfoque cuantitativo.

Existen dos enfoques utilizados en los estudios de los diferentes fenómenos, los cuales son: cualitativo y cuantitativo, la presente investigación tomó como enfoque este último. De acuerdo con Grinnell (retomado por Hernández y cols.; 2010), cada uno tiene raíces filosóficas epistemológicas distintas, pero comparten características específicas como las siguientes:

1. Llevan a cabo la observación y evaluación de fenómenos.
2. Establecen suposiciones o ideas como consecuencia de la observación y evaluación realizadas.
3. Demuestran el grado en que las suposiciones o ideas tienen fundamento.
4. Revisan tales suposiciones o ideas sobre la base de las pruebas o del análisis.

5. Proponen nuevas observaciones y evaluaciones para esclarecer, modificar y fundamentar las suposiciones e ideas; incluso para generar otras.

Sin embargo, aunque ambos enfoques comparten ciertas estrategias, cada uno tiene sus propias características; particularmente, el enfoque cuantitativo según Hernández y cols. (2010), usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico para probar teorías. Sus principales características son:

- El investigador debe plantear un problema de estudio delimitado y concreto.
- Considerar lo que se ha investigado con anterioridad, para construir el marco teórico, y de esta manera se derivan las hipótesis, las somete a prueba mediante el empleo de los diseños de investigación adecuados. Si se confirman las hipótesis, se genera confianza en la teoría que las sustenta, si no es así, se descartan tales suposiciones y por lo tanto, la teoría.
- Las hipótesis se generan antes de recolectar y analizar los datos.
- La recolección de datos se fundamenta en la medición, llevándose a cabo mediante procedimientos estandarizados y aceptados científicamente.
- Los datos son producto de mediciones, por lo tanto, se presentan mediante números y se deben analizar a través de métodos estadísticos.
- El análisis cuantitativo se interpreta mediante las hipótesis y la teoría, la interpretación consiste en una explicación de cómo los resultados encajan en el conocimiento existente.

- Para este enfoque, se sigue rigurosamente el proceso, y, de acuerdo con ciertas reglas lógicas, los datos generados poseen los estándares de validez y confiabilidad, y las conclusiones contribuirán a la generación de conocimiento.

3.1.2. Investigación no experimental.

El diseño de una investigación es importante, ya que sirve como estrategia de apoyo para recolectar la información en un estudio. El término de diseño, Gómez (2006) lo define como un plan o estrategia concebida para obtener la información que se desee, esto se entiende como el plan de acción a seguir en el trabajo de campo, eligiendo el que sea más adecuado al problema de investigación con la finalidad de generar resultados válidos.

Hernández y cols. (2010: 205) “definen al diseño no experimental como un estudio que se realiza sin manipulación deliberada de las variables y en los que sólo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos”, esto significa que el investigador se ubicará en el contexto real donde se presentan las variables a investigar sin hacer uso de estímulos para modificarlas, ya que se pretenden analizar tal cual se van presentando. En este trabajo de investigación se hizo el uso de un diseño no experimental, es decir, las variables se analizaron sin la intervención directa del investigador, en su contexto natural y acercándose a su

realidad cotidiana, sin presentar algún tipo de condiciones que alteraran ese contexto o pudieran ser controladas directamente.

3.1.3. Diseño transversal.

El tipo de diseño que se utilizó para esta investigación fue el transversal, ya que, de acuerdo con Hernández y cols. (2010), este estudio recopila información en un momento único, con el propósito de describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado, por lo tanto, permite describir el fenómeno tal cual se presenta, en su contexto natural.

El diseño transversal recolecta la información en un momento único, con la finalidad de dar respuesta a las preguntas de investigación y cumplir con los objetivos.

3.1.4. Alcance correlacional.

Los estudios con un alcance correlacional, de acuerdo con Hernández y cols. (2010), asocian variables mediante un patrón predecible para un grupo o población. Estos estudios tienen como finalidad conocer la relación o grado de asociación que exista entre dos o más variables en un determinado contexto.

Al evaluar el grado de relación entre las variables, también se mide cada una de ellas, se cuantifican y analiza su vinculación, sustentándose en hipótesis sometidas a prueba. “La utilidad principal de los estudios correlacionales es saber cómo se puede

comportar un concepto o una variable al conocer el comportamiento de otras variables vinculadas. Es decir, intentar predecir el valor aproximado que tendrá un grupo de individuos o casos en una variable, a partir del valor que posee en la o las variables relacionadas” (Hernández y cols.; 2010: 82).

La correlación puede ser positiva o negativa. En el primer caso, significa que sujetos con valores altos en una variable tenderán a mostrar valores elevados en la otra. Y si presentan relación negativa, los sujetos con valores elevados en una variable tenderán a mostrar valores bajos en la otra. “Cuanto mayor sea el número de variables que se asocien en el estudio y mayor sea la fuerza de las relaciones, más completa será la explicación” (Hernández y cols.; 2010: 83).

3.1.5. Técnicas de recolección de datos.

Las técnicas que se utilizaron para este estudio, son estandarizadas, es decir, son instrumentos ya desarrollados por especialistas en la investigación, que pueden ser utilizados para la medición de las variables. Las ventajas de estos instrumentos radican en que ya tienen estudios estadísticos que prueban su confiabilidad y validez. Esto es un requisito indispensable para la validación del proceso de investigación rápida.

Para la variable estrés se utilizó el instrumento denominado Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños-Revisada (CMAS-R), diseñada por los autores Reynolds y Richmond (1997).

Tal escala, subtitulada “Lo que pienso y siento”, es un instrumento de auto-informe que consta de 37 reactivos. Está diseñada para valorar el nivel y naturaleza de personas de seis a diecinueve años de edad. Este instrumento puede aplicarse individual o grupalmente.

La prueba brinda tres puntuaciones: la total indica la ansiedad que presenta el examinado en términos generales; se presentan asimismo cuatro puntuaciones que corresponden a las subescalas denominadas: ansiedad fisiológica, inquietud/hipersensibilidad, preocupaciones sociales/concentración y mentira. Las puntuaciones elevadas indican un alto nivel de ansiedad o de mentira de las subescalas respectivas.

Respecto a la subescala de ansiedad fisiológica, tiene que ver con manifestaciones tales como: dificultades de sueño, náusea y fatiga; la de inquietud/hipersensibilidad, con preocupaciones obsesivas, la mayoría de las cuales son vagas o difusas y están mal definidas en la mente del niño, así como miedos de ser lastimado o aislado de forma emocional; la tercera subescala, de preocupaciones/concentración, indica la presencia de probables problemas escolares, asimismo, evidencia posibles miedos de naturaleza social o interpersonal que conducen a dificultades en la concentración y atención.

La variable estrés fue valorada con esta escala, ya que mide la intensidad con que se presenta la ansiedad, que constituya nivel subjetivo, el factor más relevante del estrés emocional.

Con una medida de la consistencia interna de la escala empleada, se calculó el coeficiente alfa de Cronbach. El valor obtenido fue de 0.76, es decir, el test muestra razonable confiabilidad.

Por otro lado, en apoyo a la validez del instrumento se observó una correlación de 0.69 entre la ansiedad total medida con la CMAS-R y los puntajes obtenidos con el inventario de Ansiedad Estado-Rasgo del autor Spielberg.

Para la variable de trastornos alimentarios, se utilizó el instrumento EDI-2. Su confiabilidad se calculó mediante dos procedimientos: uno de ellos a través de la consistencia interna, con la técnica alfa de Cronbach, con puntajes superiores a 0.80. Por otro lado, mediante el procedimiento de test-retest, se obtuvieron coeficientes entre .79 y .95.

La validez que fue evaluada abarcando las modalidades: de contenido, de criterio, concurrente y de constructo, obteniendo resultados satisfactorios en todos los procedimientos. En la estandarización, se han hecho varios procesos, y de normalización en distintos grupos, tanto de pacientes con diagnóstico de anorexia o bulimia nerviosa, como en personas que no padecen estos trastornos. En esta investigación se utilizó el baremo obtenido en la aplicación a varones y mujeres adolescentes sin trastornos de conducta alimentaria.

3.2. Descripción de la población y muestra.

En el siguiente apartado se hará una descripción acerca de las características de la población, muestra y de las unidades de análisis que se utilizaron para realizar este estudio.

3.2.1. Población.

La población según Selltiz (retomado por Hernández y cols.; 2010), es un conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones. Para este estudio, la población estuvo conformada por los alumnos del primer semestre en el ciclo escolar 2012 – 2013 de la “Escuela Preparatoria Licenciado Eduardo Ruiz”, de la ciudad de Uruapan, Michoacán.

El rango de edad de los alumnos va desde los 14 años a los 19, y cuentan con un nivel socioeconómico medio-bajo, la mayoría son nacidos en esta ciudad aunque algunos son pertenecientes a comunidades cercanas y cuentan con una población aproximada de 1,600 alumnos, en la que predomina el género femenino.

3.2.2. Muestreo.

Dentro de la población donde se recolectan los datos, se encuentran subgrupos llamados muestras, los cuales se definen como un “subgrupo de la población del cual se recolectan los datos y debe ser representativo de ésta” (Hernández y cols.; 2010: 173).

Se hizo la elección de una muestra no probabilística e intencional, que de acuerdo con Hernández y cols. (2010), los elementos no dependen de la probabilidad, sino de causas relacionadas con el estudio. Para esta investigación se eligieron a 100 estudiantes del primer semestre de la escuela referida.

3.3. Descripción del proceso de investigación.

La elaboración del presente estudio comenzó como primer paso con el planteamiento del problema, ya que con base en él, se conocería el problema que se estudiaría, al igual que sus variables y población de estudio. Después se plantearon los objetivos, que son la meta de la investigación. Para este proyecto se plantearon un objetivo general y seis particulares; enseguida se propusieron las hipótesis, las cuales son suposiciones que cuentan con una posible comprobación, se estructuró una de trabajo y otra nula; se continuó con la elaboración de la justificación, anotando en este apartado porqué es importante realizar la investigación, a quiénes beneficiará de forma directa o indirecta y que se obtendrá con ella. Finalmente se realizó el marco de referencia, con el cual se puede ubicar al lector en el lugar geográfico de la investigación y conocer el contexto general de la población.

Posteriormente se procedió a elaborar el marco teórico. El primer capítulo lleva el nombre de estrés, incluye los temas: antecedentes históricos del estrés, los tres enfoques teóricos del estrés: como estímulo, respuesta y como relación persona-entorno; los estresores psicosociales, biogénicos y en el ambiente académico. Procesos del pensamiento que propician el estrés, los moduladores: control percibido,

apoyo social, así como el tipo de personalidad y por último, los efectos negativos del estrés.

El segundo capítulo lleva como título trastornos alimentarios, en el cual se incluyeron los temas: antecedentes, definición, trastornos alimenticios más comunes y los de la infancia, esfera oroalimenticia, causas; factores predisponentes individuales, familiares y socioculturales; percepción del cuerpo en el trastorno alimenticio, factores que lo mantienen, los trastornos mentales asociados a los alimenticios y tratamiento.

Referente al apartado de metodología, se estructuró la descripción de la investigación de la siguiente manera: se utilizó un enfoque cuantitativo, que consistió en la recolección de datos para comprobar las hipótesis de manera numérica; fue una investigación no experimental, ya que las variables no fueron manipuladas, y se midieron en su ambiente natural; el alcance fue correlacional, es decir, intenta ver como las dos variables se relacionan entre sí.

La población estuvo conformada por alumnos de la Escuela Preparatoria Licenciado Eduardo Ruiz, tomando como muestra a los alumnos del primer semestre de las distintas secciones en el ciclo escolar 2012-2013 en la ciudad de Uruapan, Michoacán.

En cuanto a la investigación de campo, se realizó como primer paso para la selección de la muestra, acudir con el secretario académico, Prof. Agustín Vega López y plantearle el trabajo de investigación, que junto con el encargado del departamento

de psicopedagogía, Luis Armando Salas, aceptaron el proyecto. Este último fue quien apoyó para elegir la muestra de los alumnos mencionados.

Se aplicaron las pruebas EDI-2 y CMAS-R de manera colectiva en cada salón de las secciones del primer semestre, esperando a que los alumnos contaran con una hora libre o que no acudiera algún profesor. Los sujetos en su mayoría trabajaron en silencio, sólo cuando tenían alguna duda hacían las preguntas.

Cada uno de los instrumentos se calificó con sus respectivas plantillas y baremos para obtener los puntajes. Los datos se vaciaron a una hoja de cálculo, la cual contenía el nombre de cada alumno y los puntajes obtenidos de ambos tests.

A partir de los resultados obtenidos, se procedió a realizar el análisis estadístico de la información y a su interpretación, la cual se presenta en los siguientes apartados.

3.4. Análisis e interpretación de resultados.

Una vez presentada la metodología que se llevó a cabo en esta investigación, se procederá en este apartado a presentar los resultados del estudio.

La estructura de este apartado se presenta en tres categorías de análisis: en la primera se muestran los resultados de la variable estrés; en la segunda, se analizan los resultados obtenidos de la variable trastornos alimentarios; finalmente, en la tercera categoría se muestran los resultados obtenidos del análisis correlacional entre las dos variables.

3.4.1. Estrés en los alumnos de primer semestre de la Escuela Preparatoria Licenciado Eduardo Ruiz, en el ciclo escolar 2012 – 2013.

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

Según el enfoque del estrés como interacción, “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).

Con respecto al estrés como estímulo, “suele centrarse en la identificación de los estímulos potencialmente estresantes: presiones ambientales (ruidos), sociales (el racismo), psicológicas (la depresión), físicas (la discapacidad), económicas (la pobreza) y los desastres naturales (inundaciones)” (Travers y Cooper; 1997: 31).

Y por último, el estrés como respuesta se refiere a la reacción que la persona tendrá ante un estímulo del medio que le resulte amenazador o desagradable a su estabilidad. De acuerdo con Travers y Cooper (1997), el estrés se presenta en diferentes niveles, los cuales son: el psicológico, fisiológico y conductual, y se encuentran relacionados entre sí.

Para la medición de la variable estrés, se tomaron en cuenta los puntajes t de la escala CMAS-R.

En los resultados obtenidos en el nivel de ansiedad total, como principal indicador del estrés, se encontró una media de 58.15. La media es la medida de tendencia central que muestra la suma de un conjunto de datos, dividida entre el número de medias. (Elorza; 2007).

Asimismo, se obtuvo la mediana, que es la medida de tendencia central, que refleja el valor medio de un conjunto de valores ordenados: el punto abajo y arriba del cual cae un número igual de medias (Elorza; 2007). El valor de la mediana fue de 59.

La moda es la medida que muestra el dato que más se repite en un conjunto (Elorza; 2007). En esta escala se identificó que la moda es el puntaje 55.

También se obtuvo el valor de una medida de dispersión: la desviación estándar, la cual muestra la raíz cuadrada de la suma de las desviaciones al cuadrado, dividida entre el número de datos (Elorza; 2007). El valor obtenido de esta medida es de 10.17.

En la escala de ansiedad fisiológica, los datos obtenidos en los alumnos fueron: una media de 12.06, una mediana de 12, una moda de 8 y una desviación estándar de 3.85.

En cuanto a los resultados obtenidos en la escala de inquietud/hipersensibilidad, se obtuvo una media de 11.40, una mediana de 11, una moda de 11 y una desviación estándar de 2.44.

Referente a la escala de preocupaciones sociales/concentración, los datos obtenidos en son: una media de 11.67, una mediana de 12, una moda de 15 y una desviación estándar de 3.24.

Los datos obtenidos en la medición del estrés en el grupo anteriormente mencionado, se muestran en el anexo número 1. Cabe señalar que en esta gráfica se muestran las medias aritméticas de las distintas escalas de ansiedad medidas.

Además de presentar los datos de las medidas de tendencia central y desviación estándar, se presentan a continuación los porcentajes de sujetos que obtuvieron puntajes altos en cada escala, es decir, por arriba de t 60 o por arriba del

puntaje escalar 11. De esta forma, se ubicarán las escalas en las que hay mayor incidencia de casos preocupantes sobre el problema de estrés.

En la escala de ansiedad fisiológica el 55% resultó por arriba de t 60; en la escala de ansiedad total el porcentaje fue 43%; en la escala de preocupaciones sociales/concentración el 37% y en la escala de inquietud/hipersensibilidad fue el 15%.

En función de lo anterior, se observa que en el área donde hay más casos preocupantes es en las escalas de ansiedad total, fisiológica y en preocupaciones sociales/concentración. Estos datos se pueden observar gráficamente en el anexo 2.

Por todo lo anterior, se puede afirmar que existe un porcentaje importante en los alumnos de la Preparatoria Licenciado Eduardo Ruiz, el nivel de estrés se encuentra por arriba del rango normal.

3.4.2. Indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios.

De acuerdo con lo señalado por la APA (2002), los trastornos alimenticios se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria. Dos de los más comunes son la anorexia y bulimia nerviosa. La primera se trata de un rechazo a mantener el peso en valores normales y la segunda se manifiesta a través de episodios de voracidad, seguidos por vómitos provocados, uso de diuréticos o laxantes. Enseguida se revisarán los índices obtenidos en los indicadores relacionados con dichos trastornos.

Respecto a los resultados obtenidos en la escala de obsesión por la delgadez en los alumnos del primer semestre de la Escuela Preparatoria Licenciado Eduardo Ruiz, en el ciclo escolar 2012-2013 de la ciudad de Uruapan, Michoacán, se encontró una media de 59.3, una mediana de 59, una moda de 32 y una desviación estándar de 24.34. Todo esto en percentiles.

En la escala de bulimia, se encontró una media de 60.5, una mediana de 47, una moda de 47 y una desviación estándar de 20.79.

Respecto a la escala de insatisfacción corporal, los resultados obtenidos fueron: una media de 61.8, una mediana de 67, una moda de 75 y una desviación estándar de 21.78.

Por otra parte, en la escala de ineficacia se encontró una media de 61.1, una mediana de 62, una moda de 44 y una desviación estándar de 26.55.

En la escala de perfeccionismo los resultados fueron: una media de 57.4, una mediana de 59, una moda de 16 y una desviación estándar de 29.83.

En la escala conocida como desconfianza interpersonal, se encontró una media de 61.4, una mediana de 64, una moda de 57 y una desviación estándar de 21.05.

Respecto a la escala de conciencia introceptiva, se encontró una media de 57.4, una mediana de 66, una moda de 95 y una desviación estándar de 33.77.

En la escala de miedo a la madurez, se encontró una media de 64.4, una mediana de 72, una moda de 72 y una desviación estándar de 25.97.

En cuanto a la escala de ascetismo, se encontró una media de 64.3, una mediana de 73, una moda de 73 y una desviación estándar de 25.47.

En la escala de impulsividad, se encontró una media de 50, una mediana de 57, una moda de 35 y una desviación estándar de 24.82.

Por último, en la escala de inseguridad social se encontró una media de 66, una mediana de 78, una moda de 33 y una desviación estándar de 28.59.

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

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

En la escala de inseguridad social, el 60% de los sujetos salieron con puntajes por arriba del percentil 70; en la escala de ascetismo, el 54%; en miedo a la madurez, el 52%; en ineficacia, el 46%; en conciencia introceptiva, el 45%; en las escalas de desconfianza interpersonal e insatisfacción corporal fue del 39%; en perfeccionismo, el 37% y en bulimia el 30%.

En función de lo anterior, se observa que en las áreas donde hay más casos preocupantes es en las escalas de inseguridad social, ascetismo, miedo a la madurez, ineficacia y conciencia introceptiva. Estos resultados se muestran en el anexo 4.

De acuerdo con estos resultados, se puede afirmar que los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en los alumnos del primer semestre de la Escuela Preparatoria Licenciado Eduardo Ruiz, en el ciclo escolar 2012-2013 de la ciudad de Uruapan, Michoacán, el porcentaje de sujetos se encuentra arriba de lo deseable.

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

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

Una disminución de la ingesta de alimentos, produce cambios fisiológicos y psicológicos que son parecidos a los que se aparecen cuando hay depresión. “Los estudios psicopatológicos en pacientes bulímicos, los marcadores biológicos y los

estudios familiares ponen de manifiesto la relación entre trastornos afectivos y la bulimia nerviosa” (Jarne y Talam; 2000: 169).

Es importante mencionar que el estrés produce fisiológicamente una inhibición de las contracciones gástricas y la elevación de la glucosa en la sangre, lo cual suprime el hambre.

Los comedores restrictivos desarrollan patrones alimenticios inusuales, como resultado del estrés crónico que produce el excesivo autocontrol en sus alimentos, y con el tiempo establecen incorrectos hábitos de alimentación.

En el caso de las conductas bulímicas, de acuerdo con Jarne y Talam (2000), cuando se presentan los episodios de atracones y vómitos, son acompañados de un estado emocional ansioso.

En la investigación realizada en los alumnos del primer semestre de la Escuela Preparatoria Licenciado Eduardo Ruiz, en el ciclo escolar 2012-2013 en la ciudad de Uruapan, Michoacán, se encontraron los siguientes resultados:

Entre el nivel de estrés y la escala de obsesión por la delgadez, existe un coeficiente de correlación de .36 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson.

Esto significa que entre el estrés y la escala de obsesión por la delgadez, existe una correlación significativa de acuerdo con la clasificación de correlación que propone Hernández y cols. (2010).

Para conocer la influencia que existe entre el nivel de estrés y la escala de obsesión por la delgadez, se obtuvo la varianza de factores comunes, en la que mediante un porcentaje se indica el grado en que las variables se encuentran correlacionadas. Para obtener esta varianza solo se eleva al cuadrado el coeficiente de correlación obtenido mediante la “r” de Pearson (Hernández y cols.; 2010).

El resultado de la varianza fue de .13, lo que significa que entre el estrés y la escala de obsesión por la delgadez hay una relación del 13%. Cabe señalar que para considerar una correlación significativa en porcentaje de influencia deber ser al menos del 10% (Hernández y cols.; 2010).

Por otra parte, entre el nivel de estrés y la escala de bulimia, existe una correlación de .35 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre dichos atributos existe una correlación media de acuerdo con la clasificación de correlación que hace Hernández y cols. (2010).

El resultado de la varianza fue de .12, lo que significa que entre el estrés y la bulimia hay una relación del 12%.

Entre el nivel de estrés y la escala de insatisfacción corporal, existe un coeficiente de correlación de .14 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto señala que entre dichas variables existe una correlación positiva muy débil. El resultado de la

varianza fue de .02, lo que significa que entre el estrés y la escala de insatisfacción corporal hay una relación del 2%.

Entre el nivel de estrés y la escala de insatisfacción corporal existe un coeficiente de correlación de .14 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre tales propiedades existe una correlación positiva débil. El resultado de la varianza de factores comunes fue de .02, lo que significa que entre el estrés y la escala de insatisfacción corporal hay una relación del 2%.

Referente al nivel de estrés y la escala de ineficacia, existe un coeficiente de correlación de .41 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto denota que entre dichas características existe una correlación positiva media. El resultado de la varianza fue de .17, lo que significa que entre el estrés y la escala de ineficacia hay una relación del 17%.

Entre el nivel de estrés y la escala de perfeccionismo existe un coeficiente de correlación de .14 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre tales variables existe una correlación positiva débil. El resultado de la varianza de factores comunes fue de .02, lo que indica que entre el estrés y la escala de perfeccionismo hay una relación del 2%.

Entre el nivel de estrés y la escala de desconfianza interpersonal existe un coeficiente de correlación de .10 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto señala que entre dichos atributos existe una correlación positiva débil. El resultado de la

varianza de factores comunes fue de .01, lo que significa que entre el estrés y la escala de desconfianza interpersonal hay una relación del 1%.

Entre el nivel de estrés y la escala de conciencia introceptiva existe un coeficiente de correlación de .36 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto apunta a que entre estos atributos existe una correlación positiva media. El resultado de la varianza de factores comunes fue de .13, lo que significa que entre el estrés y la escala de conciencia introceptiva hay una relación del 13%.

Entre el nivel de estrés y la escala de miedo a la madurez existe un coeficiente de correlación del .11 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto permite afirmar que entre esas propiedades existe una correlación positiva débil. El resultado de la varianza de factores comunes fue de .01, lo que significa que entre el estrés y la escala de miedo a la madurez hay una relación del 1%.

Entre el nivel de estrés y la escala de ascetismo existe un coeficiente de correlación de .17 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre dichas escalas existe una correlación positiva débil. El resultado de la varianza de factores comunes fue de .03, lo que significa que entre el estrés y la escala de ascetismo hay una relación del 3%.

Entre el nivel de estrés y la escala de impulsividad existe un coeficiente de correlación de .14 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre dichas variables existe una correlación positiva débil. El resultado de la varianza de

factores comunes fue de .02, lo que significa que entre el estrés y la escala de impulsividad hay una relación del 2%.

Por último, entre el nivel de estrés y la escala de inseguridad social existe un coeficiente de correlación de $-.01$, de acuerdo con la prueba "r" de Pearson. Esto significa que entre estas características existe una ausencia de correlación. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0, lo que significa que entre el estrés y la escala de inseguridad social hay una relación del 0%.

Los resultados obtenidos en cuanto a los niveles de correlación entre escalas se muestran en los anexos 5 al 15.

En función de lo anterior, se puede afirmar que el nivel de estrés se relaciona de forma significativa con las escalas de obsesión por la delgadez, bulimia, ineficacia y conciencia introceptiva; en contraparte, no se encontró una relación significativa entre el nivel de estrés y las escalas de insatisfacción corporal, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad e inseguridad social.

CONCLUSIONES

Con el cumplimiento de esta investigación se logró comprobar la hipótesis de trabajo planteada al inicio, la cual afirma que si existe correlación estadísticamente significativa entre los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios y el nivel de estrés en los alumnos de primer semestre de la Escuela Preparatoria Licenciado Eduardo Ruiz, en el ciclo escolar 2012-2013 de la ciudad de Uruapan, Michoacán, en los casos de las escalas de inseguridad social, ascetismo, miedo a la madurez, ineficacia y conciencia introceptiva.

Sin embargo, la hipótesis nula se logró corroborar en las escalas de desconfianza interpersonal, perfeccionismo, insatisfacción corporal y bulimia. Esta hipótesis plantea que no existe correlación entre las variables.

De igual manera, se logró cumplir con cada uno de los objetivos particulares: primero se definió el concepto de estrés y los factores que lo generan, enseguida se describió el significado de trastornos alimentarios y sus principales indicadores psicológicos, se determinó el nivel de estrés en los alumnos y se cuantificaron los principales indicadores psicológicos.

Asimismo, se cumplió con el objetivo general, el cual fue establecer el grado de correlación estadística que existe entre los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios y el nivel de estrés en los alumnos de primer semestre de la Escuela

Preparatoria Licenciado Eduardo Ruiz, en el ciclo escolar 2012-2013 de la ciudad de Uruapan, Michoacán

Es decir, que en conclusión se puede afirmar que el nivel de estrés se relaciona de manera significativa con las escalas de inseguridad social, ascetismo, miedo a la madurez, ineficacia y conciencia introceptiva, por otra parte, no se encontró una relación significativa entre el nivel de estrés y las escalas de desconfianza interpersonal, perfeccionismo, insatisfacción corporal y bulimia .

Por lo tanto, se puede sugerir a las personas encargadas de la institución y a los padres de familia que, como primer paso se deberá prevenir y de este modo reducir la incidencia de algún tipo de trastorno alimentario.

Se sugiere primero informar a directivos, profesores y padres de familia acerca del tema, los riesgos y cómo actuar ante un caso de posible trastorno alimentario, después realizar charlas con los alumnos de manera directa, ya sea a través de conferencias o conversaciones grupales. Asimismo, es importante hablar acerca de la autoestima, autoimagen e integración social, para facilitar el cambio de actitud de los jóvenes y sensibilizarlos sobre los riesgos que corren ante la presión social para adquirir un aspecto físico que en ocasiones es inalcanzable.

Finalmente, se propone que en la institución y con apoyo de los padres de familia, se realice un modelo de educación de la salud que incluya programas de alimentación de acuerdo con la población estudiantil actual. Se sugiere que para ellos

se pida ayuda a una institución de la salud y con esta información, proponer y mejorar hábitos alimenticios, implementar talleres de prevención a través del fomento de la autoestima, así como programar diferentes actividades deportivas semanales en las cuales se incluyan a todos los alumnos, con el fin de mejorar su calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA

Ajuriaguerra, J. (1973)

Manual de psiquiatría infantil.

Editorial Masson. Barcelona.

American Psychiatric Association (APA). (2002)

DSM-IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.

Editorial Masson. Barcelona.

Ávila Baray, Héctor Luis. (2006)

Introducción a la metodología de la investigación.

Editorial Eumed. Ciudad Cuauhtémoc, Chihuahua, México.

Cascio Pirri, Andrés; Guillén Gestoso, Carlos (Coordinadores). (2010)

Psicología del trabajo.

Editorial Ariel. Barcelona.

Castillo S., María Dolores; León E., María Teresa. (2005)

Trastornos del comportamiento alimentario: anorexia y bulimia nerviosa.

Editorial Formación Alcalá, S.L. España.

Costin, Carolyn. (2003)

Anorexia, bulimia y otros trastornos de la alimentación: diagnóstico, tratamiento y prevención de los trastornos alimenticios.

Editorial Diana. México.

Elorza Pérez-Tejada, Aroldo. (2007)

Estadística para las ciencias sociales, del comportamiento y la salud.

Editorial Cengage Learning, México.

Fontana, David. (1992)

Control del estrés.

Editorial Manual Moderno. México.

Gómez, Marcelo M. (2006)

Introducción a la metodología de la investigación científica.

Editorial Brujas, Córdoba, Argentina.

Hernández Sampieri, Roberto; Fernández-Collado, Carlos; Baptista Lucio, Pilar. (2010)

Metodología de la investigación.

Editorial McGraw-Hill. México.

Ivancevich, John; Matteson, Michael. (1985)

Estrés y trabajo.

Editorial Trillas México.

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

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

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

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

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

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

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

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). “Lo que pienso y siento”.
Editorial El Manual Moderno, S. A. de C.V., México.

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

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

Vidales Esquivel, Paola Alejandra. (2011)
Relación entre el nivel de estrés y los factores psicológicos de los trastornos alimenticios en una escuela telesecundaria.
Tesis inédita de la Escuela de Psicología de la Universidad Don Vasco, A.C.
Uruapan, Michoacán, México.

MESOGRAFÍA

Barraza Macías, Arturo. (2003)

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

Revista Electrónica de Psicología Científica.

www.unileon.es/estudiantes/atencion_universitario/articulo.pdf

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

Cano Videl, Antonio. (s/f)

“La naturaleza del estrés”

http://www.usm.es/info/seas/estres_lab/el_estres.htm

Hernández, José Manuel; Polo, Antonia; Poza, Carmen. (1991)

“Evaluación del estrés académico en estudiantes universitarios”

Universidad Autónoma de Madrid.

http://www.unileon.es/estudiantes/atencion_universitario/articulo.pdf

Zagalaz Sánchez, Ma. Luisa; Romero Granados Santiago; Contreras Jordán Onofre R. (2002).

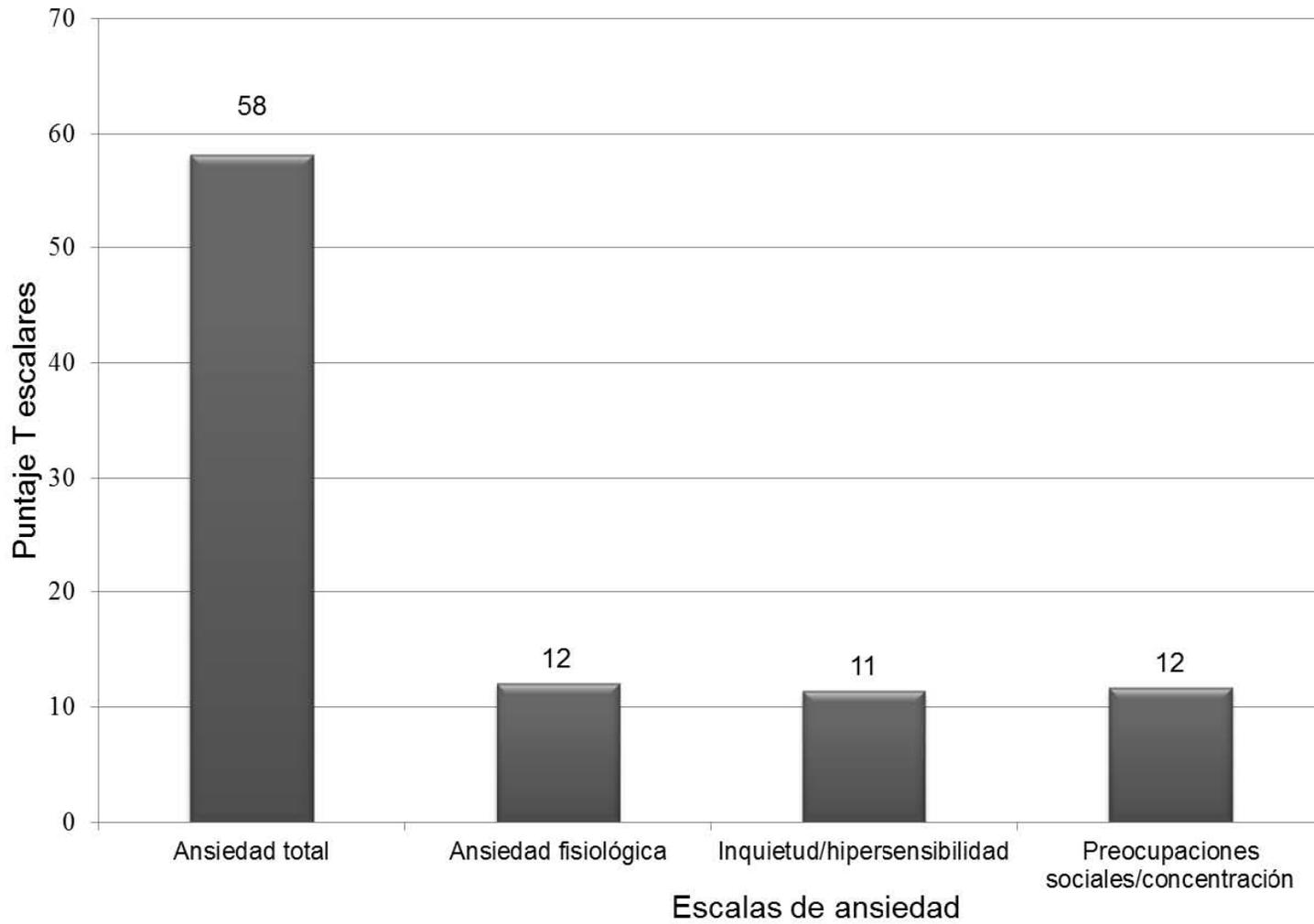
“La anorexia nerviosa como distorsión de la imagen corporal. Programa de prevención desde la educación física escolar en la provincia de Jaén”

OEI-Revista Iberoamericana de Educación (ISSN: 1681-5653).

<http://www.rieoei.org/deloslectores/343Zagalaz.pdf>

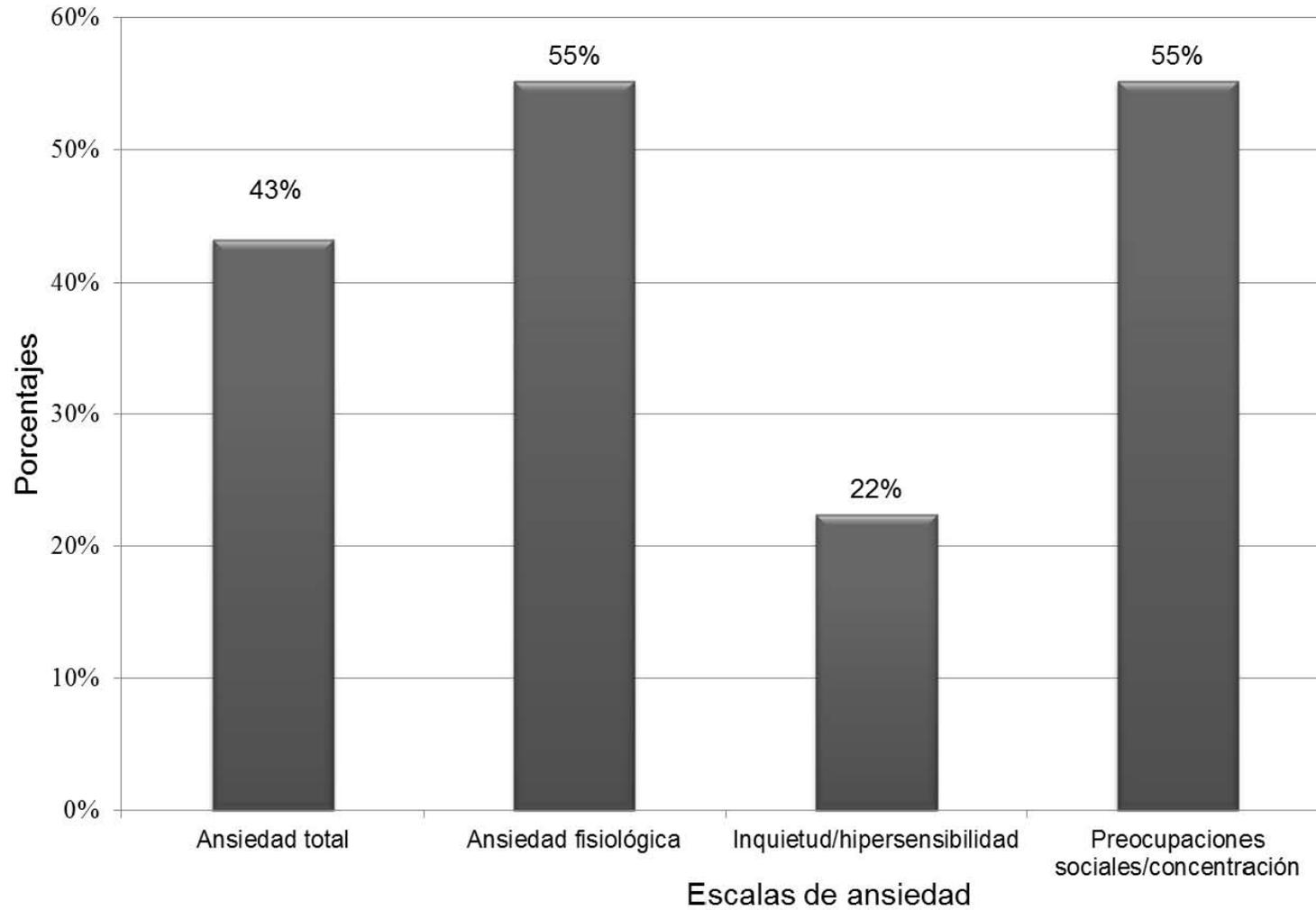
Anexo 1

Media aritmética en las escalas de ansiedad



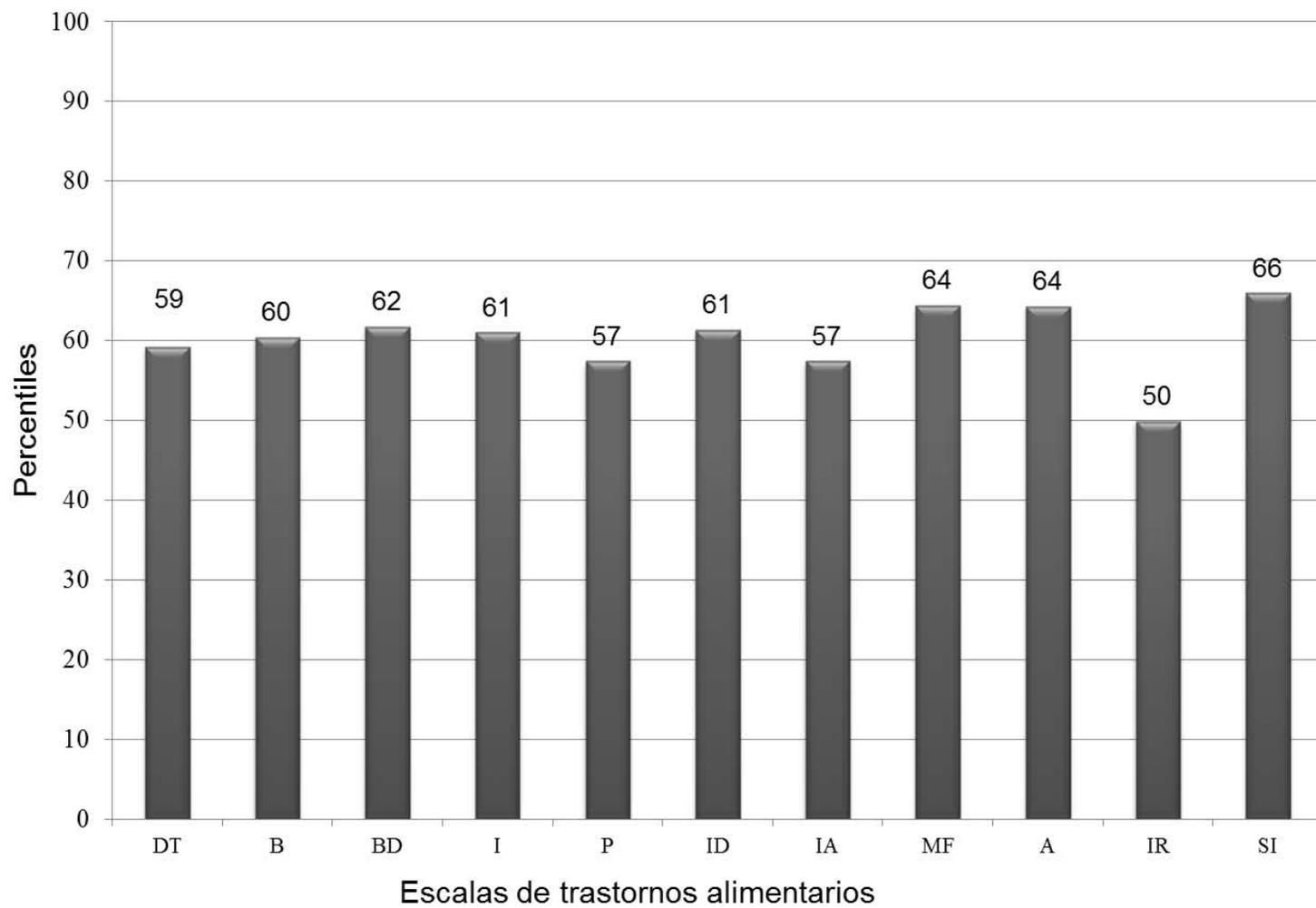
Anexo 2

Porcentaje de puntajes altos en las escalas de ansiedad



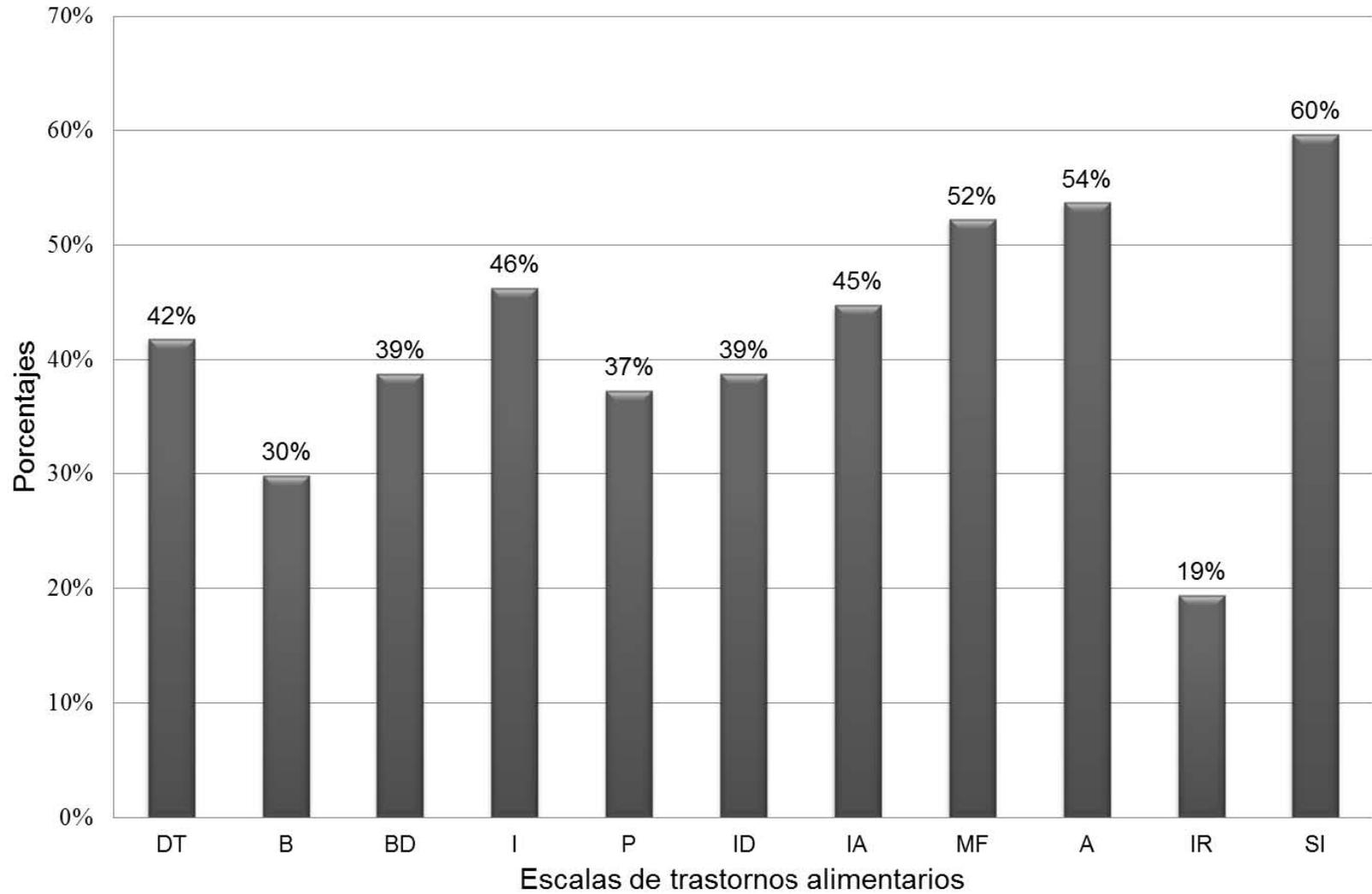
Anexo 3

Media aritmética en los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios

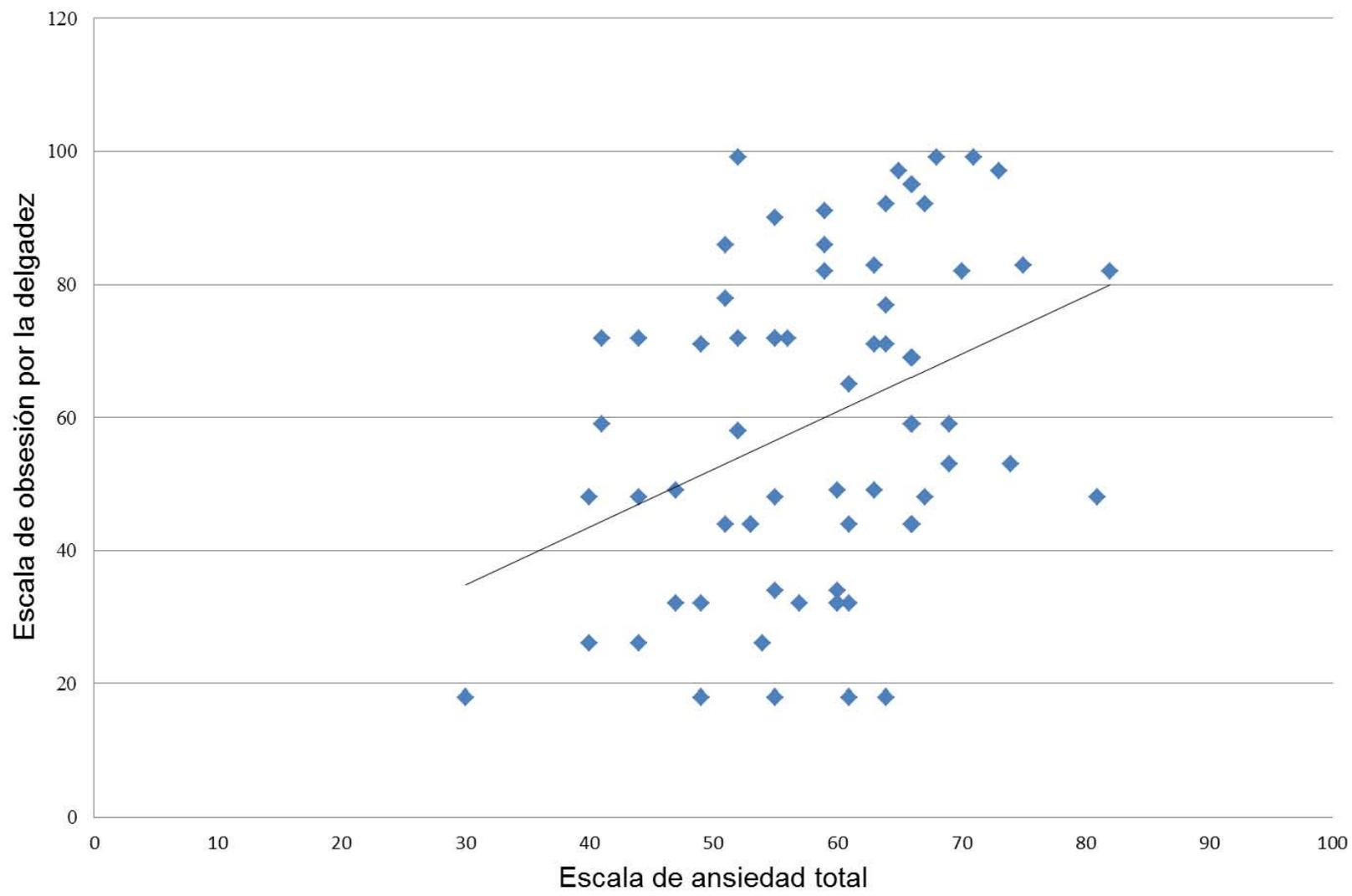


Anexo 4

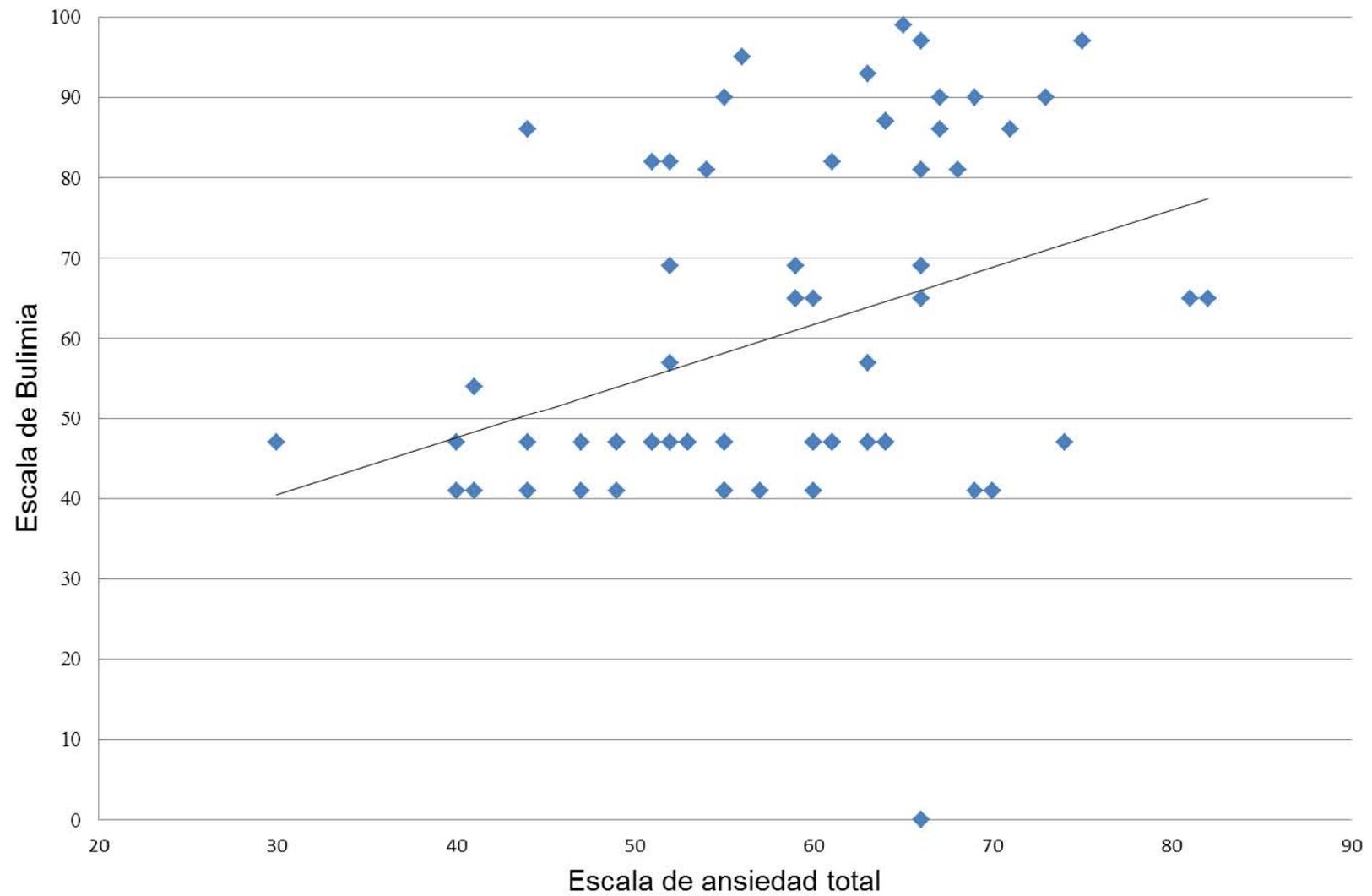
Porcentaje de puntajes altos en las escalas de trastornos alimentarios



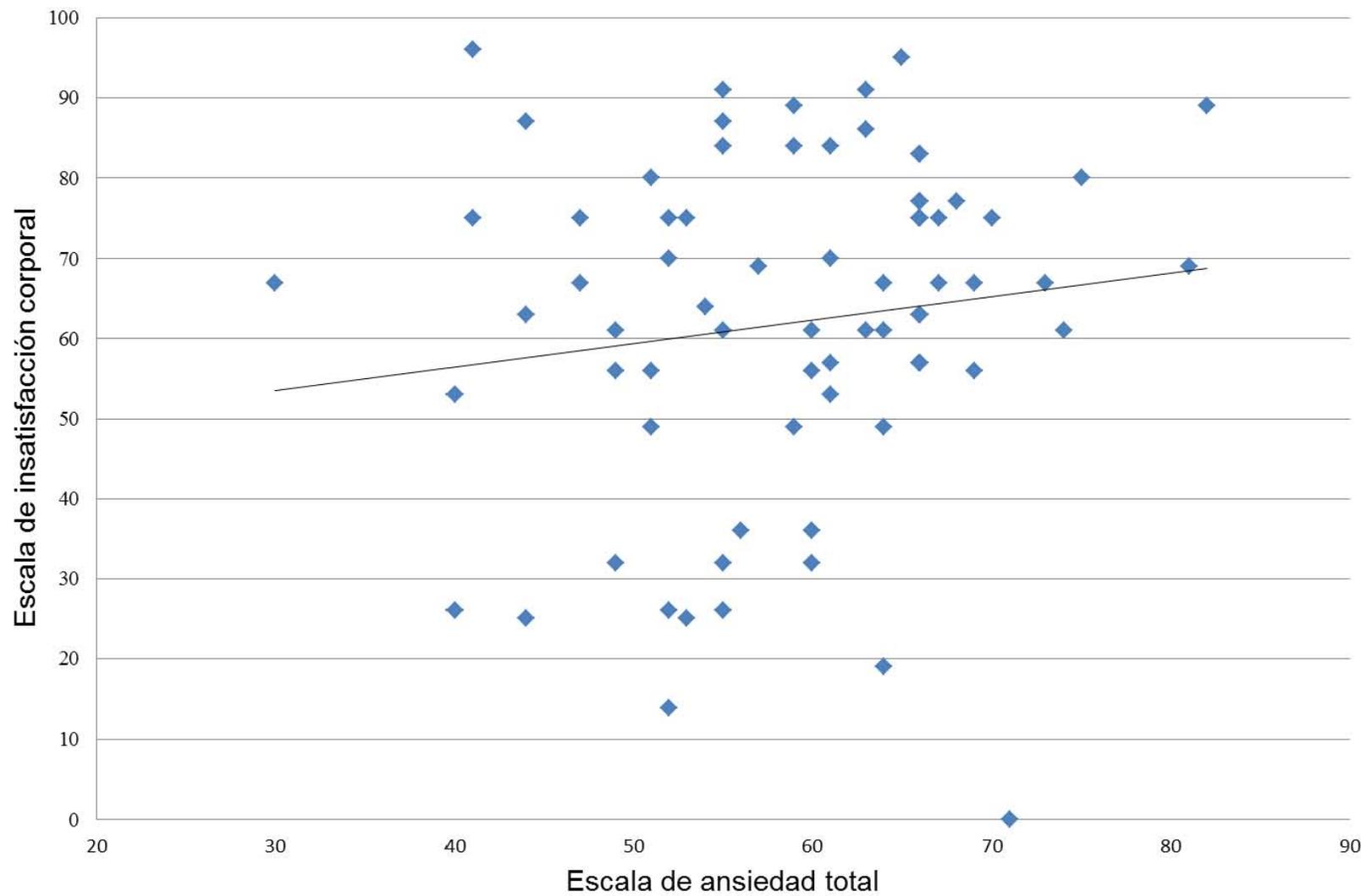
Anexo 5
Correlación entre el nivel de estrés y la escala de Obsesión por la delgadez



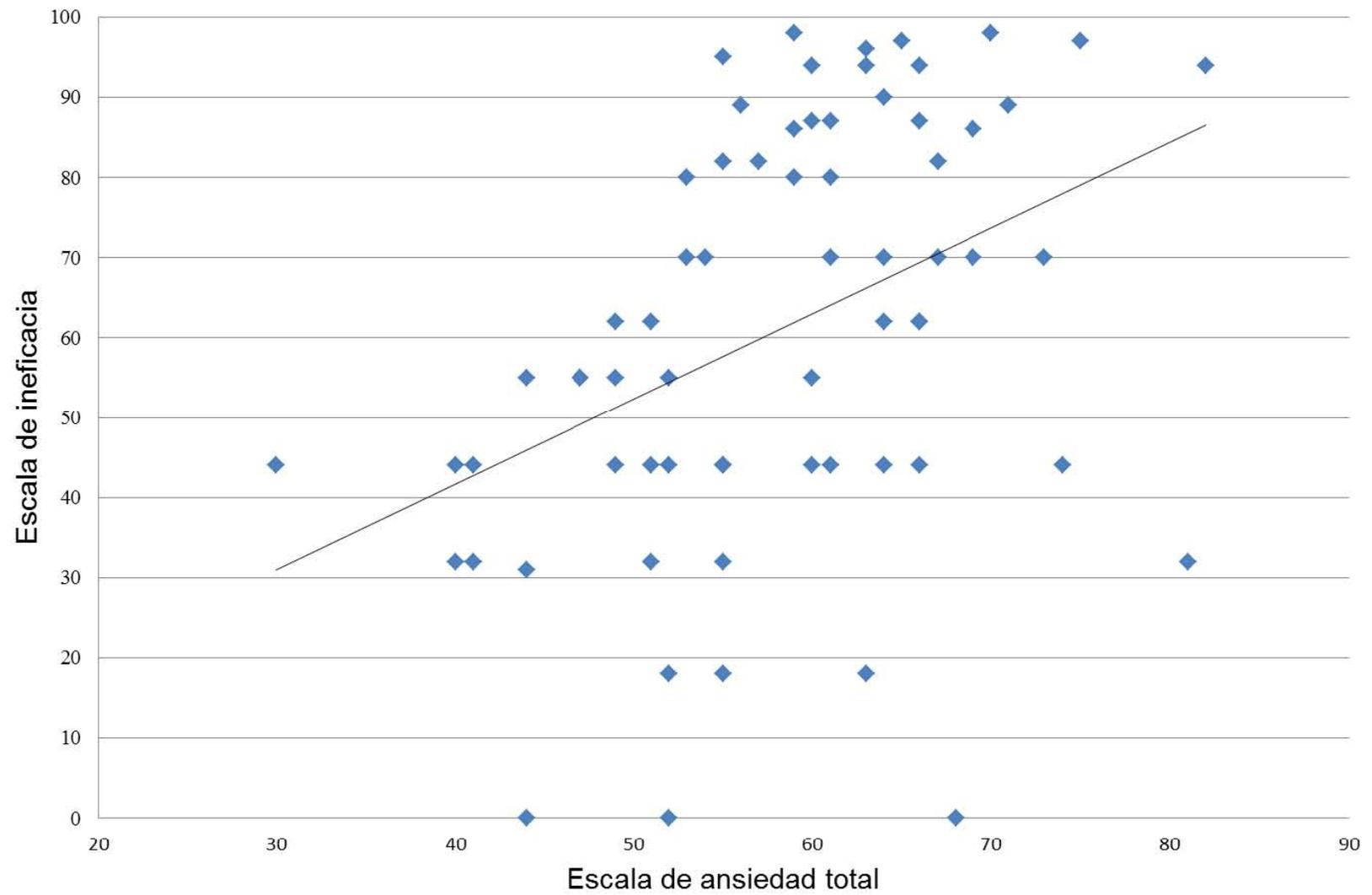
Anexo 6
Correlación entre el nivel de estrés y la escala de Bulimia



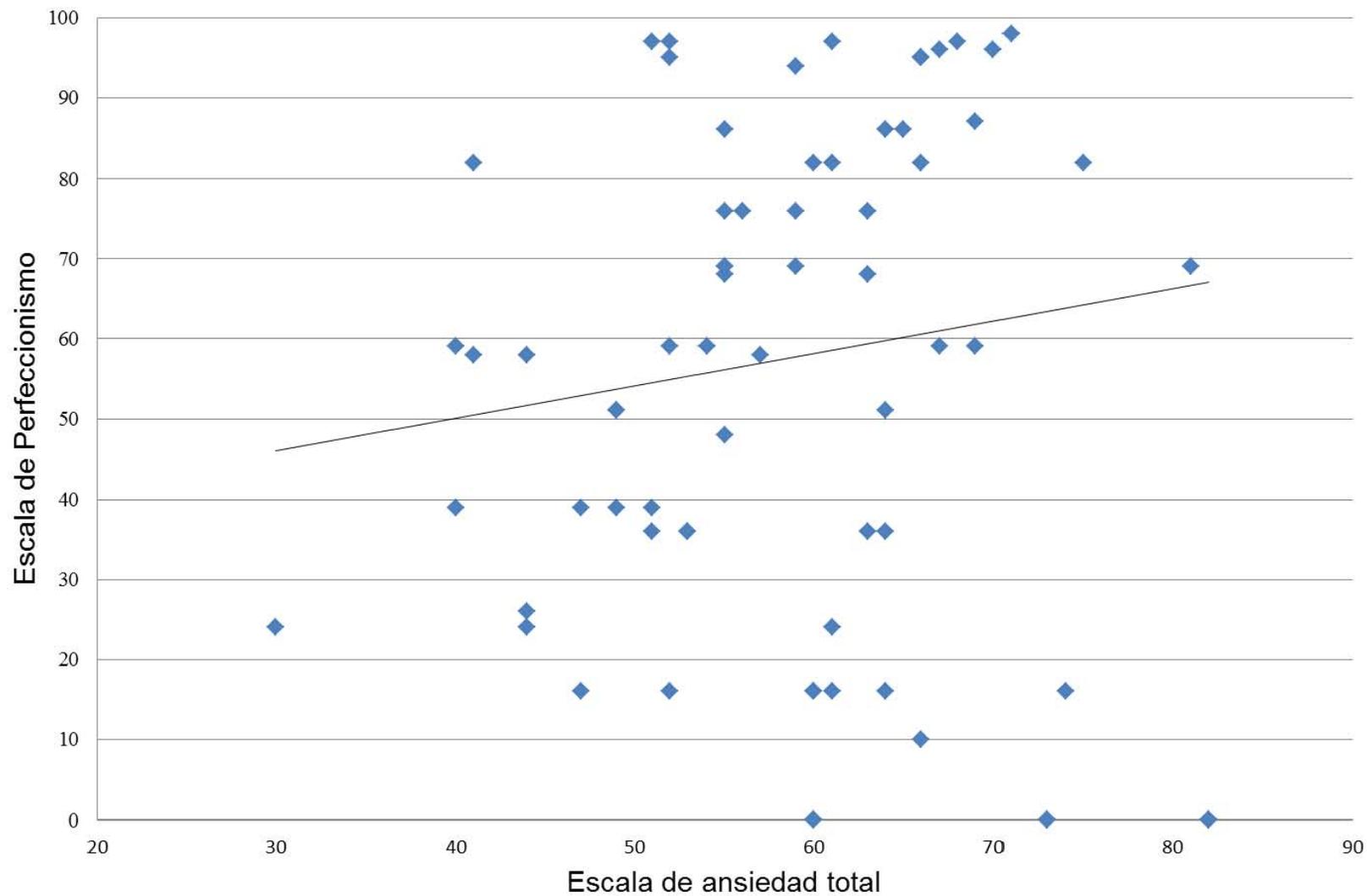
Anexo 7
Correlación entre el nivel de estrés y la escala de Insatisfacción corporal



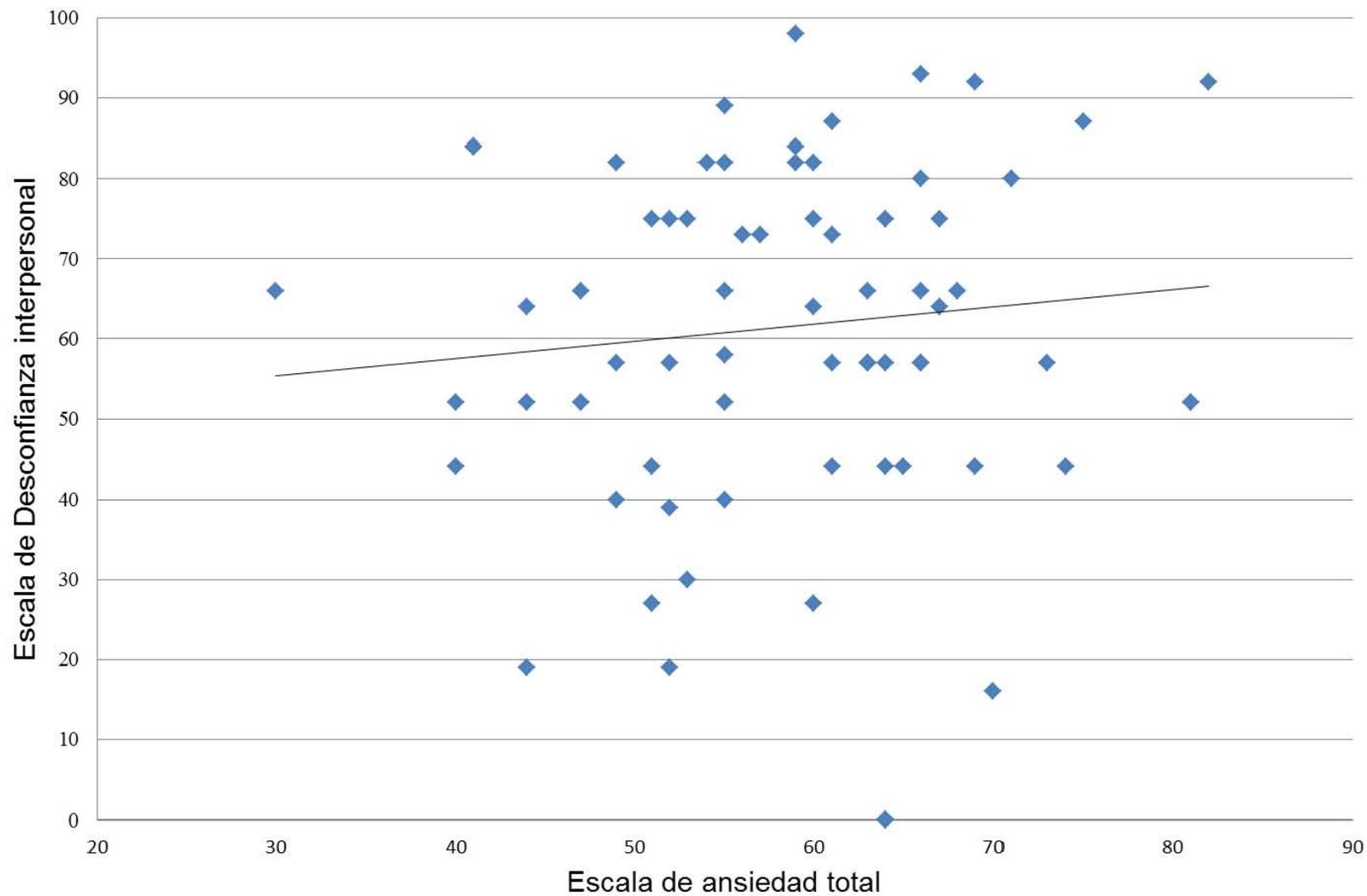
Anexo 8 Correlación entre el nivel de estrés y la escala de Ineficacia



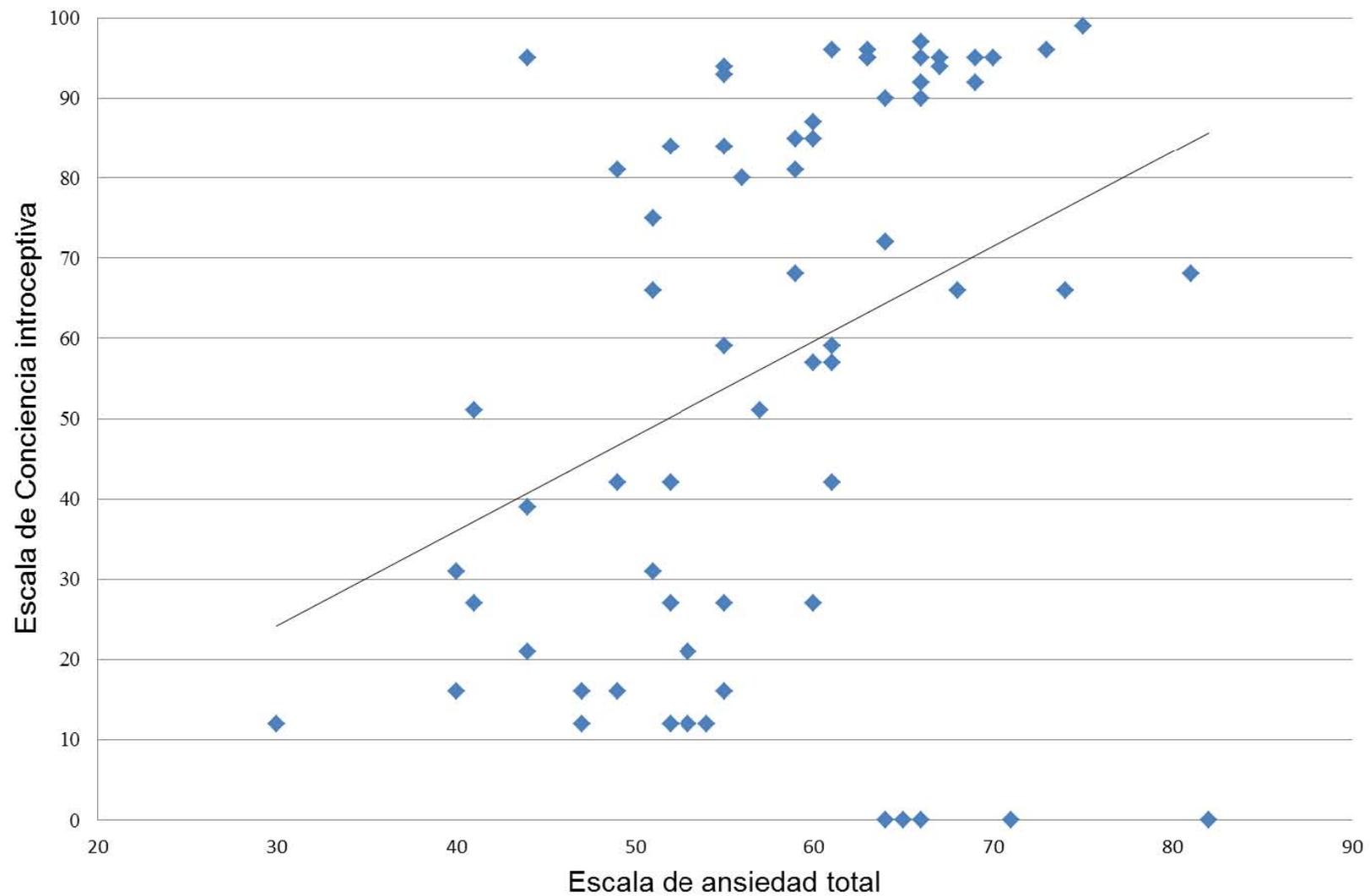
Anexo 9 Correlación entre el nivel de estrés y la escala de Perfeccionismo



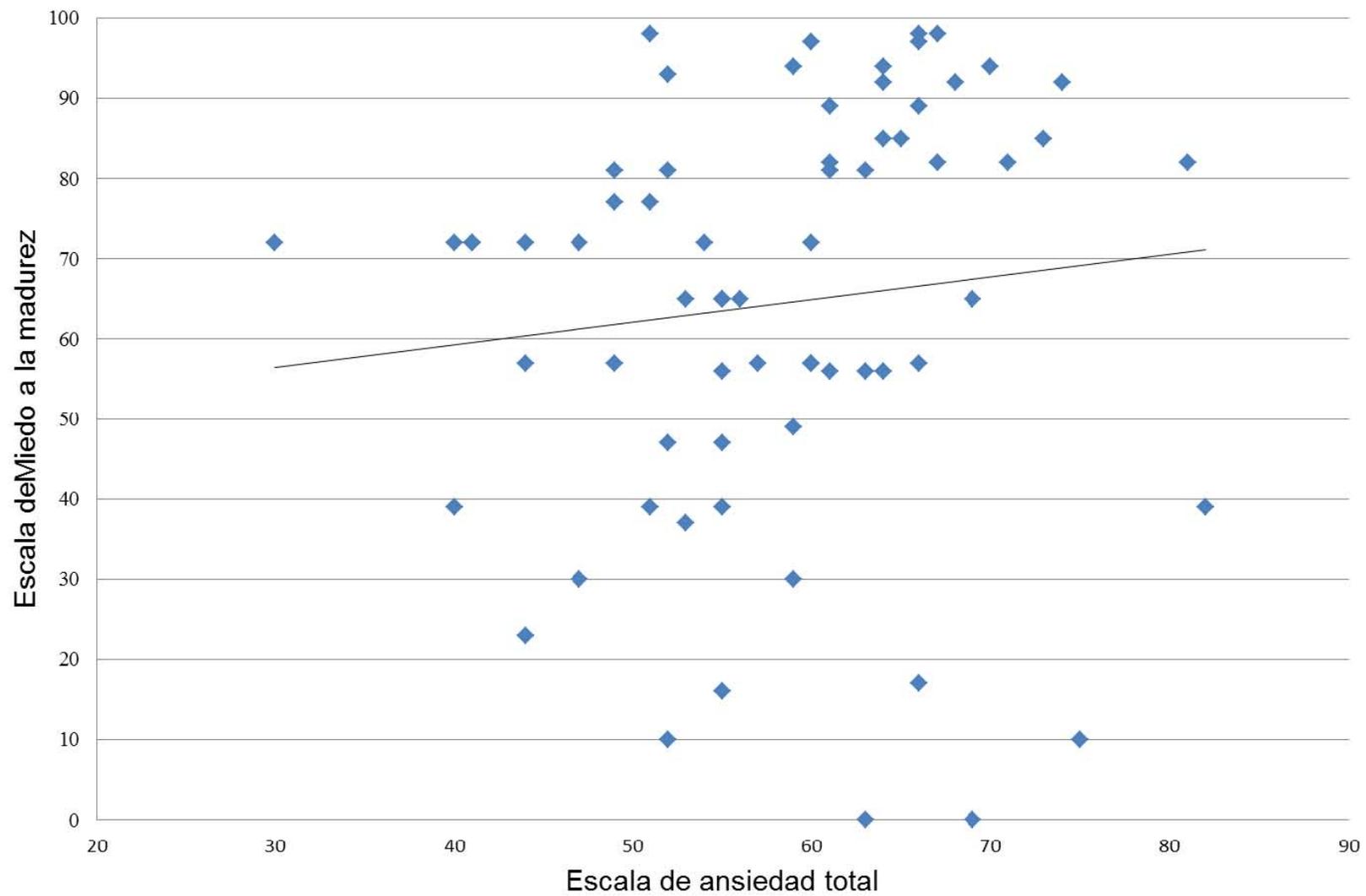
Anexo 10
Correlación entre el nivel de estrés y la escala de Desconfianza interpersonal



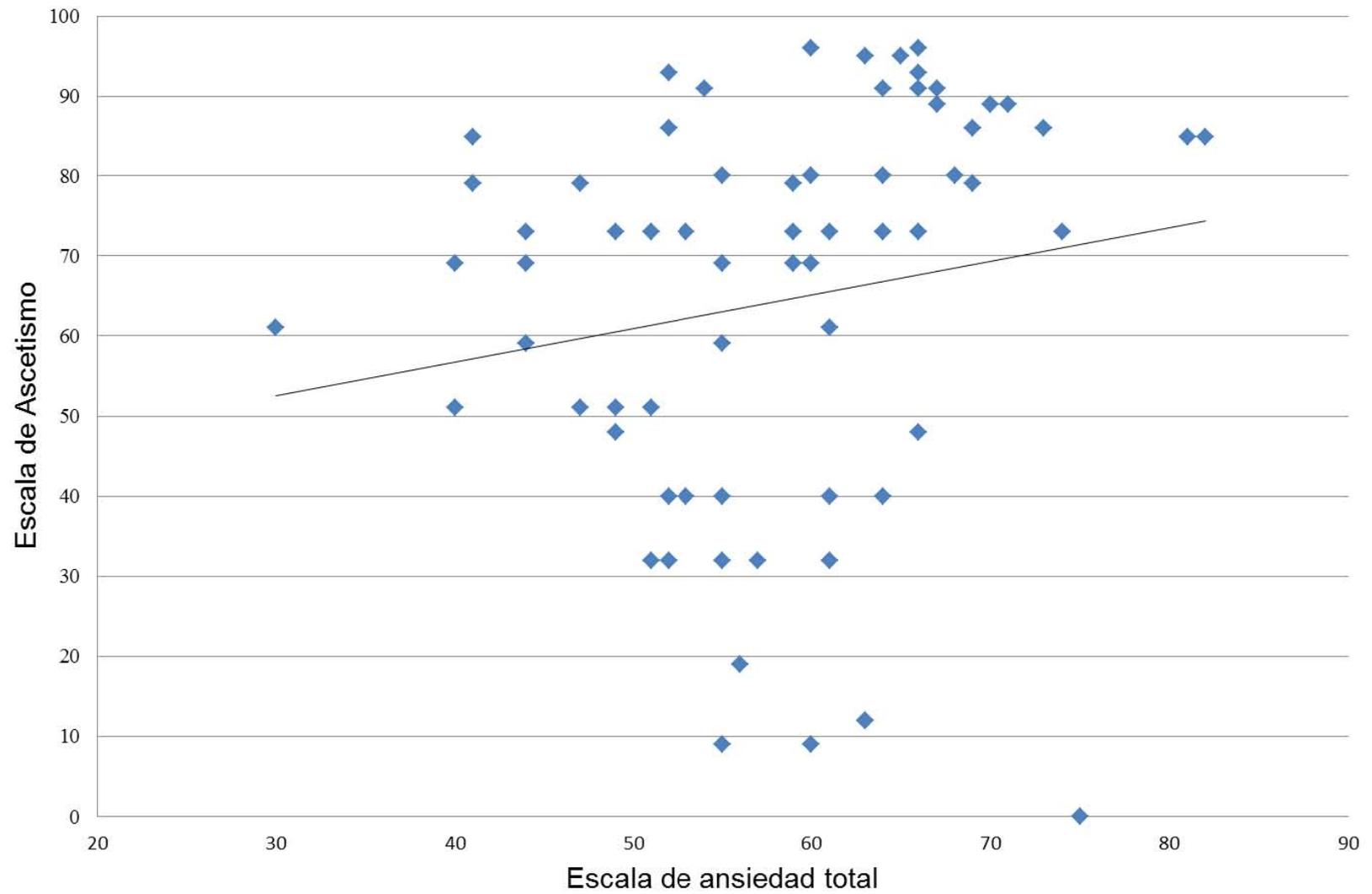
Anexo 11
Correlación entre el nivel de estrés y la escala de Conciencia introceptiva



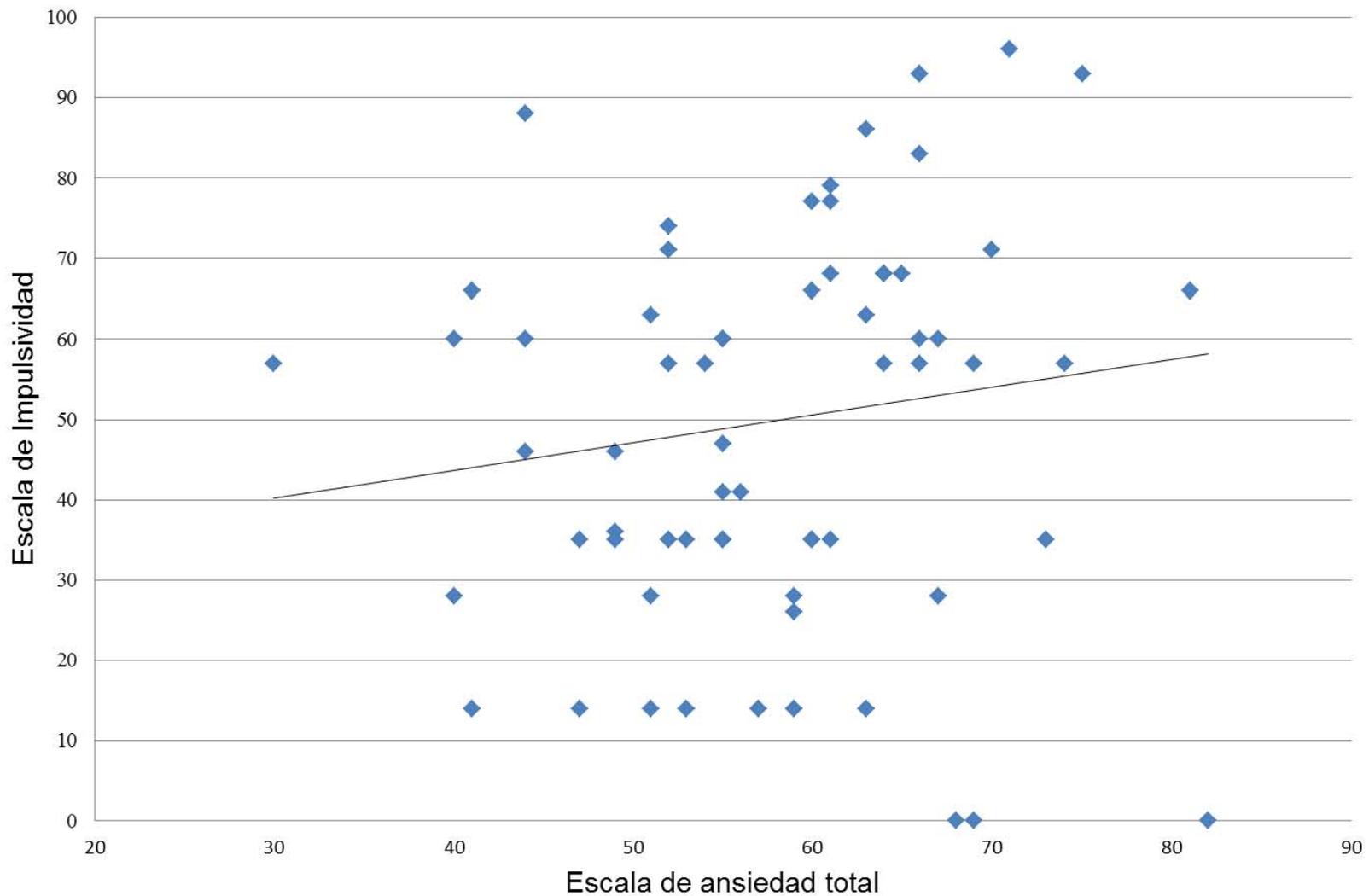
Anexo 12
Correlación entre el nivel de estrés y la escala de Miedo a la madurez



Anexo 13
Correlación entre el nivel de estrés y la escala de Ascetismo



Anexo 14
Correlación entre el nivel de estrés y la escala de Impulsividad



Anexo 15
Correlación entre el nivel de estrés y la escala de Inseguridad social

