



UNIVERSIDAD DON VASCO, A.C.

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

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

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

Martha Alicia Calderón Tapia

Asesora: Lic. Gisela Mayanín Tafolla Torres

Uruapan, Michoacán. 14 de enero de 2014.



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.

DEDICATORIA

El presente trabajo de investigación está dedicado principalmente a Dios, porque sin Él nada de esto hubiera sido posible, por darme el don de la vida y siempre estar conmigo.

También se la dedico a mis padres: Martha y Armando, porque sin ellos simplemente nada tendría sentido. Gracias por estar siempre apoyándome, por trabajar duro para darnos a mi hermano y a mí un futuro mejor y por darme una familia unida y feliz.

Por último, pero no menos importante: le dedico este trabajo a mi princesa Camila porque ella es y será siempre el motor que me impulse a seguir adelante. Te amo, mi niña hermosa.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco sinceramente a todos los que han formado parte de mi formación escolar, maestros y amigos; sin su paciencia y enseñanzas, este mundo estaría en la ruina total. Gracias por compartir sus conocimientos, por su paciencia y por su amistad.

ÍNDICE

Introducción.

Antecedentes	1
Planteamiento del problema	6
Objetivos	7
Hipótesis	9
Operacionalización de las variables	9
Justificación	10
Marco de referencia	11

Capítulo 1. El estrés.

1.1 Antecedentes históricos del estrés	13
1.2 Tres enfoques teóricos de estrés	15
1.2.1 Estrés como respuesta	15
1.2.2 Estrés como estímulo	16
1.2.3 Estrés como relación persona – entorno (enfoque interaccionista)	17
1.2.3.1 El concepto integrador del estrés	19
1.3 Los estresores	20
1.3.1 Estresores psicosociales: cambios mayores, menores y cotidianos	21
1.3.2 Los estresores biogénicos	24
1.3.3 Los estresores en el ámbito académico	25
1.4 Procesos del pensamiento que propician el estrés	27
1.5 Los moduladores del estrés	28

1.5.1 Control percibido	29
1.5.2 El apoyo social	30
1.5.3 El tipo de personalidad: A/B	32
1.5.3.1 Personalidad tipo A y problemas cardíacos	34
1.6 Los efectos negativos del estrés	35

Capítulo 2. Trastornos alimentarios.

2.1 Antecedentes históricos de la alimentación.	39
2.2 Definición y características clínicas de los trastornos alimentarios	41
2.2.1 Anorexia nerviosa	41
2.2.2 Bulimia nerviosa	43
2.2.3 Obesidad	46
2.2.4 Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas	46
2.2.5 Vómitos en otras alteraciones psicológicas	47
2.2.6 Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia	47
2.3 Esfera oroalimenticia en la infancia	51
2.3.1 Organización oroalimenticia	52
2.3.2 Alteraciones en la esfera oroalimenticia	53
2.4 Perfil de la persona con trastornos de alimentación	55
2.5 Causas del trastorno alimentario	58
2.5.1 Factores predisponentes individuales	59
2.5.2 Factores predisponentes familiares	69
2.5.3 Factores socioculturales	70
2.6 Percepción del cuerpo en el trastorno alimentario.	73

2.7 Factores que mantienen los trastornos alimenticios	75
2.8 Trastornos mentales asociados a los trastornos alimentarios	75
2.8.1 Trastornos alimentarios y depresión	76
2.8.2 Trastornos alimentarios y ansiedad	77
2.9 Tratamiento de los trastornos alimenticios	78

Capítulo 3. Metodología, análisis e interpretación de resultados.

3.1 Descripción metodológica	81
3.1.1 Enfoque cuantitativo	81
3.1.2 Investigación no experimental	82
3.1.3 Diseño transversal	83
3.1.4 Alcance correlacional	84
3.1.5 Técnicas de recolección de datos	85
3.2 Población y muestra	85
3.3 Descripción del proceso de investigación	87
3.4 Análisis e interpretación de resultados	89
3.4.1 Estrés	89
3.4.2 Indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios	91
3.4.3 Relación entre el nivel de estrés y los trastornos alimentarios.	94

Conclusiones	99
------------------------	----

Bibliografía	101
------------------------	-----

Mesografía	103
----------------------	-----

Anexos.

INTRODUCCIÓN

El estrés ha formado parte de la vida diaria del ser humano, como un factor del ritmo tan acelerado que se tiene hoy en día. Muchas personas lo presentan y, lejos de convertirse en algo funcional, ha desencadenado problemas que obstaculizan el desarrollo humano adecuado. Algunos autores han señalado que estos problemas se han visto reflejados en los trastornos alimenticios, tales como, la bulimia y la anorexia, entre otros.

Antecedentes

Palmero y cols. (2002) retoman a Selye para definir al estrés como una respuesta del organismo para protegerse de cualquier tipo de exigencia. El concepto no se refiere a la demanda que exige el ambiente, sino a las consecuencias de este.

Este término se hizo presente en los años 30, cuando Selye utilizó el término estresor para referirse al desencadenamiento de las condiciones y eliminar estas del mismo proceso de estrés.

Se señala que el estrés ha sido estudiado de cuatro formas muy distintas entre sí: por un lado, se ha definido como todos aquellos estímulos que han desencadenado dicho fenómeno; por otro, como un cúmulo de actitudes que se generan continuamente y que inducen a una activación de este; también como un proceso en la toma de

decisiones y la manera de afrontarlas; por último, la respuesta que se obtiene de todo este proceso.

Una de las definiciones que se han dado para el estrés, según Palmero y cols. (2002), la proporciona la Organización Mundial de la Salud al mencionar que el estrés es un conjunto de respuestas físicas que preparan al organismo para que actúe.

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

Por otro lado, se encuentra la variable de los trastornos alimenticios, la cual ha tenido mucho impacto en la sociedad y la ha afectado de manera significativa.

Los trastornos alimenticios tienen su origen en distintas causas, como lo pueden ser los trastornos metabólicos, rasgos de personalidad, influencia de la sociedad, de la cultura o de la misma familia.

Los trastornos mencionados anteriormente se caracterizan por una alteración en la conducta alimentaria.

Por otra parte, los trastornos alimentarios constituyen un padecimiento mental en donde la obsesión por no subir de peso, la deformación mental de la imagen corporal, así como el pensar continuamente en la comida, desencadenan una modificación en la manera de ingerir alimento. Todo ello desemboca en problemas médicos y nutricionales que pueden poner en riesgo la vida.

Asimismo, Ruiz y cols. (2004) mencionan que el primer caso de trastornos alimenticios lo presentó Santa Catalina en el siglo XIV, cuando, manifestando su amor por Jesús, renuncia a los placeres del mundo, de tal forma que hace presente el ayuno.

En 1689 aparece el primer caso de anorexia. Posteriormente el siglo XIX en México y Europa “la mujer tenía que proyectar espiritualidad y dominar los placeres carnales; sometiéndose a ayunos prolongados, lo que generaba un bajo peso corporal” (Ruiz y cols.; 2007: 13).

Después de diversos estudios hechos por Gutting (citado por Ruiz y cols.; 2004) aparece lo que hoy en día se conoce como anorexia nerviosa. Término que proviene del griego y se define como pérdida de apetito.

El problema del estrés se hace presente en las actividades cotidianas. Se ha señalado que una de las principales causas es el ámbito laboral.

Según Caldera y cols. (2007), en Gran Bretaña el estrés de tipo laboral ha influido entre un 5 y 10 por ciento en la producción.

De manera específica, “de acuerdo con los especialistas, cada año ocurrirán 160 millones de nuevos casos de enfermedades relacionadas con el trabajo, incluyendo seis de las principales causas de muerte en adultos como padecimientos cardiovasculares, cáncer, enfermedades pulmonares, accidentes, cirrosis y suicidio.” (Caldera y cols.; 2007: 78).

Caldera y cols. (2007) efectuaron también otro estudio acerca de la relación del estrés con el rendimiento académico. Dicha indagación se realizó con una muestra de 115 alumnos y se utilizó el Inventario de Estrés Académico.

Los datos obtenidos no arrojaron una relación significativa con respecto a la hipótesis que se había formulado, aunque sí existe cierta propensión respecto a la vinculación entre estas variables. Las estadísticas señalaron un 22.6% en los alumnos con bajo nivel de estrés.

“La relación encontrada entre el nivel de estrés y género de los alumnos no es relevante ($p = .02654$), pero sí identifica cierta predisposición a que las mujeres tienen niveles de estrés bajos y medios, 39.13% y 21.74% respectivamente” (Caldera cols.; 2007: 81).

Por otro lado, Hernández (2006) realizó una investigación acerca de la presencia de trastornos alimenticios en mujeres de entre 14 y 19 años; en donde formó dos grupos: el primero constituido por mujeres de nivel socioeconómico alto (MA), y el segundo por mujeres de clase media baja (MB).

El 60% de su población era de género femenino y el restante, masculino. Diseñó una prueba de 40 cuestiones divididas en cuatro partes: la primera solamente era de datos personales, la segunda de diagnóstico familiar, la tercera de imagen corporal y, por último, de regulación del peso. Diseñó para ello una escala de tipo Likert.

“Los resultados permiten identificar que entre la población estudiada están presentes síntomas relacionados con anorexia y bulimia nerviosa, tales como el sometimiento a dietas restrictivas en ambos grupos (25% de los sujetos); vómitos autoinducidos, con mayor frecuencia en el grupo MB (4%) en comparación con el grupo MA (1%); utilización de laxantes para controlar el peso (alrededor del 5% en ambos grupos); uso de diuréticos para controlar el peso; 3% (MA) y 4% (MB); los episodios de atracones de comida son mayores del 27% en ambos grupos. (Hernández; 2006: 8-9).

Con lo mencionado anteriormente, se puede concluir que uno de cada cuatro sujetos presentó al menos un indicio relacionado con problemas de alimentación.

En México, Gómez y Paresmitiré (citado por Ruiz y cols.; 2004) realizaron un estudio sobre los trastornos alimenticios, en donde su objetivo principal era el de detectar algunas fallas acerca de la conducta alimenticia del mexicano.

La muestra estuvo compuesta por estudiantes tanto hombres como mujeres, que se encontraban cursando la preparatoria, licenciatura o postgrado.

“Sus resultados reportaron una práctica inexistente del problema de obesidad (2%), mientras que un 41% presentó sobrepeso; por otro lado, detectó la presencia de ciertos patrones y prácticas alimentarias que pueden considerarse como factores de riesgo para el surgimiento y desarrollo de problemas como la bulimia y la anorexia” (Ruiz y cols.; 2004: 15).

Planteamiento del problema

En la actualidad se ha incrementado el interés por el aspecto físico, lo cual hace pensar en el aumento de factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios.

Por otro lado, el estrés ha tomado un papel importante en la sociedad, lo que hace pensar en la relación que tiene con las diversas problemáticas de los adolescentes en la vida diaria.

Se han efectuado diversas investigaciones acerca de este tema, pero aún se desconoce si el estrés tiene relación en este tipo de trastornos, por ello se considera

importante investigar acerca de estos fenómenos, ya que forman parte de la vida cotidiana y, como sociedad, no es posible dejar de lado esta problemática.

Particularmente, en la secundaria del Colegio La Paz, no se ha indagado mucho sobre este tema en particular, por lo que se vuelve importante investigar sobre el fenómeno.

Por ello, se considera importante plantear la interrogante: ¿existe relación significativa entre el estrés y los trastornos alimentarios en estudiantes de la secundaria Colegio La Paz, en Uruapan, Michoacán?

Objetivos

Todo trabajo de investigación tiene un por qué en específico, con una intención que es importante señalar. Por ello a continuación se presentan los objetivos que se han establecido para dirigir sistemáticamente la investigación.

Objetivo general

Establecer la relación que existe entre el estrés y los factores psicológicos de los trastornos alimentarios en estudiantes que cursan el segundo grado de secundaria en el Colegio La Paz, de Uruapan, Michoacán.

Objetivos particulares

1. Conceptualizar el término estrés.
2. Identificar los indicadores psicológicos del estrés.
3. Señalar los principales enfoques teóricos sobre el estrés.
4. Definir el concepto de trastornos alimentarios.
5. Analizar las causas que provocan trastornos alimentarios.
6. Identificar los principales trastornos alimentarios que se presentan.
7. Precisar los principales indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios.
8. Identificar las principales aportaciones teóricas sobre los trastornos alimentarios.
9. Valorar el nivel de estrés que se presenta en los estudiantes de secundaria del Colegio La Paz.
10. Medir el nivel en que se presentan los trastornos alimentarios en los estudiantes de secundaria del Colegio la Paz.

Hipótesis

La hipótesis se entiende como la explicación provisional sobre la realidad investigada, es decir, lo que se pretende encontrar, es por esto que a continuación se señalan las del presente estudio.

Hipótesis de trabajo

Existe una relación significativa entre el estrés y los factores psicológicos de los trastornos alimentarios en estudiantes del segundo grado de secundaria en el Colegio La Paz, de Uruapan, Michoacán.

Hipótesis nula

No existe relación significativa entre el estrés y los factores psicológicos de los trastornos alimentarios en estudiantes del segundo grado de secundaria en el Colegio La Paz, de Uruapan, Michoacán.

Operacionalización de las variables

La variable nivel de estrés fue entendida como los resultados que se obtuvieron como producto de la prueba psicométrica denominada Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños, Revisada (CMAS-R), de los autores Cecil R. Reynolds y Bert O. Richmond (1997). La prueba cuenta con cuatro subescalas, más una para evaluar la mentira. El instrumento posee la validez exigida por la comunidad científica de la psicología.

La variable factores psicológicos de los trastornos alimentarios se conceptualiza operacionalmente como el resultado obtenido en el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2), del autor David M. Gardner (1998), la cual evalúa once indicadores psicológicos que se encuentran comúnmente asociados a los trastornos

de la conducta alimentaria. Al igual que el instrumento mencionado anteriormente, este inventario cuenta con los estándares de validez exigidos en este tipo de pruebas.

Justificación

La presente investigación beneficia de manera directa a la secundaria del Colegio La Paz, ya que no se ha indagado con suficiencia acerca del tema, y será de mayor utilidad a sus alumnos y al crecimiento de este plantel.

Lo anterior se afirma debido a que el nivel de exigencia es mayor y los alumnos se presentan a diario con actividades extraescolares, de modo que pueden llegar a presentar frecuentemente este fenómeno y no ser tan visible, o no prestarle demasiada importancia.

Esta indagación puede favorecer a futuros estudios como una fuente de investigación y así encontrar referencias seguras donde los investigadores podrán apoyarse con datos empíricos.

De igual manera, favorece a la Universidad Don Vasco, ya que es la institución en donde el estudio realizado se encontrará disponible, de modo que se contará con mejores herramientas de investigación y con la facilidad para acceder a ellas.

Marco de referencia

La presente investigación se llevó a cabo en la secundaria Colegio La Paz, la cual se encuentra ubicada en la calle Héroes de Cananea #820, Colonia San José Obrero, en la ciudad de Uruapan, Michoacán.

Esta institución ofrece educación privada y de orientación religiosa, que tiene por misión dignificar a la persona mediante la formación integral de los alumnos a través de estrategias pedagógicas actuales y cimentadas en la práctica de la rectitud.

La secundaria Colegio La Paz cuenta con cuatro edificios, en donde se encuentra ubicados los salones de clase, las oficinas y las direcciones. Cuenta también con tres canchas de voleibol y básquetbol; una cancha de futbol con pasto y tres de cemento, en donde los alumnos pueden realizar actividades recreativas y convivir con el resto de sus compañeros.

Además cuenta con una cafetería, biblioteca, un taller de computación y otro de dibujo, enfermería, tres coordinaciones académicas, dos departamentos de psicopedagogía, uno de mejora continua y otro de pastoral.

Asimismo, tienen destinados dos laboratorios, de los cuales uno es empleado para biología y física, mientras que el otro se utiliza para química. Además, se dispone de papelería y capilla.

Todo esto concuerda con la visión de una institución innovadora y reconocida por su calidad humana, cristiana y académica, que induzca al educando a ser promotor de la rectitud y la paz, por el impulso al crecimiento del más necesitado.

CAPÍTULO 1

EL ESTRÉS

En el presente capítulo se habla acerca del estrés, su definición y los antecedentes de la construcción de este término, también se dan a conocer sus enfoques teóricos y los tipos de estresores que existen; de igual manera, se definen los procesos del pensamiento que generan el estrés, así como los moduladores de los que una persona puede ayudarse; por último, se examinan los efectos negativos de este fenómeno.

1.1 Antecedentes históricos del estrés

Según Sánchez (2007), la palabra estrés proviene del latín *stringere*, vocablo que tiene como significado oprimir, presionar o comprimir.

Este término comenzó a utilizarse en la rama de la física y metalurgia para relacionar la fuerza que se maneja sobre un objeto y con la cual es posible manipularlo o romperlo. El estrés ha formado parte del ser humano desde sus inicios, puesto que actúa de una manera positiva en él para desarrollar sus actividades de una manera eficaz.

Por otra parte, el estrés contribuye de manera positiva ante la resolución de conflictos y peligros a los que un individuo puede encontrarse expuesto. Por ello, dicho factor es considerado como benéfico.

Según Sánchez (2007), el estudio objetivo del estrés fue iniciado por el científico austriaco-canadiense Hans Selye, quien gracias a sus investigaciones logró identificar una reacción inespecífica, fisiológica y adaptativa ante cualquier señal observada por un organismo, frente a una amplia gama de estímulos que provocan variaciones.

Cabe mencionar que dicha reacción fue llamada como “Síndrome general de Adaptación”; poco después fue definida por la Organización Mundial de la Salud como una respuesta inespecífica que otorga el organismo a cualquier demanda del exterior.

De igual manera, Bernard (citado por Sánchez; 2007) señaló que la naturaleza, por sí sola, provee al organismo de los recursos necesarios a través de la genética para enfrentar las exigencias del medio externo.

Todos los estudios de Bernard lo llevaron a estudiar también las consecuencias de la alteración del equilibrio en un organismo, al imponerle mayor presión externa, a lo que Selye años más tarde definiría como “estrés”.

“Los principios de Bernard fueron ampliados durante la primera mitad del siglo XX por el fisiólogo estadounidense Walter Bradford Cannon, que bautizó al ‘estado

dinámico' con el nombre de 'homeostasis', y demostró que el cuerpo se podía adaptar para enfrentarse a peligros externos importantes" (Sanchez; 2007: 16).

Además de ello, fue Cannon quien planteó que, los eventos inesperados que incitan emociones, pueden desencadenar una respuesta de tipo "ataque o fuga", aquí es donde se establece la relación entre lo psicológico y lo biológico (Sanchez; 2007).

1.2. Tres enfoques teóricos del estrés

Estudiando el fenómeno del estrés, se ha encontrado que tiene diversas maneras de manifestarse: como respuesta, como estímulo y como interacción. Es por esto que a continuación se explicarán estas perspectivas de una manera clara y concreta.

1.2.1 Estrés como respuesta

La manera en que se considera al estrés, según el modelo basado en la respuesta, consiste en definirlo como una variable dependiente, es decir, el modo que la persona reacciona ante un estímulo amenazador o desagradable.

En ocasiones, hay sujetos que afirman trabajar mucho mejor bajo presión, de manera que el estrés se hace presente y motiva al individuo a realizar alguna acción.

Al respecto, según Travers y Cooper (1997), la respuesta frente al estrés puede presentarse en tres niveles que se encuentran relacionados entre sí: el psicológico, el fisiológico y el conductual.

1.2.2 Estrés como estímulo

Inicialmente, el estrés como estímulo tiene relación con la salud y la enfermedad, como factores ligados al entorno externo del individuo.

Según Godell y otros (citados por Travers y Cooper; 1997) Hipócrates durante el siglo V a. C. creía que el ambiente determinaba las características de la salud y la enfermedad.

Esta manera de enfocar al estrés sostiene que las características que se presentan en el ambiente y que son molestas, afectan al individuo de manera directa y forman cambios sobre él.

De igual manera, se dice que cada sujeto posee cierto nivel de tolerancia que puede ser excedido y el hecho de extralimitarse, puede traer efectos negativos temporales o permanentes.

Sin embargo, no se puede situar totalmente al estrés como un factor negativo, ya que sirve de estímulo y es un rasgo vital de cada persona (Selye, citado por Travers y Cooper; 1997).

Es así como Selye (citado por Travers y Cooper; 1997) divide al estrés en dos tipos: positivo, que fue llamado como “eustrés” y que se define como la manera que el individuo tiene para impulsarse, resolver problemas y motivarse al cambio; por otro lado, el negativo, o “distrés”, es la condición en que la persona no logra controlarse y puede llegar a generarse un posible daño, son experiencias de tipo negativo o desagradable.

1.2.3 Estrés como relación persona – entorno (enfoque interaccionista)

Hoy en día el estrés ya no se considera como un fenómeno estático, sino como un proceso mucho más complejo que une a los dos modelos mencionados anteriormente.

En este sentido, “el estrés no es un suceso, sino un proceso complejo, variado y desafiante a nivel intelectual” (Pearlin, citado por Travers y Cooper; 1997: 32).

Es por esto que el estrés, desde una perspectiva interaccionista, ha pasado a considerarse como una exigencia del medio o como una consecuencia de este. Es así como algunos teóricos afirman que las personas son las que influyen en el entorno que las rodea.

Según Travers y Cooper (1997) un gran número de investigadores que han trabajado teniendo como base los modelos relacionales del estrés, lo conceptualizan

como una interacción o transacción entre persona y entorno, y es por esto que se puede generar una experiencia estresante.

De igual manera, el estrés es generado en función de que la magnitud de los estímulos es mayor a la capacidad que tiene el individuo para afrontarlos; y para intentar tener control sobre este fenómeno, el individuo puede intentar modificar su entorno o aprender nuevas maneras de reaccionar frente a una situación concreta (Travers y Cooper; 1997).

Todo lo anterior se efectúa con la finalidad de que el individuo encuentre un equilibrio entre él y su entorno, y así se logre un estado de adaptación.

Mencionan Travers y Cooper (1997) que existen cinco aspectos principales que deben ser considerados en cualquier estudio que se realice sobre el estrés como fenómeno producto de la interacción persona-entorno:

1. Valoración cognitiva: la manera personal que se interpreta ante una situación que posteriormente llevará a la experiencia.
2. Experiencia: la percepción del individuo, dependerá básicamente de las experiencias vividas con anterioridad.
3. Exigencia: se incluye a la demanda real con la percibida, unida con la capacidad que se percibe y la real; esta percepción queda reafirmada por las necesidades del individuo y su nivel de estimulación inmediata.

4. Influencia interpersonal: la manera de percibir el estrés depende en gran medida de la presencia o ausencia de otras personas, esto puede ser un factor tanto positivo como dañino.
5. Un estado de desequilibrio: cuando se presenta un estado de inestabilidad entre la exigencia y capacidad percibida de superar algún requerimiento, se generan nuevas alternativas de superación, en donde se toman en cuenta las consecuencias anteriores de tales acciones.

Por otro lado, se dice que “la relación persona-entorno que produce el estrés es un desequilibrio subjetivo entre las demandas que recibe la persona y sus recursos para satisfacerlas. Dependiendo del grado de desequilibrio, experimentamos más o menos estrés” (Lazarus y Lazarus; 2000: 282).

En muchas ocasiones, las demandas que la persona exige, son satisfechas fácilmente, pero cuando el nivel de requerimiento es mayor, ocurre una carencia ante la cual el individuo puede presentar algún grado de estrés.

1.2.3.1. El concepto integrador de estrés

Como se ha ido mencionando, el estrés no es totalmente dañino para el ser humano, de hecho, sin él no se podrían realizar funciones básicas de supervivencia.

Una serie de autores han dado su definición de estrés, tal como es el caso de Ivancevich y Matteson (1985), quienes señalan que el estrés es una respuesta apta,

mediada por las características de cada individuo o bien, de sus procesos psicológicos, en donde se le plantean específicas demandas físicas o psicológicas.

En el mismo sentido, a continuación se presenta la definición más integradora de lo que es el estrés:

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

1.3. Los estresores

Para toda persona, el término estrés es sinónimo de cambio, no importa si se trata de un hecho positivo o negativo, cualquiera que marque la vida de una persona es causa de estrés.

Es por esto que Lazarus y Cohen (citados por Palmero y cols.; 2002) hablan de tres tipos de situaciones estresantes que se presentan conforme a la intensidad de los cambios que se generan en la vida de un individuo: los estresores psicosociales, los biogénicos y los estresores en el ámbito escolar.

1.3.1 Estresores psicosociales: cambios mayores, menores y cotidianos

Iniciando con los estresores, en primer lugar se encuentran los cambios mayores; se les llama así, ya que son aquellos cambios que suceden de manera drástica e inesperada en la vida de una persona.

De acuerdo con Palmero y cols. (2002), una de las características principales de este tipo de estresor es la capacidad que tiene para afectar a un extenso grupo de personas, aunque no necesariamente deben ser muchas; del mismo modo, pueden ser hechos que duren bastante tiempo, como un encarcelamiento, o que pueden ocurrir de manera rápida como un temblor, o bien, inundaciones o huracanes; también el hecho de ser víctima de secuestro o maltrato, o padecer importantes problemas de salud.

El efecto traumático es lo que se tiene en común, ya que las consecuencias se mantienen de manera prolongada.

Algunos de los factores que están relacionados con los factores definatorios para un patrón de estrés post-traumático, los menciona el DSM-IV (American Psychiatric Association, citada por Palmero y cols.; 2002), y son los siguientes:

- Haberse encontrado expuesto ante una situación de muerte o amenaza hacia la integridad física.

- Recuerdos desagradables del suceso traumático, sentimientos de que el acontecimiento se volverá a repetir.
- La evitación a momentos que recuerden el evento estresor.
- Sensación de no tener esperanza en el futuro o disminución de actividades importantes para la persona.
- Estados de insomnio, manifestación intensa de ira.

Todas estas características provocan malestar y por lo tanto, estrés en la persona.

En segundo lugar, se tienen a los cambios vitales estresantes, son llamados así ya que hacen referencia a ciertas circunstancias de la vida que pueden llegar a salirse del control del individuo.

Existen ciertas áreas de la vida de una persona en donde los cambios o las alteraciones tienen mayor impacto y generan un aumento de estrés, aunque estas dependen principalmente de las características personales que se posean:

Según Palmero y cols. (2002) algunas de las principales fuentes que desencadenan el estrés son correspondientes a cambios en:

- La vida conyugal: como el contraer matrimonio, estar dentro de esta relación, conflictos de pareja, separación o la muerte de esta.

- Las relaciones interpersonales: problemas en la interacción con amigos, vecinos o familiares.
- El ámbito laboral: incluye desde el trabajo o la escuela, como la jubilación o despido o en caso del estudiante, tener problemas como bajas calificaciones o materias muy pesadas.
- Situaciones ambientales: se pueden relacionar con cambios de residencia o inmigración.
- El ámbito económico: deudas, mal manejo de los ingresos y el estatus socioeconómico.
- Factores familiares: deficiente relación con los padres, estar en una familia adoptiva o violencia intrafamiliar

Por último, se encuentran los estresores cotidianos o microestresores, que se caracterizan por no ser presentados con mayor intensidad, pero sí con bastante frecuencia. Son aquellas pequeñas situaciones que incomodan al individuo y pueden perturbarlo o irritarlo.

“Se perciben como situaciones en las que se da una falta de información para tomar decisiones, o una impredecibilidad de la situación. Se produce un estado de incertidumbre. Existe una ambigüedad de la situación o, por el contrario, una sobrecarga de información” (Palmero y cols.; 2002: 430).

Algunas de las temáticas que están relacionadas con los estresores cotidianos son:

- Problemas prácticos: como el hecho de perder algo, el tráfico, el clima o discutir con alguien.
- Las satisfacciones: que hacen referencia a eventos positivos que hacen posible contrarrestar los efectos negativos de las contrariedades.
- Problemas con algún familiar.

1.3.2. Los estresores biogénicos

Así como los estresores mencionados con anterioridad afectan la vida de cada individuo, del mismo modo también lo hacen los estresores de tipo biogénico.

Estos estresores, según menciona Palmero y cols. (2002), no afectan la parte cognitiva del sujeto, sino que son ligados directamente en los núcleos activadores neurológicos y afectivos.

Algunas de las causas son:

- Los cambios hormonales tales como los que ocurren en la pubertad tanto en hombres como en mujeres, en donde los órganos sexuales comienzan a trabajar y se comienzan a segregar nuevas hormonas; la menstruación o

síndrome premenstrual, donde el origen del estrés se localiza en el desequilibrio que ocurre en las hormonas. El post parto o un aborto también cambian el perfil de las hormonas, así como la menopausia o climaterio.

- La ingestión de sustancias químicas que pueden alterar el sistema nervioso central y causar episodios de estrés.
- La reacción que se tiene ante ciertos estímulos que pueden provocar dolor, calor o frío.
- Para finalizar, se encuentran todo tipo de alergias, las cuales causan un gran cambio en el sistema inmunológico con el fin de terminar con aquello que el organismo considera maligno.

1.3.3. Los estresores en el ámbito académico

El estrés de tipo académico impide reaccionar de manera adecuada para lo que el estudiante se ha ido preparando durante su formación académica.

Según Barraza (2005), cuando el estudiante sostiene el estado de alarma por más tiempo de lo normal para responder a las demandas que se exigen, puede presentar síntomas tales como: dolor de cabeza, problemas gastrointestinales, alteraciones de la piel como acné, insomnio o inquietud, dificultad para la concentración y cambios de humor.

La vida de un estudiante se encuentra señalada por varias etapas, el hecho de entrar a la universidad o estar dentro de ella, genera mayor probabilidad de que el estrés aparezca.

Así como también lo propicia el dejar la casa de los padres; en algunos casos, viajar diariamente durante un largo tiempo, tener que distribuir gastos y economizar lo más que se pueda, compartir vivienda con personas nuevas en el entorno, tener un equilibrio entre las responsabilidades escolares y las relaciones interpersonales.

Todo esto desarrolla un grado de estrés en el estudiante, así como lo son también eventos positivos, tales como enamorarse o preparar algún viaje de prácticas.

Lo anteriormente mencionado, puede afectar de manera negativa el desarrollo del estudiante debido a que se requiere mayor tiempo para aprender y esto puede generar bloqueo durante los exámenes, según hace referencia Barraza (2005).

Según Hernández y cols. (citados por Barraza; 2005) existen doce tipos de respuestas ante el estrés académico:

1. Preocupación.
2. Falta del aire o corazón muy acelerado y respiración agitada.
3. Tics nerviosos o parálisis de alguna parte del cuerpo y/o movimientos torpes.
4. Sensación de miedo.

5. Molestias estomacales.
6. Fumar, beber o comer en exceso.
7. Pensamientos y sentimientos negativos.
8. Espasmos en manos o piernas.
9. Tartamudeo o dificultad para expresarse.
10. Inseguridad.
11. Dificultad para tragar o boca seca.
12. Sentimientos de llorar.

1.4. Procesos del pensamiento que proporcionan el estrés

Los procesos del pensamiento que favorecen al estrés son todas aquellas alteraciones que se presentan de manera cognitiva y, aunque realmente son irracionales, por lo general son creídas por las personas.

Esto provoca que se presenten de manera constante y desencadenan como consecuencia evaluar de manera inadecuada los eventos que se presenten.

Según Cungi (2007), existen varios procesos que proporcionan el estrés.

- La inferencia arbitraria: es cuando la persona crea una conclusión propia sin haber tenido evidencia del caso. Por lo general tienden a ser pensamientos negativos.

- La abstracción selectiva: consiste en omitir cierta información del suceso y así crear una conclusión que agravará, por consiguiente, el estrés generado.
- La minimización y la maximización: por lo general, cuando existe el estrés, se tiende a menospreciar las situaciones positivas y a exagerar los fracasos.
- La sobregeneralización: las personas suelen obtener sus conclusiones a partir de la presencia de un único evento o de un pequeño incidente.
- La personalización: el sujeto se ve envuelto en situaciones que lo rodean y que tienen que ver con él o con algún allegado. Sienten toda la responsabilidad de los hechos negativos que han ocurrido.
- Pensamiento dicotómico o polarizado: el individuo vuelve su pensamiento de una manera extremista, visualiza cada acontecimiento como un todo o nada. Presenta una visión catastrófica del hecho.

1.5. Los moduladores del estrés

A lo largo del tiempo y conforme el hombre ha ido evolucionando, poco a poco se ha valido de recursos personales y sociales para afrontar de una manera positiva al estrés, estas estrategias dependen principalmente del carácter de la persona y de las características del medio.

Los factores antes señalados, son denominados moduladores, es decir “factores impredecibles para determinar y predecir cuál será el curso del proceso del estrés y sus repercusiones sobre la salud” (Palmero y cols.; 2002: 527). Estos moduladores se encuentran presentes aunque la persona no se enfrente ante ningún tipo de estrés, pero en situaciones de alarma, pueden presentarse y así ayudar al organismo a salir del estado de incomodidad.

Mencionan Palmero y cols. (2002) que existen moduladores de tipo social, como el soporte que se puede recibir de una persona en momentos de dificultad, y otros de carácter personal. Los moduladores del estrés son importantes para una persona en situación de estrés, es por esto que a continuación se definirán de manera detallada.

1.5.1. Control percibido

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

Este tipo de control puede llegar a tener importantes resultados sobre la conducta, un ejemplo de ello es cuando una persona cree tener todo bajo control, aunque no sea cierto: la misma creencia protege al individuo de los efectos dañinos que podría causarle el estrés.

Bourne (citado por Palmero y cols.; 2002), estudió los niveles de cortisol plasmático en un numeroso grupo de soldados durante la guerra de Vietnam en el año de 1966; este proceso fue llevado a cabo antes, durante y después del combate.

Los resultados dieron a conocer que el entrenamiento recibido por los soldados fue de gran ayuda para proporcionar herramientas más eficaces y un alto nivel sobre el control de ciertas situaciones. Estos mostraron que si seguían las instrucciones que se les daban, podrían salir con vida del campo de batalla

“Sin embargo, tanto los oficiales como los operadores de radio tenían tal cantidad de información sobre la gravedad de la situación real, suministrada por la inteligencia militar, que las estrategias de afrontamiento no fueron tan efectivas, siendo menos su percepción de control y, por tanto, sus niveles de cortisol fueron significativamente superiores a los de los soldados” (Martínez-Sánchez; citados por Palmero y cols.; 2002: 528).

1.5.2. El apoyo social

El apoyo social ha jugado un papel importante como mediador entre el desarrollo del estrés, reduciendo el impacto que este puede llegar a generar.

Se puede decir que un bajo nivel de apoyo social se relaciona con un mayor grado de vulnerabilidad para un enfermedad física o mental (Palmero y cols.; 2002).

El apoyo social puede llegar a reducir los impactos negativos que se generan en una persona por medio de algunas vías, como lo son: eliminar o reducir el impacto del estresor, ayudar al individuo a afrontar la situación considerada como causa de estrés y mitigar esta condición.

A los efectos mencionados con anterioridad se les denomina como efectos de amortiguación.

“La integración del sujeto dentro de las 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, mejora la salud física y mental” (Palmero y cols.; 2002: 529).

El apoyo social es un proveedor importante de recursos para que las personas puedan hacer frente a las demandas que le exige el ambiente y que es fuente de desequilibrio.

Es por esto que Cascio y Guillén (2010) definen al apoyo social como una serie de provisiones dadas, ya sean de manera instrumental, de expresión o reales aportadas por la comunidad, redes sociales o amigos íntimos.

Mencionando la manera en que actúa el apoyo social sobre la salud y estrés, se han señalado dos aspectos importantes que deben ser tomados en cuenta: la hipótesis del efecto indirecto o protector y la del efecto directo o principal.

La primera de ellas se refiere a que, sin los estresores que la sociedad genera, el apoyo de esta no influiría sobre el bienestar de la persona y su actuación se limitaría a dar protección frente a los efectos negativos que pueda generar el estrés.

Esto quiere decir que, “los recursos aportados por otras personas pueden disminuir la percepción de amenaza de los estresores y redefinir la propia capacidad de respuesta, evitando la aparición de la respuesta de estrés” (Cascio y Guillén; 2010: 190).

La segunda hipótesis afirma que el apoyo social aporta salud y bienestar independientemente del grado de estrés que exista.

Según Cascio y Guillén (2010), mientras mayor sea el grado de apoyo social que reciba el individuo, menor será su molestia psicológica, y, entre menor sea el grado de apoyo social, mayor será la presencia de trastornos.

Así pues, el apoyo social solamente tendría función de tipo preventiva y determinaría la vulnerabilidad a manifestar nuevos episodios de estrés que no serían totalmente positivos.

1.5.3 El tipo de personalidad: A/B

Friedman y Rosenman (citados por Travers y Cooper; 1997) llevaron a cabo estudios sobre las personalidades de Tipo A y Tipo B y, señalaron que se trataba de

una serie de actitudes, emociones y conductas que se presentaban en pacientes con enfermedades ligadas al estrés.

A finales de los años 50, los cardiólogos referidos observaron que varios de sus pacientes con enfermedades de tipo cardiacos compartían conductas y reacciones similares, a lo cual ellos denominaron conducta del tipo A (TAB) definida como “complejo acción-emoción”.

De esa manera, estos médicos llegaron a la conclusión de que existía una fuerte relación entre la conducta de tipo A y los malestares cardiacos. Sin embargo, es importante destacar que la personalidad de tipo A no se refiere a un rasgo, sino a una serie de conductas que presenta un individuo para enfrentar cierta situación.

Algunas características de este perfil son: la hostilidad, agresión, competitividad; los sujetos son intolerantes, exigentes y parecieran tener mucha prisa; también tienden a hablar aceleradamente, presentan movimientos rápidos, sentimientos de culpa o malestar si no están trabajando en algo.

Por el contrario, los sujetos con personalidad tipo B llevan un modo de vida menos acelerado y más despreocupado.

También se ven libres de impaciencia y se toman las circunstancias con tranquilidad, ya que pueden relajarse sin sentir culpa (Watts y Cooper, citados por Travers y Cooper; 1997).

1.5.3.1. Personalidad Tipo A y problemas cardiacos

Los sujetos que presentan este tipo de personalidad, según Travers y Cooper (1997), tienden a la manifestación de impaciencia y como consecuencia, se les dificulta no apresurar a los demás, también pueden llegar a ignorarlos, haciéndoles pensar que no les importa lo que están diciendo.

De igual manera, manifiestan agresión a la hora de hablar, enfatizando palabras, lo que se deduce como no querer perder el tiempo platicando. Tienden a comer, caminar o moverse de manera rápida, presentan el gusto por realizar dos tareas al mismo tiempo, así como pensar acerca de un tema mientras otra persona se encuentra hablándoles.

A esta actitud se le llama actividad “polifásica”, y es una de las características más comunes dentro de una personalidad de tipo A.

Estos sujetos suelen presentar tics nerviosos, apretar las manos o golpear objetos como la mesa para hacer énfasis en lo que están diciendo. Les gusta mantener una conversación que solamente gire en torno a ellos y a sus intereses, pero si su estrategia de llamar la atención no les funciona, fingen escuchar al otro, aunque en realidad siguen pensando en sus propios intereses.

En el momento en que intentan relajarse, muestran sentimientos de culpa o ansiedad; siempre están tan inmersos en su mundo, que nunca se toman el tiempo

para contemplar las situaciones positivas de su vida. Constantemente se encuentran actualizando su agenda, para realizar las mayores actividades posibles en menos tiempo. Parecen tener un sentido crónico de urgencia.

Por lo general no sienten atracción por personas iguales a ellas, pero, si llegaran a encontrarse con una de su mismo tipo, podrían llegar a la competitividad y a generar un sentimiento hostil hacia ellos.

Todos estos rasgos o características de sujetos con personalidad de tipo A, según menciona Selye (citado por Ivancevich y Matteson; 1985) desarrollan en el organismo ciertas enfermedades como las del corazón, presión arterial alta, enfermedades del riñón, reumas, inflamación en piel y ojos, enfermedades nerviosas, así como también enfermedades de tipo mental; en ocasiones, disfunciones sexuales, problemas con la digestión, daños en el metabolismo como subir o bajar de peso de manera inusual, y en casos mayores se puede llegar a generar cáncer.

1.6. Los efectos negativos del estrés

Es importante señalar algunas de las posibles relaciones que existen entre el estrés y algunas de las enfermedades que se pueden llegar a presentar:

Es por esto que Ivancevich y Matteson (1985) mencionan algunas:

- Hipertensión: esta enfermedad se presenta en los vasos sanguíneos, en donde la sangre transita a través de arterias o una presión elevada. En el momento en que una persona presenta estrés, se comprimen las paredes arteriales, ocasionando el incremento de a la presión. Si el estrés continúa por un tiempo prologado, la presión puede permanecer en niveles altos.
- Diabetes: esta enfermedad implica una deficiencia en la insulina, provocando que el cuerpo no absorba la suficiente cantidad de azúcar en la sangre; a este respecto, el estrés aumenta el nivel de dicha sustancia, debilitando al páncreas y así, este órgano no puede realizar su función de manera adecuada.
- Jaquecas o migrañas: se presentan por la tensión muscular que se presenta en mayor cantidad cuando el individuo se encuentra sometido a un evento de estrés. Así pues, la jaqueca o migraña es un estresor, lo cual puede llegar a producir mayor tensión, lo que aumenta la intensidad y duración del dolor.
- Cáncer: esta enfermedad es una de las mas discutidas por los médicos, aunque “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).

Así pues, se ha demostrado que la manera en que se responde ante un estresor, trae como consecuencia diversos cambios en el sistema inmunológico,

provocando la reproducción de células mutantes que al mismo tiempo pueden llegar a convertirse en tumores malignos.

Según Fontana (1992), también se han encontrado efectos de tipo cognoscitivo, emocional y conductual, los cuales pueden generar estrés. Enseguida se especifica cada uno:

Entre los efectos cognoscitivos están:

- Dificultad en la concentración y atención.
- Mayor esfuerzo para mantener la atención centrado en algún evento en específico.
- Desgaste de la memoria a largo y corto plazo.
- La manera de responder de los sujetos se considera de manera impredecible.
- Las personas se vuelven más vulnerables a cometer errores.
- Torpeza en la manera de organizar sus actividades a largo plazo.
- Frecuentemente se presentan alteraciones en el pensamiento.

Los efectos emocionales incluyen:

- Aumento de tensión física y psicológica.

- En muchas ocasiones el individuo puede llegar a presentar rasgos de una persona hipocondriaca.
- Se generan problemas de personalidad.
- Puede llegar a presentarse depresión o impotencia.

Los efectos conductuales abarcan:

- Desinterés en la realización de actividades que con anterioridad eran del agrado de la persona.
- El individuo tiende a refugiarse en las drogas.
- Se presenta el insomnio.
- Se dejan de lado las responsabilidades para que otras personas las resuelvan.
- En casos extremos, se puede llegar al intento de suicidio.

En conclusión respecto a lo anteriormente mencionado, es importante que las personas se encuentren en un nivel moderado de estrés, ya que, como se menciona con anterioridad, este fenómeno no es del todo dañino, lo que puede causar efectos negativos son los niveles elevados.

CAPÍTULO 2

TRASTORNOS ALIMENTARIOS

En el presente capítulo, se habla acerca de los antecedentes que dan origen a este tema, el cual es relativamente nuevo, así como su definición y los trastornos que se presentan de manera frecuente.

De igual manera, se dan conocer los orígenes de los trastornos alimentarios, sus causas y los factores predisponentes, así como su tratamiento.

2.1 Antecedentes históricos de la alimentación

Aunque desde los orígenes de la historia no se conocía el término de trastornos alimentarios, se comenzaban a presentar algunos tipos de desorden en la manera de ingerir alimentos.

Mencionan Jarne y Talarn (2000) que antiguamente los banquetes que se realizaban tenían que ver con un carácter de tipo social y hasta religioso, en donde las personas demostraban poder y dominio. Así pues, el vómito se hacía presente para que las personas pudieran seguir comiendo.

Cabe mencionar que los primeros cristianos y místicos, se sometían a largos periodos de ayuno como un medio de conseguir un estado espiritual elevado.

Del siglo XVII se conservan casos, aunque no muy bien detallados, de situaciones que presentaban inanición provocada por el rechazo a comer.

Uno de los casos quizá mejor descritos, es el que mencionan Jarne y Talarn (2000) de Marthe Taylor, quien vivió durante el año de 1667; la joven, originaria de Derbyshire, presentó un cuadro de inanición.

La joven era visitada por religiosos y clérigos quienes trataban de convencerla para que dejara el estado de ayuno, pero poco después la joven presentó amenorrea, dado que se restringía aún más la comida y la poca que llegaba a probar, la vomitaba; se dijo que en un periodo de un año, Marthe no defecó ni orinó.

Durante el año de 1873, Gull, en Londres, comprobó que no existía una patología orgánica que justificara a la anorexia, sino que lo asoció con una etiología psicógena.

Asimismo, Gull, junto con Lassege, médico del Hospital La Pitie en París, realizaron descripciones completas de cuadros anoréxicos (Jarne y Talarn; 2000).

Por otro lado "Rusell, en 1979, describió un cuadro caracterizado por episodios de ingesta voraz y conductas de purga posteriores que consideraba vinculados a la anorexia nerviosa, ya que algunas pacientes anoréxicas evolucionaban tórpidamente en su trastorno e iniciaban entonces conductas de ingesta voraz y de purga; le

denominó bulimia nerviosa y sería una forma ominosa de evolución de la anorexia, tal como la definió Rusell” (Jarne y Talarn; 2000: 142).

2.2. Definición y características clínicas de los trastornos alimentarios

Los trastornos alimentarios se han considerado como un estado de alarma, ya que es muy fácil que una persona pueda llegar a desarrollarlos, afectando su vida y la de los demás. Estas perturbaciones se han caracterizado por una alteración grave en la manera de ingerir alimento. Es por esto que a continuación se desarrollan los temas de anorexia y bulimia, dando su definición y explicando los criterios para su diagnóstico, así como sus características.

También es importante hacer hincapié sobre el tema de obesidad, ya que es un fenómeno que se ha ido presentando y se ha vuelto parte de la vida del ser humano como un tipo de trastorno alimentario. Sin embargo, no se desarrollará con amplitud como los dos temas mencionados con anterioridad, ya que no se ha encontrado su relación con síndromes de tipo psicológico o conductual.

2.2.1. Anorexia nerviosa

En muchas partes del mundo se ha clasificado a la belleza en un nivel muy alto, es decir, el prototipo de belleza cada vez es más exigente. Muchas jóvenes alrededor del mundo toman cualquier cantidad de medidas por formar parte de la belleza femenina.

La anorexia nerviosa es caracterizada por el rechazo a mantener el peso corporal dentro de los límites de normalidad; las personas que la padecen muestran temor intenso a obtener mayor peso e, incluso, pueden llegar a tener una alteración en la forma de percibir su cuerpo.

Para clasificar la anorexia nerviosa, existen dos subtipos en los que se especifica la presencia o ausencia de este trastorno:

- Restringido: este subtipo se caracteriza por perder peso a base de dietas muy estrictas, haciendo ayunos y ejercicio en exceso; mientras permanezcan los episodios de anorexia, estas personas no suelen presentar episodios de atracones ni purgas.
- Compulsivo/purgativo: dentro de este, se encuentran las personas que utilizan regularmente la purga o atracones (o ambos), provocándose el vómito o utilizando diuréticos, así como laxantes. Pueden llegar a utilizar las purgas aun cuando solo se haya ingerido una cantidad pequeña de alimento.

Mencionan Jarne y Talarn (2000) que para poder llegar a un diagnóstico de la anorexia nerviosa, se tienen que tomar en cuenta diversas alteraciones como:

- Pérdida significativa de peso, alrededor de un 17.5 por ciento.

- La pérdida de peso es originada por la persona, a causa de su bajo consumo de alimentos, teniendo la creencia de que subirá de peso, y presenta al menos uno o más de los siguientes síntomas: vómitos provocados, purgas intencionales, exceso de ejercicio y consumo de diuréticos o fármacos anorexígenos.
- También se presenta una distorsión en la imagen corporal y un profundo temor a subir de peso o a la flacidez, es por esto que el paciente se somete a intensas dietas para poder mantener un bajo peso corporal.
- Se presentan trastornos endocrinos que por lo general afecta al eje hipotálamo-hipofisiario-gonadal, que en la mujer se presenta como amenorrea y en el hombre, como pérdida de interés y de la potencia sexual, así como concentraciones elevadas de hormonas del crecimiento, problemas tiroidales y trastornos en la secreción de la insulina.

La anorexia nerviosa se hace cada vez más común conforme el tiempo pasa, y por ello resulta importante estar alerta a los síntomas mencionados con anterioridad, para poder reducir los casos de este padecimiento.

2.2.2. Bulimia nerviosa

La bulimia nerviosa es un trastorno que se caracteriza por una perturbación en la manera de comer, en donde el sujeto muestra episodios de ingesta voraz y después,

hace lo posible para eliminar lo que se consumió por medio del vómito provocado, consumo de laxantes y diuréticos o el ejercicio en abundancia y los ayunos excesivos.

Normalmente, después de estos episodios el sujeto muestra sentimientos de tristeza, mal humor y menosprecio por sí mismo, al igual que una alteración en la manera de percibir su cuerpo; y generalmente, siente vergüenza por su conducta e intentan tomar medidas al respecto.

Según el DSM IV (APA; 2002), el atracón se define como un gran consumo de ingesta de alimentos, en un corto periodo de tiempo (generalmente menor a dos horas), sobresaliente al que se consumiría normalmente.

Cabe mencionar que los atracones llegan a durar hasta que la persona no pueda más con la comida, incluso hasta sentir dolor.

“Los estados de ánimo disfóricos, las situaciones interpersonales estresantes, el hambre intensa secundaria a una dieta severa o los sentimientos relacionados con el peso, la silueta y los alimentos pueden desencadenar este tipo de conducta” (APA; 2002: 560).

A medida que la enfermedad progresa, se le presenta al individuo la dificultad para controlar los atracones y dificultad para terminarlos.

Las personas con este trastorno pueden durar desde a uno a mas días sin comer, realizando intenso ejercicio, como una manera de eliminar las grandes cantidades calóricas que consumieron durante el atracón (APA; 2002).

Por otra parte, los sujetos con bulimia nerviosa, suelen poner demasiada importancia en su apariencia corporal, así como en el peso a la hora de observarse en un espejo; estas características son importantes a la hora de determinar el nivel de autoestima en el que se encuentran.

Menciona el DSM IV (APA; 2002), que se pueden considerar dos subtipos para este trastorno:

- Purgativo: se caracteriza por un elevado abuso de laxantes, diuréticos y enemas, además de haberse provocado el vómito.
- No purgativo: el paciente no se ha provocado el vómito ni ha hecho uso de laxantes, diuréticos o edemas, pero ha tenido intensos episodios de ayunos y ejercicio.

Algunas de las características mencionadas por el DSM IV (APA; 2002) que presenta un paciente con bulimia nerviosa son las siguientes:

- Presencia de atracones.

- Conductas repetitivas como el vómito, uso de laxantes, diuréticos y enemas, como una manera de no ganar peso.
- Los atracones y conductas compensatorias se presentan en un promedio de mínimo dos veces por semana, durante tres meses.
- La autoevaluación está excesivamente influida por el peso y la silueta corporal.

2.2.3. Obesidad

La obesidad es una problemática que ha existido durante el inicio del hombre, casi siempre una persona con sobrepeso es considerada con una persona sana, pero no lo es.

Según Jarne y Talarn (2000), la obesidad no es considerada una como trastorno psiquiátrico sino que es una acumulación de grasa corporal, la cual puede desencadenar problemas de salud como: hipertensión, diabetes, gota, insuficiencia respiratoria, y en casos más graves, tumores. Por ello, la obesidad se debe tratar desde un enfoque de multidisciplinario.

2.2.4. Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas

Según la CIE-10 (citada por Castillo y León; 2005) el término de hiperfagia se define por la ingesta excesiva de alimentos, causada por factores estresantes que

permiten la obesidad, como los son accidentes, operaciones, duelos o acontecimientos estresantes de tipo emocional, que pueden generar obesidad reactiva, principalmente en pacientes que tienden a subir con facilidad de peso.

Este tipo de trastorno debe diferenciarse de situaciones en las que el paciente sufre de obesidad, esto trae como consecuencia baja autoestima y falta de confianza en las relaciones interpersonales; aquí la obesidad generalmente es causada por los efectos secundarios de tratamientos farmacológicos secundarios (Castillo y León; 2005). A este trastorno también se le conoce como hiperfagia psicógena.

2.2.5. Vómitos en otras alteraciones psicológicas

Este trastorno se caracteriza por la aparición de vómitos no generados y repetitivos, en cuadros disociativos, también se hace presente en la hipocondría como uno de los síntomas experimentados y durante en el embarazo, donde la madre es más susceptible a factores emocionales que pueden facilitar la aparición del vómito y las náuseas (Castillo y León; 2005).

2.2.6. Trastorno de la conducta alimentaria en la infancia

Esta alteración hace referencia a un trastorno que se presenta generalmente en la infancia o niñez, se caracteriza principalmente por el rechazo del infante a ingerir la comida o la presencia de conductas caprichosas que, generalmente, llevan a cabo mientras su cuidador esta cerca, según el CIE-10 (citado por Castillo y León; 2005).

Menciona Jiménez (1997) que algunas de las características que presentan niños con problemas alimentarios menores, son: suelen comer muy lentamente y son susceptibles a cualquier tipo de distracción; algunos infantes tienen que estar rodeados de juguetes para poder comer, se paran de la mesa y corren o gritan, o simplemente se niegan a comer.

“Cuando hablamos de problemas alimentarios ‘menores’ nos referimos a un conjunto de comportamientos problemáticos, relacionados con la alimentación y que, a diferencia de otras alteraciones mayores como la bulimia, anorexia y obesidad, no suponen un riesgo, en la gran mayoría de los casos, para la salud del infante” (Jiménez; 1997: 210).

Es por ello que Palmer y cols. (citados por Jiménez; 1997) agruparon los siguientes problemas alimentarios que pueden presentarse: comportamiento inoportuno a la hora de la comida, presentar hábitos de dietas inadecuadas, negación a consumir cierto tipo de alimentos o conservar la comida masticada en la boca durante un periodo largo de tiempo.

Existen tres posibles causas en las que estos problemas pueden agruparse, como lo son: entrenamiento inadecuado de los comportamientos relacionados con la alimentación, presencia de alguna disfunción neuromotriz o la existencia de algún obstáculo estructural que impide la aparición de comportamientos alimentarios adecuados.

Para poder prevenir un padecimiento de este tipo, es importante que los padres tengan el suficiente conocimiento y las técnicas adecuadas para poder enfrentar estos problemas, sobre todo en las edades en las que los niños son propensos a sufrir estos padecimientos: entre el primer y los cinco años de vida; en este lapso de tiempo, particularmente, el infante sufre cambios como el aumento o disminución de apetito, preferencia de alimentos y desarrollo de su autonomía personal, todo esto según Jiménez (1997).

El rechazo a la comida, sin embargo, se puede ver de una manera normal; el verdadero problema radica cuando el infante se niega a consumir alimentos de la misma gama, lo que puede llegar a afectar su salud.

Algunos de los problemas con los que los padres pueden enfrentarse frecuentemente a la hora de alimentar a sus hijos, según Jiménez (1997), son:

- La negación a consumir alimentos sólidos: el infante solo quiere consumir alimentos líquidos. Este problema generalmente aparece cuando llega el tiempo de pasar de comida de bebé a comidas adultas, generalmente se hace presente mientras el niño se acostumbra a su nuevo tipo de alimentación.
- Ingesta de comida mezclada: este padecimiento generalmente es causado por la persona encargada de dar el alimento al niño, cuando el infante se niega a comer o come demasiado lento, el adulto suele mezclar todos los

alimentos para luego triturarlos, impidiendo que el menor se esfuerce lo que genera que después el niño no quiera adquirir los hábitos adecuados de comida, además que este se acostumbra una mezcla de sabores lo que puede ocasionar que rechace el alimento por separado.

- La falta de apetito: es normal que cuando el niño entra en la edad escolar su apetito disminuya, muchas veces los padres asocian este fenómeno con un problema, sin embargo la mayoría de las veces no existe tal situación, es por ello que los padres deben acudir a un especialista para descartar cualquier tipo de problema.
- Tiempo de comida excesivo: normalmente un niño tarda mayor tiempo en comer, pero cuando el tiempo es mayor al normal y solo se presenta en cierto tiempo de comidas, se puede hablar de problemas que requieren la supervisión de un adulto.
- Vómitos: este problema se presenta también en la infancia, aunque en menor grado, primero que nada se debe descartar cualquier causa física que lo provoque, en muchos de los casos el niño vomita para llamar la atención y generalmente lo hace cuando tiene que ir a la escuela o está en ella, como una manera de presentar síntomas de enfermedad aunque no los tenga. O también se da el caso del rechazo a cierto tipo de alimento.

En cualquiera de los casos mencionados con anterioridad, es importante primero descartar cualquier padecimiento físico o neurológico, ya que si no es así, se puede ocasionar un problema mayor, del cual será mucho más difícil salir.

2.3. Esfera oroalimenticia en el infante

Uno de los primeros reflejos que presenta el ser humano al momento de nacer es el de la succión labial, provocado al tocar con los dedos y la deglución.

“Se ha hablado de una especie de reacción imantatoria por parte del excitante, este fenómeno llamado por Preyer ‘reflejo de búsqueda’ y por otros ‘reflejo focalizador’, lo ha denominado André-Thomas la prueba de los puntos cardinales” (Ajuriaguerra; 1973: 178).

Es por esto que, desde muy temprana edad se percibe una relación con el mundo exterior, aunque no sea una relación objetal, ya que la madre no es el objeto amado, sino la que proporciona alimento, es por esto que el niño reacciona más cuando tiene hambre que cuando se encuentra satisfecho.

Es así como R. Spitz (citado por Ajuriaguerra; 1973), señala que la conducta infantil hacia el pecho materno pasa por diversas etapas:

- A los ocho días de nacido, el niño muestra sensibilidad profunda y equilibrio, al abrazarlo para amamantarlo, él gira la cabeza hacia el pecho para poder alcanzar el alimento.
- El segundo mes de vida, el infante conoce la definición de comida únicamente cuando tiene hambre.

- Hacia los tres meses, el recién nacido reacciona ante la presencia del adulto que llega para satisfacer su necesidad de comer, abre la boca y se prepara para mamar. En esta etapa el niño ya hace contacto visual con la madre y es cuando se crea un vínculo más estrecho.

2.3.1. Organización oroalimenticia

“A. Freud distingue dos satisfacciones distintas: la satisfacción de saciar el apetito y la satisfacción erótica oral. En cuanto al hambre, en la fase narcisista el recién nacido oscila entre la tensión del hambre y la tensión satisfactoria. Posteriormente, la búsqueda de satisfacciones comenzará a tornarse hacia la comida, también fuente de placer. En la fase objetal llevará a su efecto hacia la madre que le proporciona el alimento. A partir del segundo año distinguirá entre su madre y el alimento, aun cuando subconscientemente subsista esta relación” (Ajuriaguerra; 1973: 179).

En muchos casos existen niños que encuentran placentero el roce de los labios o la boca, esto aunque no vaya acompañado con la sensación de hambre, es por esto que muchos infantes optan por chuparse el dedo a falta del pecho materno, para obtener satisfacción.

Según Ajuriaguerra (1973), se ha considerado que tanto el ser humano como los animales, desde el momento de su nacimiento, poseen la capacidad de reaccionar de cierta manera frente al alimento, y estos comportamientos pueden ser de dos tipos:

el primero es instintivo, que se da de manera natural y el segundo es el adquirido por la educación, el cual se presenta de manera condicionada.

Señala M. Soulé (citado por Ajuriaguerra; 1973) que la primera relación que tiene la madre con el hijo es mediante la comida.

La comida se ha considerado como una institución social, en donde los participantes son la familia; por sus horarios y la manera en que se hace, se ve como una obligación.

2.3.2. Alteraciones en la esfera oroalimenticia

Según Ajuriaguerra (1973), en el recién nacido se presentan dos tipos de anorexia: la primera es la esencial, que no es muy común y se presenta en niños con bajo peso al nacer, nerviosos y generalmente con cierta pasividad ante la comida; pasando el tiempo presentan rechazo ante ella. La segunda es la anorexia inerte, que es más común y suele parecer entre el quinto y octavo mes de nacido, cuando el apetito del niño todavía es continuo y se presentan cambios en el desarrollo.

Sin embargo, en función del comportamiento infantil, Ajuriaguerra (1973) también señala dos tipos de anorexia:

- Inerte: se caracteriza por el rechazo del niño hacia la comida y no tiene iniciativa para alimentarse, suele tirar el alimento por un costado de su boca o simplemente, vomita lo poco que haya podido comer.

- De oposición: al momento de recibir alimento, el niño comienza a chillar, se agita, hace movimientos de rotación con la cabeza u otros métodos que presenta, con tal de no recibir el alimento que le proporcionan sus padres. Suele entablarse una lucha de poderes, asumiendo que el niño es que se llevara la victoria.

Por otro lado L. Kreisler (citado por Ajuriaguerra; 1973) distingue dos tipos de anorexia en el segundo semestre de vida del infante:

- La simple: se presenta en el momento del destete, cuando se le presenta al niño otro tipo de comida, aquí es cuando se manifiesta la anorexia orgánica, que da origen a una interacción de la madre empeñada en imponérsele al niño y por parte de este, a presentar oposición.
- La compleja: se caracteriza por la manifestación del niño a asumir una actitud, en donde la comida no le interesa.

Se debe tomar en cuenta que, para alimentar a un niño, es necesario tener paciencia e información básica de cómo hacer que el niño pruebe alimento sin llegar a recurrir a métodos exagerados, ya que esto puede desencadenar un problema mayor.

2.4. Perfil de la persona con trastornos de alimentación

No es muy común que una persona con trastorno de alimentación sea detectada a tiempo, ya que por lo general se comienza a observar de mejor manera una vez que la enfermedad se encuentra alojada en la persona.

“Los trastornos del comer afectan tanto la personalidad, que se vuelve difícil, separa los rasgos característicos de la persona de los que aparecen como resultado una vez que se instala el trastorno del comer” (Costin; 2003: 69).

Se han realizado diversas investigaciones acerca de esta alteración en la personalidad, una de ellas es la realizada en Minnesota en los años cuarenta donde según Costin (2003), se comprobó que la inanición provocada por realizar dietas demasiado estrictas, genera cambios en la personalidad y comportamiento de un fuerte rechazo a los alimentos.

Dichos cambios suelen desaparecer a medida que la enfermedad se va desvaneciendo.

Cabe mencionar que para que una persona desarrolle este tipo de enfermedad debe existir una causa o un detonante que lo esté generando particularmente son características de tipo familiar o individual. Según Costin (2003) estas son algunas de los posibles factores que afectan a la persona:

- Problemas con la autonomía: una de las principales causas de esta enfermedad es el miedo que presentan los jóvenes, a no ser lo que las demás personas esperan que sean.

Estas personas viven demasiado preocupadas por satisfacer a los demás, dejándose de lado a ellos mismos, es por esto que sienten obligación de ser quienes no son y es aquí donde entra el problema de la seguridad en sí mismos, ya que no se permiten razonar o pensar en lo que ellos quieren de verdad.

Cuando un joven está siempre esperando la aprobación de otros, es probable que se encuentre insatisfecho con su comportamiento o sus tareas, ya que siempre termina dudando de sí mismo.

En muchas ocasiones una persona vulnerable a sufrir esta enfermedad es alguien que ha sido expuesto a diversas situaciones cambiantes como cambio de escuela, casa, pareja o un divorcio y, generalmente muestra inseguridad para afrontar los problemas, es por esto que se vuelve susceptible, de modo que idealiza una figura delgada como el boleto de aceptación frente a nuevos grupos.

- Déficit de la autoestima: todas las personas se crean conceptos sobre sí mismos, pero, cuando lo que se quiere ser no coincide con lo que realmente es, se entra en un problema de autoestima; si lo que se idealiza coincide menos con lo real, se está hablando de una autoestima baja.

- Camino a la perfección y al autocontrol: es bastante común encontrar esta característica en personas con trastornos alimentarios; el nivel de exigencia que se piden es tan elevado, que nunca se encuentran conformes con lo que hacen.

Es por esto que para alcanzar su nivel de perfección, es necesario e indispensable mantener un bajo peso, con el pensamiento imaginario de que si logran cambiar su aspecto físico, lograrán transformarse a sí mismas.

- Miedo a madurar: los principales cambios a nivel físico, sexual, emocional y social, comienzan desde la pubertad, pasando por la adolescencia hasta llegar a la juventud. Es durante estas etapas cuando el cuerpo adquiere mayor peso, que es un proceso necesario para ir tomando la forma de cuerpo adecuada para cada mujer.

Así es como para muchas jóvenes comienzan los principales problemas de alimentación. Generalmente, estas adolescentes se encuentran estancadas en la niñez, con el temor a crecer y tener independencia.

A la vez suelen mantener el pensamiento infantil que se mueve entre extremos como: todo o nada, bueno o malo, obeso o delgado.

- Rasgos familiares: en muchas ocasiones se puede llegar a culpar a la familia de los trastornos de alimentación que sufre un adolescente, pero es difícil afirmar que una familia en crisis llegara al padecimiento de esta enfermedad en cualquiera de sus integrantes.

Sería más lógico pensar que una enfermedad como los trastornos alimentarios, se da a causa de diversos factores como la sociedad, la familia y el factor individual, y es de esta manera que cada caso que se encuentre tendrá sus características particulares.

2.5. Causas del trastorno alimentario

Como se ha mencionado con anterioridad, las causas para caer en un trastorno de tipo alimentario pueden ser variadas, no necesariamente tiene que ser algo en específico, muchas veces puede ser combinación de distintos factores.

En muchas ocasiones se puede llegar a pensar que la presión social podría ser el factor determinante para caer en un trastorno alimentario, o la familia. Sin embargo, los doctores Garner y Garfinkel (citados por Costin; 2003), que fueron los pioneros en el tratamiento e investigación de los trastornos alimentarios en Canadá, dan un significado del concepto con el que comienza una persona propensa a padecer trastornos alimentarios:

- Predisponer: significa “preparar con anticipación una cosa o el ánimo para un fin” (Costin; 2003: 52). Es decir, existen elementos en el universo en el que las personas se encuentran envueltas y, por lo tanto, dependiendo de las características individuales o familiares con las que se cuenten, es la manera en la que se reaccionará.

“Un evento estresante en una determinada etapa del ciclo vital (adolescencia, por ejemplo) en un terreno fertilizado por dietas y actitudes extremas respecto al peso y figura, *precipita* el problema” (Costin; 2003: 53).

Sin embargo la duración del trastorno de alimentación, está estrechamente ligada con los efectos fisiológicos y emocionales que provoca.

2.5.1. Factores predisponentes individuales

Como se ha ido mencionando, para que una persona sea susceptible a caer en problemas de tipo alimentario, se requieren varios factores: el primero de ellos es el factor individual, según Ogden (2005), este se basa en la creencia, actitudes y constitución fisiológica del individuo.

A lo largo de la historia, la comida ha formado parte de la vida diaria del ser humano como un factor importante tanto en su desarrollo físico como social.

Por ello, menciona Todhunter que, “la comida es prestigio, estatus y riqueza... es un medio de comunicación y de relaciones interpersonales, como “una manzana para el maestro” o una expresión de hospitalidad, amistad, afecto, buena vecindad, comodidad y simpatía en momentos de tristeza o peligro. Simboliza la fuerza, la competencia atlética, la salud y el éxito. Es un medio de placer y gratificación personal y un alivio del estrés. Es fiestas, ceremonias, ritos, días especiales y nostalgia del hogar, la familia y las épocas agradables, constituyen expresiones de individualidad y sofisticación, un medio de expresión personal y una forma de sublevación” (citado por Ogden; 2005: 65).

Por otra parte Helman (citado por Ogden; 2005), destacó cinco tipos de clasificación de las comidas:

- Comida frente a no comida: es aquí donde se define lo que se puede comer de lo que no. Por ejemplo el pan es comestible, pero una roca, no.
- Comidas sagradas frente a profanas: cada cultura tiene diversas maneras de ver o idealizar la comida, aquí es donde se distingue lo que se puede comer de acuerdo con las creencias religiosas; un ejemplo sería que en las culturas musulmana y judía, cualquier tipo de consumo proveniente del cerdo es visto como algo profano, en cambio, en la cultura hindú los productos provenientes de las vacas son deshonrosos.

- Clasificación de comidas paralelas: esta clasificación indica que los alimentos se dividen en fríos o calientes. Esto no se refiere a la temperatura de los alimentos, sino al valor simbólico que cada cultura adjudica.
- Comida como medicina, medicina como comida: en el pasado las personas utilizaban ciertos alimentos para curar alguna enfermedad, y esto ha ido pasando de generación en generación, por ejemplo; los tes o caldos.
- Comidas sociales: la comida desde el inicio de los tiempos ha tenido un rol social, con ella se puede simbolizar cierto status, ya que en muchas ocasiones a algún invitado se le ofrece comidas raras, exóticas y generalmente, caras.

Es así como el significado de la comida a tomado diversos caminos, dependiendo de la cultura en la que se encuentre, pero, “el análisis alternativo consiste en que hay que contemplar la comida como el medio a través del cual se comunican una serie de significados” (Ogden; 2005: 66).

La comida actúa como un medio de comunicación entre individuos y es esencial para el óptimo funcionamiento de las relaciones interpersonales, así como de la identidad en la cultura propia de cada persona.

Según Ogden (2005) los significados de la comida son:

- La comida como afirmación del yo: la comida es quien da la facilidad para que una persona se sienta identificada, por lo general propicia la repartición

de roles, ya que se ha considerado que, el ir de compras, cocinar y administrar la economía del hogar es un trabajo propio de mujeres.

- Comida y sexualidad: algunos alimentos están íntimamente ligados con el sexo y la sexualidad, durante años se ha considerado al chocolate como un alimento afrodisíaco. Esto no es particular de una sola cultura, sino de varias y en diferentes épocas. La carne, por ejemplo, está ligada a los impulsos sexuales, señala Punch que, “durante los siglos XIX y XX, se recomendaban las dietas bajas en carne para evitar que los varones jóvenes se masturbasen” (citado por Ogden; 2005: 69).

La relación que existe entre la comida y el sexo puede asociarse, ya que las dos son necesidades que el hombre tiene para la supervivencia.

- Comer frente a la negación: la comida es un factor importante para desarrollar bastantes conflictos, sobre todo en la mujeres, ya que, como encargadas de proporcionar alimento a su familia, se ven envueltas en una constante lucha entre comer y no comer.

Lawrence observó entre sus pacientes que “la comida es una fuente de placer, pero con frecuencia no para las personas que tienen la responsabilidad principal de facilitarla. Las mujeres tienen el control de la comida, pero, al mismo tiempo, se niegan a sí mismas el placer de comer” (citado por Ogden; 2005: 70).

Así mismo también menciona Orbach que “las mujeres han desempeñado este doble papel de proporcionar comida a los demás, teniendo que negársela a ellas mismas” (citado por Ogden; 2005: 70).

Es por esto que este problema de comer o no comer, afecta principalmente a las mujeres.

- Culpabilidad frente a placer: hay ciertos alimentos que generan culpa después de ser consumidos, como lo son el chocolate y otro tipo de dulces o comidas que generalmente son elevadas en calorías. Se han creado diferentes frases como “fruto prohibido” o “malo pero rico”, lo que crea cierta paradoja de comer lo que se quiera pero arrepentirse después.

Se han realizado diversas investigaciones en las cuales se ha comprobado que las personas adictas al chocolate lo comen en secreto y después, sienten culpa, según Hetherington y Macdiarmid (citados por Ogden; 2005).

- La comida y el autocontrol: la comida representa un factor de dominio, el hacer dietas o ayunos prolongados son solo fuerza de voluntad que las personas desarrollan para lograr sus objetivos. Brunch decía que la persona anoréxica tiene un “aura de fuerza especial y de disciplina sobrehumana” (citado por Ogden; 2005: 72).

En los últimos tiempos las dietas se han considerado la manera perfecta de autocontrol.

- La comida como interacción social: en casi todas las culturas la comida ha sido vista como una manera de unión entre la familia, por lo general, la hora de la comida es el único momento donde se encuentra toda la familia reunida en una mesa para compartir ese momento, y es aquí donde cada uno de los integrantes intercambia momentos vividos durante la jornada.
- La comida como amor: mencionan Charles y Kerr (citados por Ogden; 2005) que, con frecuencia, los alimentos dulces se utilizan para calmar a los niños y mantener armonía en la familia.

Es por esto que Lawrence menciona que “la comida es el medio por el que las mujeres demostramos nuestro amor y preocupación por nuestros hijos, amantes, maridos y amigos, y que ocuparnos de la preparación de la comida es un acto de amor” (citada por Ogden; 2005: 73).

- Salud frente a placer: muchas veces lo que sabe bien no es precisamente lo más saludable, es aquí cuando las personas entran en conflicto, ya que la dieta más rica genera diversos problemas y es difícil que a alguien prefiera la comida nutritiva que la chatarra.

Como menciona Lawrence, “un alimento bueno y nutritivo es lo que todas las madres saben que necesitan sus hijos. También conocen que, por regla general, es lo último que desean. Deles comida basura y la querrán mucho. Sin embargo, tendrán que vivir también con el peso de la culpa por sus dientes, su peso, sus vitaminas” (citada por Ogden; 2005: 73).

- Relaciones de poder: la comida también sirve para identificar quien tiene el poder en la familia. Menciona Delphy (citado por Ogden; 2005) que el siglo XIX los hombres consumían cantidades exageradas de comida, superiores a las ofrecidas a las mujeres, niños o enfermos, y, también la carne era reservada para ellos.

Charles y Keer examinaron la manera en la que distribuye la comida dentro de familias inglesas y concluyeron que “el reparto de la comida reflejaba las relaciones de poder y las divisiones sexuales dentro de la familia, dándose, en concreto, las porciones mayores de carne a los hombres, los niños y las mujeres ocupaban posiciones secundarias en la jerarquía familiar” (citados por Ogden; 2005: 76).

- La comida como identidad cultural: cada cultura tiene sus costumbres, esto es lo que genera que una persona se sienta identificada con ella, la comida es un elemento importante para generar esa relación.

“La investigación ha estudiado la idea de la comida como cultura, en los sentidos siguientes: la comida como identidad religiosa, la comida como poder social y la

comida como delimitación simbólica entre cultura y naturaleza, haciendo hincapié en el significado de la carne” (Ogden; 2005: 76).

- La comida como identidad religiosa: los símbolos que se han creado alrededor de la comida son variados, incluyendo el sentido de la identidad religiosa. Por ejemplo Starr Sered estudió la conducta de cocinar de las mujeres en el Medio Oriente, en donde conoció que, muchas de las comidas judías incluyen símbolos y que el rito de preparación da sentido de santidad a su trabajo domestico (citada por Ogden; 2005).

Además sostiene que las mujeres consideran el dar alimentos como una representación de la identidad, la tradición y la santidad judías.

- La comida como poder social: así como la comida representa distintas cosas, también es asociada con el poder. Generalmente las personas poderosas se encuentran mejor alimentadas. Como decía Wolf, “la comida es símbolo primordial del valor social” (citado por Ogden; 2005: 77).

Los sociólogos Engels y Marx, consideraban a la comida como un factor básico para la subsistencia del ser humano, y la falta de esta como una muestra de desigualdad (citados por Ogden; 2005).

Sin embargo y de manera contradictoria, el rechazo a la comida también es un factor de poder; menciona Ogden (2005), que cuando los políticos que se encontraban

presos necesitaban realizar una declaración social estos se negaban a comer y así iniciaban una huelga de hambre.

Por otro lado, autores como Bord, mencionan que el significado del tamaño también es importante para las personas con estos trastornos, y que, en esta perspectiva de cuerpo delgado el peso, el exceso de peso y la delgadez tienen un conjunto de significados (citado por Ogden; 2005).

- Control: “el significado central del tamaño es el control, tanto respecto a la capacidad de controlar el yo como a la tendencia a perder el control” (Ogden; 2005: 90). Por ello, es que se dice que una persona delgada es quien tiene control sobre sí mismo y tiene la capacidad para controlar el impulso y el deseo.

Según Bordo “el cuerpo delgado significa que la persona delgada tiene el control sobre su estado interno; que es psicológicamente estable, y la delgadez es un indicador del orden interno personal” (citado por Ogden; 2005: 91).

Asimismo, Bordo (citado por Ogden; 2005) describe que, el cuerpo delgado es el ideal de un Yo bien definido en donde se muestra que todo está en orden.

Por otro lado Brownell examina la inquietud de la cultura hacia la delgadez y sostiene que, “la sociedad la equipara con la perfección moral y asume que significa

trabajo duro, ambición, autocontrol y pureza, mientras que el sobrepeso es un signo de pereza y de estupidez” (citado por Ogden; 2005: 92).

- Libertad: ser delgada significa ser libre. Primeramente la libertad en cuando a rangos sociales, en la mayoría de las veces las personas que se ven en televisión, modelos, actrices, todas ellas son delgadas, así es cuando se observan este tipo de mujeres, la sociedad las relaciona con personas poderosas, de un estatus social alto. También se ha mencionado que la delgadez libera al mundo femenino de ataduras respecto a la reproducción (Orbach, citada por Ogden; 2005).

Asimismo, Bordo manifiesta que “la delgadez simboliza la liberación de un destino doméstico, reproductivo” (citado por Ogden; 2005: 92).

- Éxito: como la gordura representa pereza, la delgadez representa una persona capaz de seguir sus ideales, de trabajo y esfuerzo.

La importancia hacia todos estos aspectos individuales, hacen que una persona sean mayormente vulnerable a sufrir una enfermedad como lo es el trastorno alimentario.

2.5.2. Factores predisponentes familiares

Muchas ocasiones la pregunta obligada es, si la familia tiene algo que ver para que una persona presente problemas de tipo alimentario.

Sin embargo cuando un integrante de la familia padece este tipo de enfermedad, automáticamente todos los miembros están involucrados en ello, aunque no necesariamente tienen que ser los causantes.

Es por esto que Rausch (1996), señala ciertas características de las familias con un integrante que sufre trastornos alimentarios:

- Las presiones sociales se encuentran más asociadas a las mujeres que a los hombres, ya que en ellas se deposita un papel más importante que cumplir dentro de la sociedad.
- Una persona con trastornos alimentarios o con tendencia a presentarlos, suele venir de una familia en donde existen antecedentes de alcoholismo.
- Las familias de las personas que padecen anorexia nerviosa, suelen ser personas intolerables y muestran dificultad para resolver problemas así como para reconocerlos.
- Las familias que cuentan con uno o varios integrantes con trastornos alimentarios son considerados como factores de riesgo.
- La comparación entre hermanos, puede ser un factor detonante para caer en problemas de alimentación.

“Comparando las familias de las anoréxicas nerviosas y restrictivas con las de las personas con bulimia nerviosa y con anorexia de tipo bulímico, estas últimas generalmente manifiestan un nivel significativamente mayor de conflicto y peor relación emocional con ambos progenitores. Suelen mantener un vínculo más distante con el padre. Además, el desacuerdo conyugal con frecuencia es más notorio. En cambio, la cohesión y el apego mutuo es mayor en la familias de las anoréxicas restrictivas” (Rausch; 1996: 46).

2.5.3. Factores socioculturales

El factor cultural, afecta de manera significativa a las personas, sobre todo a aquellas que son propensas a sufrir de trastornos alimentarios, ya que este, premia cada vez más a las personas delgadas.

Menciona Costin (2003), que cada que se habla de un cuerpo “ideal o espectacular” no se refiere al ideal salud o bienestar, sino a una moda impuesta. La moda ha ido cambiando según la época y la sociedad.

“A principios de siglo, la delgadez no era considerada atractiva” (Costin: 2003: 59). Sin embargo en los últimos años se le ha impuesto a la mujer que considere a la belleza y la delgadez como sinónimos, y así, crea que su éxito dependerá de su peso.

Es importante señalar, que los trastornos alimentarios suelen atacar a jóvenes de clase media y superior, así como a sociedades industrializadas del occidente. A diferencia de los siglos XVII y XVIII, la delgadez ahora, es sinónimo de estatus social.

Así es como la sociedad ha hecho creer a la mujer que su papel principal dentro de una comunidad es ser atractiva físicamente.

Todo esto ha llevado a la mujer a verse obligada a desarrollar el papel de “supermujer”, en donde sin duda un cuerpo perfecto es lo ideal, seguido de una carrera brillante, con una gran rose social, matrimonio perfecto y, además deberá ser una madre excepcional (Costin; 2003).

Es por esto que las mujeres creen todos estos mensajes y al no lograr todo lo que la sociedad exige, se sienten fracasadas y con menos sensación de seguridad.

Menciona Costin (2003), que cuanto más grave es el trastorno alimentario, será más difícil lograr objetivos y el bienestar y seguridad propia se perderán.

Existen algunos prejuicios, que son parte importante para que una persona se confunda en lo que concierne al control de peso.

Según Costin (2003), en un Congreso Internacional de Obesidad se señaló lo siguiente:

- La persona debe tomar en cuenta los factores genéticos con los que se tendrá que luchar.
- Se debe ser más tolerable con personas de mayor peso corporal.

Por otra parte, se tienen varios prejuicios hacia la obesidad:

- Se tiene la idea de que las personas obesas están así porque comen demasiado, sin embargo se ha comprobado que esa no es la razón y sus raíces son otras.
- Se cree que los obesos tienen mayor propensión a presentar problemas de tipo psicológico, lo cual es un error, las personas con obesidad sufren mayor presión, pero eso solo como una consecuencia de la discriminación a la que están expuestos.
- Otro prejuicio es el de que una persona obesa tiene mayor probabilidad de morir, pero, se ha demostrado que, quienes tienen mayor probabilidad de mortandad son las personas un peso bajo.

“La mayoría del a gente piensa que no tener éxito con las dietas (o ser gordo) se debe a una ‘falta de voluntad’ por parte de lo que los que lo intentan e ignoran los efectos relacionados con el solo hecho de hacer dietas estrictas o reiterativas” (Costin; 2003: 68).

2.6. Percepción del cuerpo en el trastorno alimentario

Según Schilder, se ha definido a la imagen corporal como “el cuadro de nuestro propio cuerpo que formamos en nuestra mente” (citado por Ogden; 2005: 97).

Así es como las personas tienen la capacidad de describirse, pero, cuando el sujeto no se encuentra conforme con lo que tiene, se presentan problemas de distorsión. Según Ogden (2005), se consideran tres perspectivas de la insatisfacción corporal:

- Como imagen corporal deformada: es considerada como una apreciación deformada del cuerpo, con la apreciación de que este es más grande de lo que en realidad es.
- Como discrepancia del ideal: esta perspectiva, a diferencia de la anterior, solo es una comparación de lo que se es, y de lo que se quiere en realidad.
- Como respuesta negativa al cuerpo: esta, se caracteriza por sentimientos de rechazo hacia el mismo cuerpo.

En resumen, “la insatisfacción corporal puede conceptualizarse como una discrepancia entre la percepción que tiene el individuo del volumen de su propio cuerpo y su volumen real; como la discrepancia entre la percepción de su volumen real y el volumen ideal o, simplemente, como unos sentimientos de disconformidad con el volumen y la forma corporales” (Ogden; 2005: 100).

Sin embargo, también hay personas a las que suelen afectarles más la inconformidad respecto a su cuerpo, según la edad, género, sexualidad, clase social y el carácter étnico, según Ogden (2005):

- Las mujeres presentan mayor insatisfacción corporal con respecto al estómago, las caderas, los muslos y las nalgas.
- Los hombres se encuentran preocupados por su aspecto físico, la fuerza de su tronco y su condición física, deseando volumen preferido diferente del que perciben. Manifiestan su satisfacción con los brazo espalda, pecho y estómago.
- La insatisfacción corporal se presenta en hombres y mujeres, en todas edades y aparece en grupos diversos en cuanto a su sexualidad, carácter étnico y clase social.

Por otra parte, menciona Ogden (2005) que los medios de comunicación, la cultura y la familia, son factores sociales que afectan, para que una persona se encuentre satisfecha con su cuerpo, y que las creencias religiosas y relación madre e hija, tienen mucho que ver en la percepción de la imagen corporal.

2.7. Factores que mantienen los trastornos alimenticios

“Las practicas de control de peso y las obsesiones con las dietas, dejan de ser una solución al problema para convertirse justamente en lo que lo mantiene” (Costin; 2003: 89).

Las personas que se mantienen en dietas intensas, ejercicio en exceso, o cualquier método para mantener un cuerpo delgado, presentan transformaciones anímicas, las cuales, menciona Costin (2003), se presentan por medio de un bajón en general del estado anímico de la persona, de modo que ocasionan dificultad en la concentración, en la comprensión y en el estado de alerta.

También se presentan cambios físicos, dentro de los cuales se encuentran: cefaleas, hipersensibilidad a la luz y ruidos, molestias gastrointestinales, problemas con la vista y el oído, calambres, pérdida del cabello, cambios cardiacos, debilidad muscular y son más susceptibles al frío, según Costin (2005).

2.8. Trastornos mentales asociados a los trastornos alimentarios

Los trastornos alimentarios son problemas que por lo general siempre dejan secuelas importantes en la persona, como se ha ido mencionando, quedan complicaciones tanto físicas como anímicas. Sin embargo, los trastornos mentales también han sido relacionados con los alimentarios.

Sabine y otros (citados por Kirschman y Salgueiro; 2002), realizaron un estudio en donde encontraron que la depresión, ansiedad y hostilidad, se encuentran relacionados significativamente con los episodios bulímicos.

También la serotonina se ha vinculado con distintos síntomas: variaciones del estado anímico, suicidio, problemas alimentarios, impulsividad y violencia, rasgos de ansiedad y evitación, rasgos obsesivo-compulsivos, mencionan Kirschman y Salgueiro (2002). Por esto, se puede concluir que la depresión y la ansiedad son los trastornos asociados con los alimentarios.

2.8.1. Trastornos alimentarios y depresión

“El estado de malnutrición y prácticas selectivas de alimentación a menudo presentes en los pacientes con trastornos alimentarios, explican los rasgos depresivos y las alteraciones endocrinas y, por lo tanto, estos últimos no serían primarios” (Kirschman y Salgueiro; 2002: 124).

Algunos rasgos básicos del síndrome de inanición se han relacionado con los rasgos básicos del síndrome depresivo, como lo son: disminución o ausencia de la libido, dificultad para concentrarse, trastornos del sueño, irritabilidad, pérdida de peso y aislamiento social.

Bruch “establece que aunque las pacientes anoréxicas a menudo aparecen como deprimidas, esto no refleja una condición primaria. Incluso utiliza el concepto de ‘anorexia nerviosa atópica’, para referirse a aquellas condiciones en que se asocia la

depresión u otro cuadro psiquiátrico como condición primaria” (citado por Kirszman y Salgueiro; 2002: 124).

2.8.2. Trastornos alimentarios y ansiedad

La ansiedad es un factor importante para que una persona desarrolle trastornos alimentarios.

Bullik y otros realizaron un estudio en donde encontraron que “60% de las pacientes con anorexia nerviosa, un 57% de las pacientes con bulimia y un 48% de la pacientes con depresión mayor tenían antecedentes de trastornos de ansiedad” (citados por Kirszman y Salgueiro; 2002: 134).

Las personas que se someten a grandes dietas, suelen presentar pérdida del control sobre su alimentación, producido por el estrés que les genera el exceso de autocontrol.

Según Kirzsmán y Salgueiro (2002), a nivel fisiológico, el estrés produce inhibición en las contracciones gástricas, generando mayor cantidad de glucosa en la sangre, lo que hace que se elimine la sensación de hambre.

2.9. Tratamiento de los trastornos alimenticios

Es preciso conocer que tratamientos son los más funcionales para una persona con trastornos alimentarios, o los que pueden ayudar más.

“La mayoría de los clínicos incluye alguna forma de terapia conductual en el tratamiento de un paciente anoréxico. Se basa en el control de un comportamiento observable a través de los estímulos que le preceden o le siguen” (Rausch; 1997: 64).

En este tipo de terapias se recomienda al paciente que haga un registro de su peso y que se mida. Así se le podrán establecer refuerzos positivos por cada aumento de peso que logre.

Minuchin y cols. “proponen la terapia familiar estructural para el tratamiento de la anorexia nerviosa. El objetivo es modificar la estructura familiar disfuncional que organiza las transacciones de sus miembros” (citados por Rausch; 1997: 66).

En este tipo de tratamiento se caracteriza por una intervención estratégica y conductual, que permite el desarrollo adecuado de cada uno de los integrantes de la familia.

Hablando de tratamientos farmacológicos, según Rausch (1997), no se han tenido resultados favorables ya que por esto, se ha limitado su uso.

Por otra parte, la terapia familiar ha ganado mayor importancia en el tratamiento contra la anorexia nerviosa.

“Al considerar a la familia como unidad de abordaje, no lo hacemos porque la consideremos *locus* etiológico (fuente u origen de la enfermedad), sino porque pensamos que la conducta actual de los miembros de la familia puede contribuir a mitigar los síntomas y promover salidas más saludables para el paciente y los otros miembros, o bien puede enredarse de modo tal de reforzar precisamente la enfermedad” (Rausch; 1997: 72).

Otro tratamiento es el ambulatorio, el cual hace referencia a una internación y constante vigilancia de la paciente.

Finalmente, se encuentra la etapa final del tratamiento, en donde el paciente aquí se encuentra controlado y es en donde el terapeuta puede dar consultas por separado, pero siempre abordando la misma temática, para que no haya una recaída más adelante.

Se tiene que trabajar mayormente con la autoestima y la desconfianza que se tiene respecto al entorno, según Rausch (1997).

“Uno de los ejes de la terapia individual consiste en ayudar a la paciente a reconocer, aceptar y vehiculizar sus propios deseos, sentimientos y opiniones, así como a expandir su experiencia” (Rausch; 1997: 93).

De esta manera se han expuesto los diferentes trastornos alimentarios, su etiología y consecuencias para el individuo. Con ello concluye el presente capítulo y con él, el encuadre teórico de esta indagación.

En la parte restante de este trabajo, se exponen los pormenores relativos a la indagación de campo y al procesamiento de sus datos.

CAPÍTULO 3

METODOLOGIA, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Después de haber presentado el marco teórico, donde fueron descritas las variables a tratar, en este capítulo se enmarcará la investigación de campo en cuanto a la metodología, población, descripción poblacional e interpretación de los resultados encontrados.

3.1. Descripción metodológica

En el presente apartado se muestran los detalles que componen la caracterización metodológica del estudio incluyendo el enfoque, el tipo de investigación, el diseño, el alcance del estudio y las técnicas de recolección de datos.

3.1.1. Enfoque cuantitativo

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

Dentro de este enfoque, se debe seguir un proceso, es decir, no se pueden eludir pasos.

Mencionan Hernández y cols. (2010) que el enfoque cuantitativo tiene las siguientes características:

- Se debe plantear un problema de estudio delimitado y concreto.
- Se consideran los antecedentes acerca del problema planteado, del cual se construirá el marco teórico y las hipótesis.
- Las hipótesis deben realizarse antes de la recolección e interpretación de datos.
- Deben medirse las variables contenidas en las hipótesis.
- Los datos obtenidos deben analizarse a través de métodos estadísticos.
- La investigación cuantitativa debe ser lo más objetiva que se pueda.
- El estudio de tipo cuantitativo debe seguir un proceso ordenado.
- Se generalizan los resultados encontrados en un segmento.
- Al final se intenta explicar y predecir los fenómenos investigados, buscando relaciones causales entre los elementos.

3.1.2. Investigación no experimental

Este tipo de investigación es en donde el investigador no manipula de manera intencional las variables independientes solamente para ver el efecto sobre las otras variables.

Según Hernández y cols. (2010), lo que se realiza en esta clase de investigación, es observar los fenómenos tal y como suceden en su medio natural, para después analizarlos.

Una investigación de tipo no experimental “es sistemática y empírica, en la que las variables independientes no se manipulan porque ya ha sucedido. Las inferencias sobre relaciones entre variables se realizan sin intervención o influencia directa, y dichas relaciones se observan tal como se han dado en su contexto natural” (Hernández y cols.; 2010: 150).

3.1.3. Diseño transversal

Según Hernández y cols. (2010), los diseños de tipo transversal son aquellos en donde la recolección de datos se realiza en un solo momento o tiempo único, y su propósito consiste en describir las variables y analizar la relación que existe entre ellas.

Este diseño se basa en la recolección única de datos, y puede abarcar distintos grupos de personas o indicadores, así como diversas comunidades, situaciones o eventos.

Mencionan Hernández y cols. (2010), que los diseños transversales se dividen en tres: exploratorios, los cuales consisten en realizar una exploración inicial concerniente a un tema nuevo o poco estudiado; descriptivos, los cuales tienen como objetivo indagar los sucesos de las modalidades o niveles de una o más variables en

cierta población; y por último, los correlacionales, que describen las relaciones entre dos o más categorías, variables o conceptos en un momento determinado.

3.1.4. Alcance correlacional

Este tipo de estudio tiene como objetivo responder a las preguntas de investigación planteadas.

Menciona Hernández y cols. (2010) que el estudio correlacional trata de asociar variables mediante un patrón predecible para un grupo o población.

“Este tipo de estudios tiene como finalidad conocer la relación o grado de asociación que exista entre dos o más conceptos, categorías o variables en un contexto en particular” (Hernández y cols.; 2010: 81).

Asimismo, los estudios correlacionales, al evaluar el grado de asociación entre variables, miden cada una para después cuantificar y analizar la relación.

La correlación puede presentarse de manera positiva o negativa, mencionan Hernández y cols. (2010). Si es el primer caso, significa que personas con valores altos respecto a una variable, deberán presentar niveles altos en la otra variable; si es negativa, significa que los individuos que presenten valores altos en una variable, deberán presentar valores bajos en la otra.

3.1.5. Técnicas de recolección de datos

En el presente trabajo, se utilizaron pruebas estandarizadas para llevar a cabo la recolección de datos, cada una con su propio método de aplicación y calificación.

Con la aplicación de esta prueba se obtuvieron datos fidedignos, ya que estos instrumentos cuentan con la validez y la confiabilidad comprobadas, lo cual se consideró adecuado para realizar la aplicación en el contexto y población con la cual se trabajó.

3.2 Población y muestra

La población según Sellitz “es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones” (referido por Hernández y cols.; 2010: 313).

Dicho lo anterior, es necesario conocer las características poblacionales, como el nivel de estudios, zona institucional, edad, cantidad de la población, nivel socioeconómico o cultura, para así poder determinar cuáles son los parámetros muestrales.

La población de la presente investigación, está conformada por sujetos de 15 a 18 años que cuentan con un nivel socioeconómico de medio a medio alto

Según Hernández y cols. (2010) la muestra es un subconjunto de elementos que pertenece a ese conjunto definido en sus características al que se llama población, en esta relación, se busca representatividad.

Para esta investigación se contó con una muestra de 100 estudiantes que cursan el segundo y tercer año de secundaria, con edades de entre 14 y 15 años.

Del tipo de muestra del proceso de selección se desprende la posibilidad de generalización de los datos. Hernández y cols. (2010) manejan tres tipos de muestra:

- Probabilística: son aquellas en las que los elementos de la población tienen la misma oportunidad de ser elegidos, esto a través de una definición muy detallada de la población y una selección aleatoria de las unidades de análisis.
- No probabilístico: en estas, la elección de los sujetos de análisis dependen de las características de la investigación, de la intención del investigador o de circunstancias externas al proceso. Sin embargo, es importante indicar que los resultados no se puede generalizar, únicamente mencionar como referencia hacia otros sujetos de la población.
- Muestra intencional: en este tipo de muestra, los sujetos son elegidos en función de las intenciones de la investigación y con finalidades distintas a las de la generalización de resultados (Kerlinger; 2001). Esta muestra se puede dar cuando un investigador elige el grado exacto con una edad exacta para que pueda facilitar la recolección de datos.

En el presente trabajo de investigación se realizó un tipo de muestra intencional.

3.3 Descripción del proceso de investigación

A continuación se hablará de la manera en que fue llevada a cabo la investigación.

Principalmente, se planeó un proyecto de investigación en donde se formó una problemática específica a tratar, de la cual surgió un objetivo general y diez particulares, los cuales ayudarían a delimitar dos hipótesis: una de trabajo y otra nula.

Para poder llevar a cabo esta investigación adecuadamente era fundamental utilizar los instrumentos adecuados, los cuales cuentan con la validez y la confiabilidad necesarias.

La aplicación de las pruebas se efectuó con alumnos de segundo de secundaria del Colegio La Paz el 8 de mayo de 2012, se administró de manera colectiva dentro del salón de clases; fue una aplicación de dos tiempos, se inició con la prueba CMAS-R para posteriormente aplicar EDI-2.

De estas dos pruebas se obtuvieron los percentiles, los cuales fueron vaciados en hojas electrónicas del programa Microsoft Excel. Asimismo, se realizaron los cálculos de medidas de tendencia central como la media, moda y mediana; de dispersión (desviación estándar), y de correlación, con la fórmula “r” de Pearson y la varianza de factores comunes.

Los resultados finales fueron graficados para poder llevar a cabo el análisis de datos.

3.4 Análisis e interpretación de resultados

A continuación se presentan los resultados obtenidos de la investigación. En la primera parte se muestran las derivaciones de la variable estrés, a continuación los resultados concernientes a los trastornos de la alimentación y por último, la correlación entre ambas variables.

3.4.1. Estrés

De acuerdo con lo señalado por Travers y Cooper (1997), el término estrés se refiere a la adaptación que se hace presente en el ser humano respecto a su entorno, este vocablo se empezó a manejar en la física y la metalurgia para describir la fuerza que se emplea sobre un objeto y mediante la cual es posible alterarlo o romperlo.

Con respecto a los resultados obtenidos en el nivel de ansiedad total como primer indicador del estrés, se encontró una media de 66. Es trascendental indicar que, según Hernández y cols. (2010) la media aritmética es la suma de un conjunto de datos, dividida entre el número de medidas.

Igualmente se obtuvo la mediana, que es la medida de tendencia central que muestra el valor medio de un conjunto de valores establecidos, indicado por Hernández y cols. (2010); el valor obtenido de la mediana fue de 72.

La moda es la medida que se muestra con mayor frecuencia en un conjunto de índices, en estos resultados se obtuvo un puntaje de 77.

Además se logró el valor de una medida de dispersión: la desviación estándar, la cual muestra el resultado de la raíz cuadrada del promedio de la suma de las desviaciones del cuadrado de un conjunto de datos, según lo señalado por Hernández y cols. (2010). en esta escala se obtuvo el resultado de 24.

Por otra parte, en la escala de ansiedad fisiológica se halló una media de 69, una mediana de 76, una moda de 85 y una desviación estándar de 25; en la subescala de inquietud- hipersensibilidad se encontró una media de 68, una mediana de 76, una moda de 76 y una desviación estándar de 23; finalmente, en la subescala de preocupaciones sociales- concentración se cuantificó una media de 53, una mediana de 46, una moda de 27 y una desviación estándar de 28.

En el anexo 1 se muestran los resultados de la media aritmética de cada escala, de forma gráfica.

Al mismo tiempo de presentar los datos de las medidas de tendencia central y desviación estándar, se indican a continuación los porcentajes de sujetos que obtuvieron puntajes altos de la escala, es decir, por arriba del percentil 70. De esta forma, se ubicarán las escalas en las que hay mayor incidencia de casos preocupantes sobre el tema de estrés.

En la escala de ansiedad total, el 53% de sujetos salió por arriba del percentil 70; en la escala de ansiedad fisiológica, el porcentaje fue de 63; en la de inquietud –

hipersensibilidad, de 55%; finalmente, en la de preocupaciones sociales-concentración fue de 30%.

En función a lo anterior, se observa que en el área donde hay más casos preocupantes es en las escalas de ansiedad total, ansiedad fisiológica e inquietud-hipersensibilidad; asimismo, estos datos se pueden observar gráficamente en el anexo 2.

Se puede afirmar entonces que los indicadores de ansiedad en el Colegio La Paz, se encuentran por lo general en un nivel alto, lo cual resulta preocupante, puesto que estos índices pueden afectar muchas áreas del desarrollo de estos alumnos.

Esta situación implica poner atención de manera importante en dicha problemática y hace necesaria una intervención psicológica para abordar este problema de manera institucional.

3.4.2. Indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios

De acuerdo con lo señalado por la APA (2002), entre los trastornos alimentarios, son dos los principales padecimientos que se presentan: la anorexia nerviosa, que se manifiesta con una obsesión por mantener el peso corporal por debajo de lo indicado, dependiendo la altura y la talla; por otro lado, se encuentra la bulimia nerviosa, cuyos síntomas son muy similares a los de la anorexia, pero se acompañan de momentos de

ingesta excesiva de comida y de conductas compensatorias, ello sin tener pérdida de peso significativa.

Respecto a los resultados obtenidos en la escala de obsesión por la delgadez en el Colegio La Paz, se encontró una media de 68, una mediana de 75, una moda de 32 y una desviación estándar de 22.

Por otra parte, en la escala de bulimia se encontró una media de 68, una mediana de 69, una moda de 41 y una desviación estándar de 20; en insatisfacción corporal se obtuvo una media de 62, una mediana de 69, una moda de 75 y una desviación estándar de 20; en la subescala de ineficacia se presentó una media de 58, una mediana de 55, una moda de 55 y una desviación estándar de 27; en la escala de perfeccionismo, una media de 79, una mediana de 82, una moda de 76 y una desviación estándar de 19; en desconfianza interpersonal se obtuvo una media de 61, una mediana de 65, una moda de 73 y una desviación estándar de 23; en la escala de conciencia introceptiva se obtuvo una media de 56, una mediana de 51, una moda de 39, y una desviación estándar de 28; los puntajes en la escala de miedo a la madurez fueron: una media de 75, una mediana de 81, una moda de 72 y una desviación estándar de 22.

Asimismo, en la subescala de ascetismo se obtuvo una media de 64, una mediana de 71, una moda de 40 y una desviación estándar de 26; en la impulsividad se presentó una media de 64, una mediana de 67, una moda de 88 y una desviación

estándar de 25; por último, en la escala de inseguridad social se obtuvo una media de 60, una mediana de 56, una moda de 19 y una desviación estándar de 27.

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

A continuación se presentan las escalas que se encuentran por encima del percentil 70, así se podrá ubicar el porcentaje de casos preocupantes en algunos de los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios.

En la escala de obsesión por la delgadez, el 55% de los casos salió por encima del percentil 70, en perfeccionismo el 78%, en miedo a la madurez un 68% y en ascetismo, el 50%.

En relación con lo anterior, se observa que en las áreas donde se halla mayor preocupación son: obsesión por la delgadez, perfeccionismo, miedo a la madurez y ascetismo.

De acuerdo con los resultados mencionados con anterioridad, se puede concluir que los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en el Colegio La Paz se encuentran en general en un nivel medio, salvo las escalas mencionadas, donde se ubican datos preocupantes y porcentajes considerables de sujetos con altos puntajes en estas escalas.

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

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

En este sentido, existen trabajos como el de Hernández, el cual muestra que “los resultados de investigaciones permiten identificar que entre la población estudiada están presentes síntomas relacionados con anorexia y bulimia nerviosa, tales como el sometimiento a dietas restrictivas en ambos grupos (25% de los sujetos); vómitos autoinducidos, con mayor frecuencia en el grupo MB (4%) en comparación con el grupo MA (1%); utilización de laxantes para controlar el peso (alrededor del 5% en ambos grupos); uso de diuréticos para controlar el peso; 3% (MA) y 4% (MB); los episodios de atracones de comida son mayores del 27% en ambos grupos” (2006: 8-9).

En la investigación realizada en el Colegio La Paz se obtuvieron los siguientes resultados:

Entre el nivel de estrés y la escala de obsesión por la delgadez existe un coeficiente de correlación del 0.17 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson, lo cual significa que entre dichos atributos existe una correlación positiva débil, de acuerdo con la clasificación que proponen Hernández y cols. (2010).

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

El resultado de la varianza fue del 0.03, lo que significa que entre el estrés y la obsesión por la delgadez hay una relación del 3%.

Entre el nivel de estrés y la bulimia, existe un coeficiente de correlación de 0.29 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson, lo cual quiere decir que existe una correlación positiva débil.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.09, lo que significa que entre el estrés y la escala de bulimia hay una relación del 9%.

Entre el nivel de estrés y la insatisfacción corporal existe un coeficiente de correlación del 0.39 según la prueba “r” de Pearson, lo cual quiere decir que hay una correlación positiva media. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.15, lo que significa que entre el estrés y la escala de insatisfacción corporal hay una relación del 15%.

Entre el nivel de estrés y la ineficacia existe un coeficiente de correlación de 0.44 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson, lo cual denota que entre dichos atributos existe una correlación positiva media.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.19, lo que significa que entre el estrés y la escala de ineficacia hay una relación del 19%.

Entre el nivel de estrés y el perfeccionismo existe un coeficiente de correlación de 0.48 a partir de la prueba “r” de Pearson, lo cual permite indicar que entre dichos atributos existe una correlación positiva media.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.24, lo que significa que entre el estrés y la escala de perfeccionismo hay una relación del 24%.

Entre el nivel de estrés y la desconfianza interpersonal existe un coeficiente de correlación de 0.28, de acuerdo con la prueba “r” de Pearson, lo cual significa que entre dichos atributos existe una correlación positiva débil.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.008, lo que significa que entre el estrés y la escala de desconfianza interpersonal hay una relación del 0.8%, lo cual es muy cercano al 0%.

Entre el nivel de estrés y la conciencia introceptiva existe un coeficiente de correlación de 0.48 medido con la prueba “r” de Pearson, lo cual significa que entre dichos atributos existe una correlación positiva media.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.23, lo que significa que entre el estrés y la escala de conciencia introceptiva hay una relación del 23%.

Entre el nivel de estrés y el miedo a la madurez existe un coeficiente de correlación de -0.11, según con la prueba “r” de Pearson, lo cual denota que entre dichos atributos existe una correlación negativa débil.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.01, 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 el ascetismo existe un coeficiente de correlación de 0.28 con base en la prueba “r” e Pearson, lo cual significa que entre dichas variables existe una correlación positiva débil.

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

Entre el nivel de estrés y la impulsividad existe un coeficiente de correlación de 0.40 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson, lo cual implica que entre dichos atributos existe una correlación positiva media.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.16, lo que significa que entre el estrés y la escala de impulsividad hay una relación del 16%.

Entre el nivel de estrés y la inseguridad social existe un coeficiente de correlación de 0.19 obtenido con la prueba “r” de Pearson, lo cual señala que entre dichos atributos existe una correlación positiva débil.

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

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

En función de lo anterior, se puede confirmar que el nivel de estrés se correlaciona de forma significativa con las escalas de insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, conciencia introceptiva e impulsividad.

Por otro lado, no se encontró relación significativa entre el nivel de estrés y la obsesión por la delgadez, bulimia, desconfianza interpersonal, miedo a la madurez, ascetismo e inseguridad social.

CONCLUSIONES

Para culminar con el presente trabajo de investigación, se señalará la manera en que se cumplieron los objetivos planteados.

Los objetivos particulares del primero al tercero, se cumplieron desde los antecedentes, así como en el primer capítulo, en donde se dio la definición del estrés, sus antecedentes y los indicadores psicológicos que se presentan de manera personal.

Continuando con los objetivos particulares cuarto, quinto y sexto, se cumplieron en el marco teórico del segundo capítulo, en donde se definió el concepto de trastornos alimentarios, se analizaron las causas que los desencadenan, sobre todo en los casos de bulimia y anorexia nerviosa, dando así su historia y cuadro clínico.

El objetivo particular número siete, referido a la medición de estrés en los alumnos del Colegio La Paz, se logró gracias a los resultados obtenidos de las pruebas psicológicas CMAS-R; por otra parte, la prueba EDI-2 fue utilizada para medir los trastornos alimentarios, con ello se cumple el objetivo particular número ocho.

En lo que refiere a la relación del estrés con los trastornos alimentarios en la población estudiada, se alcanzó gracias al procedimiento estadístico llamado “r” de Pearson y la varianza de factores comunes.

La hipótesis de trabajo, que se refiere a la relación significativa entre el estrés y los factores psicológicos de los trastornos alimentarios, se pudo confirmar en cinco de las escalas: insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, conciencia introceptiva e impulsividad.

Por lo contrario, se puede confirmar la hipótesis nula de acuerdo con estos resultados para el resto de las escalas: obsesión por la delgadez, bulimia, desconfianza interpersonal, miedo a la madurez, ascetismo e inseguridad social.

BIBLIOGRAFÍA

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

American Psychiatric Association (APA). (2002)
DSM IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.
Editorial Masson. Barcelona.

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

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

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

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

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

Gardner, David M. (1998)
Inventario de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2).
TEA Ediciones. Madrid.
Hernández Sampieri, Roberto; Fernández-Collado, Carlos; Baptista Lucio, Pilar.
(2010)
Metodología de la Investigación.
Editorial McGraw-Hill. México

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

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

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

Kerlinger, Fred. (2001)
Investigación del comportamiento.
Editorial McGraw-Hill. México.

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

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

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

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

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

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

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

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

MESOGRAFÍA

Barraza Macías, Arturo. (2005)

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

Revista PsicologíaCientífica.com, 7(9).

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

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

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

Revista de Educación y Desarrollo.

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

Hernández García, Mariamparo A. (2006)

“Las influencias familiar y social en la anorexia y la bulimia, el caso de Saltillo, México”
Epistemé. No. 8-9. Año 2, Octubre-Diciembre 2006.

http://www.uvmnet.edu/investigacion/episteme/numero8y9-06/reportes/a_anorexia.asp

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

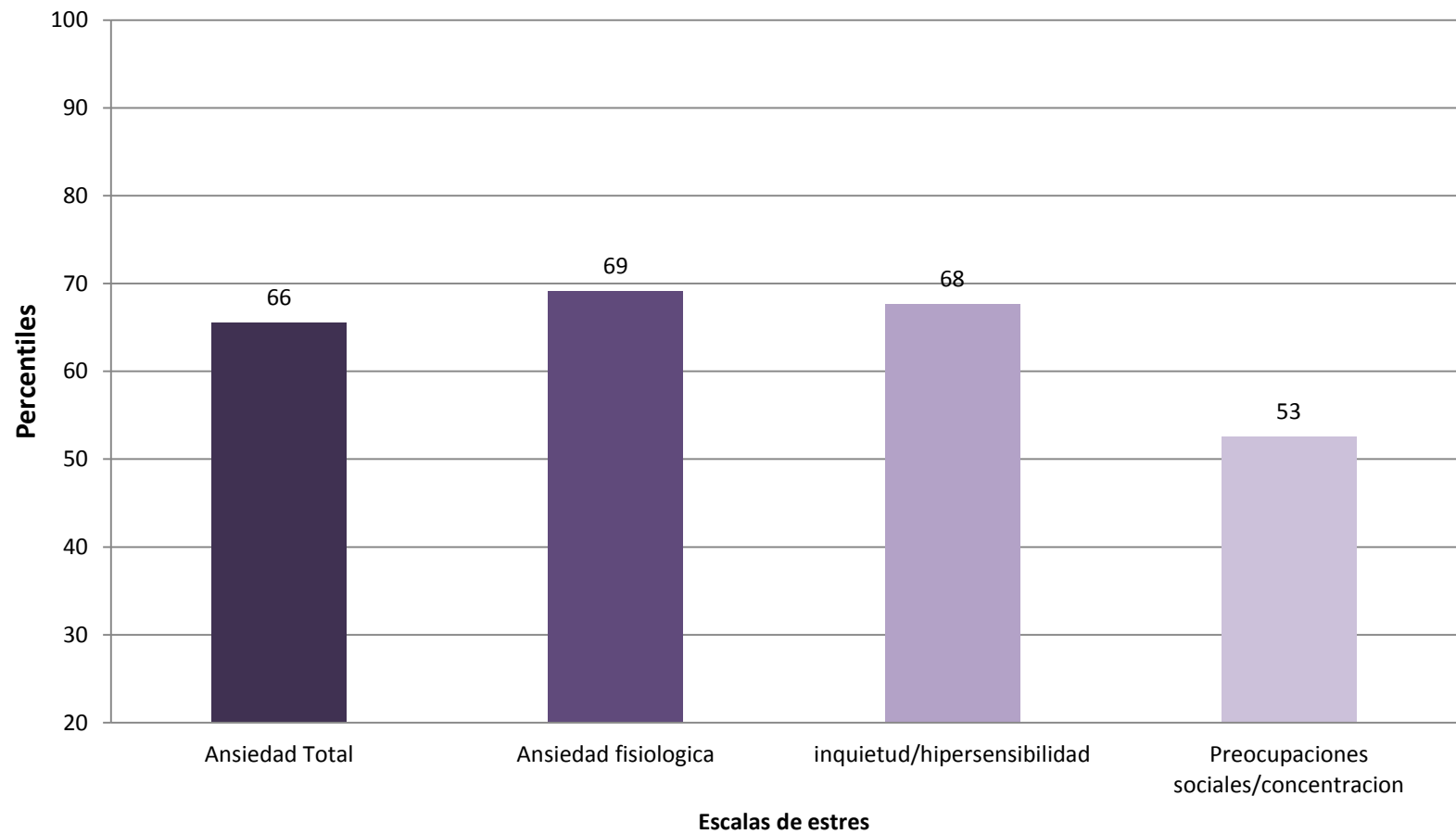
“Trastornos alimentarios en hombres y mujeres adolescentes deportistas y no deportistas pertenecientes al Servicio de Rehabilitación Ortopédica del Centro Nacional de Rehabilitación”.

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

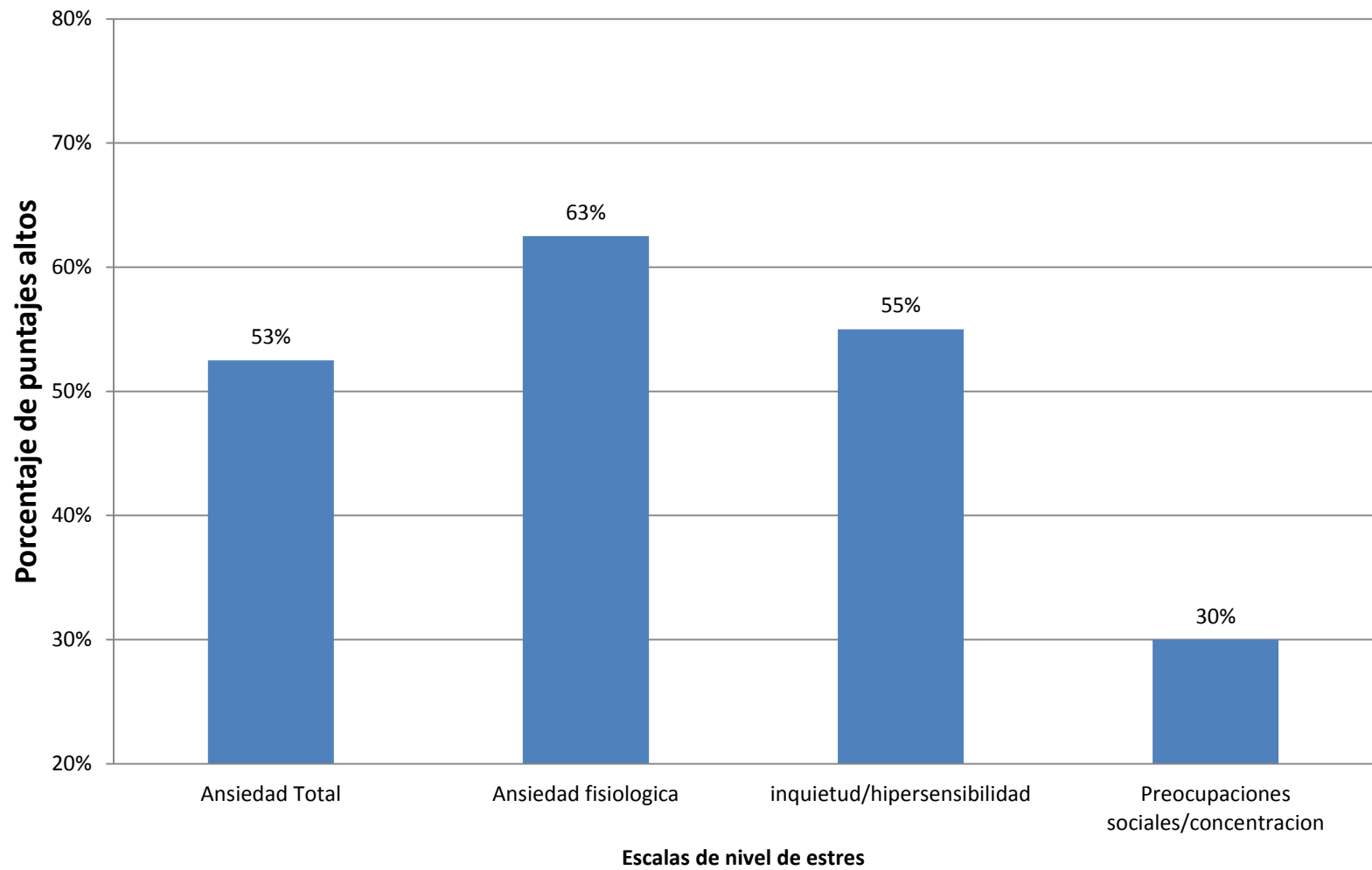
<http://www.medigraphic.com/pdfs/fisica/mf-2004/mf041c.pdf>

ANEXO 1

MEDIA ARITMÉTICA DE LAS ESCALAS DEL ESTRÉS

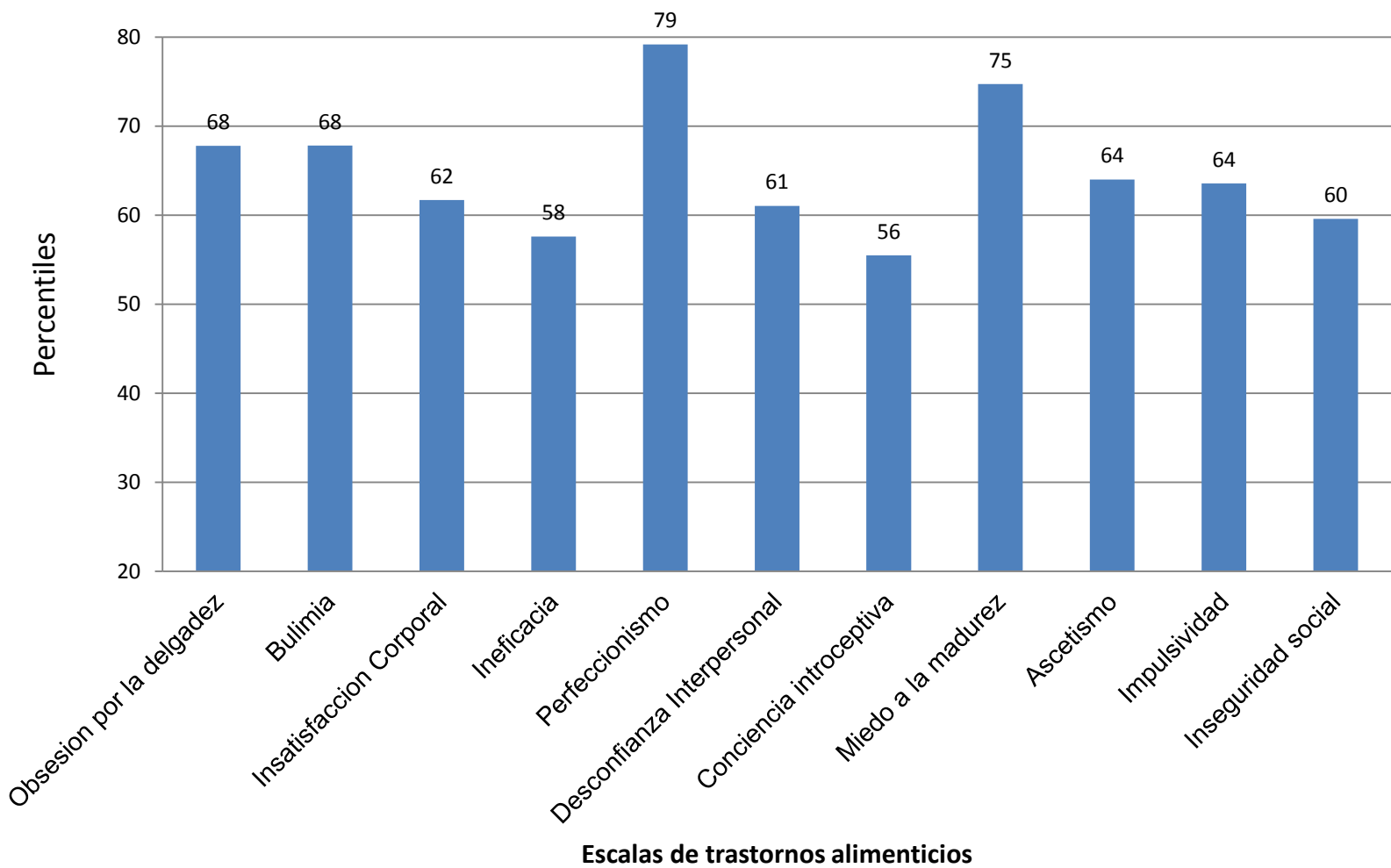


ANEXO 2 PUNTAJES ALTOS EN EL NIVEL DE ESTRÉS

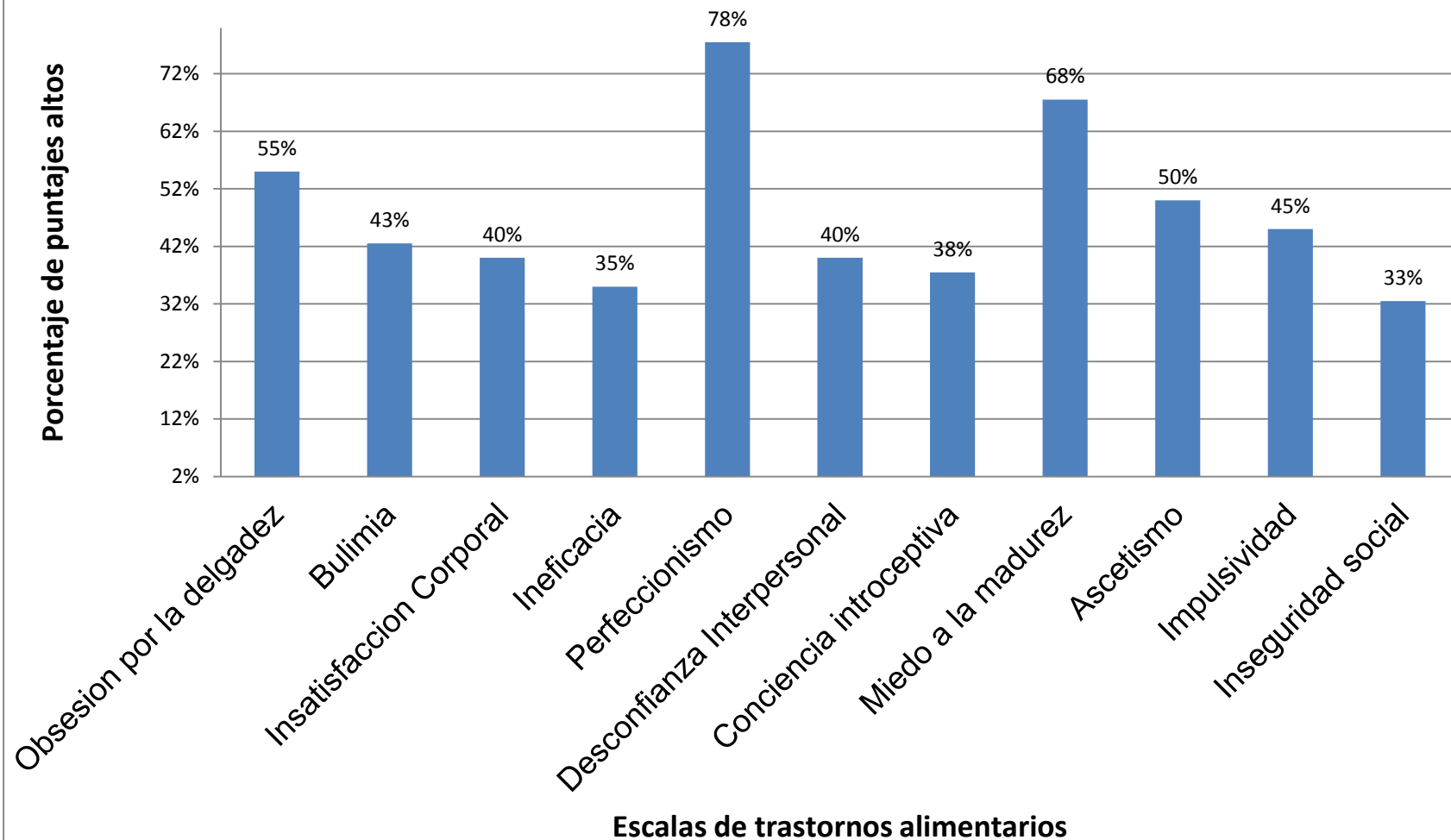


ANEXO 3

MEDIA ARITMÉTICA DE LAS ESCALAS DE LOS TRASTORNOS ALIMENTICIOS



ANEXO 4 PUNTAJES ALTOS EN LAS ESCALAS DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS



ANEXO 5 CORRELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE ESTRÉS Y LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

