



**UNIVERSIDAD
DON VASCO**

UNIVERSIDAD DON VASCO, A.C.

INCORPORACIÓN N° 8727-25 A LA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

*EL ESTRÉS Y SU RELACIÓN CON LOS TRASTORNOS
ALIMENTARIOS EN ADOLESCENTES DE UNA ESCUELA
PARTICULAR.*

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

YULIANA LIZETH COBIAN GARCIA

Asesor: Lic. José de Jesús González Pérez

Uruapan, Michoacán. 23 de enero de 2014.

ÍNDICE

Introducción.

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

Capítulo 1. El estrés.

1.1. Antecedentes históricos del estrés.....	11
1.2. Tres enfoques teóricos del estrés.....	14
1.2.1. Estrés como estímulo	14
1.2.2. Estrés como respuesta	16
1.2.3. Estrés como relación persona-entorno	17
1.3. Los estresores.....	19
1.3.1. Estresores psicosociales: cambios mayores, menores y cotidianos.....	20
1.3.2. Estresores biogénicos.....	23
1.3.3. Estresores en el ámbito académico.....	24
1.4. Procesos del pensamiento que propician el estrés.....	26
1.5. Los moduladores del estrés.....	29

1.5.1. El control percibido	30
1.5.2. El apoyo social.....	30
1.5.3. El tipo de personalidad: A/B.....	31
1.5.4 Personalidad tipo A y problemas cardiacos.....	33

Capítulo 2. Trastornos alimentarios.

2.1. Antecedentes históricos de la alimentación.....	35
2.2. Definición y características clínicas de los trastornos alimentarios.....	37
2.2.1. Anorexia nerviosa.....	37
2.2.2. Bulimia nerviosa.....	40
2.2.3. Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas.....	43
2.2.4. Vómito en otras alteraciones psicológicas.....	44
2.2.5. Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia.....	44
2.2.6. Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia.....	44
2.3. Esfera oroalimentaria en el infante.....	46
2.3.1. Organización oroalimentaria.....	46
2.3.2. Alteraciones en la organización oroalimenticia.....	47
2.4. Perfil de la persona con trastornos de alimentación.....	49
2.5. Causas del trastorno alimenticio	51
2.5.1. Factores predisponentes individuales.....	52
2.5.2. Factores predisponentes familiares.....	57
2.5.3. Factores socioculturales.....	58
2.6. Percepción del cuerpo en el trastorno alimenticio.....	59

2.7. Factores que mantienen los trastornos alimenticios	61
2.8. Trastornos mentales asociados a los trastornos alimenticios.....	63
2.9. Tratamiento de los trastornos alimenticios.....	65

Capítulo 3. Metodología, análisis e interpretación de resultados.

3.1. Descripción metodológica.....	68
3.1.1. Enfoque cuantitativo.....	68
3.1.2. Investigación no experimental.....	70
3.1.3. Diseño transversal.....	70
3.1.4. Alcance correlacional.....	71
3.1.5. Técnicas de recolección de datos.....	72
3.2. Población y muestra	75
3.2.1. Descripción de la población.....	76
3.2.2. Descripción del tipo de muestreo.....	76
3.3. Descripción del proceso de investigación	77
3.4. Análisis e interpretación de resultados	79
3.4.1. El estrés.....	79
3.4.2. Indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios.....	82
3.4.3. Relación entre el nivel de estrés y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios.....	84

Conclusiones.....	90
-------------------	----

Bibliografía.....	92
Mesografía.....	94
Anexos.	

INTRODUCCIÓN

En la presente investigación se abordan las variables estrés y trastornos alimenticios, específicamente la anorexia y la bulimia, cuyo padecimiento ha ido incrementándose en todos los sectores sociales, así como en diferentes rangos de edad de la población. La finalidad de su estudio consiste en examinar su correlación en una escuela secundaria.

Antecedentes.

El estrés es una de las problemáticas con más impacto social, ya que dicho padecimiento ha ido aumentando y afecta a personas de distintos estratos sociales, culturas, edades y género.

El término estrés comenzó a utilizarse alrededor de 1930, cuando el joven austriaco estudiante de medicina Hans Selye observó en un estudio a pacientes que sufrían de síntomas comunes y generales tales como: pérdida de apetito, cansancio, baja de peso, entre otros, cuando estos se encontraban hospitalizados (Caldera y cols.; 2006).

El término estrés se originó en el habla inglesa, teniendo como significado: tensión o presión, y en términos fisiológicos se consideraría como una tensión nerviosa.

En la actualidad el estrés se define como: “un proceso psicológico que se origina ante una exigencia al organismo, frente a la cual este no tiene recursos para dar una respuesta adecuada” (Palmero y cols.; 2002: 424).

Por otra parte, en lo que respecta a los trastornos alimentarios, el estudio especializado de la anorexia y bulimia tienen su origen en el año 1973, en el cual, por primera vez, la anorexia se definió como un problema médico. Previo a ellos, a finales de 1950, la bulimia se presentó como una conducta de algunos sujetos con sobrepeso, sin embargo a principios de 1970 fue relacionada con la anorexia nerviosa.

Existen algunas definiciones que son aceptadas actualmente, que son las que se encuentran en el DSM-IV, en donde define a la anorexia como “el rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal, considerada la edad y la talla” (Ruiz y cols.; 2004: 13).

En lo que respecta a la bulimia, el DSM-IV la define como un consumo excesivo de alimento en un lapso de corto tiempo, con respecto al consumo en el mismo espacio de tiempo en la mayoría de las personas (Ruiz y cols.; 2004: 13).

En cuanto a los trabajos antecedentes sobre esta temática, una investigación de Martínez, Medina y Quiroz (1997) tuvo como objetivo realizar un estudio exploratorio de la ocurrencia de sintomatología de trastornos alimentarios en una población de jóvenes mexicanas, utilizando una muestra no probabilística de tipo intencional que fue conformada por 960 jóvenes del sexo femenino, con un rango de

edad de los 15 a los 25 años de instituciones educativas estatales, 420 de nivel profesional y 164 de nivel bachillerato.

Los resultados que se obtuvieron mostraron significancia estadística para la anorexia entre las instituciones públicas y bulimia en las privadas.

En lo que se refiere a la variable estrés, existe un estudio realizado por Caldera y colaboradores, en el año 2007, a estudiantes de la carrera de psicología, en el Centro Universitario de Altos, en Jalisco, México. Dicha investigación tuvo como objetivo estudiar el nivel de estrés y su relación con el rendimiento académico. Para efectuar esta indagación se utilizó el Inventario de Estrés Académico aplicado al 100% de la matrícula de la carrera, que consiste en 115 alumnos.

Los resultados obtenidos de esta aplicación de pruebas, mostraron que no existe una relación significativa entre el nivel de estrés y el rendimiento académico de los alumnos.

Por otra parte, en lo que se refiere a las variables de estrés y trastornos alimenticios, el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Valparaíso en Santiago, Chile, realizó en 2009 una investigación sobre el rol de los eventos estresantes en los trastornos de la conducta alimentaria. Se empleó un estudio retrospectivo durante el año previo al desencadenamiento de estos desórdenes, los eventos estresantes habitualmente precedían la aparición de los trastornos de la conducta alimentaria, determinando la existencia de un estrés crónico severo en estas

pacientes. Sus problemas más comunes afectaban sus relaciones más cercanas con familiares y amigos, y las pacientes bulímicas presentaban significativamente más conflictos interpersonales que las anoréxicas (Behar y Valdés; 2009).

Planteamiento del problema.

Resulta de gran importancia conocer el fenómeno del estrés, ya que es uno de los principales problemas en la actualidad que afecta a todo tipo de población, especialmente a los adolescentes.

Al igual que el estudio del estrés, el de los trastornos alimentarios también juega un papel importante, ya que el índice de estas perturbaciones va aumentando día con día, de modo que preocupa cada vez más a la sociedad.

Por lo tanto, es necesario conocer la relación de estrés y los trastornos alimentarios, con el fin de saber el modo en que estos problemas afectan a los adolescentes, así como descubrir cuál de estas variables afecta a la otra.

Hasta ahora existen varias investigaciones, las cuales ayudan a tener acceso a diversa información, la cual es útil, tanto para informar como para prevenir dichas problemáticas.

En el colegio Mahatma Gandhi se han venido observando conductas preocupantes en los alumnos, los cuales pudieran tener relación con un alto nivel de estrés o algún trastorno alimentario.

Por todo lo anterior, se plantea la siguiente interrogante: ¿Existe relación significativa entre los niveles de estrés y los factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios en los alumnos de secundaria del Colegio Mahatma Gandhi?

Objetivos.

Para la realización de cualquier investigación es necesario cumplir con ciertos lineamientos para llegar a una meta satisfactoria, es por ello que en este trabajo se incluyen los siguientes objetivos que serán de suma utilidad para optimizar los recursos disponibles.

Objetivo general.

Verificar la relación que existe entre el nivel de estrés y los factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios en alumnos adolescentes del Colegio Mahatma Gandhi.

Objetivos particulares

1. Definir el término estrés.
2. Describir teóricamente las principales causas del estrés.
3. Identificar los principales enfoques teóricos del estrés.
4. Definir los principales trastornos alimentarios.

5. Identificar las principales causas de los trastornos alimentarios.
6. Medir el nivel de estrés en los adolescentes del Colegio Mahatma Gandhi.
7. Cuantificar el nivel en que se presentan los factores psicológicos de los trastornos alimentarios en los alumnos del Colegio Mahatma Gandhi.

Hipótesis.

Al igual que los objetivos ya planteados, resulta necesario determinar las explicaciones provisionales sobre la realidad de estudio.

Hipótesis de investigación.

Existe relación significativa entre el nivel de estrés y la presencia de indicadores de los trastornos alimentarios en adolescentes de secundaria del Colegio Mahatma Gandhi.

Hipótesis nula.

No existe relación significativa entre el nivel de estrés y la presencia de indicadores de los trastornos alimentarios en adolescentes de secundaria del Colegio Mahatma Gandhi.

Operacionalización de las variables de investigación.

La variable estrés se identificó mediante el resultado que los sujetos obtuvieron en el test psicométrico CMAS-R, de los autores Reynolds y Richmond (1997), que está conformado por cuatro escalas, incluyendo una que mide la mentira.

Por otra parte, la variable trastornos alimentarios se evaluó con el puntaje obtenido por el sujeto en la prueba Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2) del autor David M. Gardner (1998), la cual está conformada por once escalas relacionadas con los principales síntomas que acompañan a la anorexia nerviosa y a la bulimia nerviosa.

Justificación.

Siempre ha existido el estrés en poblaciones de todas las edades y culturas; es común que se piense que será transitorio, sin embargo, en las últimas décadas el estrés, unido a los trastornos alimentarios, se ha convertido en uno de los principales problemas de salud pública, desafortunadamente su prevalencia está aumentando, razón por la que es de sumo interés el estudio de dicha problemática.

Por ese motivo, la presente investigación beneficiará a los alumnos del Colegio Mahatma Gandhi que fueron evaluados con pruebas de estrés y trastornos alimentarios, ya que se muestran los principales indicadores que señalan si el nivel de estrés demostrado en ellos está relacionado de alguna manera con la presencia de rasgos psicológicos que indiquen el padecimiento de trastornos alimentarios, esto permite que tanto maestros, como padres de familia y alumnos puedan adquirir la

información necesaria para saber ayudar a quien lo necesite, incluyéndose ellos mismos.

Además de lo mencionado anteriormente, el estudio proveerá una fuente de información necesaria que permitirá tener un amplio panorama sobre estos problemas y así, poder tomar las medidas necesarias para evitar el desarrollo de los trastornos y del estrés en los adolescentes.

Cabe mencionar que existe un beneficio para la institución en donde se realizó la presente investigación, ya que por medio de la misma se pueden conocer las características principales de estos padecimientos, al igual que la detección antes de que su malestar aumente o se presente; además, otorgará al personal docente del colegio, la información necesaria para tomar las medidas necesarias con el fin de aliviar dichas problemáticas y así poder detectar o evitar el desarrollo de estos trastornos.

Esta investigación también beneficia a la psicología, ya que es importante el estudio de estas dos variables al no haber la información concluyente que ayude a implementar un programa o proyecto que beneficie a la detección o aparición de estos trastornos.

Cabe mencionar que la psicología es la principal ciencia preocupada por los efectos que tiene esta problemática en los adolescentes, por otra parte, este trabajo

también favorecerá a los docentes, pedagogos, médicos y padres de familia interesados en obtener conocimientos relacionados con este tema.

Marco de referencia.

El nombre completo de la institución es: Colegio Mahatma Gandhi, se encuentra ubicado en la calle Arcadio Martínez #70, en la Colonia Lázaro Cárdenas, entre Vicente guerrero y Plutarco Elías calles. Esta institución es privada, se encuentra regida bajo fundamentos educativos pedagógicos, ya que tiene como finalidad el apoyo a la formación de estudiantes eficientes.

Este colegio tiene como misión ser una institución orientada a impartir una educación hacia la excelencia, preocupada y ocupada en formar niños y jóvenes analíticos y críticos, con una alta capacidad de liderazgo, comprometidos consigo mismos y con su entorno natural y social, sumamente respetuosos de la diversidad cultural en la que interactúan.

El plantel citado admite entre sus alumnos a los adolescentes de diversas creencias religiosas, así como diversos estatus y culturas, ya que busca principalmente ser una institución con amplio reconocimiento por su calidad académica y liderazgo, así como la mejor opción educativa a nivel de educación básica, cimentada en una planta docente altamente calificada y con una sólida y funcional estructura material.

El número actual de alumnos de secundaria con los que cuenta la institución es de 198, entre hombres y mujeres, ofrece un total de 32 profesores asignados y una psicóloga.

La especialidad de los maestros es diferente: un 90% son normalistas y un 10% universitarios.

En lo que a infraestructura se refiere, el Colegio Mahatma Gandhi cuenta con dos pisos, en donde se reúnen los alumnos de los diferentes grados de secundaria y preparatoria, así como las tres oficinas administrativas y un consultorio de psicología. Cuenta además con una cancha deportiva, salón de música, cooperativa y baños para los estudiantes hombres y las mujeres, así como baños para los profesores.

CAPÍTULO 1

EL ESTRÉS

Este capítulo trata de una de las variables de investigación, llamada estrés. Para ello, se aborda la información necesaria para un mayor conocimiento del fenómeno mencionado.

1.1. Antecedentes históricos del estrés.

La palabra estrés proviene del latín, cuyo significado es presionar, comprimir u oprimir, se utilizó primordialmente en la física y en la metalurgia, así como posteriormente, en el campo de las ciencias de la salud, al ver este vocablo como una forma de definir a la presión que ocasiona alteraciones en el funcionamiento mental y físico de los individuos.

El termino estrés comenzó a utilizarse aproximadamente en el siglo XIV, pero no fue hasta el siglo XVIII cuando se le dio una importancia técnica a este término, ya que entonces el físico y biólogo Robert Hooke ayudó a los ingenieros a diseñar estructuras hechas por el hombre, como puentes, con la capacidad de soportar cargas pesadas y resistir las adversidades del clima y naturaleza.

En el siglo pasado, como lo menciona Sánchez (2007), el médico francés Claude Bernard demostró que por naturaleza, los seres vivos poseen mecanismos que

ayudan a enfrentar las contingencias del ambiente externo al mantener la estabilidad interna, aunque se modifiquen los contextos externos. Esta misma autora cita a Slipak, haciendo mención del concepto fundamental de las investigaciones de Bernard: “la estabilidad del medio ambiente interno es la condición indispensable para la vida libre e independiente. Desde este punto de vista, el proceso de sobrevivencia estaría determinado por una interacción entre el ambiente externo y los mecanismos biológicos internos que posee el organismo”, (Sánchez; 2007: 16).

Posterior a las investigaciones de Bernard, a mediados del siglo XX el fisiólogo estadounidense Walter B. Cannon, demostró que el cuerpo se podía adaptar para enfrentarse a peligros externos importantes, bautizando con el nombre de homeostasis al mantenimiento del equilibrio del organismo. De esta forma, Cannon inició las bases para los siguientes trabajos que Selye realizaría.

Cannon menciona que frente a una señal de amenaza a la homeostasis, el cuerpo descarga adrenalina por las glándulas suprarrenales, como mecanismo del cerebro ante una agresión percibida, provocando que el proceso autónomo, a su vez, tenga modificaciones cardiovasculares que preparan el cuerpo para la defensa.

Por otra parte, el científico austriaco canadiense Hans Selye, comenzó a realizar investigaciones sobre el estrés con pacientes hospitalizados, que le permitieron descubrir varias respuestas fisiológicas específicas en los sujetos estudiados. Como lo mencionó Sánchez (2007), Selye denominó a las respuestas vistas por él en los sujetos de estudio, como Síndrome de Adaptación General y, años más tarde, el

mismo investigador definió el término estrés ante la Organización Mundial de Salud, como la respuesta no específica del organismo a cualquier demanda del exterior, mientras que al estímulo causante lo denominó estresor.

La reacción antes indicada es normal, ya que el cuerpo se prepara para enfrentar o huir de dicho estímulo, provocando las siguientes reacciones: las pupilas se dilatan para mejorar la visión, el oído se agudiza para una mejor escucha, los músculos se tensan para reaccionar ante la amenaza, mientras que las frecuencias cardíaca y respiratoria aumentan para facilitar la llegada de oxígeno a las células y favorecer las respuestas ante el peligro.

No obstante, durante la Segunda Guerra mundial surgió gran interés sobre el tema del estrés, ya que los líderes militares comenzaron a preocuparse, al ver que sus soldados en plena batalla se derrumbaban emocionalmente, se escondían del enemigo y no disparaban sus propias armas, lo cual fomentó investigaciones cada vez más numerosas sobre este problema, el cual nombraban fatiga de combate o neurosis de guerra, lo que implicaba una explicación psicológica.

Después de la Segunda Guerra Mundial se descubrió que el estrés también era aplicable a muchas de las circunstancias de la vida diaria, y que al igual que en los soldados, en otros sujetos también se podían ocasionar disfunciones psicológicas.

En datos más recientes del siglo pasado, se observó un incremento de estudios, así como un mayor interés por el tema del estrés, como causante de padecimientos y

angustias en las personas; tal como lo citan Lazarus y Lazarus (2000), se demuestra que toda persona necesita un cierto nivel de estrés para adaptarse y enfrentar a los problemas habituales, ya que este acontecimiento es una respuesta natural a las exigencias de la vida, por ello, no es completamente negativo.

1.2. Tres enfoques teóricos del estrés.

Para entender el fenómeno del estrés, los investigadores han utilizado tres enfoques diferentes, en los cuales basan sus estudios para la comprensión de este fenómeno. En este subtema se abordaran las perspectivas necesarias para comprender el estrés: como estímulo, como respuesta y finalmente, como enfoque interaccionista.

1.2.1. Estrés como estímulo.

Esta forma de considerar el estrés proviene desde el siglo V a.C., época de Hipócrates, quien creía que el entorno estaba relacionado con la salud y la enfermedad de las personas; con base en este planteamiento, se estableció el estrés como un agente externo independiente de las características internas de los individuos, haciendo énfasis en las características ambientales que dañan y desequilibran física y psicológicamente. Este hecho dependerá de la duración y fuerza de la presión aplicada para considerar su nivel de tensión.

Describen Travers y Cooper (1997) que este enfoque identifica estímulos potencialmente estresantes en las presiones ambientales como el ruido, las presiones

sociales (racismo), los factores psicológicos como la depresión, las físicas (la discapacidad o enfermedad), las presiones económicas (pobreza) y los desastres naturales (inundación). Todo esto provoca un desequilibrio distinto en las personas y un alto nivel de estrés.

Un elemento importante de esta teoría es “que cada individuo posee un nivel de tolerancia que es superable, y que este, al << pasarse de la raya >> puede provocarle daños temporales o permanentes” (Travers y Cooper; 1997: 32). Lo anterior quiere decir que cada individuo está expuesto a presiones externas, las cuales tiene capacidad para enfrentar, pero hay un punto límite en donde un suceso, por más insignificante que sea, puede provocar que la persona se derrumbe o bien, hacerlo buscar una solución a dicho problema, esto dependerá de sus capacidades.

Por último, Travers y Cooper (1997) citan a Selye para describir que el término estrés no solamente produce efectos negativos en las personas, sino que también puede ser estimulante, y dividen en dos formas el fenómeno: estrés positivo, llamado también eustrés, que motiva el crecimiento, el desarrollo y el cambio del individuo, a diferencia del estrés negativo o distrés, que es considerado incontrolable y dañino.

1.2.2. Estrés como respuesta.

Este modelo se basa en la reacción, ya que se considera al estrés como el cambio que manifiesta la persona ante una situación amenazante o desagradable. Existen varias evidencias, obvias para la mayoría de las personas, que hacen percibir los efectos del estrés, como la tensión, el esfuerzo y la presión. Lo que significa que en este modelo, lo que mayor importancia tiene es la manifestación del hecho. Las respuestas que el estrés provoca pueden aparecer en tres niveles: psicológico, fisiológico y conductual, dependiendo de la persona (Travers y Cooper; 1997).

Fontana (1992), por su parte, divide las consecuencias del estrés en tres áreas: efectos cognoscitivos, emocionales y conductuales generales.

Entre los efectos cognoscitivos del estrés excesivo se encuentran: las dificultades para mantener la concentración, el aumento de la distractibilidad, deterioro de la memoria a corto y largo plazo, disminución en la velocidad de respuesta, aumento de los errores en las tareas cognoscitivas, deterioro de la capacidad de organización y de la planeación a largo plazo, los patrones de pensamiento se vuelven confusos e irracionales, así como la pérdida de la capacidad de crítica y la objetividad (Fontana; 1992).

En las consecuencias emocionales del estrés excesivo, se localizan los síntomas como: el aumento de la tensión física y psicológica; desaparece la sensación de salud y bienestar, se presenta un aumento de la hipocondría; se experimentan cambios en la personalidad, de modo que las personas pulcras y cuidadosas pueden volverse desaseadas, las ocupadas se tornan indiferentes y las permisivas se

muestran autoritarias; empeora la ansiedad, la sobresensibilidad, la defensividad y la hostilidad; se debilitan las restricciones morales y emocionales, se presenta la depresión y la impotencia: posterior a esto se presenta la pérdida repentina de la autoestima (Fontana; 1992).

Finalmente, entre los efectos conductuales generales del estrés excesivo se encuentra el aumento de los problemas del habla, disminución de los intereses y del habla, aumento del ausentismo, incremento en el consumo de drogas, descenso de los niveles de energía, alteración de los patrones de sueño, aparición de la tendencia a culpar a los demás, se delegan las responsabilidades, se resuelven los problemas a niveles más superficiales, aparecen patrones de conducta excéntricos y pueden llegar a experimentarse las conductas y amenazas de suicidio (Fontana; 1992).

1.2.3 Estrés como relación persona-entorno (enfoque interaccionista)

Este tercer enfoque teórico muestra al estrés, según Travers y Cooper (1997) como un fenómeno que no es estático, estímulo ni respuesta solamente, sino un proceso complejo de relación existente entre el entorno y la persona, en el cual ambos elementos intervienen para generar situaciones estresantes.

Cabe mencionar que varios investigadores, que tomaban como base estos modelos, conceptualizaron el estrés como una relación entre la persona y su entorno, y admiten que las personas influyen en su medio y reaccionan ante la situación del ambiente y las experiencias vivenciadas. Por lo tanto, el estrés positivo o negativo

depende de la relación que se tenga con el entorno, ya que este componente es el principal influyente.

Al igual que la influencia de la relación con el medio ambiente, que genera cierto nivel de estrés, existe otro papel importante, que es la percepción y los procesos cognitivos que determinan la presencia o no del estrés, la particularidad de este enfoque es la cognición y la forma en que esta influye ante las respuestas de las situaciones estresantes.

Por lo tanto, el entorno por sí solo no es estresante, sino la relación de la persona y la forma en la que lo percibe, por ello la actitud de enfrentarse al estrés ayuda a que la persona, ante el entorno, logre alcanzar un estadio de adaptación (Travers y Cooper; 1997).

Visto desde otro enfoque, los conceptos de evaluación cognitiva y respuesta son la esencia de este modelo, ya que lo cognitivo es lo que influye en el hecho de que una persona experimente o no una situación estresante, la cual esta medida por cinco aspectos importantes a considerar en este modelo.

1. Valoración cognitiva: muestra la percepción subjetiva de la situación que conduce la experiencia.
2. Experiencia: la percepción de la situación dependerá de la familiaridad que tenga la persona con dicha situación vivida.

3. Exigencia: incluye la real y la percibida, es decir, los deseos del sujeto y su nivel de estimulación inmediata.
4. Influencia interpersonal: la manera de percibir una situación potencial de estrés, depende de la presencia o ausencia de otras personas, que influyen de manera significativa en la experiencia subjetiva del estrés, su respuesta y superación.
5. Un estado de desequilibrio: cuando existe una falta de armonía entre la exigencia que se aprecia y la capacidad percibida de superar las consecuencias del pasado, las positivas restauran el equilibrio, mientras que las negativas potencializan aún más las situaciones negativas (Travers y Cooper; 1997).

1.3 Los estresores

Para las personas, cualquier cambio que logre modificar la rutina de su vida diaria es causa de estrés, ya sea un hecho favorable o negativo, ambos son estresores, al igual que los cambios imaginarios, a los que se les llama preocupaciones.

“Cabría realizar diferentes taxonomías sobre los estresores, en función de criterios meramente descriptivos –características físicas, perceptivas, etc.- sin embargo, dado que la inmensa mayoría de estas funciones son de tipo psicosocial, se ha tendido a clasificarlos por el tipo de cambios que producen en las condiciones de vida, cambios que afectan precisamente a las propias condiciones psicosociales de las personas” (Palmero y cols.; 2002: 425). Después de esta cita, es importante

mencionar que hay distintos tipos de estresores que producen cambios en la rutina diaria de las personas, dependiendo de la intensidad y duración. Entre ellos se encuentran los estresores psicosociales, que influyen en el entorno de la persona, y los biogénicos, que alteran directamente el proceso de activación fisiológica.

1.3.1 Estresores psicosociales: cambios mayores, menores y cotidianos.

Para comenzar, se definirán los estresores de tipo psicosocial, que se dividen en tres categorías según su nivel: mayores, vitales y cotidianos.

Los estresores conocidos como cambios mayores, son extremadamente fuertes y radicales en la vida de una persona, tales como: ser víctima de la violencia, terrorismo o sufrir importantes problemas de salud o enfermedades terminales. Todo esto es motivo suficiente para que cambie la vida de una persona, ya que producen consecuencias negativas según la prolongación en el tiempo que dure el estrés; generalmente, cuando este tipo de estresor perjudica a las personas, es de manera prolongada, como en el caso de un temblor; este hecho tiene la capacidad de afectar una gran cantidad de personas y mientras más tiempo se prolongue el daño, más efectos negativos tendrá en el nivel de estrés de cada persona. Esto tiene como consecuencia un efecto traumático.

En segundo lugar se encuentran los cambios menores, o también llamados acontecimientos vitales. Que “hacen referencia a ciertas circunstancias que pueden hallarse fuera de control del individuo, como el caso de la muerte de un ser querido,

una amenaza a la propia vida, una enfermedad incapacitante o pérdida del puesto de trabajo; o también a otros tipos de acontecimientos que están fuertemente influidos por la propia persona, como es el caso de los divorcios, el tener un hijo o someterse a un examen importante...” (Palmero y cols.; 2002: 427). Cuando estos estresores se presentan, producen una alteración en la vida de la persona por ser altamente significativos, aunque esto varía en cada caso, a diferencia de los cambios mayores.

Las siguientes clasificaciones se refieren a las principales fuentes desencadenantes de estrés en esta categoría:

- La vida conyugal, como el compromiso matrimonial, la separación o muerte de uno de los miembros de la pareja.
- La paternidad, como el ser padre o madre por primera vez, mantener una relación difícil o la presencia de enfermedades en los hijos.
- Las relaciones interpersonales, se refieren a problemas relacionados con los amigos, vecinos, socios o con familiares cercanos, así como la enfermedad de uno de ellos.
- El ámbito laboral, problemas tanto en el trabajo, como la escuela o labores domésticas.
- Las situaciones ambientales, tales como los cambios de residencia, inmigración o amenazas a la integridad.
- El ámbito económico, que implica cambios en el estatus financiero.
- Las cuestiones legales, como el hecho de ser detenido o encarcelado.

- El desarrollo biológico, que se refiere a cambios evolutivos en las personas, como la adolescencia o el cambio al estado adulto, así como la menopausia o llegar a la vejez.
- Las lesiones o enfermedades somáticas, como el padecimiento de algún tipo de enfermedad terminal, accidentes o situaciones quirúrgicas.

En caso de los niños y adolescentes, existen otros factores además de los anteriormente nombrados, que resulta importante mencionar, tales son como: las relaciones distantes o poco afectuosas entre los padres, así como el insuficiente control paterno, poca estimulación cognitiva o social hacia los hijos, entre otros.

Para finalizar, se encuentran los estresores cotidianos, o también nombrados microestresores, que son “aquellas pequeñas cosas que pueden irritarnos o perturbarnos en un momento dado, como convivir con un fumador desconsiderado, reñir con nuestra pareja” (Palmero y cols.; 2002: 430). Este tipo de estresores actúan modificando algunos patrones en el comportamiento y mantienen el estrés hasta que se logra solucionar la situación que lo generó.

Las características que se presentan constantemente en estos estresores son los siguientes: implican un cambio en la situación ambiental, son situaciones en las que la persona siente carecer de información para tomar una decisión, existe un estado de incertidumbre y también una ambigüedad de la situación o bien, una sobrecarga de información, al igual que ausencia o disminución en las habilidades o distintos comportamientos que sean necesarios para afrontar la situación, incluso cambios biológicos en las personas.

1.3.2 Estresores biogénicos

Estos estresores actúan al generar cambios en el organismo, ya que utilizan directamente los núcleos activadores neurológicos del área afectiva, dejando a un lado los mecanismos de valoración cognitiva, en consecuencia, causan una respuesta meramente emocional.

Este tipo de estresores no necesita, a diferencia de los otros, una valoración cognitiva para presentar una respuesta, sino que esta se activa directamente, afectando el estado de ánimo.

A continuación se observan algunos ejemplos de estresores, según Palmero y cols. (2002):

1. Cambios hormonales en el organismo: como los que ocurren en la pubertad, el desarrollo de su cuerpo y sus órganos sexuales, así como todas las modificaciones hormonales que son causa importante de estrés, esto incluye el síndrome premenstrual. “En muchas mujeres el estrés causado por este desequilibrio hormonal es suficiente para causar un episodio de sobre-estrés”. (Palmero y cols.; 2002: 431). El parto, aborto y posparto son situaciones generadoras de estrés o sobre-estrés en algunas mujeres, todo esto a causa del desequilibrio hormonal después de estos acontecimientos, así como el mal funcionamiento de los ovarios.

2. Ingesta de determinadas sustancias químicas: como las anfetaminas, la fenilpropanolona, la cafeína, la nicotina, entre otras que provocan un fuerte desequilibrio en el organismo.
3. Reacción a ciertos factores físicos: como los estímulos que provocan frío, calor o dolor.
4. Estrés alérgico: La alegría es una fuente de estrés que provoca cambios de energía en el sistema inmunológico, ayudando a combatir todo aquello que el cuerpo considera peligroso.

1.3.3 Estresores en el ámbito académico.

En apartados anteriores se nombró que cualquier cambio en la rutina diaria, por insignificante que sea, causa cierto nivel de estrés. Al respecto, existen distintos tipos de estresores, tales como los psicosociales y los biogénicos; ahora es oportuno analizar los estresores que corresponden al ámbito académico.

Barraza (2005) realizó un estudio que fue publicado en la revista electrónica de Psicología Científica, sobre las características del estrés académico de los alumnos en educación media superior, en el cual contó con una población de 356 alumnos de la ciudad de Durango, México.

Los estresores académicos más frecuentes, de acuerdo con Polo, Hernández y Poza (citados por Barraza; 2005), son los siguientes:

1. Exposición de trabajos.
2. Realizar o responder preguntas (participar en clase).
3. La realización de exámenes.
4. Ir al despacho del profesor para tutoría.
5. Sobrecarga académica (excesivo número de créditos, trabajo obligatorio).
6. Masificación de aulas.
7. Interrupciones de trabajo.
8. Trabajar en grupo.
9. Competitividad entre compañeros.
10. Tiempo limitado para hacer trabajos.
11. Falta de incentivos.
12. Evaluaciones.
13. Problemas o conflictos con los profesores.
14. Tipo de trabajo que se exige.

Sin embargo, también existen estresores que tienen que ver con el ingreso a la universidad, ya que en algunos casos se da el cambio de vivienda, de ciudad, de compañeros, de escuela y de actividades escolares; en este caso es considerado mayor el estrés, al igual que en alumnos de últimos semestres de preparatoria.

1.4 Procesos del pensamiento que propician el estrés.

Dependiendo de las experiencias de aprendizaje que se tienen en la niñez, será el pensamiento y la conducta de una persona, ya sea racional o irracional, ya que las

ideas distorsionadas que se adquirieron en la niñez, son la fuente principal de infelicidad en la etapa adulta.

Para lograr un equilibrio emocional, se tiene que hacer un ajuste del pensamiento, puesto que las ideas y pensamientos producen las emociones, y cuando las interpretaciones son equivocadas, pueden provocar perturbaciones emocionales y psicológicas; en cambio, cuando se pone en duda el pensamiento irracional, la persona puede obtener armonía emocional y un ajuste en la conducta. (Powell; 1998, citando a Ellis).

De acuerdo con Powell (1998), las ideas irracionales presentes más comúnmente en las personas, son las siguientes:

1. La persona cree que debe obtener el amor y la aprobación de todos los integrantes de su comunidad, principalmente de las que son más importantes para ella; aunque en realidad, ninguna persona jamás obtendrá el amor y aprobación de todo el mundo, por lo tanto, esto es una idea irracional, inalcanzable y destructiva para la persona.
2. Piensa que debe ser perfectamente competente, suficiente y exitosa; sin duda es otra distorsión imposible de alcanzar, ya que orilla a la persona a esforzarse excesivamente, y provoca en ella un temor inmenso al fracaso y la conduce a adquirir un complejo de inferioridad, al igual que enfermedades psicosomáticas.
3. Dice no tener control sobre su propia felicidad, ya que cree que este suceso está bajo el control de las circunstancias externas; esta distorsión tiene como

finalidad evadir los desafíos y responsabilidades que se presentan en la vida de la persona, ya que es más fácil dejarse caer que examinar su situación y esforzarse por hacer algo.

4. Cree que sus experiencias pasadas han determinado su vida y sus comportamientos presentes; en este caso la distorsión comienza cuando el sujeto cree que el cambio en él es imposible, es cierto que la conducta se va formando desde los hábitos que se tienen a lo largo de la vida, y que volver a aprender es difícil, sin embargo, en este caso lo hace con la finalidad de evadir el desafío del cambio.
5. Piensa que hay una solución perfecta para cada uno de sus problemas, y el hecho de no encontrarla, será devastador; no es verdad que exista una solución para cada uno de los problemas existentes, sin embargo, esta persona no logra aceptar que no todo tiene solución y que se debe aprender a vivir con ello, así como buscar la solución más factible para el problema que sí la tenga.
6. Las situaciones peligrosas o temibles le causan una gran preocupación, está pensando constantemente en las posibles calamidades que le puede suceder; tiende a exagerar los eventos desagradables de manera desproporcionada y suele estar viviendo con una inmensa preocupación.
7. Suele depender de los demás y apoyarse en alguien más fuerte que él; esta distorsión es una exageración de la dependencia, debido a que la persona no quiere tomar riesgos.
8. Cuando su vida no funciona de la manera en la que la había planeado, todo será catastrófico para el sujeto; esto es irracional porque las circunstancias solamente de vez en cuando funcionan exactamente como fueron planeadas.

9. Prefiere evitar ciertas dificultades y responsabilidades que enfrentarlas; la irracionalidad de esta idea está en que se ignora que es más doloroso evitar realizar una tarea o responsabilidad, que hacer lo necesario para realizarla, dejando a un lado la realidad de que evitar las tareas conducen siempre a mayores problemas.
10. Cree que algunas personas son malas e infames y que deberían ser castigadas; esta distorsión asume que la persona tiene la habilidad de juzgar, dejando a un lado que lo que pudiera ser malo para ella, podría ser simplemente a causa de su ignorancia.
11. La persona cree que tiene la responsabilidad de preocuparse por los problemas y perturbaciones de los demás; la irracionalidad se encuentra en la propia autodestructividad de querer hacer propios los problemas de los demás.

1.5 Moduladores del estrés

Todas las personas tienen una determinada capacidad para afrontar el estrés y las emociones, al utilizar cada quien sus estrategias y recursos personales y sociales; sin embargo, varía en cada una de ellas, dependiendo de sus características personales para afrontar el estrés.

“Existe una serie de factores que influyen considerablemente en el estrés, los denominados moduladores, es decir factores imprescindibles para determinar y predecir cuál será el curso del proceso de estrés y sus repercusiones sobre la salud” (Palmero y cols.; 2002: 527).

Formando parte de los moduladores, están los de carácter social, en donde se encuentra el apoyo recibido cuando la persona se encuentra en dificultades y las características culturales predisponen estrés. También existen los de carácter personal, como las creencias, las experiencias, la competencia, entre otras.

Por último, estos moduladores siempre están presentes en la persona, aunque no se encuentre sometida a estrés.

1.5.1 El control percibido

El impacto que generan las fuentes del estrés en el organismo, depende de la potencia en la que se presente la fuente y la fortaleza que la persona tenga para afrontarlo.

La percepción de control muchas veces comienza con una creencia, la de poder y ser capaz de lograr aquellas metas o afrontar dichas situaciones problemáticas, esto llega a tener importantes efectos sobre la conducta. Este control percibido muchas veces no es verdad, sin embargo, esta percepción protege a las personas de los efectos negativos que ocasiona el estrés.

Para finalizar, es importante mencionar que existen varios estudios que demuestran que el control percibido por la persona, al igual que sus efectos, son determinantes gracias a la información y procesamiento que el sujeto tiene.

1.5.2 El apoyo social.

“El apoyo social se ha definido como las provisiones instrumentales o expresivas, reales o percibidas, aportadas por la comunidad, las redes sociales y los amigos íntimos” (Cascio y Guillén; 2010: 189).

Este factor es una fuente de recursos que ayuda a enfrentar el estrés, así como el apoyo social sobre la salud y la recuperación del equilibrio. Para esto se han considerado dos mecanismos fundamentales ante esta realidad:

- a) La hipótesis del efecto indirecto o protector: se refiere a que si las personas se encuentran expuestas a estresores y no tienen el apoyo social necesario, experimentarán efectos negativos del estrés, sin embargo, cuando no se presentan estresores en la persona, el apoyo social deja de ser influyente en la salud y simplemente se convierte en un protector de los efectos patogénicos del estrés.
- b) La hipótesis del efecto directo o principal: esta explicación señala que las relaciones sociales son indispensables para la salud del individuo, independientemente del nivel de estrés que presente. Alude que a mayor

apoyo social, menor efecto psicológico de estrés, y que a menor apoyo social, existirá una mayor incidencia de trastornos a causa del estrés.

1.5.3 El tipo de personalidad: A/B.

El estilo de conducta se refleja como respuesta ante el estrés (Travers y Cooper; 1997:90, citando a Van Dijkhuizen y Reiche). “Se ha descubierto que los <<estilos> de conducta actúan como modificadores de la respuesta individual ante el estrés, afectando la relación entre los estresantes psicosociales y las tensiones”

Son dos los tipos de conducta que rigen el estudio de los efectos en la respuesta del estrés. Como lo mencionan Travers y Cooper (1997), los primeros investigadores en realizar estudios sobre los tipos de conducta fueron Friedman y Rosenman, quienes detectaron dos tipos de conducta: tipo A y B, que están relacionados con las emociones y comportamientos que manifiestan los pacientes de sus estudios, causados por el estrés.

La conducta del tipo A, se estudió a finales de los años 50 por los cardiólogos Friedman y Rosenman, en una observación que hicieron con sus pacientes, donde se dieron cuenta que las respuestas y los patrones de conducta eran similares, denominaron a esto como conducta de tipo A.

“Este patrón de conducta implica hostilidad, agresividad, competitividad y un sentido de la urgencia; los pacientes pueden ser también intolerantes, exigentes y

orientados al éxito de sus objetivos” (Travers y Cooper; 1997: 91). También suelen ser personas muy apresuradas, que tienden hablar muy aceleradamente y con movimientos rápidos, y cuando no están trabajando o se encuentran relajadas, tienen sentimientos de culpa o inquietudes.

Otra característica de este tipo de personalidad es que son individuos que comen rápidamente, tienden a manifestar tics nerviosos, suelen realizar varias tareas a la vez, giran a menudo la conversación hacia ellos, son muy organizados y no se sienten atraídos por los de su mismo tipo de personalidad.

Por otro lado, las personas con características conductuales de tipo B, son aquellas que a diferencia de los del tipo A, pueden relajarse gozando de ello, sin tener sentimientos de culpa, disfrutan las situaciones simples de la vida sin dejarse llevar por la impaciencia. En pocas palabras, este tipo de personalidad busca realizar cada una de sus necesidades de una forma más tranquila, que no le cause trastornos psicológicos a causa del estrés.

1.5.4 Personalidad tipo A y problemas cardiacos.

Como se mencionó anteriormente, el estrés es causante de algunos padecimientos físicos que pueden traer consigo consecuencias que afectan la salud de las personas, sin embargo, esto dependerá de sus características particulares. Dentro de las enfermedades relacionadas con el estrés se encuentran las siguientes, de acuerdo con los señalamientos de Ivancevich y matteson (1985):

- 1) La hipertensión: es una enfermedad que se genera por la presión de la sangre cuando esta fluye a través de las arterias; la respuesta del cuerpo a causa del estrés provoca que las paredes arteriales se compriman, aumentando la presión sanguínea; si se prolonga el estrés, la presión tendrá niveles anormalmente altos
- 2) Las úlceras: son lesiones en el recubrimiento del estómago o intestino, cuya causa es la variación de los niveles de cortisona cuando existe un periodo en el que la persona pasa por una situación estresante; si se prolonga el tiempo del padecimiento, se producirá una lesión mayor.
- 3) La diabetes: es una enfermedad grave, producida por una deficiencia de insulina, esto provoca que las personas que la padecen, no puedan absorber suficiente azúcar de la sangre; debido al estrés, dicho nivel de azúcar en el organismo se eleva, lo cual provoca que se tenga una demanda de insulina mayor y un debilitamiento del páncreas.
- 4) Las jaquecas: son causadas como resultado de la tensión muscular producida durante un periodo sostenido de estrés, el cual aumentará a su vez, la duración de la jaqueca.
- 5) El cáncer: es una enfermedad mortal; de acuerdo con una teoría reciente de esta afección, se afirma de que las células mutantes que se producen constantemente en el organismo y son las causantes de este padecimiento, son destruidas normalmente por el sistema inmunológico; sin embargo, al estar expuesta la persona a los estresores, se produce una alteración bioquímica dentro del sistema inmunológico, lo cual permite que las células malignas se sigan reproduciendo, convirtiéndose en tumores potencialmente mortales.

En conclusión, dependiendo de la personalidad del individuo, se pueden tener como consecuencias problemas graves en el organismo, como los infartos o la diabetes. De esta manera se ha descrito la primera variable de esta investigación, para a continuación dar paso a la siguiente variable que atañe a este trabajo.

CAPÍTULO 2

TRASTORNOS ALIMENTARIOS

En este capítulo se aborda la segunda variable de investigación: los trastornos alimentarios, para ello se describirán sus antecedentes históricos y las definiciones de algunos trastornos alimentarios, así como su incidencia en la niñez, las causas y factores predisponentes para el padecimiento de los mismos.

2.1. Antecedentes históricos de la alimentación.

Desde la antigüedad se han encontrado desórdenes de conductas alimentarias, las cuales tenían un significado para las personas, como la demostración de poder y en ciertas ocasiones, un simbolismo religioso o social.

Uno de los simbolismos principales era el religioso, tal como lo mencionan Jarne y Talarn (2000). En el caso de la cultura cristiana se ofrecían rituales de ayuno como una penitencia, expresando un rechazo al mundo, todo esto con la finalidad de tener una espiritualidad más elevada. Una de las más famosas anoréxicas es Catalina de Siena, quien nació en el año de 1347; hija de artesanos, con un alto nivel económico, recibió una excelente educación religiosa. A la edad de 7 años comenzó a rechazar la comida, imponiéndose penitencias. Ya después, en la adolescencia, solamente se alimentaba de hierbas y migajas de pan.

Sin embargo, no todos los cuadros de anoréxicos de esa época se derivaban de lo mismo, ni tenían el mismo fin, sino que se describieron algunos con significados clínicos en sí mismos, al haber la posibilidad de que existieran personas que pudieran sobrevivir sin alimentarse, sobre todo en esa época en la que era muy difícil hacerlo.

Como Jarne y Talarn (2000) lo describen, se han encontrado documentos elaborados desde el siglo XVII, donde detallan casos de personas que se abstenían de alimentos. En 1667, Martha Taylor presentó un cuadro de inanición que despertó la curiosidad de la gente, médica, noble y clérigos, quienes tenían la intención de convencerla para que abandonara el ayuno. Siendo en el año 1873, los médicos Gull, de Londres y Lassege, de París, realizaron una descripción detallada de cuadros anoréxicos.

“Los cuadros descritos por Lassege y Gull son muy parecidos a los que observamos en nuestros días, aunque ha ido variando la interpretación etiopatogénica. Las primeras teorías sugerían una afección con origen panhipopituitario. Más adelante se impusieron las hipótesis psicológicas, especialmente de tipo psicoanalítico” (Jarne y Talarn; 2000:142).

De acuerdo con estas teorías, en los años setentas del siglo pasado se estableció que los orígenes de los trastornos se relacionan con un conjunto de factores encadenados, los cuales son: psicológicos, biológicos, y sociales, de manera que derivan en modelos pluridisciplinarios de tratamiento.

En el año 1979, Rusell (referido por Jarne y Talarn; 2000) descubre en sus pacientes un cuadro donde se daba una ingesta voraz, al igual que posteriormente conductas de purga, las cuales se relacionaban con anorexia nerviosa.

2.2. Definición y características clínicas de los trastornos alimentarios.

Los trastornos alimentarios se caracterizan por alteraciones graves de la conducta respecto a la ingestión de comida, se encuentran relacionados principalmente con problemas de la imagen corporal. Generalmente, las personas que padecen este trastorno manifiestan una gran insatisfacción con su propio cuerpo y con ellos mismos, esto se suele asociar con una baja autoestima y a las distorsiones en la percepción en la forma y tamaño de su cuerpo.

Existen diferentes tipos de trastornos en la conducta alimentaria, sin embargo, los más comunes son la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, por lo cual se explican enseguida.

2.2.1. Anorexia nerviosa.

“La anorexia nerviosa se caracteriza por la presencia de pensamientos distorsionados relacionados con la comida, el peso y la figura” (Jarne y Talarn; 2000: 153).

De acuerdo con los autores de la cita anterior, la anorexia consiste en un deseo contante por bajar de peso, acompañado de un inmenso miedo a llegar a ser obeso, acompañado de una alteración cognitiva, la cual influye en la distorsión de la imagen corporal.

Los criterios para diagnosticar un caso de anorexia, que describen Jarne y Talarn (2000) de acuerdo con el DSM-IV, son los siguientes:

- a) Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la talla y la edad, por ejemplo, pérdida de peso que da lugar a un índice inferior al 85% del que es esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el periodo de crecimiento, lo cual da lugar a un peso corporal inferior al 85% del peso esperable.
- b) Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- c) En las mujeres postpuberales, presencia de amenorrea; ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos.

Sin embargo, a la hora de realizar un diagnóstico, hay que tomar en cuenta que existen dos tipos de anorexia: la restrictiva y la compulsiva/purgativa.

- 1) La anorexia restrictiva es aquella en donde se da una limitación de alimento. Tal como lo menciona la APA (2000), la pérdida de peso en este tipo de

anorexia se obtiene siguiendo una rigurosa dieta, ayunando o haciendo ejercicios intensos.

- 2) La anorexia compulsiva/Purgativa, en la cual existen atracones regularmente, así como el uso de purgas o diuréticos.

Cuando las personas presentan un cuadro de anorexia, suelen tener ciertas características, lo cual incluye que tienen una gran necesidad de controlar su entorno, se muestran hiperactivas, manifiestan preocupación por sentirse incompetentes delante de otros, suelen tener poca iniciativa y expresión social; a diferencia de los subtipos de anorexia, el que presenta la modalidad compulsiva/purgativa, tiene mayor probabilidad de tener problemas con el control de impulsos.

Dentro de la clasificación de los cuadros diagnósticos de la anorexia, existe una variante a la que se le denomina nerviosa atípica (Castillo y León; 2005); esta se manifiesta en los casos que no cumplen los criterios de la anorexia nerviosa, sino que solo algunos

Para finalizar, es importante mencionar que la anorexia se da generalmente en las mujeres, sin embargo, también existen casos de anorexia masculina, los cuales, menciona Ajuriaguerra (1973), comienzan en la adolescencia en algunas ocasiones generan un importante retraso en su desarrollo físico y genital.

Generalmente, los jóvenes que tienden a presentar anorexia masculina, tienden a sentirse inseguros y a descuidar sus objetivos particulares, al igual que el desinterés

por las relaciones sociales y un rechazo del padre hacia ellos, por su supuesta debilidad.

2.2.2. Bulimia nerviosa.

“Es un trastorno que se caracteriza por un modelo de alimentación anormal con episodios de ingesta voraz, seguidos por maniobras para eliminar las calorías ingeridas” (Jarne y Talarn; 2000: 164). En la bulimia, una de las características principales es la ingesta de grandes cantidades de alimento en un corto periodo de tiempo, a esta acción también se le conoce como atracón.

En este trastorno también existe una distorsión corporal, lo cual se expresa en el hecho de que la persona que lo padece está preocupada por el peso y por su silueta. A diferencia de quienes padecen anorexia, el bulímico sí ingiere alimento, pero de una manera extrema, realizando solo en algunas ocasiones dietas rigurosas.

De acuerdo con el DSM-IV (referido por Jarne y Talarn; 2000), los criterios para diagnosticar un cuadro clínico de bulimia nerviosa son los siguientes:

- 1) Presencia de atracones.

- Un atracón se caracteriza por ingesta de alimento en un lapso corto, en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo de tiempo similar y en las mismas circunstancias.
 - Sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimento, percibida como la falta de capacidad para detenerse de comer.
 - Las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un periodo de tres meses.
- 2) Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como la provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos u otros fármacos; ayuno y ejercicio excesivo.
 - 3) La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.
 - 4) La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Es de gran importancia mencionar los dos subtipos de bulimia, de acuerdo con la APA (2002):

- 1) Tipo purgativo: como su nombre lo dice, aparece la conducta del vómito; de igual manera, el sujeto utiliza laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

2) Tipo no purgativo: en este caso, la persona no utiliza la conducta del vómito, ni el uso de purgas o laxantes, sino el ayuno y el ejercicio excesivo.

Para finalizar, es importante mencionar algunas de las consecuencias que deja este trastorno.

- Fatiga.
- Apatía.
- Irritabilidad.
- Insomnio.
- Bajo rendimiento.
- Abandono del cuidado de la propia persona.
- Distensión abdominal con estreñimiento.
- Hipertrofia de las glándulas parótidas.
- Pérdida del esmalte dental a causa del ácido clorhídrico que pasa por la boca durante el vómito.
- Edemas en extremidades y abrasiones en el dorso de las manos, si las pacientes se provocan vómito.

2.2.3. Obesidad.

Desde hace años, la obesidad ha sido un tema de mucho interés para la rama de la salud, desgraciadamente eso se debe a que cada vez van aumentando cada vez más la población de personas que lo padecen.

Se ha observado que en los factores socioeconómicos influyen en la prevalencia de la obesidad, a causa de esto, se han realizado varios estudios, los cuales han empleado una teoría de que a mayor nivel socioeconómico y/o educativo, menor obesidad.

2.2.4. Hipofagia en otras alteraciones psicológicas.

Se trata de un término determinado por el CIE-10, que se refiere a la "...ingesta excesiva como una reacción a acontecimientos estresantes y que dan lugar a la obesidad, duelos, accidentes, intervenciones quirúrgicas y acontecimientos emocionalmente estresantes pueden dar lugar a una 'obesidad reactiva', en especial en pacientes predispuestos a la ganancia de peso" (referido por Castillo y León; 2005: 225).

En este trastorno, es importante saber la diferencia entre las situaciones en las que se hace subir a la persona de peso, tales como efectos secundarios de tratamientos farmacológicos y la ingesta de alimentos, que es causada por situaciones estresantes, en ella el individuo muestra su falta de confianza y seguridad, así como

su baja estima y poca confianza en sus relaciones interpersonales, lo que desencadena la obesidad.

2.2.5 Vómitos en otras alteraciones psicológicas.

Entre los trastornos, existen algunos que no necesariamente se deban a una exigencia corporal, sino que son causados por alteraciones psicológicas.

Castillo y León (2005) mencionan los vómitos repetitivos, que aparecen sin ser autoprovocados, en casos como la hipocondría, ya que dentro de los síntomas de sus enfermedades aparecen los vómitos, al igual que en el embarazo, en donde los factores emocionales facilitan la aparición del vómito o náuseas recurrentes.

2.2.6. Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia.

Adicionalmente, Castillo y León (2005) refieren que el CIE-10 hace referencia a un trastorno que se presenta generalmente en la infancia y se caracteriza principalmente por el rechazo de la comida en los niños o bien, por una conducta caprichosa al momento de comer; esto genera que dichas prácticas se desvíen de las conductas alimentarias normales en los niños.

Para detectar un trastorno alimentario en el niño, es necesario observar si todas las dificultades en su alimentación son normales o anormales, como: cuando el niño tiende a bajar o a perder peso en un periodo de un mes. Para poder establecer un

diagnóstico diferencial, es necesario tomar en cuenta los siguientes trastornos dentro de la conducta infantil.

1. Casos en los que el niño come bien con adultos distintos a su cuidador habitual.
2. Enfermedad orgánica suficiente para explicar el rechazo a la comida.
3. Anorexia y otros trastornos de la conducta alimentaria.
4. Trastorno psiquiátrico más amplio.
5. Pica o alotriofagia.
6. Trastorno de la conducta alimentaria por malos tratos.

Dentro de los trastornos alimentarios se encuentran también otros tipos de conductas anormales, que pueden radicar en la ingesta de comida o en el rechazo de la misma, como:

- a) Rechazo alimentario: que trata de una de las características de la anorexia nerviosa en su primera etapa, aquí el paciente no pierde el apetito, sin embargo, presenta un rechazo por la comida; en los casos infantiles, el individuo utiliza como pretextos ciertas molestias intestinales con el fin de rechazar la comida, tal como lo mencionan Castillo y León (2005).
- b) Pica o alotriofagia: es un trastorno de la conducta alimentaria en la que “el sujeto ingiere de forma persistente sustancias no nutritivas, por ejemplo la tierra, desconchones de pintura, etc.” (Castillo y León; 2005: 226).

- c) Rumiación o mericismo: este trastorno “consiste en la regurgitación de la comida ingerida, se acompaña de pérdida de peso o incapacidad para ganar el peso esperado para la edad del niño debido a que la comida es expulsada o, en otras ocasiones, de nuevo deglutida” (Castillo y León; 2005: 227). Los niños muchas veces recurren a este trastorno en la etapa de crecimiento, al no ser de su agrado alguna comida o como una forma de exponer su dominio e independencia paterna.
- d) Potomanía: trata de la ingesta excesiva de líquidos, habitualmente agua. Tal como lo menciona Ajuriaguerra (1973), este trastorno se presenta en niños de seis años en adelante, hasta aproximadamente los 20 años de edad. Este trastorno se caracteriza por la necesidad de llamar la atención.

2.3. Esfera oroalimenticia en el infante.

Los niños comienzan a explorar su mundo mediante las partes del cuerpo, iniciando principalmente con la boca: durante los primeros meses de vida, el infante conoce distintas texturas a través de la introducción de objetos a su boca. Por lo tanto, se habla de la expresión oroalimenticia como la manera en que el niño integra o relaciona el alimento en su vida.

2.3.1. Organización oroalimenticia.

Cuando nace el ser humano, posee una serie de reflejos automáticos que le permiten adaptarse al mundo exterior, uno de ellos es la succión, que es considerada

por muchos autores como una fuente primitiva que permite al infante conocer de alguna forma el mundo externo, para posteriormente involucrar en este conocimiento, la visión y el tacto.

Es importante mencionar que las circunstancias en las que el niño es alimentado, van a repercutir en la forma en que experimenta el mundo. Como menciona Ajuriaguerra (1973), el dar alimento al niño no consiste en un simple acto nutritivo, sino que implica proporcionar cariño, amor, seguridad, satisfacer todas las necesidades del menor, además de la alimenticia, ya que si el niño percibe esta relación distante o carente de afecto en la madre, su relación con la comida y los actos que se derivan de la misma serán negativos y el niño crecerá con esa idea.

2.3.2. Alteraciones en la esfera oroalimenticia.

Existen diversas alteraciones que aparecen en las primeras etapas de vida, enseguida se describen:

- 1) La anorexia esencial precoz: es relativamente rara, puede aparecer en las primeras semanas de vida o incluso en el primer día de vida del recién nacido. “se da en un terreno especial: en niños de poco peso, nerviosos, muy despiertos. Al principio muestran una pasividad ante la comida, y pasados algunos meses se muestran reacios a comer” (Ajuriaguerra; 1973: 185).
- 2) La anorexia del segundo semestre, que se presenta con más frecuencia que la anterior; en la misma obra de Ajuriaguerra (1973) se cita que se presenta entre

el quinto y el octavo mes, a consecuencia de la suspensión paulatina de la leche, al momento de cambiar la alimentación. Dentro de este tipo de anorexia se desglosan dos subclases que se definen de acuerdo con el comportamiento del niño ante la comida:

- Anorexia inerte: se da cuando el niño no tiene la iniciativa de alimentarse ni coopera; en algunas ocasiones ni siquiera ingiere alimento, se le escapa la leche por las comisuras de la boca o en algunos casos, la vomita.
- Anorexia de oposición: se caracteriza porque el niño reacciona de una forma brusca ante el alimento, lo rechaza, llora, con el fin de rechazar los alimentos del padre.

Sin embargo también existen dos tipos de anorexia que parecen en el segundo semestre de vida del niño, mencionados por Kreisler (referido por Ajuriaguerra; 1973), que son los siguientes:

- a) Anorexia simple: “al comienzo semeja una reacción al destete, ante el cambio de alimentación o ante un incidente patológico benigno de carácter serio causante de una pasajera anorexia orgánica que, a su vez, da origen a una interrelación entre la madre, empeñada en imponerse, y el niño en franca oposición” (Ajuriaguerra; 1972: 185). Fundamentalmente, se considera una conducta de rechazo en un nivel elemental y se considera como pérdida del hambre.
- b) La anorexia compleja: se caracteriza porque los síntomas del rechazo a la comida son más intensos. En ella se manifiesta el desinterés hacia la comida.

La anorexia infantil no es considerada como una perturbación, ni se debe tratar como tal, ya que los niños al encontrarse en pleno desarrollo y crecimiento, pasan por etapas en las que rechazan el alimento, sin embargo, se debe poner atención y cuidado en la alimentación de los niños.

2.4. Perfil de la persona con trastornos de alimentación.

Como se ha mencionado anteriormente, cualquier trastorno alimenticio provoca cambios en las personas; en el mismo sentido, existen ciertos factores que son predisponentes para el padecimiento de este, tal como los describe Costin (2003):

- 1) Problemas con la autonomía: se refiere a la dificultad que presentan ciertos sujetos para funcionar de forma diferente a la familia. Son personas que están muy pendientes a lo que los otros esperan de ellas, tratan de cumplir con los ideales de sus padres y de satisfacer a los demás; otra de sus características es que debido a la preocupación por realizar las exigencias de los demás, no son capaces de desarrollar un pensamiento propio para su crecimiento. En general, se les dificulta tomar decisiones con sus recursos personales y suelen tener cambios constantes de escuela, de amigos, de barrio, en la relación con los padres o con el sexo opuesto.
- 2) Déficit en la autoestima: “las personas desarrollan imágenes sobre sí mismas y fabrican su propio concepto acerca de quiénes son. El grado en que el individuo se acepta a sí mismo es conocido como ‘autoestima’. Cuando menos parecido a lo que la persona considere como ‘ideal’ es el concepto que tiene de sí misma,

más baja estará su autoestima” (Costin; 2002: 74). Esta sensación de baja autoestima que se crea al juzgarse a sí mismo desde lo que los demás consideran valioso, provoca que la persona se exija demasiado y se esfuerce por sus ideales, sin tal vez poder alcanzarlos, dejando una sensación confusa de no saber quién es y quién quiere llegar a ser.

3) Camino a la perfección y autocontrol: la tendencia a la perfección es cada vez más deseada y exigida por las mujeres con trastornos alimenticios; “el sufrimiento y la sensación de ineficacia las hace muy exigentes, a tal punto que nunca sienten que lo que hacen es suficientemente bueno. Si no van a poder hacer a la perfección algo que se proponen, directamente no lo intentan” (Costin; 2003: 75). La búsqueda de la perfección se desplaza en el cuerpo, en la idea de controlar su peso, al hacerlo están recibiendo una idea de seguridad y confianza que les ayuda a enfrentar cualquier problema en su vida. La idea del autocontrol se refiere a la necesidad de controlar todo en sus vidas, lo cual incluye, un fuerte control del cuerpo, se sienten poderosas manipulando el peso corporal, sin embargo lo más frustrante es que la persona con trastorno alimenticio no logra nunca ese control por el que lucha tanto.

4) Miedo a madurar: generalmente los trastornos alimenticios comienzan en la etapa de la pubertad, en la que existe una serie de cambios físicos, emocionales, sociales y sexuales. Costin (2003) señala que dentro de los primeros, se da un aumento de peso corporal, que ayuda a que el cuerpo adquiera su forma característica en las mujeres. Sin embargo, muchos adolescentes y jóvenes sufren de este cambio, ya que no aceptan que el cuerpo haya dejado la infancia. Este problema es un factor predisponente a la aparición

de trastornos, ya que aumenta el miedo a crecer por el temor a manejar su independencia, de esta manera, perciben de sus padres el miedo a que entren al mundo adulto, por lo que no reciben estímulos positivos de ellos para lograrlo.

2.5 causas del trastorno alimentario.

De acuerdo con Costin (2003), existen diferentes factores que inciden para que alguien padezca un trastorno de alimentación, pero ninguno de ellos es totalmente suficiente para que se presente. Para que este trastorno se dé, se requiere de una combinación de distintos factores, que poseen diferentes características.

Para explicar más claramente los factores que desencadenan los trastornos alimentarios, se mostrarán las clases en las que se dividen:

- Factores predisponentes: son aquellos que preparan con anticipación una circunstancia o el estado de ánimo para un fin. Estos elementos pueden darse en el contexto sociocultural en el que se encuentra inmersa la persona, al igual que en las características individuales del sujeto o en las de su familia.
- Los componentes precipitantes: son los que aceleran una situación. Dentro de ellos se encuentran situaciones estresantes y algunas determinantes, como el hecho de comenzar una dieta después de haber escuchado o leído algún artículo sobre la obesidad o el sobrepeso.

- Factores perpetuantes: se refiere a las circunstancias que hacen que una situación sea extensa. Dentro de estos factores se encuentran las emociones y el aspecto fisiológico, lo cual provoca que la idea de seguir con la dieta, provoque que esta dure por mucho tiempo.

Para complementar las causas de los trastornos alimenticios, a continuación se hablará más a fondo de los factores predisponentes.

2.5.1 Factores predisponentes individuales.

Son varios los factores individuales que influyen en un trastorno de alimentación, entre ellos se encuentra el aprendizaje, las actitudes, las creencias y la constitución psicológica de las personas. Los factores individuales suelen tener relación con la comida y el significado que cada persona le da, tomando en cuenta su contexto social, cultural y familiar. “La selección de los alimentos se produce dentro de una red de significados sociales...” (Ogden; 2005: 64).

Dependiendo de los significados culturales y sociales de la comida, ésta presenta una identidad para el sujeto, sobre todo en lo que representa a aspectos como el género, sexualidad, conflictos, autocontrol o la forma de integración social; también es un aspecto que define la identidad cultural, la religión y el poder social.

A continuación se mostraran los cinco sistemas de clasificación de las comidas:

1. Comida frente a no comida: el sujeto distingue entre los alimentos que son comestibles y los que no lo son, como el trigo, que es comida, y el pasto, que no lo es.
2. Comidas sagradas frente a profanas: en religiones distintas existen alimentos sagrados y otros que se consideran prohibidos, de acuerdo con las creencias religiosas.
3. Clasificaciones de comidas paralelas: los alimentos se pueden clasificar en caliente o frío, esta clasificación de alimentos varía y tiene un valor simbólico, dependiendo la cultura de cada persona.
4. Comida como medicina, medicina como comida: algunos alimentos se utilizan como remedios en algunas enfermedades, mientras que otros se evitan en ciertos padecimientos.
5. Comidas sociales: la alimentación tiene una función social, al ser una forma de desarrollar relaciones, simboliza tener un estatus elevado cuando se ofrecen platillos raros o caros, de igual manera, crea identidad de un grupo.

En diversas investigaciones se ha encontrado que la comida tiene un carácter comunicativo al transmitir el sentido del yo, actúa como medio de comunicación entre personas y es fundamental para el establecimiento de una identificación cultural.

Las diversas identidades que expresa son: la personal, la cultural y la social.

Estas subclases se describirán a continuación:

- La comida como afirmación del yo: De acuerdo con Ogden (2005), el alimento facilita información sobre la identidad personal, actúa como una forma de

comunicación de necesidades internas, conflictos internos y del sentido del yo. Generalmente, los significados de la comida se ligan directamente a la identidad de género y específicamente a la idea de ser mujer. Preparar alimentos, estudiar recetas, son actividades femeninas. La comida tiene una gran representación individual, que se observa dependiendo de su relación con la sexualidad, autocontrol, entre otros elementos ya mencionados anteriormente.

- Comida y sexualidad: la relación que existe entre la comida y el sexo está presente en muchas culturas desde años pasados. “ Las explicaciones de la relación entre la comida y el sexo suelen destacar la semejanza biológica entre las dos actividades, por tratarse en ambos casos, de un impulso básico para la supervivencia” (Fieldhouse, citado por Ogden; 2005: 69). Sin embargo esta explicación difiere en cada cultura dependiendo el significado que le otorge.
- Comer frente a la negación: la comida es un medio de comunicación y expresión, sin embargo también expresa conflictos intrapersonales. Continuamente las mujeres tienen este pensamiento: es una fuente de placer, pero no lo es para los que tienen la responsabilidad de proporcionarla; tienen el control de la comida, pero continuamente se niegan a ella.
- Culpabilidad frente al placer: existen alimentos que se asocian a la idea de hay conflicto entre el placer y la culpabilidad, generalmente apoyados por la idea del malo, pero rico. Estas ideas “ describen la paradoja de haber comido lamentar el hecho, y el concepto de los “pecados de la carne” indica que tanto la comida como el sexo son, al mismo tiempo, actividades placenteras y que generan sentimiento de culpabilidad” (Ogden; 2005: 70). Sin embargo los alimentos

dulces son los que ocasionan este sentimiento; una vez consumidos, aparece la culpa y el arrepentimiento.

- La comida y el autocontrol: el ayuno y el no comer, generaba en distintas épocas una admiración y una percepción de la persona como alguien con voluntad y autocontrol. En este caso la persona al mantenerse bajo dietas muestra y pretende dar una señal de autocontrol, ya que las personas anoréxicas son vistas con una fuerza especial y una disciplina sobre humana.
- La comida como interacción social: la comida es una herramienta de comunicación entre la familia y un medio de interacción social. comúnmente en algunas familias, el lugar de reunión para poder expresarse y contar todo acontecimiento sucedido del día, es el comedor. Dentro de esta comunicación social, entran las características de los alimentos, la manera de prepararlos dependiendo la ocasión, dándole sentido de identidad al grupo, en este caso, a la familia.
- Salud frente al placer: algunos alimentos y comidas saludables resultan poco placenteras para los niños, debido a ello, las madres se ven envueltas en una serie de conflictos, ya que tienen en sus manos el deseo de satisfacer a cada miembro de la familia y de proporcionar alimentos que no desarrollen enfermedades.
- Relaciones de poder: la comida también refleja poder entre los integrantes de la familia. En siglos pasados, era común que los hombres adultos recibiera porciones de alimento mayor a las recibidas por las mujeres y los niños. En su relación con el poder, la comida manifiesta los roles familiares. Ogden (2005)

menciona que en algunas familias es común que al hombre sea el primero a quien se le sirve y en porciones mayores, a diferencia de los hijos y la esposa.

- Comida como amor: en algunas familias, la preparación de los alimentos es vista como una manera de demostrar el amor y el cariño que tiene la madre hacia los miembros de la misma familia. El hecho de preparar alimentos para alguien especial, es considerado como un símbolo o un acto de amor y cariño.
- La comida como identidad cultural: como ya se ha mencionado anteriormente, el alimento tiene una forma de expresar identidad, en este caso de tipo cultural; vista desde este punto, se refiere a aspectos que hacen referencia a una sociedad y a sus costumbres religiosas.

Dentro de los factores individuales que predisponen los trastornos alimenticios, existe también un punto que es importante mencionar, que es el significado de la delgadez. En ella entra la percepción que se tiene al tamaño y proporción del cuerpo según cada persona. Ogden (2005) menciona que de acuerdo con la sociedad, un cuerpo delgado significa que es una persona con control, como se mencionó anteriormente. En la percepción social, un cuerpo delgado es sinónimo de que la persona tiene un control interno y psicológico y puede ser capaz de realizar cualquier cosa que se proponga.

Por último la delgadez también significa éxito. Ogden (2005) menciona que la gordura es indicadora de pereza, indisciplina y carencia de algunas facultades que según la sociedad actual, son características de las personas delgadas, sin embargo, existe una contraparte en algunas culturas, sobre todo en las provenientes de países pobres, en donde la gordura es símbolo de una posición social elevada.

2.5.2 Factores predisponentes familiares.

Costin (2003) señala que en las familias, la poca interacción y comunicación entre sus integrantes constituyen un factor que facilita el desarrollo de trastornos alimentarios en alguno de sus miembros. Se han identificado ciertas características observadas en integrantes de familias con manifestaciones de padecimientos alimenticios:

- Escasa comunicación entre sus miembros.
- Incapacidad de solución de conflictos presentados.
- Sobreprotección por parte de los padres.
- Rigidez y falta de flexibilidad para encarar situaciones nuevas, o regular las reglas familiares adecuándolas a los cambios de etapa.
- Expectativas demasiado altas de los padres respecto a sus hijos.
- Historias familiares que incluyen depresión y alcoholismo.
- Existencia en el seno de la familia de abuso sexual o físico.

Rausch (1996) menciona que cuando existe algún integrante de la familia con algún trastorno alimenticio, automáticamente los demás miembros están involucrados en el problema, aunque tal vez no sean los causantes del padecimiento. Estos se ven implicados con la manera en la que influyen en las situaciones conflictivas o en la forma de responder a los síntomas de la persona con estos padecimientos.

2.5.3 Factores socioculturales.

De acuerdo con Costin (2003), se han realizado diferentes encuestas, a distintas mujeres, a quienes se les ha preguntado acerca de lo que las hace más felices; la mayoría contestó que el ser delgadas. Sin duda esto confirma que cada día se va incrementando la cantidad de mujeres inconformes con sus cuerpos, y la preocupación por su peso.

“El contexto sociocultural premia la delgadez y tiene prejuicios contra la gordura” (Costin; 2003: 59). Estas ideas no son recientes, por el contrario, cada día van aumentando y creando pensamientos superficiales de este tipo. Es importante recordar que cuando se habla de un cuerpo ideal o espectacular, no se está hablando de un cuerpo ideal de salud o bienestar, sino de moda y belleza.

En algunos estudios realizados sobre los estereotipos femeninos, de acuerdo con Costin (2003), han demostrado que en las últimas décadas, la imagen ideal de la figura femenina se ha ido modificando, de igual manera sucede con la de los hombres, ya que las revistas y las modas han ido incrementando una imagen ideal para ambos sexos, sin embargo cada día va aumentando la disparidad de la realidad posible de alcanzar.

“La persona que sufre de un trastorno de alimentación llega a estar tan obsesionada con la comida y el comer, que dispone de poco o nada de tiempo para pensar en estar bien y mucho menos tiene las condiciones de estabilidad emocional

mínimas para tener un buen desempeño en su actividad laboral, escolar o social” (Costin; 2003: 60).

2.6 Percepción del cuerpo en el trastorno alimenticio:

Las personas que padecen trastornos alimenticios, también padecen trastornos de la imagen, la cual provoca insatisfacción por su cuerpo y con ellos mismos, asociándose así mismo la baja autoestima.

La imagen corporal se define como “la representación diagramática del propio cuerpo en la conciencia (...); los sentimientos y actitudes hacia el propio cuerpo” (Jarne y Talarn; 2000: 144). La cual se compone por dos aspectos importantes, el lado cognitivo y emocional.

La insatisfacción corporal, según lo menciona Ogden (2005), ha tomado relevancia en la sociedad moderna gracias a la publicidad, en revistas y anuncios sobre el cuerpo. Esta inconformidad se manifiesta tanto en las mujeres como en los hombres, al querer tener un cuerpo esbelto.

Como Ogden (2005) lo describe, los factores sociales que repercuten en la insatisfacción corporal son especialmente los medios de comunicación, la familia y la cultura.

Los factores psicológicos también son importantes en la insatisfacción con la imagen del cuerpo corporal; si se unen con los factores sociales, se puede comprender cómo funcionan las personas respecto a la insatisfacción corporal.

Dentro de los factores psicológicos se encuentran las creencias. De acuerdo con Ogden (2005), en los grupos étnicos, las creencias sobre la competitividad, el valor de logro, el éxito material y el convencimiento de los padres al pensar que sus hijos son su futuro, tienen un peso importante en la repercusión de la imagen y de las expectativas. Al igual que en el carácter social, donde las creencias sobre el logro y sobre las clases sociales altas, manifiestan gran presión, provocando que cada vez caigan más jóvenes en trastornos alimenticios, al querer cumplir el estereotipo de la belleza y la delgadez.

Dentro de la insatisfacción corporal, existen tres perspectivas diferentes para su comprensión:

1. Estimación deformada del tamaño corporal: se tiene una marcada sobreestimación de la imagen corporal, el tamaño con el que se perciben es mayor que las personas que no tienen un trastorno alimenticio.
2. Discrepancia del ideal: divergencia entre las proporciones reales y las que se perciben.
3. Respuestas negativas al cuerpo: es la forma de evaluar la insatisfacción corporal, en la cual se combinan sensaciones, sentimientos y cogniciones acerca del cuerpo.

Para finalizar, es importante mencionar algunas consecuencias de la insatisfacción corporal según Ogden (2005): sometimiento a un régimen alimentario, ejercicio físico, fumar, someterse a cirugías estéticas, crítica de la totalidad o de partes del cuerpo y trastorno de la imagen corporal.

2.7. Factores que mantienen los trastornos alimenticios.

De acuerdo con Costin (2003), los componentes que mantienen los trastornos alimenticios son: las prácticas del control de peso y las obsesiones con las dietas, lo que tiene como consecuencias un desajuste a nivel fisiológico, anímico, psicológico y emocional, donde de acuerdo con Costin (2003) se observan algunos aspectos en las personas que lo padecen, como:

1. Desesperación sobre el futuro.
2. Influencia sobre la forma de pensar; cambian sus acciones y pensamientos antiguos.
3. Sensaciones de depresión y descontrol.
4. Comportamientos autodestructivos.
5. Regresión e inseguridad.
6. Irritabilidad e intolerancia.
7. Asco respecto de los hábitos alimenticios de los demás.
8. Dejar actividades que antes disfrutaban.

Respecto a los aspectos físicos, Costin (2003) menciona los siguientes:

1. Cefaleas.
2. Hipersensibilidad a la luz y a los ruidos.
3. Molestias gastrointestinales: acidez, constipación o diarrea.
4. Problemas auditivos y de visión.
5. Adormecimiento de pies y manos.
6. Decremento metabólico.
7. Debilidad muscular y deshidratación.
8. Interrupción de la menstruación en mujeres.

Las dietas crean un hábito en la persona al obsesionarse con ella y no con los alimentos, provocando un desajuste orgánico, anímico y emocional, el cuerpo se queda sin fuerzas necesarias para realizar cualquier actividad y como la ingesta de alimentos es menor, el cuerpo se acostumbra a quemar pocas calorías.

2.8 Trastornos mentales asociados a los trastornos alimenticios.

“Los trastornos alimenticios, así como muchos trastornos psiquiátricos mayores, son problemas multidimensionales, heterogéneos y diversos en si mismos” (Kirszman y Salgueiro; 2002: 111). En diversos casos, los síntomas de varios cuadros de padecimientos se interponen juntamente con los trastornos alimenticios, haciendo difícil una cisión diagnóstica y terapéutica.

Cuando se interponen dos o más trastornos mentales o condiciones médicas a la vez, se le llama comorbilidad; este término se utiliza con los trastornos o

enfermedades, no con los síntomas. El hecho de que dos padecimientos aparezcan juntos no significa que ambos estén presentes, una detección incorrecta de los cuadros clínicos tendrá como consecuencia un resultado confuso. Por lo tanto, es necesario conocer que enfermedad predispone o afecta a la otra, o si ambas están influidas por un tercer factor.

Los diagnósticos que son mayormente asociados con los trastornos alimenticios son los siguientes (Kirschman y Salguero; 2002):

Con la anorexia nerviosa: depresión, ansiedad, trastorno obsesivo compulsivo en relación con la comida, abuso de sustancias, insomnio, pérdida de interés por el sexo, labilidad emocional: la bulimia, por su parte, se acompaña de abuso de sustancias, alcohol entre ellas, depresión, ansiedad y trastornos de personalidad.

Para conocer cómo coexisten dos o más padecimientos dentro del trastorno alimenticio, es necesario tomar en cuenta la presencia de las variables neurológicas, las cuales toman un rol importante en este aspecto, principalmente la serotonina.

De acuerdo con Kirschman y Salguero (2002), la serotonina está vinculada con diversos síntomas, variaciones del estado de ánimo, suicidio, problemas alimentarios, impulsividad y violencia, rasgos de ansiedad, rasgos obsesivos compulsivos, por mencionar algunos.

La serotonina también es un regulador de la saciedad y la selección de macronutricional, constituye la base farmacológica para el tratamiento de algunos trastornos alimenticios y modula los patrones alimenticios, siendo esta también la sustancia que regula la secreción de hormonas neuroendocrinas.

Para finalizar es importante mencionar que en algunos estudios que se han realizado con pacientes de trastornos alimenticios, se han encontrado niveles elevados de producción de serotonina, lo cual puede ser un factor para que explique la conducta de las personas con estos padecimientos, no obstante, de acuerdo con Kirszman y Salguero (2002), la aparición de diversos padecimientos juntamente con el trastorno alimenticio es el resultado de la unión de varios factores, tal es el caso del temperamento, rasgos de personalidad y los patrones de apego.

2.9 tratamiento de los trastornos alimenticios.

Son distintos los tratamientos y terapias que existen para los trastornos alimenticios, por lo tanto, se mencionarán en este apartado los que han tenido mejor éxito en los pacientes.

Existen dos tipos de tratamientos de los trastornos alimenticios, el primero es el ambulatorio. En este tipo de sistema, como lo menciona Rausch (1997), se da un trabajo terapéutico con el paciente y su familia, el cual tiene como finalidad llevar a la mejora del paciente por medio de terapias individuales y familiares. Si este tratamiento

no tiene resultados favorables, se opta por el segundo tipo, llamado hospitalario, que se lleva a cabo con equipo médico y psiquiátrico para restablecer la salud del paciente con trastornos alimenticios.

De acuerdo con Jarne y Talarn (2000), el tratamiento de la anorexia nerviosa consta de varios aspectos.

1. Recuperación ponderal: trata de la rehabilitación nutricional y de la normalización dietética para corregir las secuelas físicas de la malnutrición, sin embargo, las derivaciones psicológicas se recuperan posteriormente.
2. Tratamiento dietético: como las pacientes anoréxicas no consienten el cambio de dieta, aun con mucho peligro, se les tiene que hacer ingerir ciertos alimentos, sin embargo muchas veces son rechazados, ya que el cuerpo no los tolera, aun así se les tiene que hacer ingerir alimento, incluso con sondas que le permitan el paso de nutrientes. Una vez que los nuevos alimentos son aceptados por el organismo de la paciente, se le comienza a implementar una dieta cada vez más normal.
3. Tratamiento psicológico: es uno de los aspectos más importantes en el tratamiento de la anorexia nerviosa
4. Tratamiento farmacológico: es conveniente trabajarlo en conjunto con el tratamiento psicológico, especialmente para tratar la psicopatología relacionada con la anorexia, tal como la depresión o ansiedad. De igual manera, son utilizados para tratar algunos aspectos como el del apetito y las conductas purgativas, en el caso de la bulimia nerviosa.

5. Terapia familiar: la familia toma un papel importante dentro del sistema ambulatorio y hospitalario, al igual que en la terapia individual, ya que ayuda a restablecer los canales de comunicación entre padres e hijos, hermanos y otros miembros de la familia; al igual que restablecer los lineamientos familiares para que pueda ser una familia lo más funcional posible para el paciente.
6. Tratamiento hospitalario: se da en pacientes con poca voluntad, con trastorno psicopatológico o con una familia poco cooperativa en su recuperación, es importante tomar en cuenta el procedimiento hospitalario, al igual que la intervención de un apropiado equipo multidisciplinario que trabaje en las áreas de las complicaciones físicas, metabólicas, alteraciones cardiovasculares, entre otras enfermedades.

Una vez expuestas las particularidades que conciernen a los trastornos alimentarios como segunda variable de investigación, se concluye el marco teórico. Por lo tanto, en las páginas restantes se expondrán las características y proceso metodológico que se siguió para culminar este trabajo.

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

En este capítulo se exponen dos partes fundamentales: en la primera se realiza la descripción metodológica que se utilizó en esta investigación, mientras que en la segunda, se analizan los resultados obtenidos por la aplicación de pruebas en la población seleccionada para esta investigación.

3.1. Descripción metodológica.

En lo que se refiere a la descripción metodológica, se explicará el enfoque adoptado para esta investigación, que es el cuantitativo, después se expondrá el tipo de investigación que corresponde al no experimental y el estudio, de tipo trasversal, para posteriormente hablar del alcance correlacional no causal de la investigación.

3.1.1 Enfoque cuantitativo.

El enfoque cuantitativo se utiliza en este estudio, ya que representa un conjunto de procesos, que es secuencial y probatorio. Las características que posee este enfoque son, entre otras, las siguientes.

- El investigador plantea un problema de estudio concreto sobre una cuestión específica.

- Una vez planteado el problema de estudio, se considera lo que se ha investigado anteriormente por medio de revisión literaria y construye un marco teórico, del cual se deriva una o varias hipótesis que se someten a prueba mediante diseños de investigación apropiados.
- La recolección de los datos se fundamenta en la medición de las variables o contenidos de las hipótesis, llevando a cabo procedimientos estandarizados y aceptados por una comunidad científica.
- La investigación cuantitativa debe ser objetiva, ya que los fenómenos que se observan no deben de ser afectados por el investigador.
- Los estudios cuantitativos siguen en un patrón estructurado y deben tomarse en cuenta que las decisiones críticas deben realizarse antes de recolectar datos.
- En el proceso se busca el máximo control para lograr que otras explicaciones posibles, distintas o divergentes respecto a la hipótesis, sean excluidas o desechadas, para minimizar el error.
- La investigación cuantitativa tiene como fin identificar leyes universales y causales.
- La búsqueda cuantitativa se da en la realidad externa, esto explica el cómo se concibe la realidad con esta aproximación a la investigación (Hernández y cols.; 2010).

3.1.2 Investigación no experimental

Es la investigación que se realiza sin manipular las variables, donde no se hace variar la investigación de forma intencional para ver su efecto sobre otras, simplemente se observan los fenómenos tal como se dan en su contexto natural.

A diferencia de la investigación experimental, en la no experimental no se construye un contexto específico para observar las variables, ni es posible manipularlas, al igual que sus efectos; solamente se observan en el ambiente y posteriormente se analizan.

Para el enfoque cuantitativo, las investigaciones no experimentales son las adecuadas, de acuerdo con Hernández y cols. (2010).

3.1.3 Diseño transversal.

Es el que se encarga de recolectar datos en un solo momento, al igual que evaluar situaciones o eventos en un contexto y tiempo determinado, así como la relación existente entre diversas variables.

La característica principal de este estudio, es la recolección de datos en un momento único, con el objetivo de efectuar la descripción y el análisis de las variables, tomando en cuenta su incidencia e interrelación en determinado momento (Hernández y cols.; 2010).

3.1.4 Alcance correlacional.

Los diseños correlacionales consisten en la forma de responder a las preguntas de investigación o simplemente, poner a prueba las hipótesis de las investigaciones.

La finalidad de este estudio es conocer la relación o grado de asociación que existe entre dos o más conceptos o variables dentro de un contexto particular, y posteriormente analizar la correlación entre ellas.

La utilidad principal del diseño correlacional es saber cómo se puede comportar una variable o un concepto al mostrar el comportamiento en otras variables vinculadas, esto indica que busca conocer el valor aproximado que tendrán los sujetos estudiados en una variable, a partir del valor que tienen las variables relacionadas a ella (Hernández y cols.; 2010).

En este tipo de estudio surge una característica muy importante, ya que la correlación se puede dar de tres formas: positiva, negativa o bien no existir. En la primera opción, los sujetos con puntajes altos o bajos en una variable tendrán similares puntajes en la otra variable, mientras que la correlación negativa indica que los puntajes fueron bajos en una variable y altos en la otra. Sin embargo, cuando existe ausencia de correlación, significa que las variables varían sin seguir un patrón específico, es decir, que se puede encontrar en los resultados un porcentaje de puntajes altos en una variable y encontrarse en esos mismos sujetos valores bajos, medios o altos en la otra variable.

3.1.5 Técnicas de recolección de datos.

Las técnicas de recolección de datos utilizadas para esta investigación fueron pruebas estandarizadas, las cuales son desarrolladas por diversos investigadores con conocimientos sobre todos los conceptos, con la finalidad de medir un amplio número de variables.

De acuerdo con Hernández y cols. (2010), estos instrumentos cuentan con su propio proceso de aplicación y codificación; se emplean para medir atributos como: intereses, desempeño, valores, aprendizaje, motivación, clima laboral, entre otros.

También existen las pruebas clínicas, que son utilizadas por los investigadores y especialistas, con el fin de detectar conductas anormales, así como para la selección de personal en una empresa y para conocer las diversas opiniones de las personas sobre un tema, al igual que para medir la autoestima.

A continuación se describirán los instrumentos utilizados para el estudio de la población seleccionada para esta investigación.

Para la medición de la variable independiente, estrés, se utilizó el test psicológico denominado Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños, Revisada (CMAS-R), que fue diseñada por los autores Reynolds y Richmond (1997). Esta escala, subtitulada “Lo que pienso y siento”, es un instrumento de autoinforme que consta de 37 reactivos, diseñado para valorar el nivel y naturaleza de la ansiedad en niños y

adolescentes de 6 a 19 años de edad. Este instrumento puede también aplicarse tanto de manera individual como grupal. El sujeto responde a cada afirmación encerrando un círculo en la respuesta “SÍ” o “NO”, según corresponda.

En un esfuerzo para proporcionar más introspección clínica en las respuestas del individuo, la CMAS-R brinda cinco puntuaciones. La total indica la ansiedad que presenta el sujeto en términos generales. Se presentan además cuatro puntuaciones que corresponden a las subescalas denominadas: ansiedad fisiológica, inquietud/hipersensibilidad, preocupaciones sociales/concentración, y mentira. Las puntuaciones elevadas indican un alto nivel de ansiedad o mentira en las subescalas anteriores.

Las subescala de ansiedad fisiológica está asociada con manifestaciones tales como dificultades del sueño, náuseas y fatiga. La subescala de inquietud/hipersensibilidad describe preocupaciones obsesivas, la mayoría de las cuales son relativamente bajas y están mal definidas en la mente del niño, junto con miedos de ser lastimado o aislado de forma emocional. La subescala de preocupaciones sociales/concentración, es útil para discriminar a los niños que tienen problemas escolares; se concentra en pensamientos distractores y ciertos miedos, muchos de naturaleza social o interpersonal, que conducen a dificultades en la atención y concentración.

La escala de ansiedad total incluye las tres subescalas anteriores. En el presente estudio será la medición relevante de los sujetos investigados, ya que la ansiedad es el principal indicador subjetivo o emocional del variable estrés.

Como una medida de la consistencia interna de la CMAS-R, se calculó el coeficiente alfa de Cronbach. El valor obtenido fue de 0.76, es decir, el test muestra confiabilidad.

Por otro lado, en apoyo a la validez concurrente y discriminante, se observó una correlación de 0.69 entre la ansiedad total de la CMAS-R y la puntuación rasgo del Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo de Spielberger.

Para la medición del variable estrés de Trastornos Alimentarios, se utilizó la prueba conocida como Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2). El autor de esta prueba es David M. Gardner (1998).

Esta prueba evalúa los síntomas que normalmente acompañan a la anorexia nerviosa y a la bulimia nerviosa. Su aplicación puede ser de manera individual o colectiva, su tiempo de aplicación no es limitado, si bien normalmente la duración es de 20 minutos. Es aplicable a partir de los 11 años de edad, está constituida por un total de 91 reactivos y evalúa 11 escalas: obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva, miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad e inseguridad social.

Los estudios de confiabilidad se realizaron a través de la evaluación de la consistencia interna con la prueba alfa de Cronbach, con resultados superiores a 0.80.

Para la evaluación de la validez, se realizaron estudios en las modalidades de contenido, de criterio y de constructo, de las cuales se obtuvieron puntajes y resultados satisfactorios.

Los reactivos se contestan en una escala de seis puntos, donde las opciones de respuesta son “Nunca”, “Pocas veces”, “A veces”, “A menudo”, “Casi siempre” y “Siempre”.

3.2 Población y muestra.

Para comenzar con este apartado, es necesario conocer la definición de población, que según Selltiz, “es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones” (citado por Hernández y cols.; 2010: 158).

Las características con las que debe contar la población estudiada, dependen de los criterios de cada investigador, por ello, es importante que estas características cumplan todos los objetivos que se plantearon al inicio de la investigación.

3.2.1 Descripción de la población

Esta investigación se realizó en el Colegio Mahatma Gandhi, ubicado en la Ciudad de Uruapan Michoacán. Esta institución consta de un total de 198 alumnos de

secundaria, los cuales asisten en turno matutino; sus edades oscilan entre 6 y 15 años; cuentan con un nivel socioeconómico medio-bajo.

Para fines de esta investigación, se tomaron en cuenta a los alumnos de primero y segundo de secundaria, con un total de 139 sujetos de ambos sexos. Las edades de estos jóvenes van de los 11 a los 14 años.

3.2.2 Descripción del tipo de muestreo

Con la finalidad de obtener información confiable y útil para la investigación, se utilizó un proceso no probabilístico para la selección de la muestra. Los subconjuntos de este tipo son utilizados en diversas situaciones, ya que no pueden generalizarse para toda la población. Los sujetos se escogen de acuerdo con la elección del investigador, con el fin de cumplir los objetivos propuestos al inicio del trabajo.

Existen varios tipos de muestra no probabilística, una de ellas es la intencional, la cual fue utilizada dentro del proceso de selección. De acuerdo con Kerlinger (citado por Hernández y cols.; 2010), la muestra intencional es aquella en la que los sujetos son seleccionados en función de las intenciones del investigador y con finalidades diferentes a las de la generalización de resultados.

Este tipo de muestra facilita la realización de la investigación, asimismo, es recomendable para investigaciones de tesis, donde los recursos de tiempo son escasos. Los resultados no se pueden generalizar, sin embargo, se pueden mencionar como referencia para otros resultados de la población.

3.3 Descripción del proceso de investigación

El proceso de indagación se llevó a cabo en diferentes fases. En primer lugar se determinaron las variables a estudiar, en este caso el estrés y los trastornos alimenticios, con la finalidad de encontrar una correlación entre ambas.

Posteriormente se realizó el planteamiento del problema, para después definir la hipótesis de trabajo y la nula, así como los objetivos que regirían esta investigación.

Se seleccionó la muestra compuesta por estudiantes de ambos sexos que cursaban el primero, segundo y tercer grado de secundaria del Colegio Mahatma Gandhi de Uruapan, Michoacán.

A mediados de abril de 2013, se acudió con la directora del colegio Mahatma Gandhi, para explicar el motivo de realizar la investigación en dicho escenario, y la inquietud sobre los temas expuestos en la presente tesis para utilizar la población de la misma, por lo cual se le explicó de manera clara y concisa el procedimiento que se realizaría, a la cual la directora accedió de manera inmediata. El día 18 de abril se dio la autorización para la aplicación de pruebas a los estudiantes de secundaria.

Una vez seleccionada la muestra, se procedió a la aplicación de los instrumentos de medición estrés, en este caso la prueba CMAS-R, y el test EDI-2 para la medición de trastornos alimenticios.

La aplicación tuvo lugar el día 23 de abril del 2013 en las instalaciones del plantel, en cada uno de los salones correspondientes. Una vez realizada la aplicación y la obtención de los resultados, se procedió a realizar su análisis de manera estadística en el programa Microsoft Excel, para obtener tanto las medidas de tendencia central, como las de dispersión y las que permitieran conocer la correlación entre las variables de estudio.

Los datos obtenidos en la aplicación y el análisis de los datos, se muestran en el siguiente subtema.

3.4. Análisis e interpretación de resultados.

En este subtema se presentan los resultados obtenidos en la investigación empírica y teórica, con el fin de probar una de las dos hipótesis formuladas al inicio del trabajo. Los resultados se exponen en tres apartados: en primer término se presentan los resultados obtenidos en la variable estrés; en segundo lugar, los resultados de la medición de los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios y por último, se presentan los resultados obtenidos en el análisis de la correlación entre las variables.

3.4.1. El estrés en los alumnos de secundaria del instituto Mahatma Gandhi.

Se afirma que 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 consiste en una activación psicofisiológica que permite recoger más y mejor información, procesarla e interpretarla más rápida y eficientemente, y así permitir al organismo actuar de una manera adecuada a la demanda” (Palmero y cols.; 2002: 424).

Respecto a los resultados obtenidos a partir de la aplicación de la prueba CMAS-R, y con datos presentados en puntajes percentilares, se encontró que la media en el nivel de ansiedad total fue de 65. La media es la suma de un conjunto de datos, dividida entre el número de medidas (Elorza; 2007).

De igual modo, se obtuvo la mediana, que es de 68. Esta es el valor medio de un conjunto de valores ordenados: el punto del cual cae un número igual de medidas abajo y arriba (Elorza; 2007).

De acuerdo con este mismo autor, la moda es la medida que ocurre con más frecuencia en un conjunto de observaciones. En cuanto a esta escala, la moda fue de 76 (Elorza; 2007).

También se obtuvo el valor de una medida de dispersión, específicamente de la desviación estándar, la cual es la raíz cuadrada de la suma de las desviaciones al cuadrado de una población, dividida entre el total de observaciones (Elorza; 2007). El valor obtenido en la escuela de ansiedad total es de 24.

De igual manera, se calcularon las correspondientes medidas de tendencia central y de dispersión en las respectivas subescalas. Particularmente, se obtuvo el puntaje de la subescala de ansiedad fisiológica, encontrando una media de 58, una mediana de 57 y una moda representativa de 28. La desviación estándar fue de 28.

Asimismo, en la escala de inquietud/hipersensibilidad se encontró una media de 65, una mediana de 69 y una moda representativa de 86. La desviación estándar fue de 23.

Por último, en la escala de preocupaciones sociales/concentración se obtuvo una media de 56, una mediana de 56.5 y una moda de 9. La desviación estándar fue de 30.

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

A partir de los resultados estadísticos obtenidos mediante la aplicación del instrumento, se puede interpretar que el nivel de estrés en los sujetos investigados se encuentra ligeramente alto, aunque las medidas de tendencia central aún se ubican dentro de un rango normal, pero en los límites superiores.

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

En la escala de ansiedad total, el 48 % de los sujetos se ubica por arriba del percentil 70; en la subescala de ansiedad fisiológica, el porcentaje es de 40%; mientras que en la subescala de inquietud/hipersensibilidad es de 45%; el porcentaje correspondiente a la subescala de preocupaciones sociales/concentración es de 37%. Estos resultados se aprecian de manera gráfica en el anexo 2.

Los resultados mencionados anteriormente muestran un número preocupante de alumnos con puntajes altos en las escalas de ansiedad, lo que hace pensar en la

necesidad de implementar programas de intervención psicológica para atender este problema.

3.4.2. Indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios.

De acuerdo con lo señalado Jarne y Talarn (2000: 153), “la anorexia nerviosa se caracteriza por la presencia de pensamientos distorsionados relacionados con la comida, el peso y la figura”; por su parte, la bulimia es definida por dichos autores como “un trastorno que se caracteriza por un modelo de alimentación anormal con episodios de ingesta voraz seguidos por maniobras para eliminar las calorías ingeridas” (Jarne y Talarn; 2000: 153).

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

- 1) En la escala de obsesión por la delgadez se obtuvo una media de 57, una mediana de 59, una moda de 18 y una desviación estándar de 27.
- 2) Los datos obtenidos en la escala de bulimia fueron: una media de 59, una mediana de 51, una moda de 47 y una desviación estándar de 24.
- 3) En la escala de insatisfacción corporal, se obtuvo una media de 58, una mediana de 57, una moda de 56 y una desviación estándar de 25.
- 4) En la escala de ineficacia, se cuantificó una media de 58, una mediana de 55, una moda de 55 y una desviación estándar de 30.

- 5) En la escala de perfeccionismo, se calculó una media de 72, una mediana de 82, una moda de 82 y una desviación estándar de 28.
- 6) En la escala que respecta a la desconfianza interpersonal, se determinó una media de 64, una mediana de 70, una moda de 57 y una desviación estándar de 27.
- 7) En la escala de conciencia introceptiva se estableció una media de 58, una mediana de 63, una moda de 0 y una desviación estándar de 31.
- 8) En la escala de miedo a la madurez, se obtuvo una media de 70, una mediana de 84, una moda de 89 y una desviación estándar de 29.
- 9) En la escala de ascetismo se definió una media de 62, una mediana de 65, una moda de 94 y una desviación estándar de 30.
- 10) En la escala de impulsividad se obtuvo una media de 71, una mediana de 80, una moda de 96 y una desviación estándar de 28.
- 11) Finalmente, en la escala de inseguridad social se determinó una media de 59, una mediana de 73, una moda de 0 y una desviación estándar de 33.

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

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

En la escala de obsesión por la delgadez, el 38% de sujetos se encuentra por arriba del percentil 70; en la escala de bulimia, el porcentaje fue de 32% ; en la de insatisfacción corporal, el 33%; en la de ineficacia, el 40%; en la de perfeccionismo, el 63%; en la que respecta a la desconfianza interpersonal, 50%; en la de conciencia introceptiva, 43%; respecto a la de miedo a la madurez, 67%; en la de ascetismo, 48%; en la de impulsividad, 62% y finalmente, en la escala de inseguridad social, el 53%. Estos datos se pueden observar gráficamente en el anexo 4.

En función de los datos anteriores, se puede afirmar que los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en esta muestra, se encuentran en general en niveles preocupantes; impacta el número de sujetos con puntajes altos en varias de las escalas de la prueba, particularmente en las de perfeccionismo, miedo a la madurez e impulsividad.

3.4.3 Descripción de la correlación entre el estrés y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios.

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

En la investigación realizada en el Colegio Mahatma Gandhi, se encontraron los siguientes resultados:

Entre el nivel de estrés y la escala de obsesión por la delgadez, existe un coeficiente de correlación de 0.19 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson.

Esto significa que entre el estrés y la escala de en cuestión, existe una correlación positiva, de acuerdo con la clasificación que proponen Hernández y cols. (2010).

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

El resultado de la varianza fue de 0.04, lo que significa que entre el estrés y la escala de obsesión por la delgadez hay una relación del 4% lo cual significa que no existe una correlación estadísticamente significativa entre estas variables, en los alumnos del colegio Mahatma Gandhi.

Por otra parte, entre el nivel de estrés y la escala de bulimia existe una correlación de 0.04, de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre dichos atributos existe una correlación positiva débil.

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

Entre el nivel de estrés y la escala de insatisfacción corporal existe un coeficiente de correlación de 0.16 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre dichas características existe una correlación positiva débil.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.03, lo que significa que entre el estrés y la escala de insatisfacción corporal hay una relación del 3%, que no resulta significativa.

Entre el nivel de estrés y la escala de ineficacia existe un coeficiente de correlación de 0.28, según la prueba de “r” de Pearson. Esto significa que entre el nivel de estrés y la escala antes dicha, existe una correlación positiva débil.

El resultado de la varianza fue de 0.08, lo que significa que entre el estrés y la escala de ineficacia hay una relación del 8%, con lo cual se puede corroborar que no se considera estadísticamente significativa.

Entre el nivel de estrés y la escala de perfeccionismo existe un coeficiente de correlación de -0.21 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre estos 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 perfeccionismo existe una correlación del 4%, que no se considera significativa.

Entre el nivel de estrés y la escala de desconfianza interpersonal existe un coeficiente de correlación de -0.06, con base en la prueba de “r” de Pearson. Esto significa que entre el estrés y la escala referida, no existe correlación alguna.

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

Entre el nivel de estrés y la escala de conciencia introceptiva existe un coeficiente de correlación de 0.25, de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre dichas variables existe una correlación positiva débil.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.06, lo que significa que entre el estrés y la escala de conciencia introceptiva hay una correlación del 6%, con lo cual se puede corroborar que no resulta significativa.

Entre el nivel de estrés y la escala de miedo a la madurez existe un coeficiente de correlación de -0.05, a partir de la prueba de “r” de Pearson. Esto significa que entre el estrés y la escala mencionada, existe una correlación positiva débil.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.00, lo que significa que entre el estrés y la escala de miedo a la madurez hay una correlación del 0%, o sea, nula.

Entre el nivel de estrés y la escala de ascetismo existe un coeficiente de correlación de 0.15 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre estos atributos existe una correlación positiva débil.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.02, lo que significa que entre el estrés y la escala de ascetismo hay una correlación del 2%, con lo cual se puede corroborar que no se presenta como estadísticamente significativa.

Entre el nivel de estrés y la escala de impulsividad existe un coeficiente de correlación de 0.11 de acuerdo con la prueba de “r” de Pearson. Esto se traduce en que entre tales variables existe una correlación positiva débil.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.01, lo que significa que entre el estrés y la escala de impulsividad hay una correlación de 1%, estadísticamente no significativa.

Entre el nivel de estrés y la escala de inseguridad social existe un coeficiente de correlación de -0.14 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre tales variables no existe correlación alguna.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.02, lo que significa que entre el estrés y la escala de inseguridad social hay una correlación de 2%, con ello se puede afirmar que existe ausencia de correlación.

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

De acuerdo con los resultados, no se encontró ninguna relación significativa, ya que para esto, según Hernández y cols. (2010), es necesaria una relación a partir del 10% de influencia entre variables, lo cual no se manifestó en ningún caso.

En función de los resultados presentados, se confirma la hipótesis nula la cual sostiene que no existe relación entre el nivel de estrés y la presencia de indicadores de los trastornos alimentarios en adolescentes de secundaria del colegio Mahatma Gandhi.

CONCLUSIONES

Como conclusiones relevantes, se puede hablar en torno al logro de los objetivos del presente estudio. Los objetivos particulares de carácter teórico, referidos a la conceptualización, enfoques conceptuales, causas y consecuencias de la variable estrés, fueron alcanzados en la descripción y análisis efectuados en el capítulo teórico número uno, cuyo nombre es precisamente el estrés.

Los propósitos particulares de índole teórica, planteados en relación con la segunda variable de la presente indagación, es decir, los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios, fueron logrados en el capítulo número dos, cuyo título es trastornos alimentarios. En tal capítulo se exponen tanto las aproximaciones teóricas referidas a tal fenómeno, como los principales aspectos de tipo psicológico que el investigador tiene la obligación de conocer.

El objetivo particular número siete, de carácter empírico, que plantea medir el nivel de estrés en los alumnos de secundaria del colegio Mahatma Gandhi, se alcanzó con la administración del test psicométrico denominado CMAS-R, a la muestra descrita en el apartado referido anteriormente.

Se puede afirmar, aunado a lo anterior, que el objetivo de campo número ocho, referido a la cuantificación del nivel que presentan los indicadores psicológicos de los

trastornos alimentarios, también fue alcanzado como producto de la aplicación de prueba psicológica denominada EDI-2.

La consecución del objetivo general del estudio, el cual plantea verificar la relación que existe entre el nivel de estrés y los factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios en alumnos adolescentes del Mahatma Gandhi, fue exitosa gracias al logro de los objetivos particulares ya enunciados.

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

En cuanto a los niveles de estrés, se encontró que en las cuatro escalas de la prueba administrada, hay porcentajes preocupantes (30% o más) de sujetos con niveles altos de ansiedad.

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

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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Kirszman, Diana; Salguero, María del Carmen. (2002)o.
El enemigo en el espej
Ediciones TEA. México.

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>

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

“Estrés y trastornos de la conducta alimentaria”.

Revista Chilena de Neuro-psiquiatría.

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

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

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

Revista de Educación y Desarrollo.

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

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

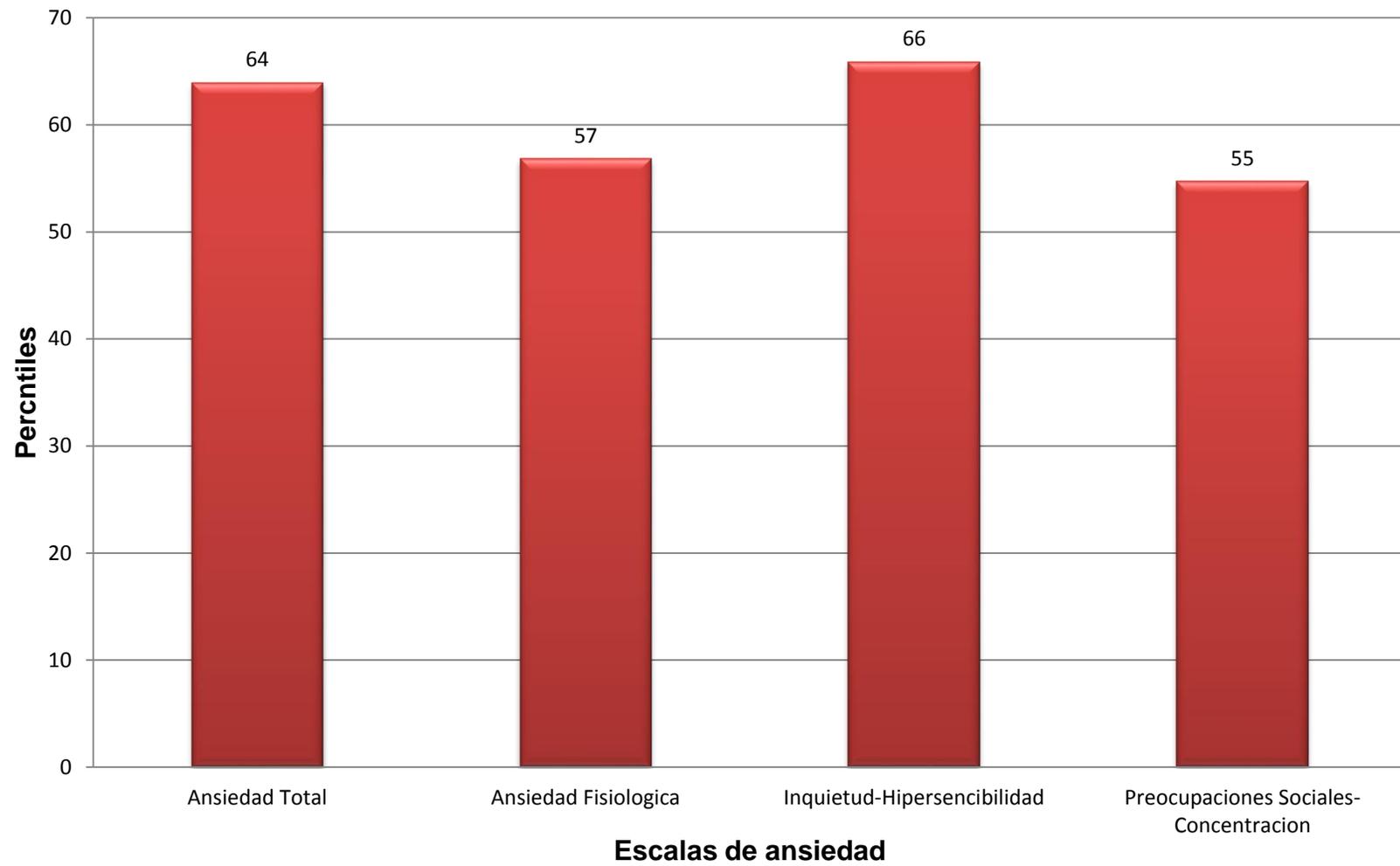
“Trastornos alimentarios en hombres y mujeres adolescentes deportistas y no deportistas pertenecientes al Servicio de Rehabilitación Ortopédica del Centro Nacional de Rehabilitación”.

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

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

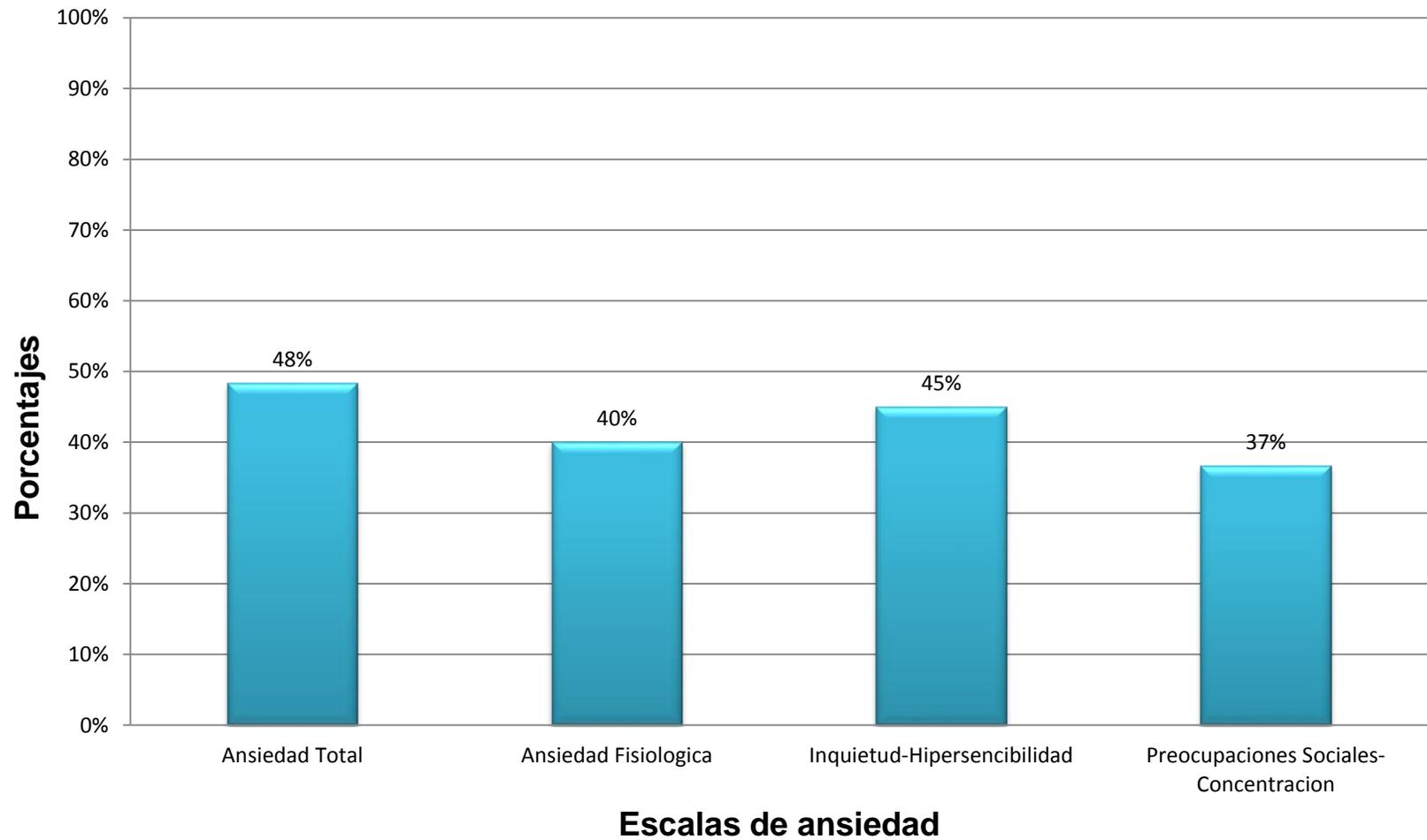
ANEXO 1

Media aritmética de las escalas de ansiedad



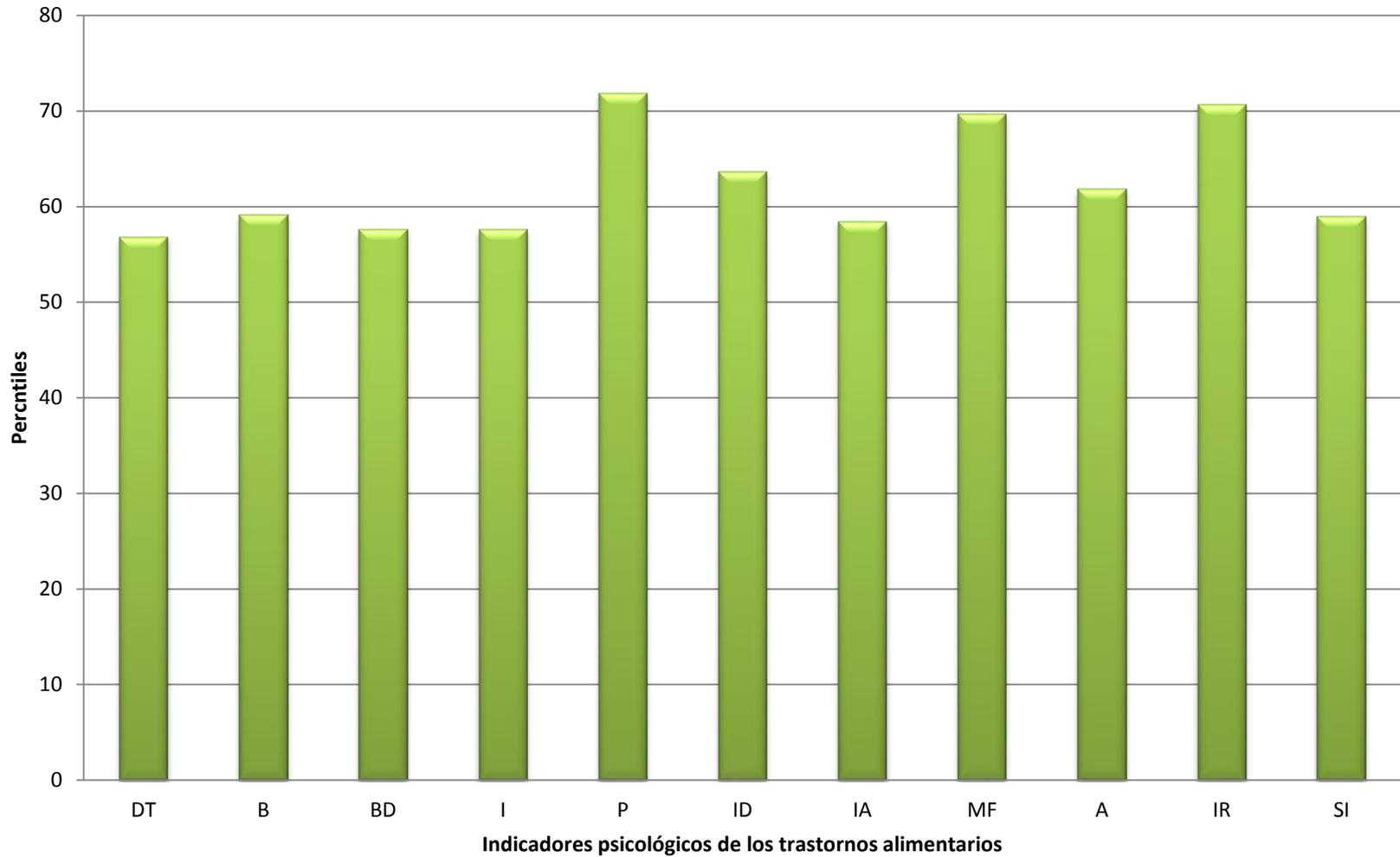
ANEXO 2

Porcentaje de sujetos con puntajes altos de estrés



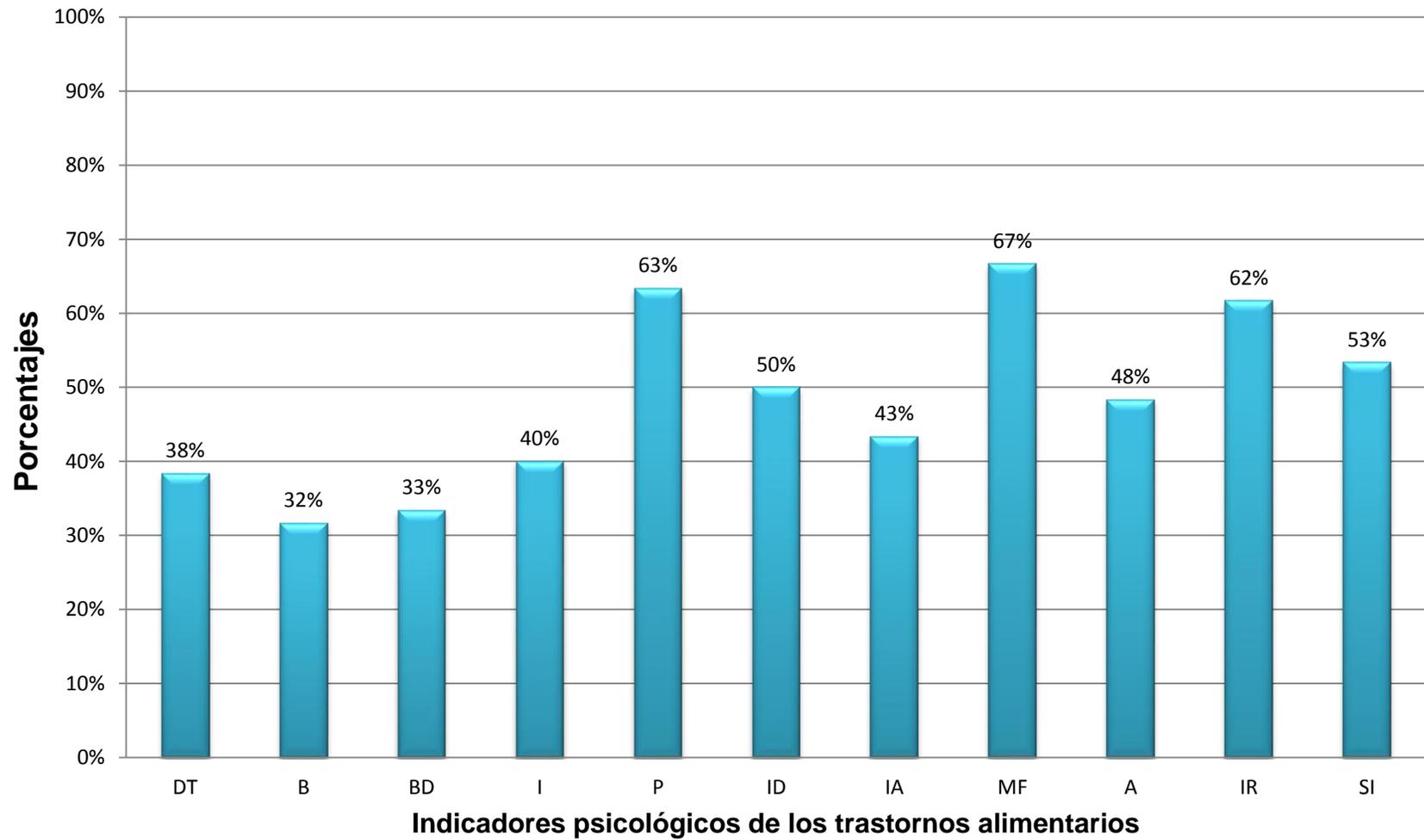
ANEXO 3

Media aritmética de las escalas de indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios



ANEXO 4

Porcentaje de sujetos con puntajes altos de los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios



ANEXO 5

Correlación entre el nivel de estrés y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios

