



UNIVERSIDAD DON VASCO, A.C.

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

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

INFLUENCIA DEL ESTRÉS EN LOS FACTORES PSICOLÓGICOS

ASOCIADOS A LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN

ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE PEDAGOGÍA

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

Diana Monserrat Huerta Madrigal

Asesor: Lic. Héctor Raúl Zalapa Ríos

Uruapan, Michoacán. 18 de junio de 2014.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

Introducción.

Antecedentes.	1
Planteamiento del problema.	6
Objetivos.	7
Hipótesis.	8
Operacionalización de las variables.	9
Justificación.	10
Marco de referencia.	11

Capítulo 1. El estrés

1.1. Antecedentes históricos del estrés.	14
1.2. Tres enfoques teóricos.	16
1.2.1. Estrés como estímulo.	17
1.2.2. Estrés como respuesta.	18
1.2.3. Estrés como relación persona-entorno (enfoque interaccionista)	20
1.3. Los estresores.	21
1.3.1. Estresores psicosociales: cambios mayores, menores y cotidianos.	21
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.	28

1.5.1. El control percibido.	29
1.5.2. El apoyo social.	30
1.5.3. El tipo de personalidad: A/B.	31
1.5.3.1. Personalidad tipo A y problemas cardiacos.	33
1.6. Los efectos negativos del estrés.	35

Capítulo 2. Trastornos alimentarios.

2.1. Antecedentes históricos de la alimentación.	37
2.2. Definición y características clínicas de los trastornos alimenticios.	38
2.2.1. Anorexia nerviosa.	38
2.2.2. Bulimia nerviosa.	42
2.2.3. Obesidad.	44
2.2.4. Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas.	45
2.2.5. Vómitos en otras alteraciones psicológicas.	45
2.2.6. Trastorno por atracón.	46
2.2.7. Trastorno de la conducta alimentaria en la infancia.	47
2.3. Esfera oroalimenticia en el infante.	50
2.3.1. Organización oroalimenticia.	50
2.3.2. Alteraciones en la esfera oroalimenticia.	52
2.4. Perfil de la persona con trastornos de la alimentación.	53
2.5. Causas del trastorno alimenticio.	56
2.5.1. Factores predisponentes individuales.	56
2.5.2. Factores predisponentes familiares.	60
2.5.3. Factores socioculturales.	62

2.6. Percepción del cuerpo en el trastorno alimenticio.	62
2.7. Factores que mantienen los trastornos alimenticios.	65
2.8. Trastornos mentales asociados a los trastornos alimenticios.	67
2.9. Tratamiento de los trastornos alimenticios.	69

Capítulo 3. Metodología análisis e interpretación de resultados.

3.1. Descripción metodológica.	75
3.1.1. Enfoque cuantitativo.	76
3.1.2. Investigación no experimental.	77
3.1.3. Diseño transversal.	78
3.1.4. Alcance correlacional.	78
3.1.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.	80
3.2. Descripción de la población.	82
3.3. Descripción del proceso de investigación.	83
3.4 Análisis e interpretación de resultados.	85
3.4.1. El nivel de estrés en los estudiantes de la carrera de Pedagogía de la Universidad Don Vasco.	85
3.4.2. Indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios.	88
3.4.3 Relación entre el nivel de estrés y los trastornos alimentarios.	90
Conclusiones.	96
Bibliografía	98
Mesografía	100

Anexos.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación examina el fenómeno del estrés y la correlación que tiene con los trastornos alimentarios en estudiantes de la carrera de Pedagogía de la Universidad Don Vasco, de Uruapan, Michoacán.

Antecedentes.

Durante la evolución del ser humano, el estrés ha estado presente, sin embargo, el término como tal empezó a utilizarse en el siglo XIV para indicar dureza, tensión, adversidad o aflicción.

El término estrés se definió en la década de 1930 por Han Selye, un estudiante de medicina de la Universidad de Praga, (citado por Calderas y cols; 2007) a quien llamó la atención que la mayoría de sus pacientes, a pesar de las distintas enfermedades que padecían, tenían síntomas en común como: baja de peso, cansancio, astenia, pérdida del apetito, entre otros, los cuales denominó “síndrome de estar enfermo”.

Posteriormente, Selye siguió investigando con ratas de laboratorio, descubriendo que la elevación de las hormonas suprarrenales (ACTH, adrenalina y noradrenalina), provocaba la atrofia del sistema linfático y existía presencia de

ulceras gástricas. Al conjunto de estas alteraciones orgánicas, el investigador las denominó estrés biológico, para después solamente denominarlo estrés.

Actualmente 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, activando un mecanismo de emergencia consistente en una activación psicofisiológica que permite recoger más y mejor información, procesarla e interpretarla más rápida y eficiente, y así permitir al organismo actuar de una manera adecuada a la demanda” (Palmero y cols.; 2002: 424).

Por otra parte, el concepto de trastornos alimentarios tiene su origen en el año 1873, la anorexia por vez primera fue definida como un problema médico; posteriormente, la bulimia en 1950 se abordó como un patrón de conductas de algunos sujetos con obesidad. En 1970 se reconoce dicho padecimiento relacionado con la anorexia nerviosa (Mateo, citado por López y cols.; 2006).

La bulimia fue considerada como un trastorno secundario a la anorexia, ya que en ambas se manifiesta un miedo intenso a subir de peso, pero debido a sus diferencias, fueron consideradas como psicopatologías distintas, debido a que la primera perturbación se caracteriza por episodios recurrentes de voracidad, seguidos por conductas compensatorias como el vómito provocado, el abuso de fármacos, laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo; la anorexia, por otro lado, se manifiesta por cambios fisiológicos, conductuales y psicológicos; se caracteriza principalmente por miedo a la gordura o subir de peso,

buscando constantemente lograr la delgadez, siendo actualmente algunas de las definiciones más aceptadas la de la APA (citada por Vidales; 2011).

Acerca de esta temática, realizaron tres estudios independientes de tipo no experimental, de corte transversal, de conductas y actitudes sugestivas de riesgo de trastornos del comportamiento alimentario, en estudiantes universitarios venezolanos (Lugli y Vivas; 2006).

- Estudio 1 (1995): Ciento setenta estudiantes de una universidad de la zona metropolitana de Caracas, Venezuela: de sexo femenino, entre 16 y 19 años.
- Estudio 2 (1997): Doscientos dieciséis estudiantes de una universidad de la zona metropolitana de Caracas, Venezuela. En esta oportunidad se decidió explorar las conductas de riesgo en ambos géneros. Por tanto la muestra se dividió en: 99 de sexo femenino y 117 de sexo masculino, en edades comprendidas entre 16 y 26 años.
- Estudio 3 (2004): En este estudio se amplió la muestra a 4 universidades de la zona metropolitana de Caracas, evaluando a cuatrocientos ochenta y tres estudiantes: 328 mujeres y 155 hombres, en edades comprendidas entre 16 y 35 años, usando como instrumento el Test de Actitudes hacia la alimentación (Eating Attitude Test –EAT9).

Los resultados de los tres estudios dan cuenta de la presencia de individuos en riesgo de sufrir trastornos de la conducta alimentaria dentro de las muestras universitarias estudiadas.

Una investigación que relaciona la dos variables, el estrés y los trastornos de conducta alimentaria, se realizó en Chile en el año 2009 por Behar y Valdés; se aplicaron cuatro pruebas a 50 pacientes con perturbaciones alimentarias y a 50 universitarias sin esta patología: la Escala de Autoevaluación del Estrés (SRRS), Test de Actitudes Alimentarias (EAT0-40), Inventario de Desórdenes Alimentarios (EDI) y El Cuestionario de la Figura Corporal (BSQ).

Los resultados de dicho estudio indicaron que se presentó un índice más alto de estrés en las pacientes con trastornos alimentarios, sin embargo dicho padecimiento se presentó en forma de perfeccionismo y motivación a estar delgadas; al contrario de las mujeres universitarias, en las cuales se presentó con insatisfacción personal, temor a madurar y sensación de inutilidad. Al finalizar el estudio se concluyó que en las mujeres que presentan síntomas o incluso, diagnóstico de trastorno de conducta alimentaria, se le da mucha más importancia a eventos vitales estresantes que se presentan principalmente en el área familiar.

Otro estudio realizado en el Centro Nacional de Rehabilitación, por Ruiz y cols., en el año 2004, cuyo objetivo era detectar si la práctica deportiva aeróbica constituye un factor de riesgo en la presencia de trastornos alimentarios en hombres y mujeres adolescentes, encontró resultados afirmativos, puesto que los individuos

se enfrentan a desmayos, vértigos, pérdida de conocimiento, dificultad para concentrarse, piel fría, hipotensión y bradicardia, entre otros síntomas.

Cabe mencionar que dentro de las diversas investigaciones utilizadas como tesis propuestas para la Escuela de Pedagogía de la Universidad Don Vasco, actualmente no se ha pronunciado una opinión concluyente sobre la relación del estrés y trastornos alimentarios, específicamente en los estudiantes de la Escuela de Pedagogía en la Universidad Don Vasco, de Uruapan, Michoacán.

Se puede observar que los alumnos de la escuela referida, se desarrollan en un entorno en el cual son indispensables características precisas como:

- Emprendimiento: busca en forma constante las oportunidades para crear e innovar.
- Visión analítica: diferenciar las partes del todo.
- Autonomía: saber tomar decisiones, escoger procedimientos adecuados.
- Eficacia: alcanzar objetivos y metas establecidas en un tiempo determinado.
- Responsabilidad: establecer la magnitud de acciones y cómo afrontarlas de la manera más positiva e integral.
- Comunicación: transmitir un mensaje de forma clara, precisa y asertiva.
- Ética: asumir un compromiso moral y de responsabilidad con las personas.

En virtud de que las anteriores características son esenciales para un desarrollo profesional apropiado, si estas se ven afectadas por trastornos alimentarios propiciados por el estrés, es necesario establecer la proporción en que influyen dichos trastornos sobre el universo de personas involucradas en el presente estudio.

Conforme a lo anterior, se puede suponer que el estrés favorece la presencia de los trastornos alimentarios.

Planteamiento del problema.

La presente investigación surge a partir de la problemática que existe en los niveles de estrés y los factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios.

Desde la perspectiva de algunos autores, en la actualidad existe una gran cantidad de actividades que producen estrés: las evaluaciones, tareas y trabajos escolares, la aceptación social, condicionada por aspectos como el económico y el físico, principalmente; son factores que afectan las esferas biológica, psicológica y social de las personas.

Se ha observado que el estrés es una reacción natural en el organismo, la cual sucede en forma de respuesta a determinados estímulos, pudiendo ser un factor desencadenante y perpetuante en la presencia de los trastornos alimentarios

De igual manera, los trastornos alimentarios asociados al estrés están ligados a la imagen corporal, debido a causas individuales, familiares y socioculturales que desempeñan un papel en el desarrollo de dicho padecimiento, provocando así diversos desórdenes como anorexia, bulimia y obesidad, entre otros.

En función de lo anterior, se da pie a la formulación de la pregunta de investigación: ¿Se relaciona el estrés de forma significativa con los factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios en estudiantes de la carrera de Pedagogía de la Universidad Don Vasco, en Uruapan, Michoacán?

Objetivos.

Enseguida se enuncian las directrices que permitieron conservar el carácter científico del presente estudio, al tiempo que posibilitaron la optimización de los recursos disponibles.

Objetivo general.

Establecer la relación que existe entre el estrés y los trastornos alimentarios en estudiantes de la carrera de Pedagogía de la Universidad Don Vasco, de Uruapan, Michoacán.

Objetivos particulares.

1. Definir el concepto de estrés.
2. Considerar los principales aportes teóricos relacionados con el estrés.
3. Explicar los factores que influyen en la presencia del estrés.
4. Definir el concepto de trastornos alimentarios.
5. Describir los principales indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios.
6. Medir el nivel de estrés en los estudiantes de la carrera de Pedagogía de la Universidad Don Vasco.
7. Evaluar los factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios en la población de estudio.

Hipótesis.

Las hipótesis son explicaciones tentativas del fenómeno investigado, referidas a una situación real entre dos o más variables, de acuerdo con Hernández y cols. (2010). Las que fueron consideradas en el presente trabajo, se enuncian enseguida.

Hipótesis de trabajo.

El estrés se relaciona significativamente con los factores asociados a los trastornos alimentarios en estudiantes de la carrera de Pedagogía de la Universidad Don Vasco.

Hipótesis nula.

El estrés no se relaciona significativamente con los factores asociados a los trastornos alimentarios en estudiantes de la carrera de Pedagogía de la Universidad Don Vasco.

Operacionalización de las variables.

Se requirió como indicador de la manifestación de la variable estrés, el puntaje normalizado que arrojó la administración del test psicométrico denominado Escala de Ansiedad Manifiesta en Adultos (AMAS), de Reynolds y cols. (2007). Esta prueba psicométrica posee los estándares de validez y confiabilidad exigidos por la comunidad científica de la psicología.

Asimismo, que para medir la presencia de la variable factores psicológicos asociados a los trastornos alimenticios se utilizó la administración del test psicométrico denominado Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI2) del autor David M. Garner (1998). Dicha prueba psicométrica también posee los estándares de validez y confiabilidad exigidos por la comunidad científica correspondiente a la psicología.

Justificación.

El presente trabajo cobra relevancia debido a que el estrés afecta a la gran mayoría de la población, causando estragos tanto en la salud física como mental de las personas, trayendo consigo una serie de padecimientos físicos como enfermedades cardiovasculares y gastrointestinales, entre otras que pueden ir estrechamente ligadas a padecimientos psicológicos desfavorables como son: la frustración, mal humor, trastornos alimentarios, por mencionar algunos; la presente investigación se centra en estos últimos.

El estudio beneficiará a la Universidad Don Vasco, así como a sus alumnos y maestros, al proporcionar información y arrojar resultados sobre los niveles de estrés y los trastornos alimentarios en alumnos de primer grado de la carrera de Pedagogía.

La investigadora ampliara sus conocimientos en el tema, sobre como evaluar, medir y prevenir el estrés y los trastornos alimentarios.

Dentro del ámbito psicológico, el estrés tiene gran relevancia, ya que por medio de este estudio, se comprenderán las implicaciones de esta enfermedad, así como sus manifestaciones y efectos, con la intención de corroborar los conocimientos al respecto y propiciar que nuevas generaciones cuenten con información sobre el tema.

Para la sociedad en general, contribuirá aportando bases teóricas y pruebas en forma global, constituyendo un panorama más amplio acerca de la influencia del estrés en los factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios.

Marco de referencia.

Esta investigación se realizó en la Universidad Don Vasco, en la Escuela de Pedagogía. A continuación se describirá de forma general la Institución.

La Universidad Don Vasco es una institución particular incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México. No es una escuela de formación católica, sin embargo, fue fundada con bases cristianas.

La Universidad Don Vasco inició como una escuela secundaria, en el año de 1964, con el nombre de “Instituto Cultural Don Vasco”, en recuerdo del fundador de la Diócesis de Michoacán, Don Vasco de Quiroga. Posteriormente fue complementada incorporando el nivel medio superior con la escuela preparatoria, y en 1971 fue creado en la Institución el nivel superior con la carrera profesional de la Licenciatura de Administración de Empresas. Actualmente cuenta con 10 licenciaturas. En 1988 se hace el cambio de nombre a Universidad Don Vasco.

Sus carreras profesionales están incorporadas a la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

El lema de la Universidad es: Integración y Superación, y la misión es “ser una institución de educación, forjadora de personas con una inquebrantable robustez de espíritu, formadora de jóvenes responsables, generosos, críticos y creativos; conscientes de su trascendencia en cuanto a su origen y destino y reconstructores de la sociedad desde una amplia y mejor perspectiva.”

La Escuela de Pedagogía fue fundada en 1988. En cuanto a los planes y programas de la escuela de Pedagogía pone en práctica los enviados de FES-ACATLÁN (Plan 2006), dichos planes son ajustados y adecuados según las necesidades sociales de la comunidad. Dentro de los servicios que brinda la escuela se encuentran la formación y práctica profesional; en este espacio, el alumno tiene derecho de poner en práctica sus conocimientos, a su vez, se da atención a la comunidad en sus necesidades educativas, hoy en día cuenta con 60 alumnos, 22 maestros, un coordinador académico y un director técnico.

La Universidad Don Vasco, en relación con su infraestructura, tiene diez espacios para talleres y doce aulas tipo laboratorio, más de sesenta salones, nueve aulas equipadas con recursos de audio y video, un Departamento de Informática, laboratorios de fotografía, una biblioteca, laboratorio de televisión y radio, cámara de Gessell, ludoteca, laboratorios de química, física, hidráulica y resistencia de materiales y área de enfermería.

Para las actividades académico-culturales la Universidad cuenta con un auditorio, y para realizar actividades de recreación dispone de dos cafeterías, áreas verdes y canchas deportivas (www.udv.edu.mx).

CAPÍTULO 1

ESTRÉS

En el presente capítulo se habla del estrés, lo cual incluye rubros como el concepto, los enfoques teóricos bajo los cuales se estudia, así como los estresores, los procesos del pensamiento que propician dicha condición, los moduladores y los efectos negativos de este fenómeno.

1.1. Antecedentes históricos del estrés.

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

Según Lazarus y Lazarus (2000), en el siglo XVII, el físico y biólogo Robert Hooke definió el estrés como una exigencia del entorno sobre un sistema biológico, social y psicológico, el cual crea resistencia o vulnerabilidad en las personas.

De acuerdo con Bernard (referido por Sánchez; 2007), la naturaleza provee genéticamente a los seres vivos de mecanismos para poder enfrentar las contingencias del ambiente externo, dando la capacidad para mantener la estabilidad

interna, aunque las condiciones externas cambien, con lo que se mantiene un equilibrio en el organismo.

En el siglo XX, los principios de Bernard fueron ampliados por Cannon, quien descubrió que cuando un organismo presenta o se enfrenta a situaciones de miedo o emergencia, el cerebro activa el sistema nervioso simpático, lo cual redundaba en una respuesta más eficaz a la situación manifestada.

En 1922 propone el término “homeostasis” para describir el proceso que mantiene constante el medio interno mediante mecanismos fisiológicos frente a una señal de amenaza percibida por alguna agresión, como son: descarga de adrenalina por las glándulas suprarrenales, provocando modificaciones cardiovasculares que preparan al cuerpo para la defensa, planteando que los eventos inesperados provocan la respuesta de ataque o fuga.

Otro enfoque teórico realizado sobre el estrés fue por Hans Selye, cuyas investigaciones le permitieron identificar reacciones específicas, fisiológicas y adaptativas frente a cualquier estímulo, provocando variaciones de tipo endocrino, llamándolo “Síndrome general de adaptación” que más tarde la Organización Mundial de la Salud definió como “la respuesta no específica del organismo a cualquier demanda del exterior” (Sánchez; 2007: 15), mientras que denominó al estímulo causante del estrés como “estresor”.

Durante la Segunda Guerra Mundial surgió un gran interés sobre el estrés, debido a que los soldados se derrumbaban emocionalmente en combate, lo que ocasionaba que se escondieran del enemigo y no dispararan sus propias armas.

Los líderes militares estaban preocupados por la gran cantidad de hombres que tenían que relevar de sus puestos debido a trastornos por estrés, ante ello, surgió la incertidumbre de cómo seleccionar hombres que fueran resistentes al estrés y entrenarlos para que supieran como manejarlo de manera eficaz, lo que dio pie a que Lazarus participara personalmente. Al término de la guerra, resulto evidente que el estrés se aplicaba a muchos aspectos de la vida, como enfermar, asistir a la escuela, aprobar un examen entre otras, causando afecciones psicológicas.

En la actualidad, según Lazarus y Lazarus (2000), se necesita de cierto estrés para movilizar los esfuerzos y enfrentar los problemas habituales del ser humano, es una respuesta natural a las exigencias de la vida; existen grandes diferencias sobre la vulnerabilidad y los efectos, que no se pueden predecir fácilmente debido a que lo que puede ser una gran exigencia para una persona, no lo es para otra.

1.2. Tres enfoques teóricos del estrés.

En el presente apartado se muestran las perspectivas teóricas bajo las cuales se ha estudiado el estrés, así como las implicaciones de su análisis.

1.2.1. Estrés como estímulo.

Hipócrates creía que una forma de considerar el estrés era que el entorno externo de una persona, condicionaba las características de salud y enfermedad.

Las diversas características ambientales molestas son situaciones estresantes que provocan cambios en el individuo. El nivel apreciado y su tipo dependerán de la persona, de la duración y fuerza de la presión, ya sea física o emocional.

De acuerdo con Fisher (citado por Travers y Cooper; 1997), es posible asumir que el estrés es una condición ambiental, cuyo entorno puede ser físico o psicológico.

Este enfoque se centra principalmente en la identificación de los estímulos potencialmente estresantes como son: ambientales (temperatura, ruido), económicos (pobreza), físicos (discapacidad), psicológicos (depresión) y desastres naturales (inundación o sismos).

Cada individuo posee un nivel de tolerancia que es superable y cuando este se rebasa, puede provocar daños temporales o permanentes.

Selye afirmó que el estrés no debe considerarse automáticamente negativo, ya que puede considerarse estimulante y un rasgo vital; divide el estrés en positivo o eustrés, que motiva el desarrollo, el crecimiento y el cambio; el estrés negativo o

distrés, que es indeseable, incontrolable y posiblemente dañino. Existen, se igual manera, niveles de estrés como son: exceso de estrés o hiperestrés y defecto de estrés o hipoestrés (Travers y Cooper; 1997).

1.2.2. Estrés como respuesta.

Es la reacción o respuesta ante un estímulo amenazador. Existen tres niveles de respuesta: cognitivo, conductual y emocional, que enseguida se describen.

- 1) Área cognitiva: existe un decremento de la atención y concentración, aumento de la distractibilidad, deterioro de la memoria, velocidad de respuesta impredecible, aumento de la frecuencia de errores, deterioro de la capacidad de organización y de la planeación a largo plazo.

- 2) Área emocional: aumento de la tensión física y psicológica, hipocondría (las enfermedades imaginarias se agregan a los malestares reales causados por el estrés), cambios en los rasgos de personalidad (las personas permisivas se vuelven autoritarias, los individuos pulcros pueden volverse desaseados), aumentan los problemas de personalidad existentes (aumenta la ansiedad, hostilidad), debilitamiento de las restricciones morales y emocionales, depresión (surge una sensación de impotencia) y pérdida de la autoestima (sentimientos de autodesvaloración).

- 3) Área conductual: aparecen problemas del habla, hay disminución en el entusiasmo, consumo de drogas (alcohol, nicotina, cafeína), alteración de los patrones del sueño (la persona tiene dificultades para dormir o permanecer dormido), conductas cínicas (aparece la tendencia a culpar a los demás), se rechaza la información nueva, se presenta irresponsabilidad y hay incluso amenazas de suicidio.

Selye denominó a la respuesta que se da ante un cambio ambiental, como “Síndrome general de adaptación” lo cual se desarrolla en tres fases: la reacción de alarma, la etapa de resistencia y la de agotamiento.

- 1) Fase de alarma: aquí el organismo se prepara para enfrentar una nueva situación. Selye identificó respuestas fisiológicas en los sistemas muscular, nervioso central, circulatorio y neuroendocrino; “el cerebro estimula al hipotálamo o glándula diencefálica, la cual libera sustancias llamadas ‘mensajeros’. Un mensajero conocido es la hormona ACTH, que una vez que sale del hipotálamo, se traslada hasta la glándula suprarrenal y ahí se liberan otras hormonas, llamadas corticoides. La medula suprarrenal libera también adrenalina, la cual es responsable de la mayoría de los síntomas del estrés.” (Sánchez; 2007: 17).

- 2) Fase de resistencia: se presenta cuando los estímulos estresores se mantienen de forma constante, imponiendo al organismo a esfuerzos

extremos para continuar adaptándose, provocando una excesiva activación psicológica y fisiológica.

- 3) Fase de agotamiento: después de estar durante mucho tiempo expuesto al estrés, el organismo agota sus recursos energéticos y sobreviene el colapso.

1.2.3. Estrés como relación persona-entorno (enfoque interaccionista).

El estrés es el grado de adaptación entre la persona y el entorno y este tiene lugar cuando la magnitud de los estímulos estresantes superan la capacidad del individuo de resistirlos, al alterar su entorno o aprender las formas de modificar su forma de reacción frente una circunstancia.

Cuando los recursos personales exceden la carga del entorno, se experimenta aburrimiento el cual es nocivo y en algunos momentos, provoca que la capacidad de afrontamiento de la persona se vea debilitada.

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

Respecto a este fenómeno, existen cinco aspectos fundamentales:

1. Valoración cognitiva de la situación: neutra (irrelevante), negativa (amenaza o daño), o positiva (beneficio) es decir, eustrés.
2. Experiencia y familiaridad con la situación.
3. Exigencia de la situación y capacidad de respuesta propia que percibe el sujeto.
4. Influencia interpersonal.
5. Estado de desequilibrio entre la exigencia que se percibe y la capacidad percibida de superar la demanda.

Por lo tanto, de acuerdo con este enfoque, las estructuras mentales y la importancia de la percepción sobre un estímulo estresante son los elementos que determinan la presencia o ausencia del estrés.

1.3. Los estresores.

Los estresores son cambios significativos que se producen en la vida de una persona y actúan como positivos o negativos, según sean percibidos como no deseados o deseados. Enseguida se explican con mayor detalle.

1.3.1. Los estresores psicosociales: cambios mayores, menores y cotidianos.

Lazarus y Cohen (referidos por Palmero y cols.; 2002) hablan de tres tipos de estresores psicosociales, según la intensidad de los efectos que producen en la vida

de una persona, y son: cambios mayores, cambios vitales y estresores cotidianos o microestresores.

Los cambios mayores se refieren a modificaciones drásticas, son situaciones que tienen la capacidad potencial de afectar a un amplio número de personas, como catástrofes de origen natural, enfermedades terminales, cirugías mayores, entre otras cuyas consecuencias se mantienen en forma prolongada.

En segundo lugar, los cambios vitales son circunstancias que se encuentran fuera del control del sujeto, pero que están influidas por la propia persona y son más específicas de cada individuo, como situaciones que tienen su origen en:

- 1) La vida conyugal: como comprometerse, contraer matrimonio, problemas de pareja, separación o muerte de uno de los miembros.
- 2) La paternidad: ser padre o madre, mantener relaciones difíciles con los hijos o con uno de ellos, o enfermedad de alguno.
- 3) El propio desarrollo biológico: ya sea el proceso evolutivo de las personas, la pubertad, volverse adulto, entrar a los cuarenta y la menopausia.
- 4) En caso de los niños y adolescentes, existen factores familiares como las relaciones frías y distantes entre los padres o paterno-filiales, trastornos somáticos o mentales de alguno de los miembros, intrusismo paterno-filial, así como un débil o insuficiente control paterno.

Por último, los microestresores o estresores cotidianos, se refieren a las pequeñas circunstancias que pueden irritar o perturbar en un momento dado, implican un cambio o novedad en las situaciones ambientales, son percibidas como una situación en la que se da una falta de información para poder tomar una decisión o es impredecible, produciendo un estado de incertidumbre.

Unos de los estresores cotidianos que suelen afectar a las personas son las responsabilidades domésticas, la economía, problemas sociales y ambientales, el trabajo, la salud, lo relacionado con la familia y amigos.

Existen básicamente dos tipos de microestresores:

- 1) Las contrariedades: son situaciones que causan malestar emocional o demandas irritantes, como la pérdida de un objeto, estar en el tráfico, problemas sociales, discusiones y problemas con la familia.
- 2) Las satisfacciones: se refieren a experiencias y emociones positivas que tienen la característica de contrarrestar los efectos de las contrariedades.

1.3.2. Estresores biogénicos.

Por sus propiedades bioquímicas, actúan directamente en los núcleos activadores neurológicos y afectivos del estrés, sin pasar por el proceso cognitivo-afectivo.

Algunos de estos tipos de estresores son:

- Cambios hormonales en el organismo, como la pubertad, el síndrome premenstrual, los efectos de la progesterona y los estrógenos, el post-parto, el aborto y el climaterio.
- Reacción a los factores físicos, como los estímulos que provocan calor, frío extremo o dolor.
- Ingestión de sustancias químicas como la nicotina, anfetaminas, cafeína y alcohol.
- Estrés alérgico: el cual requiere de grandes cambios de energía del sistema inmunológico para luchar contra lo que el cuerpo está considerando peligroso.

1.3.3. Estresores en el ámbito académico.

Según Polo y cols. (citados por Barraza; 2003) los estresores académicos incluyen el exceso de responsabilidades, exponer un trabajo en clase, contestar preguntas y participar, realizar un examen, sobrecarga de tareas obligatorias, tiempo limitado para entregar un trabajo y las evaluaciones, por mencionar algunos.

Con la entrada a la universidad se presentan circunstancias que contribuyen a la aparición de estrés en los estudiantes, como son: vivir lejos de la casa de los padres, hacerse cargo de los gastos, compartir la casa con alguien más o vivir solo, atender las responsabilidades de la escuela, asistir a clases y las relaciones

personales; también los eventos positivos, como preparar un viaje por parte de la escuela o enamorarse, aunque sean agradables, agregan cierta tensión a la persona.

El estrés académico se vuelve disfuncional cuando no permite que el sujeto responda de la manera que quiere ante determinada situación para la cual se ha preparado y cuando el estado de alerta se sostiene por más tiempo del necesario, ello deriva en múltiples síntomas como: “dolores de cabeza, problemas gástricos, alteraciones en la piel (por ejemplo, acné), alteraciones del sueño, inquietud, dificultad para concentrarse, cambios en el humor, entre otros” (Perez, citado por Barraza; 2003: s/p).

El rendimiento académico puede verse afectado de forma negativa debido a que el estudiante requiere de más tiempo para aprender, ante una prueba puede bloquearse y no saber las respuestas, pese al conocimiento que se tenga sobre el tema y los esfuerzos que haga para obtener altas calificaciones.

De acuerdo con Hernández y cols. (citados por Barraza; 2003) existen doce tipos de respuesta de estrés educativo que presenta el estudiante.

1. “Me preocupo.
2. El corazón me late muy rápido y/o me falta aire y la respiración es agitada.
3. Realizo movimientos repetitivos con alguna parte de mi cuerpo, me quedo paralizado o mis movimientos son torpes.

4. Siento miedo.
5. Siento molestias en el estómago.
6. Fumo, bebo o como demasiado.
7. Tengo pensamientos o sentimientos negativos.
8. Me tiemblan las manos o las pernas.
9. Me cuesta expresarme verbalmente o a veces tartamudeo.
10. Me siento inseguro de mí mismo.
11. Se me seca la boca y tengo dificultades para tragar.
12. Siento ganas de llorar.” (Barraza; 2003: s/p).

De acuerdo con lo anterior el sujeto solamente presenta algunos de los doce tipos de respuesta mencionados.

1.4. Procesos del pensamiento que propician el estrés.

Son pensamientos o ideas irracionales que se tienen sobre un evento o situación.

Powell (1998) menciona once de los procesos de pensamientos más frecuentes que propician estrés.

1. El sujeto debe obtener la aprobación de todas las personas: nadie podrá obtener aprobación universal, mientras más se esfuerza el individuo por alcanzar este objetivo, más ansioso y frustrado se siente.

2. Se debe ser competente y exitoso: este pensamiento orilla al sujeto a un esfuerzo excesivo y a una actividad inquieta, a un temor constante por el fracaso, presentando complejo de inferioridad. Esta necesidad y esfuerzo compulsivo resultan en enfermedades psicosomáticas y sentimiento de que perdió el control de su vida. Las personas racionales buscan disfrutar las actividades que realizan para que su motivación sea el interés y no una obsesión por alcanzar el éxito.
3. La felicidad no depende de la propia persona: los sujetos piensan que la felicidad está bajo el control completo de las circunstancias externas, evitando desafíos y responsabilidades. La felicidad o infelicidad es, en realidad, un asunto de actitud, percepción y evaluación, no puede ser impuesta por fuerzas exteriores.
4. No se puede quitar la influencia del pasado: las experiencias y eventos pasados determinan la vida y el comportamiento presente, la distorsión radica en creer que es imposible cambiar por medio de la reevaluación y percepción de la visión original, aceptando pasivamente la situación para evadir el desafío del cambio.
5. Solamente existe una solución para cada problema: el pensamiento erróneo produce ansiedad, la cual reduce considerablemente la eficacia para resolver problemas.
6. Se debe estar siempre en guardia, preparado para lo peor: la preocupación ansiosa ayuda en la dificultad para la evaluación objetiva del posible peligro y se disminuye la posibilidad de respuesta, el miedo tiende a exagerar los eventos desagradables. Las personas racionales invierten su energía en

evaluar la situación y en tomar una decisión acerca de lo que pueden hacer para prevenir alguna posible tragedia o situación.

7. Las personas deberían tener alguien más fuerte que ellos en quien puedan apoyarse: este pensamiento conduce a una vida de dependencia, dejando de lado la autodeterminación y la expresión de sí mismo.
8. Si las cosas no funcionan como se han planeado, será terrible: esta actitud provoca que la frustración se convierta en un estado normal, esta actitud hace que el éxito sea una condición para la felicidad y la satisfacción, al enojarse si las circunstancias no salen como se espera, sin dejar paso a la improvisación ni tolerancia a la frustración.
9. Lo mejor es evitar ciertas responsabilidades: aquí las personas ignoran que si se evitan tareas o responsabilidades, suele ser más doloroso y fatigante, dado que esto conduce a mayores problemas y a la pérdida de confianza en sí mismos.
10. Las personas irresponsables deberían ser acusadas y castigadas: esta idea irracional y distorsionada asume que se debe juzgar a las personas, en lugar de los asuntos o los hechos.
11. La persona debería preocuparse por los problemas de los demás: esta actitud irracional reside en la autodestructividad e impaciencia por buscar que los problemas de los demás se conviertan en propios.

1.5. Los moduladores del estrés.

Existe una serie de factores impredecibles, que influye para determinar y

predecir el curso del proceso de estrés y las repercusiones que tendrá sobre la salud. Hay moduladores de carácter social y de índole personal; estos elementos existen aun cuando el sujeto no esté sometido a estrés, pero en las situaciones de tensión, destacan por ser capaces de determinar los elementos que constituyen el núcleo, así como sus consecuencias, ya sean nocivas o beneficiosas.

1.5.1. El control percibido.

Es la percepción del evento o estímulo, ya sea real o imaginario, la cual condiciona en qué medida el sujeto se siente capaz de enfrentar la situación sin que esta se desborde.

Desde otra perspectiva, “es la creencia general sobre el grado en que uno mismo es capaz de controlar y lograr metas u objetivos deseados, regulando las dificultades que acontecen en el curso de su consecución” (Fontaine y cols. en Palmero y cols.; 2002)

Existen factores que modulan la situación de estrés, como el control interno y el externo.

- 1) Control interno: lo que le ocurre a la persona es producto de sus propias acciones, la percepción de dominio sobre una situación en el que uno mismo es capaz de lograr aquellas metas u objetivos deseados. Eso permite que el nivel de cortisol sea bajo.

- 2) Control externo: la persona piensa que la situación no depende de él, que sin importar lo que haga, de todos modos ocurrirá una desgracia, la cual es producto de la suerte, el azar o de otras personas. Estos individuos no toman medidas para evitar el impacto negativo del estrés, tienen más problemas de salud y su nivel de cortisol es más alto.

1.5.2. El apoyo social.

Son las provisiones instrumentales, reales o percibidas, aportadas por la comunidad, las redes sociales, la familia y los amigos íntimos. El apoyo social puede reducir el impacto de las enfermedades físicas y mentales, eliminando o reduciendo el impacto del propio estresor; ayuda al sujeto a afrontar la circunstancia que origina la tensión, atenuando a sí la experiencia del estrés.

El apoyo social como efecto indirecto refiere que los estresores sociales solamente tienen efectos negativos en las personas que tienen poco apoyo social. Sin estresores sociales, el apoyo social no mejora el bienestar. El apoyo puede disminuir la percepción de amenaza, ya que redefine la propia capacidad de respuesta y evita, así, la presencia del estrés.

En el apoyo social como efecto directo, se afirma que el sostén colectivo fomenta la salud y el bienestar personal, independientemente del nivel de estrés.

“La integración del sujeto dentro de redes sociales puede aportar beneficios directos relativos a la autoestima, la percepción de control, la expresión del afecto, el empleo del sistema de atención sanitaria y en definitiva, mejorar la salud física y mental.” (Palmero y cols.; 2002: 529).

De modo general se entiende que las personas con poco apoyo social están relacionadas con un incremento de las enfermedades físicas y mentales.

1.5.3. El tipo de personalidad: A/B.

Se refiere a un uso dinámico de características psíquicas de una persona, a la organización interior que determina que los individuos actúen de manera diferente ante una circunstancia. El tipo de personalidad se caracteriza mediante el empleo de técnicas de gran escala (cuantitativas) y entrevistas personales a profundidad.

Se encuentran al menos dos tipos de personalidad: A y B. A este respecto, “se ha descubierto que los ‘estilos’ de conducta actúan como modificadores de la respuesta individual ante el estrés, afectando a la relación entre los estresantes psicosociales y las tensiones” (Travers y Cooper; 1997: 90).

Los sujetos que tienen personalidad de tipo A, presentan una serie de conductas que a continuación se mencionan:

1. Apresuran la velocidad con que se expresan los otros.

2. Pronuncian las últimas palabras de la frase con mayor velocidad que las primeras.
3. Se mueven, caminan y comen rápido.
4. Efectúan dos actividades a la vez.
5. Hacen girar la conversación en torno a ellos.
6. Se sienten ligeramente culpables cuando intentan relajarse.
7. No se percatan de las circunstancias interesantes o agradables que ocurrieron durante el día.
8. Tiene un sentido crónico de urgencia de tiempo.
9. No se sienten atraídos por personas de su mismo tipo.
10. Son enemigos del ocio.

Tres características importantes que presentan son: alta competitividad o perfeccionismo; urgencia del tiempo o impaciencia; hostilidad o enojo.

Debido al conjunto de actitudes, reacciones emocionales y conductas que presentan, existe una fuerte correlación entre las enfermedades coronarias y la personalidad tipo A.

Respecto a la personalidad tipo B, los sujetos con este perfil son menos propensos a presentar estrés y a padecer los problemas cardiovasculares derivados de dicha condición. Enseguida se muestra un cuadro comparativo de ambas clases de personalidad.

TIPO A	TIPO B
Muestran impulsividad.	Reaccionan de manera pausada.
Poseen orientación competitiva.	Dedican tiempo al ocio recreativo.
Son impacientes con los demás.	Son pacientes y escuchan a los demás.
Pocas veces acuden al médico.	Gustan de la convivencia social.
No disponen de tiempo para hacer ejercicio.	
No sienten interés por los eventos sociales o convivencias.	

En este orden de ideas, resulta conveniente plantear una aclaración: “los tipo B pueden tener, en todo sentido, metas trazadas como los del tipo A; pueden estar tan deseosos de éxito y logros como ellos. La diferencia estriba en que la persona de tipo B busca la satisfacción de estas necesidades, de tal forma que no crea los estragos psicológicos y físicos a los que se encuentra sujeto el tipo A.” (Ivancevich y Matteson; 1985: 203).

1.5.3.1. Personalidad tipo A y problemas cardiacos.

Las personas del tipo A, en virtud de su conducta, aumentan la probabilidad de exponerse a ciertos estresores, como la sobrecarga de trabajo, ya que se niegan a relajarse y de ese modo crean estrés por sí mismos.

Las enfermedades originadas por estrés son el resultado de algún agente externo, son consecuencia del intento de adaptación del cuerpo por adaptarse al estresor, esto es, por hacer frente a la amenaza. Por ejemplo; si se encuentra una persona expuesta al polen y sufre la respuesta de repetidos estornudos, el problema no es directamente por el polen, sino del cuerpo por adaptarse a la presencia de este agente.

“En forma similar, las enfermedades de adaptación no son consecuencia directa de un agente externo, sino que se encuentran asociadas a reacciones de adaptación menos que perfectas, ante los estresores que encontramos en nuestra vida.” (Ivancevich y Matteson; 1985: 106).

Como consecuencia de lo anterior, el cuerpo trata de restaurar la homeostasis, pero en su intento por mantener el equilibrio interno, provoca que el sistema nervioso central libere epinefrina, lo que produce un incremento en la cantidad de ácidos grasos libres en la sangre, favoreciendo así la arterioesclerosis, presión sanguínea elevada y síndrome coronario agudo.

Existen, por otra parte, evidencias de que las personas con tipo de personalidad A son más susceptibles a las enfermedades relacionadas con el estrés, como se explica enseguida.

1.6. Los efectos negativos del estrés.

El estrés representa una amenaza para la salud, ya que cuando no se tienen las herramientas personales para afrontarlo de manera positiva y como motivador para realizar ciertas actividades, se presentan enfermedades como:

- 1) La hipertensión: que es una enfermedad de los vasos sanguíneos, en la cual, la sangre fluye como respuesta del cuerpo a los estresores, comprimiendo las arterias, lo que provoca que la presión se eleve. Pasado el estado de alarma, la presión debe volver a la normalidad, pero si el estrés se prolonga, ya sea de forma consciente o inconsciente, la tensión arterial se mantiene elevada, provocando daños al organismo.
- 2) Las úlceras: son lesiones en el recubrimiento del estómago, provocadas por el alto nivel de cortisol que se presenta durante el periodo de estrés.
- 3) La diabetes: es una enfermedad que implica deficiencia de insulina, debido a la insuficiencia de absorción de azúcar de la sangre. “Si el estrés es persistente, el páncreas puede debilitarse, dando como resultado una deficiencia permanente de insulina” (Ivancevich y Matteson; 1985: 107).
- 4) Las jaquecas o dolores de cabeza: son frecuentes debido al resultado de la tensión muscular, que aumenta cuando el sujeto se encuentra durante un

periodo sostenido de estrés; en sí misma, la jaqueca es un estresor que conduce a mayor tensión, aumentando la duración del padecimiento.

- 5) El cáncer: se crea por pequeñas alteraciones bioquímicas en el sistema inmunológico, en virtud de las respuestas a los estresores. “Una teoría actual sobre el cáncer es de que las células mutantes (cáncer) se están produciendo continuamente en nuestro cuerpo, pero que normalmente son destruidas por el sistema inmunológico antes de que puedan multiplicarse y crecer” (Ivancevich y Matteson; 1985: 107).

Como se pudo ver en este capítulo, el estrés es una respuesta no específica del organismo a cualquier demanda del exterior y se encuentra presente a lo largo de la vida de las personas; esta condición puede ser funcional o disfuncional, según el tipo de personalidad del sujeto, sus actitudes, reacciones emocionales y conductas, debido a esto, el individuo puede presentar diversos padecimientos físicos y mentales.

CAPÍTULO 2

TRASTORNOS ALIMENTARIOS

En presente capítulo se aborda la segunda variable de investigación: los trastornos alimentarios; para ello se describen sus antecedentes históricos, su definición, los trastornos alimentarios en la infancia, las causas y los factores predisponentes, la percepción del cuerpo, así como los factores que mantienen los trastornos alimentarios y las perturbaciones mentales que se asocian a ellos, así como el tratamiento para dicho padecimiento.

2.1. Antecedentes históricos de la alimentación.

La comida en la antigüedad era vista como un elemento que denotaba poder social y en ocasiones, un marcado simbolismo sagrado. En la historia se encuentran conductas alimentarias desordenadas, ya que los banquetes se exageraban y se comía de forma desmesurada, incluso se vomitaba para volver a comer.

En algunas culturas como la cristiana, se practicaba el ayuno como una penitencia, para conseguir un estado espiritual más alto. Por otra parte, todos los cuadros de anorexia en esa época se encontraban vinculados a una vida de penitencia y sacrificio, sino que se describieron clínicamente, ya que surgió la duda de cómo la gente podía sobrevivir sin alimentarse.

“Las primeras teorías sugerían una afección con origen panhipopituitario. Más adelante se impusieron las hipótesis psicológicas, especialmente de tipo psicoanalítico. Desde los años setenta se tiene una visión más pragmática y heterodoxa del problema, ya que se considera que en la génesis del trastorno deben confluír un conjunto de factores encadenados, psicológicos, biológicos y sociales, y se preconizan modelos de tratamiento pluridisciplinarios que aborden los tres núcleos conflictivos de la anorexia: el peso, la figura y los pensamientos alterados.” (Jarne y Talam; 2000: 142).

En 1979 Russell (citado por Jarne y Talam; 2000) describió un cuadro caracterizado por ingesta voraz y conductas de purga, al que denominó bulimia nerviosa, en el que a diferencia de la anorexia nerviosa, sí existe ingesta de alimento.

2.2. Definición y características clínicas de los trastornos alimenticios.

“Los trastornos alimentarios se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria” (APA; 2000: 553); el sujeto busca constantemente lograr la delgadez, manifestando gran insatisfacción por su cuerpo; así, puede presentar anorexia nerviosa o bulimia nerviosa.

2.2.1 Anorexia nerviosa.

El término “anorexia quiere decir literalmente, falta de apetito, y es un término habitual para designar un síntoma que aparece en muchos otros trastornos y

enfermedades, como la depresión o la gripe” (Belloch y cols.; 1995: 532). No obstante, cuando se habla de anorexia nerviosa, el sujeto no pierde el apetito, aunque no come ni deja de pensar en los alimentos que debe ingerir para no engordar. Según Bruch (citado por Belloch y cols.; 1995), los sujetos presentan un deseo irrefrenable de seguir adelgazando, aun cuando ya hayan perdido gran porcentaje de peso.

Existen tres características esenciales de la anorexia nerviosa, según Belloch y cols. (1995: 533) “la distorsión en la imagen corporal, sin que la persona reconozca el progreso de su delgadez; la percepción distorsionada de los estímulos propioceptivos; y un sentimiento general de ineficacia personal.”

De igual manera, la APA (2002) indica que las características que presenta la anorexia nerviosa, consisten en:

- Un rechazo a tener un peso corporal mínimo.
- Miedo intenso a ganar peso.
- Alteración significativa en la forma del cuerpo.
- Peso por debajo del nivel normal de edad y talla.
- Falta de aumento de peso cuando se presenta en el desarrollo.
- Disminución en la ingesta de alimentos.
- En las mujeres post puberales, presencia de amenorrea.

Existiendo dos subtipos de anorexia nerviosa: el restrictivo y el compulsivo negativo. En el de tipo restrictivo, la persona come poco, ayuna o realiza ejercicio intenso, no recurre a atracones, vómito, laxantes o diuréticos; a diferencia del tipo anterior, en el compulsivo negativo se recurre a grandes ingestas de alimento y a vómitos, laxantes o enemas (lavados de estómago por vía rectal) de manera excesiva.

De acuerdo con Belloch y cols. (1995) las características clínicas esenciales se pueden presentar a raíz de una crítica directa o indirecta sobre el peso de la persona, lo que da pie a la reducción de la ingesta, tanto en calidad como en cantidad. Asimismo, los sujetos se marcan un margen de seguridad, bajando un poco más, esto con el fin de prevenir cualquier aumento de peso; tal es su temor por engordar, que sienten la necesidad de mitigar sus efectos bebiendo agua en exceso, induciéndose el vómito después de comer, usando anfetaminas y laxantes, lo cual se complementa con una actividad física exagerada.

Otra de las características clínicas esenciales es la distorsión de la imagen corporal, donde a pesar de ser delgada, la persona se percibe como gorda.

Asimismo, se ve retrasado el desarrollo sexual en los adolescentes, mientras que en los adultos disminuye el interés por el sexo.

Existe además la anorexia nerviosa atípica, este término se emplea para referirse a aquellos casos en donde no se cumplan todas las características anteriormente mencionadas.

Según Jarne y Talarn (2000), en este padecimiento existen alteraciones cognitivas y conductuales.

Las alteraciones cognitivas se caracterizan por la presencia de pensamientos distorsionados relacionados con la comida, la figura y el peso; las personas establecen el éxito personal y la aceptación social en el hecho de estar delgadas, usando la dieta y presentando excesiva receptividad y sumisión a los medios de comunicación, que dan estereotipos muy concretos. “Delante de un objetivo único de ser más delgada, no establecen límites de peso, su peso ideal siempre está por debajo del que se consigue” (Jarne y Talarn; 2000: 153).

Los pensamientos distorsionados alteran el conocimiento acerca de las propiedades de la comida ya que creen que todos los alimentos, menos el agua, se convierten en grasa. En el mismo sentido, se dan alteraciones en la valoración de la propia figura evaluando erróneamente las dimensiones de su cuerpo y cuando existe una delgadez extrema, no son capaces de darse cuenta.

Las alteraciones conductuales comienzan cuando las pacientes inician la dieta restrictiva; si esta conducta no es suficiente para conseguir el peso deseado, entonces la persona comienza a vomitar, abusar de laxantes y diuréticos; de igual manera, presentan una actividad física intensa (usan las escaleras en lugar del

elevador, dejan de usar los medios de transporte y caminan, la mayor parte del día no se sientan y acuden con mucha frecuencia al gimnasio) con la finalidad de reducir su peso.

2.2.2. Bulimia nerviosa.

“La etimología del vocablo bulimia proviene de las raíces griegas *bus-* buey- y *limos-* hambre-, significando, por tanto, hambre desmesurada. En el ámbito clínico se aplica para aquellos episodios caracterizados por una necesidad imperiosa, irrefrenable, de ingerir grandes cantidades de comida, generalmente de alto contenido calórico.” (Belloch y cols.; 1995: 538)

Fairburn y Garner (citados por Belloch y cols.; 1995) mencionan tres características esenciales de este padecimiento:

1. Pérdida subjetiva del control sobre la ingesta.
2. Conductas destinadas al control de peso.
3. preocupación extrema por la figura y el peso.

En la bulimia nerviosa existe presencia de atracones recurrentes. Un episodio de este tipo se caracteriza por la ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo, en cantidades superiores a las que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo de tiempo similar en las mismas circunstancias, seguido de conductas compensatorias inapropiadas para evitar ganar peso.

De acuerdo con lo anterior las características diagnósticas, según APA (2002), incluyen:

- Se presentan por lo menos dos veces a la semana, durante un periodo de tres meses.
- Existe una sensación de la pérdida de control en los atracones, al inicio.
- En el progreso de la bulimia existe alteración de control para evitar y terminar los atracones.
- Los atracones persisten hasta que el individuo no puede más o hay dolor de estómago.
- Preocupación por la silueta y el peso corporal.
- Sentimientos de vergüenza y culpa, que motivan a ocultar la conducta.
- Conductas compensatorias como: provocación de vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas, ayuno y ejercicio excesivo.

Las alteraciones conductuales que presentan los pacientes bulímicos, son desordenadas en relación con la alimentación y posteriormente, con otros aspectos de su vida.

“Los atracones varían de frecuencia en función del estado de ánimo y de la disponibilidad, y los alimentos ingeridos durante la crisis bulímica no obedecen a preferencias específicas, sino más bien a condiciones circunstanciales; las conductas de purga no son regulares y el miedo a ganar peso se supedita al estado de ánimo o a otras circunstancias.” (Jarne y Talarn; 2000: 167)

En esta perturbación existen dos subtipos: el purgativo y el no purgativo.

- En el tipo purgativo, después de una gran ingesta de alimentos, los individuos sienten culpa porque piensan que esa comida les hará ganar peso, esto a su vez les provoca ansiedad y un temor que resuelven provocándose el vómito o usando laxantes, diuréticos o enemas en exceso.
- En el tipo no purgativo, los sujetos emplean el ayuno y el ejercicio intenso.

Conforme a los síntomas y características diagnósticas, existe también la bulimia atípica, que se trata de cuadros de bulimia en los que no se presentan todos los síntomas principales que caracterizan dicho trastorno, ya que se encuentra en personas con peso normal o superior a lo normal, con ingesta excesiva, seguida de vómitos o purgas y presencia de síntomas depresivos.

2.2.3. Obesidad.

“Aunque se confunde la mayor parte de las veces con exceso de peso, hay que indicar que la obesidad se define como una excesiva acumulación de tejido adiposo en el conjunto corporal, un contenido graso mayor del 35 por 100 en las mujeres y 30 por 100 en los hombres.” (Van y Margie, citados por Belloch y cols.; 1995: 544)

Las personas que presentan obesidad comen de forma excesiva; al respecto, la psicología ha intentado elaborar modelos que expliquen la sobreingesta,

estableciendo que las personas presentan problemas de personalidad que compensan o alivian comiendo en exceso.

A diferencia de la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, la obesidad no es considerada como un trastorno alimentario, sino médico, por lo que en este trabajo no se indaga de forma profunda sobre dicho tema.

2.2.4. Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas.

Según los criterios del CIE-10, “se refiere a la ingesta excesiva como una reacción a acontecimientos estresantes y que da 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.” (Castillo y León; 2005: 225).

De acuerdo con lo anterior, se presenta un aumento excesivo de la sensación de apetito y la ingesta descontrolada de alimento, causado por un evento o varios, que provocan estrés o ansiedad. Este trastorno también recibe el nombre de hiperfagia psicógena.

2.2.5. Vómitos en otras alteraciones psicológicas.

También conocido con el nombre de vómitos psicógenos e hiperémesis gravídica psicógena, consiste en vómitos repetidos no autoprovocados y náuseas

recurrentes; aparece incluso en el embarazo, en donde los factores emocionales facilitan la aparición de esta alteración.

2.2.6. Trastornos por atracón.

Este trastorno se caracteriza por la aparición de atracones recurrentes ante los que el sujeto pierde el control, si bien no presenta conductas compensatorias como en la bulimia. Después de la realización de los atracones, “el sujeto presenta un gran malestar con sensación de disgusto, culpabilidad e, incluso, depresión. Come de forma rápida, sin hambre y con una desagradable sensación de plenitud.” (Castillo y León; 2005: 229)

El sujeto presenta estado de ánimo disfórico como la depresión o ansiedad, experimentando una tensión inespecífica que se alivia tras el atracón, el cual aparece después de una pérdida significativa de peso; son individuos con sobrepeso u obesidad, que han probado muchas dietas. Este trastorno interfiere en sus relaciones interpersonales, lo que les provoca baja autoestima, depresión, ansiedad, preocupación excesiva por su imagen corporal, dificultad para aceptarse a sí mismos, lo cual puede desembocar en un trastorno depresivo mayor, trastorno de personalidad y abuso de sustancias.

Según los criterios del DSM-IV (citado por Castillo y León; 2005), las personas con este trastorno muestran los síntomas siguientes:

- Ingesta en un corto periodo de tiempo de una cantidad de comida superior a la que la mayoría de la gente podría consumir en el mismo tiempo.
- Sensación de la pérdida de control sobre la ingesta.
- Ingesta mucho más rápida.
- Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.
- Ingerir grandes cantidades de comida, a pesar de no tener hambre.
- Comen a solas.
- Sienten disgusto con ellos mismos.
- Sienten malestar al recordar los atracones (estos tienen lugar por lo menos dos veces por semana durante seis meses).

2.2.7. Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia.

De acuerdo con Jiménez (1997), se trata del conjunto de comportamientos problemáticos relacionados con la alimentación; una de las características fundamentales es que el niño rechaza los alimentos o presenta conductas caprichosas, descartando que se deba a una enfermedad orgánica. Son problemas menores a un conjunto de comportamientos problemáticos relacionados con la alimentación, pero si no se tratan, pueden agravarse.

En este orden de ideas, se desglosan a continuación los problemas alimentarios:

- Comportamientos disruptivos durante la comida y hábitos alimentarios inadecuados: el niño come de pie, se levanta continuamente de la silla, come únicamente si está jugando, si el adulto lo ve, le está contando una historia o simplemente le habla; se niega a utilizar cubiertos.
- Rechazo de alguna clase de comida: “la mayor o menor gravedad de ese problema radica en si el rechazo del niño es exclusivamente de algún alimento concreto, que puede ser sustituido por otro de características similares, o, por el contrario, la gama de alimentos que se niega a ingerir es tal que puede afectar negativamente a la salud del infante” (Jiménez; 1997: 212).
- Negación a tomar alimentos sólidos: el niño se niega a realizar el esfuerzo de masticar y prefiere que se lo den triturado, si la situación se prolonga durante mucho tiempo, puede causar anomalías en las encías y en los dientes.
- Ingesta de comida mezclada: se trata de comer solamente aquellos alimentos que se encuentran triturados y con mezcla de sabores; más adelante, cuando intenta comer los alimentos por separado, no acepta el sabor propio de cada alimento.
- Falta de apetito: después del primer año de vida, el apetito decrece de forma natural; por otra parte, el problema puede aparecer cuando el niño come poco en general, o que la cantidad de comida se considera pequeña solamente con algunos alimentos determinados.
- Tiempo de comida excesivo: los motivos de la lentitud para comer son varios como: el rechazo por ingerir el alimento, negación a pasar de la comida triturada a la sólida, no comen toda la comida que los padres quieren

proporcionarle; también interfieren los distractores que favorecen la falta de atención a comer.

- Los vómitos: se pueden producir como rechazo a la comida de algún alimento en concreto que no le gusta al menor, o a una situación determinada que le produzca una sensación desagradable.
- Pica o alotriofagia: “se trata de un trastorno de la conducta alimentaria en el que el sujeto ingiere de forma persistente sustancias no nutritivas” (Castillo y León; 2005: 226) como jabón, tierra, pintura, hielo entre otras; es considerada una conducta anormal cuando aparece después del año y medio, ya que puede presentarse como un síntoma, más que como un trastorno grave, en niños con autismo, retraso mental, entre otros padecimientos; también aparece en niños pequeños con inteligencia normal y desaparece en la adolescencia. En los adultos se presenta cuando los sujetos tienen psicosis, retraso mental o demencia. De acuerdo con la sustancia ingerida, serán las complicaciones que presenten, como una parasitosis, intoxicación, obstrucción intestinal, entre otras.
- Rumiación o mericismo: aparece entre los tres y dos meses; consiste “en la regurgitación repetida 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) se atribuye principalmente a una alteración grave en la relación materno-infantil, o una situación familiar de mucho estrés y rechazo.

- Potomanía: se caracteriza por la ingesta excesiva de líquido, principalmente agua, ante ello se debe descartar que exista una deshidratación o diabetes insípida; cuando el consumo de líquido es excesivo, el cuerpo humano intenta mantener constante el volumen de agua y la concentración de electrolitos necesarios para el correcto funcionamiento de todos sus órganos.

2.3 Esfera oroalimenticia en el infante.

Según Ajuriaguerra (1973) la esfera oroalimenticia se refiere a la importancia de la boca y la alimentación. El reflejo de succión y deglución es la primera forma de relación con el mundo exterior y constituye una fuente de satisfacción, dado que sacia la necesidad de nutrición; también se considera una fuente de contacto para apropiarse de los objetos, uniéndose a la fuente de alimentación por medio de la imaginación, de manera que el objeto se vuelve una parte de sí mismo y se percibe inconscientemente a la sustancia de la que puede obtener el bien.

2.3.1 Organización oroalimenticia.

El reflejo oroalimenticio de succión y deglución aparecen muy tempranamente en el niño, con movimientos de succión labial y una orientación hacia la fuente de satisfacción, apareciendo como primera forma una relación con el mundo externo, aunque aún no sea una relación objetal, ya que la madre solamente es vista como alimento. En este contexto, se entiende por relación objetal la que el niño va a establecer con una persona amada.

“Esta relación no tiene carácter específico. Parece ser una simple respuesta a diversos estímulos, al contacto con los dedos, con el pecho, etc. Una vez tocado el seno, tiende a obrar por repetición.” (Ajuriaguerra; 1973: 178).

A. Freud (citada por Ajuriaguerra (1973) distingue dos satisfacciones distintas: la de saciar el apetito y la erótica oral. En la primera, la fase narcisista del recién nacido oscila entre la tensión del hambre y la inquietud de satisfacerla; posteriormente se da la búsqueda de satisfacción por la comida. En la segunda fase, el niño tiene un juego de labios o mordiscos, de coger y dejar un objeto externo.

El niño experimenta un ansia de apropiarse de los objetos (personas) los cuales ve como fuente de alimento y en su imaginación se ve unido a esta fuente comiéndolo o incorporándolo, al hacerlo parte de sí mismo.

“Dar el alimento a un niño no es un simple acto nutritivo, darle algo por vía oral, sino una entrega por parte de la madre de sí misma, no solamente por el pecho que da, sino por su actitud.” (Ajuriaguerra; 1973: 182). Cuando el niño es alimentado, encuentra comodidad y todas sus necesidades son satisfechas.

Las primeras formas de relación madre/hijo van unidas a la comida, traen consigo placer en las madres, quienes ven comer sin complicaciones al niño, esto favorece la relación inicial, a diferencia de los niños que comen poco provocando como consecuencia, ansiedad, desesperación y agresividad en la madre.

“La comida es considerada como una institución social, con un ritual y una participación de la familia. Por sus horarios y la manera de llevarla a cabo se siente como una obligación y su aceptación es como un regalo para los padres.” (Ajuriaguerra; 1973: 183).

2.3.2. Alteraciones en la esfera oroalimenticia.

Dentro de las alteraciones, de acuerdo con Ajuriaguerra (1973), existe la anorexia esencial precoz, que se presenta en las primeras semanas de vida y consiste en que el niño se muestra reacio a comer, debido a una constitución neuropática.

Otra alteración es la anorexia del segundo semestre, la cual consta de dos tipos: la anorexia y la de oposición, que enseguida se definen.

- 1) La anorexia inerte: el niño no tiene iniciativa, no coopera ni ingiere alimento, se le escapa la leche o vomita la poca que haya podido tomar.
- 2) La anorexia de oposición: rechaza la comida, reaccionando con chillidos, agitación e intensa rotación tónica.

L.Kreisler (citado por Ajuriaguerra; 1973) menciona dos tipos de anorexia.

- 1) La anorexia simple: que consiste en una reacción por el destete o cuando se le cambia la alimentación, es una conducta de rechazo en la que el menor no deja de tener hambre ni apetito.
- 2) Anorexia compleja: se caracteriza por la intensidad de los síntomas y se manifiesta mediante un marcado desinterés por la comida.

La anorexia de la segunda infancia puede presentarse en dos posibles estados; se puede dar consecutivamente después de la primera, o puede surgir en niños que se alimentaban con normalidad en su primer año de vida, su rechazo suele ser causa de oposición a una rigidez paterna.

2.4. Perfil de la persona con trastornos de alimentación.

Para describir un perfil, intervienen rasgos individuales o características familiares, los cuales en sí mismos no son causas, sino que predisponen a que el sujeto presente trastornos de la alimentación. “Por lo tanto, es la combinación de algo personal y/o familiar, con otros factores contextuales o de circunstancias vitales de la persona, lo que precipita la situación.” (Costin; 2003: 72).

Según Costin (2003), los sujetos presentan problemas con la autonomía, déficit en la autoestima, camino a la perfección y el autocontrol, miedo a madurar y poca estabilidad emocional, que a continuación se describen.

- 1) Problemas con la autonomía: esto es, que las personas están muy pendientes de lo que otros esperan de ellas, como cumplir con los ideales de los padres, dar satisfacción a los demás o cumplir con lo que suponen esperan de ellos.

Los sujetos que tienen trastornos de la alimentación pasan por una etapa de cambios, como: de escuela, casa, amigos. “Muchas veces, es la dificultad para encarar estas situaciones y resolverlas lo que hace que una persona vulnerable a desarrollar un trastorno de la alimentación convierta su cuerpo en el símbolo y la fuente de autonomía, control, eficacia personal e identidad. Entonces se interpreta erróneamente la delgadez como un signo de ser especial, y el hacer dieta y bajar de peso, como indicadores de autocontrol.” (Costin; 2003: 73)

- 2) Déficit de la autoestima: “Las personas desarrollan imágenes sobre sí mismas y fabrican su propio concepto de quienes son. El grado en que el individuo se acepta a sí mismo es conocido como autoestima” (Costin; 2003: 74), por lo tanto, cuanto menos se parece la persona al ideal que considera de su propio concepto, más baja será su autoestima. Algunos factores como la imagen corporal, la apariencia y la opinión de los demás, harán que el peso y la figura cobren importancia como formas de elevar la autoestima.
- 3) Camino a la perfección y el autocontrol: la búsqueda de perfección se desplaza al peso corporal; “para alcanzar la perfección es preciso

mantener el cuerpo ideal, a cualquier costo.” (Costin; 2003: 75). Este pensamiento lleva a las personas a creer que si logran transformar su silueta, también podrán transformarse ellas mismas, de esta forma podrán volverse seguras y tener la confianza suficiente para enfrentar los desafíos que se les presenten. “Paradójicamente, este perfeccionismo refuerza la sensación de inseguridad, porque exige no fallar, en lugar de afirmar al individuo en sus recursos.” (Costin; 2003: 75). Los sujetos con trastornos alimenticios presentan con frecuencia una marcada forma de controlar todo en sus vidas, como su cuerpo; se sienten poderosos manipulando su peso, como una compensación de impotencia sobre situaciones que les son difíciles de manejar y no soportan la idea que las circunstancias no estén bajo su control, presentan gran dificultad para ver alternativas de salida y creen que deberían saber cómo se hace todo bien desde su comienzo, de aquí parte el área de la comida y el peso y que es algo que si es posible controlar pensando que así podrán enfrentarse a las situaciones de la vida.

- 4) Miedo a madurar y crecer: Según Costin (2003), los trastornos de la alimentación se presentan en el periodo que va desde la pubertad hasta la juventud; es un periodo de numerosos cambios (emocionales, sexuales, sociales, físicos) y con ellos el aumento natural del peso corporal, lo que conlleva a una intolerancia y una dificultad para aceptar un cuerpo más adulto, lo cual implica dejar atrás la infancia; todo ello provoca el miedo a crecer y manejar la independencia.

2.5. Causas del trastorno alimenticio.

Según Costin (2003) los factores que hacen que una persona sea más vulnerable a desarrollar trastornos alimenticios es una causa multifactorial en el cual intervienen diversos factores predisponentes.

El vocablo predisponer se entiende como como “preparar con anticipación una cosa o el ánimo para un fin” (Costin; 2003: 52); con factores se está hablando que existen elementos individuales, familiares y socioculturales que intervienen en el ánimo de la persona, para sembrar la idea del culto por la figura y el control del peso corporal.

Conforme a lo anterior, los sujetos pueden ser más vulnerables para desarrollar un trastorno de la alimentación cuando se presenta la combinación multifactorial con un evento estresante, en una etapa determinada en donde se presenten actitudes extremas con respecto a la figura y el peso corporal.

2.5.1. Factores predisponentes individuales.

De acuerdo con Ogden (2005), los factores individuales que influyen en los trastornos alimentarios están ligados al aprendizaje, las creencias, actitudes y la constitución psicofisiológica del individuo. Los alimentos representan aspectos de identidad del sujeto en términos de género, sexualidad conflictos y autocontrol, comunicación, amor y poder.

Ogden (2005) clasifica la comida en cinco tipos:

1. Comida frente a no comida: se delimitan los alimentos que pueden comerse de los que no.
2. Comidas sagradas frente a comidas profanas: se diferencian las comidas que son válidas en las creencias religiosas, de las que no lo son.
3. Clasificación de comidas paralelas: marca la diferencia de comidas calientes y frías, no por su temperatura sino por el valor simbólico que se le adjudica según la cultura.
4. Comida como medicina: la comida es utilizada en ciertos padecimientos como remedios para aliviar problemas como la diarrea, los cólicos y la precaria salud en general.
5. Comidas sociales: describe la función social de la comida para simbolizar estatus y como forma de afirmación y desarrollo de relaciones.

A partir de esta perspectiva, la comida es el medio a través de cual se comunica una serie de significados en un tiempo y espacio específico.

Ogden (2005) señala el significado de la comida como:

- 1) Afirmación del yo: el alimento facilita la información sobre la identidad personal, actuando como una comunicación de necesidades y conflictos internos y el sentido del yo.

- 2) Comida y sexualidad: según Fiddes (citado por Ogden; 2005) la comida y el sexo se semejan biológicamente, debido a que las dos perpetúan la vida.
- 3) Comer como conducta de negación: los medios de comunicación presentan una tendencia a que las mujeres tienen que brindar el alimento, pero no pueden comerlo, ya que se les manejan estándares de perfección según los cuales tienen que estar delgadas.
- 4) Culpa que proviene de la comida placentera: Ogden (2005) hace referencia a la comida placentera como el chocolate y los pasteles; las personas que presentan trastornos alimentarios tienen ansia de comerlos y una vez que lo hacen, sienten culpa, vergüenza y odio a sí mismos.
- 5) La comida y el autocontrol: Bruch (citado por Ogden; 2005) señala que las personas anoréxicas tenían un aura de fuerza especial y una disciplina sobrehumana, sosteniendo que la dieta se ha convertido en la vía perfecta para el autocontrol.
- 6) La comida como interacción social: la comida se considera un vínculo de comunicación en los individuos. “Además, los tipos de alimentos que se toman y la forma de cocinarlos pueden crear un sentido de identidad de grupo, como en la fiesta de cumpleaños y la comida del domingo” (Ogden; 2005: 73).
- 7) La comida como amor: se utiliza como un lazo materno-infantil, donde si el niño recibe adecuada alimentación, la madre le está demostrando amor y cuando él recibe una deficiente alimentación, ella es vista como un símbolo de no amor.

- 8) Salud frente a placer: la comida saludable puede crear conflictos, ya que regularmente no es placentera y no gusta a la mayoría de los miembros de una familia.
- 9) Relaciones de poder: Aquí se resalta que “en casi todos los grupos particulares, se da por supuesto que el hombre dominante come primero o mejor e incluso cuando ambos sexos comen juntos, la mujer sirve al hombre” (Ogden; 2005: 76).
- 10) La comida como identidad cultural: “la comida es una forma de comunicación sobre la identidad de una persona y sobre esta identidad en el contexto de otras” (Ogden; 2005: 73), de acuerdo con esto, la comida es uno de los elementos más representativos de una cultura, forma parte de las tradiciones, de las creencias y de la cotidianidad de un pueblo. A la vez, forma parte del individuo de manera única y personal, al ser conducto de sensaciones que remiten a emociones, a recuerdos y vivencias.
- 11) La comida como identidad religiosa: de acuerdo con Ogden (2005) las mujeres judías incluyen en sus comidas símbolos y ritos en la percepción, dando un sentido de santidad que deriva en un medio de comunicación dentro de las familias.
- 12) La comida como poder social: el alimento es considerado también como un símbolo de estatus social, si las personas que se alimentan bien tienen un estatus alto, a diferencia de las que no; incluso se utiliza la comida como medio para manifestar desacuerdos y protestas, haciendo huelga de hambre para obtener concesiones. “Se consideran los trastornos alimentarios como una forma de huelga de hambre” (Ogden; 2005: 78).

Es decir, que el entorno y la cultura, entendidos en el sentido más amplio, incluso el religioso, no solamente condicionan la dieta, sino que modelan los hábitos alimentarios, revistiéndolos de condicionantes de todo tipo.

2.5.2 Factores predisponentes familiares.

Se han identificado ciertas características familiares que podrían generar algún trastorno de la alimentación como son:

- “Escasa comunicación entre sus miembros;
- Incapacidad para la resolución de los conflictos que se presentan;
- Sobreprotección por parte de los padres;
- Rigidez y falta de flexibilidad para encarar las situaciones nuevas, o regular las reglas familiares adecuándolas a los cambios de etapa;
- Ausencia de límites generacionales (por ejemplo: jóvenes con papel de madres;
- Expectativas demasiado altas de los padres respecto de sus hijos;
- Historias familiares que incluyen depresión y alcoholismo;
- Existencia en el seno de la familia de abuso sexual o físico.” (Costin; 2003: 81).

Rausch (1997) menciona algunos factores predisponentes que favorecen la aparición de trastornos de la conducta alimentaria como:

- Las familias suelen inhibir la agresividad y la hostilidad: “La falta de estrategias para resolver conflictos en estas familias se asocia a su baja tolerancia y a la dificultad para reconocer y resolver problemas” (Rausch; 1997: 44) , mientras más tiempo esté presente un trastorno de la alimentación, mayor será el desajuste en la personalidad de quien lo presenta, así como en la familia.
- Los padres incrementan la rivalidad entre hermanos al compararlos abiertamente: estudios realizados a padres con hijos que presentan algún trastorno, manifestaron conductas más controladoras y expectativas más exigentes respecto al desempeño de sus hijos, haciendo más comparaciones entre hermanos, lo que provoca una mayor tensión entre padres e hijos.
- Fronteras problemáticas: “Estas no son más que las reglas que determinan en cada momento quién participa en cada interacción y de qué modo” (Rausch; 1997: 54); si estas reglas son difusas, se produce una intrusión física en el espacio del otro.
- Jerarquías alteradas: es decir, los hijos quedan a cargo de roles que normalmente asumen los padres.
- Fallas en el control: “Hay familias que suelen ser controladoras y mantienen lazos excesivamente estrechos entre sus miembros, inhibiendo el desarrollo de su autonomía “(Rausch; 1997: 57) esto debido al desacuerdo entre los padres con respecto de las reglas sobre la crianza de sus hijos.

2.5.3 Factores socioculturales.

De acuerdo con Costin (2003), el ideal de belleza ha ido cambiando con los años y es diferente en las diversas sociedades. El contexto sociocultural premia la delgadez y tiene prejuicios contra la obesidad y gordura, el cuerpo ideal no se refiere a una idea de salud o bienestar, sino a uno de moda que se presenta en determinado momento, trayendo consigo trastornos de la alimentación, comunicando claramente que el papel más importante de la mujer es ser atractiva físicamente y los medios de comunicación refuerzan esta idea, donde se debe ser una súper mujer con gran control sobre sí mismas, con logros visibles y perfeccionistas, dejando de lado los recursos valiosos como ser eficientes madres o personas. Esta situación convierte el peso en el área donde tendrán control y éxito, trasladándolo a las demás áreas de sus vidas al manejar la delgadez como un sinónimo de prestigio social.

2.6. Percepción del cuerpo en el trastorno alimenticio.

Una de las características principales de las personas con trastornos de la alimentación es la imagen corporal. “Se define la imagen corporal como la representación diagramática del propio cuerpo en la conciencia. Esta definición se complementa con otra que hace más hincapié en los aspectos emocionales ligados a esta representación: los sentimientos y actitudes hacia el propio cuerpo. Se perfilan así los dos aspectos que forman la imagen corporal: un cognitivo, asociado a la percepción del propio cuerpo, y otro emocional, unido al sentimiento que ello provoca” (Jarne y Talarn; 2000: 144).

Lo anterior hace referencia a la percepción de cómo el sujeto estima sus dimensiones corporales, lo emocional al pensamiento y las actitudes con respecto del propio cuerpo e indirectamente, del grado de insatisfacción o satisfacción ante este.

De acuerdo con Ogden (2005), las personas con trastornos en la alimentación presentan insatisfacción corporal, considerándola en tres perspectivas diferentes:

- 1) Imagen corporal deformada: “estimación deformada del tamaño corporal y una percepción de que el cuerpo es más voluminoso de los que es en realidad” (Ogden; 2005: 98). Las mujeres presentan una mayor inconformidad corporal con respecto al estómago, las caderas, los muslos y las nalgas; los hombres, por su parte, se preocupan por su aspecto físico en cuanto a la fuerza de su tronco y su condición física, desean un volumen mayor del que perciben en brazos, espalda, pecho y estómago. La insatisfacción personal se presenta tanto en hombres como en mujeres en todas las edades y aparece en grupos diversos en cuanto a su sexualidad, carácter étnico y clase social.

- 2) Discrepancia del ideal: se refiere a la diferencia que existe entre la percepción de la realidad de la imagen corporal de la de un ideal, de cómo quisiera ser el sujeto.

- 3) Respuestas negativas al cuerpo: son los sentimientos y pensamientos negativos que tiene el sujeto con respecto del cuerpo, surge de inconformidad de la discrepancia del volumen ideal y real de su cuerpo.

Existen factores sociales y psicológicos de la insatisfacción corporal, según Ogden (2005) como son:

- Medios de comunicación: “la insatisfacción corporal es una respuesta a las representaciones de mujeres delgadas en los medios de comunicación social” (Ogden; 2005: 106), como el caso de las revistas, la televisión, los periódicos, el cine, entre otros.
- Cultura: de acuerdo con la autora anterior, se dice que puede surgir cuando un grupo intenta asimilar los elementos culturales de su nuevo entorno.
- Familia: las diversas investigaciones muestran, en particular, el papel de la madre e indican que las que se encuentran descontentas con su propio cuerpo, comunican esa misma sensación a sus hijas, lo que las lleva a su propia insatisfacción corporal.

En cuanto a los factores psicológicos, se incluyen:

- Creencias: “la bibliografía destaca diversas creencias que pueden mediar la influencia del carácter étnico y de la clase social en la insatisfacción corporal. Se trata de las que surgen sobre la competitividad, el logro, el éxito material, el

papel de las mujeres, los estereotipos de belleza y las relaciones entre hijos y padres.” (Ogden; 2005: 109).

- Naturaleza de las relaciones: Bruch (citado por Ogden; 2005) afirma que la anorexia puede darse por el resultado de la lucha entre la hija, para desarrollar su propia identidad personal, y la madre, que limita la autonomía de aquella.
- El control como medio para explicar cómo se traducen las influencias sociales: cómo logra encajar el sujeto en el mundo según sus creencias, lo que exige y percibe.

La insatisfacción corporal trae como consecuencias el sometimiento a un régimen alimentario estricto como la dieta, ejercicio físico para perder peso y mejorar el tono muscular, cirugía estética, adicciones como fumar, surgiendo críticas de la totalidad y de partes del cuerpo lo cual provoca un trastorno de la imagen corporal, esto es un trastorno en la percepción e interpretación cognitiva de los estímulos introceptivos y una sensación de falta de control respecto a las propias funciones corporales.

2.7. Factores que mantienen los trastornos alimenticios.

De acuerdo con Costin (2003) las dietas son un factor perpetuante de los trastornos alimentarios, lo que trae como consecuencia la deficiente alimentación y esta a su vez, tiene complicaciones de origen fisiológico, psicológico, cognitivo y social.

- De origen psicológico: transformaciones anímicas en las cuales los sujetos pueden presentar depresión profunda, intolerancia e irritabilidad, comportamientos autodestructivos, cambios abruptos del humor, estados de ansiedad, apatía, hipocondría, histeria y desorganización general de la conducta y emocionales.
- De origen cognitivo: falta de concentración, de comprensión y dificultades en el estado de alerta.
- De orden social: presentan aislamiento e incomodidad en la interacción con otros.
- De orden fisiológico: cefaleas, hipersensibilidad a la luz y a los ruidos, molestias gastrointestinales, problemas de audición y visión, adormecimiento de miembros, calambres, pérdida de cabello, enlentecimiento metabólico y poca tolerancia a los cambios de temperatura.
- Cuando la ingesta es menor a la necesaria para el funcionamiento general del organismo, el cuerpo va a quemar menos calorías y se detiene la baja de peso.

La adicción es la dieta y no la comida en sí; “es decir, hacer dieta es lo que lleva a toda la sintomatología descrita (obsesiones, depresiones, aislamiento, malestares físicos, inseguridades, etcétera), de la cual se pretende salir paradójicamente, con nuevos esfuerzos de control con la comida, para esta vez sí, lograrlo y recuperar el bienestar” (Costin; 2003: 103).

2.8. Trastornos mentales asociados a los trastornos alimenticios.

“Los trastornos de la conducta alimentaria suelen estar asociados con otros problemas psiquiátricos.” (Butcher y cols.; 2007: 306) De acuerdo con lo anterior, dichas perturbaciones se encuentran presentes en casi todos los trastornos psicopatológicos en mayor o menor medida. “A pesar de ello, su forma de aparición acostumbra a ser episódica, fugaz, y está muy ligada a la misma enfermedad de base.”(Jarne y Talarn; 2000: 145).

Enseguida se explican algunas de las relaciones más comunes.

1) Trastorno de la alimentación en la esquizofrenia.

De acuerdo con Jarne y Talarn (2000), la presencia de alteraciones alimentarias en la esquizofrenia es muy frecuente debido a los tratamientos farmacológicos. Existe rechazo absoluto de alimentos, en ocasiones, en pacientes catatónicos. La negativa a ingerir alimentos consiste debido a la presencia de ideas delirantes de envenenamiento.

En la esquizofrenia cronicada puede existir la presencia de alteraciones alimentarias desagradables, entre ellas, la ingesta de productos no alimenticios como madera, cabellos, tierra o coprofagia.

2) Trastorno de la alimentación en las depresiones.

En la depresión mayor con melancolía, la pérdida de apetito, junto con la anorexia, forman parte de los criterios diagnósticos, observando disminución de la ingesta o una ingesta excesiva. “En las depresiones menores y reactivas, el trastorno alimentario no es como en las melancolías, tan intenso, ni aparece al inicio de la enfermedad. Su presencia se relaciona temporalmente con el nivel de tristeza más alto del enfermo y se corresponde a la fase aguda del trastorno.” (Jarne y Talarn; 2000: 146).

3) Trastorno de la alimentación en la manía.

En la fase aguda de la manía, los pacientes pueden pasar mucho tiempo sin comer o ingerir mucho alimento, en la fase hipomaniaca se puede ingerir de forma excesiva.

4) Trastorno de la alimentación en las fobias.

Se da a partir de un evento traumático, de esta manera aparecen las conductas de evitación y ansiedad anticipatoria, lo cual puede incluir el miedo a asfixiarse y morir.

5) Trastorno de la alimentación en la ansiedad.

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

6) Trastorno de la alimentación en el trastorno obsesivo compulsivo.

Según Jarne y Talam (2000), en este caso se observa en ocasiones una alimentación lenta y meticulosa, en la que se escogen los alimentos, surgen ideas de contaminación y suciedad; a veces se añade la duda y la compulsividad.

2.9. Tratamiento de los trastornos alimenticios.

El tratamiento tiene como objetivo primordial la recuperación del paciente, “muchos de los pensamientos alterados respecto a la comida, el peso o la figura se sustentan por la malnutrición y se normalizan cuando se normaliza el peso” (Jarne y Talam; 2000: 159). En el presente punto se habla sobre el tratamiento multimodal (peso, figura y cognición) así como el tratamiento ambulatorio, hospitalario, familiar, farmacológico, psicológico y cognitivo conductual, tanto en la anorexia nerviosa como en la bulimia nerviosa.

De acuerdo con Rausch (1997), un tipo de tratamiento que se lleva a cabo en este trastorno alimenticio es el ambulatorio, que consiste, después de verificar que el paciente no tiene riesgo clínico, en la atención psicológica familiar y con ayuda del doctor, para ver que la evolución del paciente sea la esperada; el doctor y el terapeuta familiar están en contacto permanente con el fin de apoyar mutuamente los esfuerzos terapéuticos.

Según Jarne y Talarn (2000), debe existir una recuperación ponderal, la cual consiste en la rehabilitación nutricional y normalización dietética para corregir las secuelas físicas y psicológicas, aunque estas tardan mucho en normalizarse.

El tratamiento dietético consta de una alimentación con contenido calórico normal, sin presentar complicaciones, también se suele utilizar una sonda nasogástrica en algunos casos, pero nunca se deja permanentemente.

El tratamiento psicológico solamente es funcional cuando los pacientes mal nutridos y con bajo peso ya no se encuentran en la fase más grave de la enfermedad; en este sentido, se ocupa la psicoterapia de refuerzo, técnicas de relajación y sesiones psicoeducativas, “El tratamiento psicológico es la piedra angular de un buen programa terapéutico de la anorexia nerviosa “ (Jarne y Talarn; 2000: 160).

El tratamiento farmacológico “está indicado como coadyuvante de las técnicas psicológicas y como tratamiento de la psicopatología asociada, especialmente la depresión” (Jarne y Talarn; 2000: 159); específicamente se emplean antidepresivos.

El tratamiento familiar es considerado como el más eficaz de acuerdo con Rausch (1997), debido a que no solamente el sujeto que presenta anorexia nerviosa sufre las consecuencias de la enfermedad; al considerar a la familia en este tratamiento, no es porque se crea que la causa de la enfermedad son ellos, sino que contribuyen a mitigar los síntomas y promover salidas más favorables, de este modo, se emplea la terapia familiar como una herramienta para un tratamiento eficaz. “La familia provee apoyo y sentimiento de pertenencia a sus miembros, y es al mismo tiempo el ámbito en el cual se promueve la diferenciación de los otros contextos. La familia como organización debe mantener la estabilidad que define su identidad y, simultáneamente, promover cambio y crecimiento.” (Rausch; 1997: 72).

Rausch (1997) agrupa la anorexia nerviosa en tres modos que ayudan a diferenciar el tratamiento psicoterapéutico familiar:

1. Anorexia nerviosa por imitación: son pacientes que comparan su peso con el de sus compañeros. Aquí la terapia consiste en que los padres se hagan cargo de instrumentar el tratamiento médico y promover formas alternativas, ya que los pacientes son mucho más dóciles y por ello, se recuperan con mayor facilidad.

2. Anorexia nerviosa en el contexto de una estructura familiar defectuosa: se trabaja por partes, ya que la conformación familiar está alterada y las reglas son demasiado rígidas o confusas, por lo que existe también una triangulación del paciente. Se pone a cargo a los padres acerca del tratamiento para así romper con el triángulo y posteriormente, se trabaja con el subsistema fraterno promoviendo la autonomía.
3. Anorexia nerviosa con restricciones personales automatizadas: aquí primero se trabaja como en el punto anterior y posteriormente de forma individual, por un periodo aproximado de dos años, con una frecuencia semanal.

Al igual que en la anorexia nerviosa, se debe tener un tratamiento multimodal que incluye como objetivos, de acuerdo con Jarne y Talam (2000), restablecer la conductas nutricionales normales, así como una recuperación física que consiste en la estabilización del peso corporal, rehidratación y normalizar la función electrolítica del paciente; de igual manera, se deben corregir las anomalías físicas que se dan a consecuencia de los vómitos inducidos como son: el reflujo gastroesofágico, erosión de la mucosa digestiva, la dilatación gástrica, erosión del esmalte en los dientes y la inflamación parótida.

Del mismo modo, se debe normalizar el estado mental que consiste en: mejorar el estado de ánimo, ya que los pacientes que equilibran su ingesta mejoran su estado anímico y se vuelven más participativos, tratando así los trastornos de la personalidad y evitando sustancias tóxicas; de igual manera, se corrigen los pensamientos erróneos que tiene el sujeto, de acuerdo con Rausch (1997).

Asimismo, con en la anorexia nerviosa es importante el tratamiento familiar para restituir relaciones adecuadamente, ya que existe una mayor participación, aumenta la comunicación y restablece las pautas y los roles, escapando así de los sentimientos de fracaso.

A la vez, se deben corregir las pautas de interacción social alterada al aceptar el trastorno, afrontar los fracasos, asumir la responsabilidad, vencer la impotencia y evitar marcos sociales denigrantes.

De igual manera, el tratamiento correcto está en la asociación de psicoterapia y farmacoterapia en un formal programa de modificación de conducta, demostrando la efectividad de la psicoterapia cognitivo-conductual, mediante la cual se observan significativas y persistentes mejorías en los pacientes bulímicos.

El modelo cognitivo-conductual es un enfoque que “relaciona pensamiento, emoción y comportamiento manifiesto, y el tratamiento consiste básicamente en hacer que el paciente examine la validez de sus creencias en el presente.” (Rausch; 1997: 65) se examinan cuidadosamente los procesos cognitivos más frecuentes (sobregeneralización, pensamiento dicotómico, pensamientos supersticiosos, entre otros), se definen y luego cada uno es cuestionado, a fin de modificar los pensamientos

Para resumir, hay que destacar que las formas inadecuadas de comer estaban presentes desde tiempo atrás, y en la actualidad, con base a los estudios de varios

autores, lo han conceptualizado como trastornos de la alimentación, entre los que se encuentran: la anorexia, la bulimia nerviosa, la hiperfagia, los vómitos, los trastorno por atracón, la obesidad, el trastorno de la imagen corporal; los más frecuentes en la población son la anorexia y bulimia nerviosa.

También se llega a la conclusión que estos padecimientos son multifactoriales, ya que varios factores intervienen tanto para la aparición, como para el desarrollo y su tratamiento.

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Este capítulo está dividido entre dos partes: en la primera se expone la estrategia metodológica que permitió la consecución de los objetos de estudio y también corroborar una de las dos hipótesis planteadas; en la segunda parte, se efectúa el análisis y la interpretación de los hallazgos de los resultados de campo.

3.1. Descripción metodológica.

La investigación metodológica está compuesta por “un conjunto de procesos sistemáticos, críticos y empíricos que se aplican al estudio de un fenómeno” (Hernández y cols.; 2010: 4).

Las diversas corrientes del pensamiento se polarizaron en dos enfoques: el cuantitativo y el cualitativo de la investigación, que si bien son distintos, presentan cinco fases similares y relacionadas entre sí, como:

- “Llevan a cabo la observación y evaluación del fenómeno.
- Establecen suposiciones o ideas como consecuencia de la observación y evaluación realizadas.
- Demuestran el grado en que las suposiciones o ideas tienen fundamento.

- Revisan tales suposiciones o ideas sobre la base de las pruebas o del análisis.
- Proponen nuevas observaciones y evaluaciones para esclarecer, modificar y fundamentar las suposiciones e ideas; o incluso para generar otras.”
(Hernández y cols.; 2010: 4)

3.1.2. Enfoque cuantitativo.

En el presente estudio se optó por el enfoque cuantitativo, ya que fueron utilizadas en la investigación, las siguientes características planteadas por Hernández y cols. (2010):

- Se plantea un problema de estudio concreto y delimitado, las preguntas de investigación tratan cuestiones específicas.
- El investigador considera lo que anteriormente se ha investigado, revisando la literatura y construyendo un marco teórico que guiará el estudio, derivando una o varias hipótesis (se examinan si son ciertas o no) mediante pruebas apropiadas que son las que con base en los resultados, permiten corroborar las hipótesis, aportando evidencia a favor; en caso contrario, se descartan y se buscan nuevas hipótesis.
- La recolección de datos se fundamenta en la medición, utilizando procedimientos estandarizados donde los fenómenos que se van a medir deben ser observables.

- Los resultados se presentan en números (cantidades) y se analizan a través de métodos estadísticos.
- “La interpretación constituye una explicación de cómo los resultados encajan en el conocimiento existente” (Creswell, citado por Hernández y cols.; 2010: 5).
- La investigación cuantitativa debe ser objetiva, el investigador no debe inferir en los procesos.
- Los estudios cuantitativos siguen un proceso o estructura.
- Se pretende generalizar los resultados que se encuentran en la muestra, a una población mayor.

3.1.2. Investigación no experimental.

De acuerdo con Hernández y cols. (2010), el diseño no experimental se realiza sin la manipulación de variables por el investigador y los fenómenos se observan en su ambiente natural, para analizarlos en una situación que ya existe, ajena al control directo. Al igual se realizó en esta investigación.

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

3.1.3. Diseño transversal.

El presente estudio posee un diseño transversal debido a que este, también llamado transeccional, se encarga de la recolección de datos en un tiempo único, como ocurrió con las variables estrés y trastornos alimentarios de la conducta, que fueron medidas y analizadas en un momento determinado, abarcando toda la población de estudiantes de Pedagogía. “Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado” (Hernández y cols.; 2010: 151). Este diseño puede abarcar varios grupos o subgrupos de personas.

3.1.4. Alcance correlacional.

De acuerdo con Hernández y cols. (2010) los estudios correlacionales pretenden responder a las preguntas de investigación, tiene como finalidad conocer la relación que existe entre dos o más variables en un contexto en particular, midiendo cada una de ellas para después cuantificar y analizar la vinculación, sustentando así las correlaciones en hipótesis sometidas a pruebas, al igual que en el presente estudio. Cabe mencionar que la medición de las dos variables proviene del mismo participante.

“La utilidad principal de los estudios correlacionales es saber cómo se puede comportar un concepto o una variable al conocer el comportamiento de otras variables vinculadas” (Hernández y cols.; 2010: 82).

La correlación puede ser positiva o negativa: en el primer caso significa que los estudiantes que presentan valores altos en una variable, en la otra también mostraran índices elevados; si es negativa, quiere decir que los sujetos que presentan valores elevados en una variable, mostraran valores bajos en la otra. Si no hay correlación entre variables, significa que estas fluctúan sin seguir un patrón sistemático entre sí. Con base en este planteamiento, “si dos variables están correlacionadas y se conoce la magnitud de la asociación, se tienen bases para predecir, con mayor o menor exactitud, el valor aproximado que tendrá un grupo de personas en una variable, al saber qué valor tienen en la otra.” (Hernández y cols.; 2010: 82). Los estudios correlacionales se diferencian de los descriptivos principalmente porque los segundos, únicamente se centran a medir con precisión las variables individuales y en los primeros, se mide el grado de vinculación entre dos o más variables.

Tal diseño tiene un valor parcialmente explicativo, al igual que la presente investigación: debido a que no se tiene control sobre las variables extrañas, se dan resultados de manera parcial.

También existen correlaciones falsas o espurias, donde dos variables están relacionadas aparentemente, pero en realidad no es así, ya que su explicación no solamente es parcial, sino errónea.

3.1.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

Son las estrategias concretas para recabar la información específica de la población a investigar.

Las técnicas surgen del planteamiento metodológico y marcan un procedimiento en particular a seguir en la interacción con los sujetos integrantes de la población.

En la investigación se utilizaron técnicas cuantitativas, específicamente pruebas psicométricas como la Escala de Ansiedad Manifiesta en Adultos (AMAS-A) y el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2) debido a que utilizan mediciones numéricas para representar los fenómenos de estudio. Los tests psicométricos son técnicas estandarizadas con base en investigaciones estadísticas que garantizan la confiabilidad y validez en la medición.

La confiabilidad asegura que mide un fenómeno estable a través del tiempo y no un factor temporal o del momento; la validez, por otro lado, garantiza que mide efectivamente lo que pretende medir y no otra variable.

La estandarización, por su parte, garantiza que la medición se da en función de un parámetro similar y no con base en criterios arbitrarios.

Las pruebas que se utilizaron en la investigación presentan las siguientes características:

La escala AMAS está diseñada para adultos de 19 años de edad en adelante y está estandarizada en México, en una muestra tomada en todo el país. Los parámetros de estandarización que utiliza son percentiles y puntajes T, tiene una confiabilidad de 0.70, la cual se calculó con el procedimiento alfa de Cronbach. En el caso de la validez, esta prueba está aceptada a través de tres procedimientos: validez de contenido, de constructo y concurrente.

La prueba referida tiene varias versiones: AMAS-A para adultos en general, AMAS-C para estudiantes universitarios y AMAS-E para adultos mayores. En esta investigación se empleó la AMAS-A, que se encuentra dividida en una escala de ansiedad total, una subescala de ansiedad fisiológica, una de inquietud/hipersensibilidad, una de preocupaciones sociales-estrés y una escala de mentira.

Por su parte la prueba EDI-2 fue elaborada por David M. Garner, en 1998; está estandarizada para personas con una edad de 11 años en adelante. Para el proceso de estandarización de dicha prueba se realizaron varios procesos en distintos grupos, tanto en individuos con bulimia y anorexia nerviosa como en personas que no padecen estas perturbaciones alimentarias. En esta investigación se utilizó el baremo obtenido en la aplicación a hombres y mujeres adolescentes sin trastornos de la conducta alimentaria.

El EDI-2 cuenta con una confiabilidad de 0.83 en el alfa de Crobach y validez de contenido concurrente, de criterio y de constructo.

Finalmente, esta escala cuenta con once escalas, las cuales son: obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva, miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad e inseguridad social.

3.2. Descripción de la población.

La población según Selltiz “es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones” (referido por Hernández y cols.; 2010: 303).

La investigación se llevó a cabo en la Universidad Don Vasco, de Uruapan, Michoacán, formaron parte de la población de estudio los 52 estudiantes de la carrera de Pedagogía, con edades que oscilan entre los 18 y los 22 años, con un nivel socio-económico medio, en su mayoría son mujeres originarias de la ciudad de Uruapan, Michoacán, aunque algunos sujetos son de otras poblaciones cercanas.

La muestra es el subgrupo de la población del cual se recolectan los datos. (Hernández y cols.; 2010), se busca que la muestra sea significativa de la población. En este caso, no existió un muestreo, puesto que se investigó a toda la población de la carrera.

3.3. Descripción del proceso de investigación.

En la presente investigación se eligieron las variables de estrés y factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios en estudiantes de la carrera de Pedagogía de la Universidad Don Vasco, de Uruapan, Michoacán.

Se eligieron esas variables debido a que el estrés se considera uno de los principales factores que origina diversos trastornos como el de la alimentación; se escogió esa población debido a que son más susceptibles a presentar alteraciones en la conducta alimentaria debido a las exigencias de la carrera.

Se planteó un problema de investigación, objetivos, hipótesis, operacionalización de las variables, justificación, antecedentes, marco de referencia, así como un marco teórico donde se describió la variable de estrés, en el capítulo uno, y posteriormente la variable factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios, en el capítulo 2.

La investigación de campo se llevó a cabo en la carrera de Pedagogía de la Universidad Don Vasco, de Uruapan, Michoacán. Se solicitó un permiso al director para poder hacer la aplicación de las pruebas AMAS-A y EDI-2.

Las pruebas se aplicaron por grupos en toda la carrera, los estudiantes se mostraron muy participativos y entusiastas cuando se les habló de las pruebas, se

les dieron las instrucciones y todos entendieron, contestaron rápido, se resolvieron las dudas y estaban con una amplia disposición.

Una vez aplicadas las pruebas, se obtuvieron los resultados con la plantilla y se convirtieron los puntajes brutos a percentiles para obtener los resultados específicos.

Los datos fueron vaciados en una hoja de cálculo que contenía los nombres de cada estudiante y las escalas de cada prueba. A partir de esos datos obtenidos, se procedió al análisis estadístico de la información y a su interpretación.

A partir de este análisis estadístico, se redactó el informe referido a los resultados obtenidos, el cual se presenta en el apartado siguiente.

3.4 Análisis e interpretación de resultados.

Una vez planteada la descripción metodológica de la población investigada, se procederá en este apartado a presentar el análisis de los resultados obtenidos.

3.4.1. El nivel de estrés en los estudiantes de la carrera de Pedagogía de la Universidad Don Vasco.

El estrés es un proceso psicológico que se inicia con una exigencia hacia el organismo, ante la cual este no tiene los recursos para responder de la mejor manera, para ello moviliza un mecanismo de defensa que consiste en la activación psicofisiológica que permite detectar información sobre la exigencia y resolverlo actuando de manera adecuada (Palmero y cols. 2002).

El estrés es una respuesta no específica del organismo a cualquier demanda del exterior y que se encuentra presente a lo largo de la vida de las personas, haciéndola funcional o disfuncional, según su tipo de personalidad, actitudes, reacciones emocionales y conductas; debido a esto, el sujeto puede presentar diversos padecimientos físicos y mentales.

Respecto a los resultados obtenidos a partir de la aplicación de la prueba AMAS, se muestran en percentiles, tanto el nivel de ansiedad total como el de las distintas subescalas.

La media en el nivel de ansiedad total fue de 62. Esta medida “es la suma de un conjunto de datos, dividida entre el número de datos” (Elorza, 2007: 20).

De igual modo se obtuvo la mediana, que “es el valor medio de un conjunto de valores ordenados: el punto abajo y arriba del cual cae un número igual de medida” (Elorza, 2007: 20). Este valor fue de 69.

De acuerdo con este mismo autor, la moda “es la medida que ocurre con más frecuencia en un conjunto de observaciones” (Elorza, 2007: 20). En cuanto a esta escala, la moda fue de 96.

También se obtuvo el valor de una medida de dispersión: la desviación estándar, la cual “es la raíz cuadrada de la suma de las desviaciones al cuadrado de una población, dividida entre el total de observaciones” (Elorza, 2007: 20). El valor obtenido en la escala de ansiedad total es de 28.

De manera particular, se obtuvo el puntaje de la subescala de ansiedad fisiológica, encontrando una media de 55, una mediana de 58 y una moda representativa de 58. La desviación estándar fue de 26.

Asimismo, en la escala de inquietud/hipersensibilidad se encontró una media de 63, una mediana de 74 y un moda de 74. La desviación estándar fue de 28.

Por último, en la escala de preocupaciones sociales-estrés se obtuvo una media de 62, un mediana de 74 y una moda de 74. La desviación estándar fue de 28.

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 los estudiantes de la carrera de Pedagogía se encuentran dentro del rango normal de estrés.

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, superiores al percentil 70.

En la escala de ansiedad total, el 40% de los sujetos se ubican por arriba del percentil referido; en la subescala de ansiedad fisiológica, el porcentaje es de 20%; mientras que en la subescala de inquietud/hipersensibilidad es de 46%; finalmente, en la subescala preocupaciones sociales-estrés es de 50%. Estos resultados se aprecian de manera gráfica en el nexa 3.

Los resultados mencionados anteriormente son significativos en las escalas de inquietud/hipersensibilidad, preocupaciones sociales-estrés y en la escala de ansiedad total, ya que su porcentaje rebasa el 30%.

3.4.2. Indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios.

De acuerdo con lo señalado en el capítulo 2, los trastornos alimentarios son multifactoriales, ya que varios elementos intervienen tanto para la aparición como para el desarrollo y su tratamiento.

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 47, una mediana de 44, una moda de 44 y una desviación estándar de 18.
- 2) Asimismo, en la escala de bulimia se cuantificó una media de 59, una mediana de 47, una moda de 47 y una desviación estándar de 16.
- 3) De igual forma, en la escala de insatisfacción corporal se determinó una media de 43, una mediana de 44, una moda de 19 y una desviación estándar de 18.
- 4) De acuerdo con la escala de ineficacia, se obtuvo una media de 42, una mediana de 44, una moda de 55 y una desviación estándar de 19.
- 5) Por su parte, en la escala de perfeccionismo se estableció una media de 55, una mediana de 59, una moda de 59 y una desviación estándar de 24.
- 6) En la escala de desconfianza interpersonal se detectó una media de 53, una mediana de 57, una moda de 57 y una desviación estándar de 26.

- 7) De igual modo, en la escala de conciencia introceptiva se obtuvo una media de 36, una mediana de 31, una moda de 12 y una desviación estándar de 23.
- 8) Adicionalmente, en la escala de miedo a la madurez se obtuvo una media de 44, una mediana de 37, una moda de 65 y una desviación estándar de 27.
- 9) En la escala de ascetismo se obtuvo una media de 38, una mediana de 40, una moda de 40 y una desviación estándar de 23.
- 10) De acuerdo con la escala de impulsividad, se determinó una media de 35, una mediana de 26, una moda de 14 y una desviación estándar de 24.
- 11) Por último, en la escala de inseguridad social se cuantificó una media de 56, una mediana de 54, una moda de 19 y una desviación estándar de 25.

En el anexo 2 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, de manera que 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 10% de sujetos se encuentra por arriba del percentil antes señalado; en la escala de bulimia, el porcentaje es de 18%; en la insatisfacción corporal, el 2%; en la ineficacia, el 4%; en la de perfeccionismo,

el 22%; en la que respecta a la desconfianza interpersonal, 22%; en la confianza introceptiva, 10%; respecto a la de miedo a la madurez, 16%; en la de ascetismo, 12%; en la impulsividad, 10% y, finalmente, en la escala de inseguridad social, el 28%.

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 dentro de lo esperado.

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

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

En la investigación realizada en los estudiantes de la carrera de Pedagogía de la Universidad Don Vasco, de Uruapan, Michoacán, se encontraron los siguientes resultados:

Entre el nivel de estrés y la escala obsesión por la delgadez existe un coeficiente de correlación de .21 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson.

Esto significa que entre el estrés y la escala indicada, existe una correlación positiva débil de acuerdo con la clasificación de correlación que establecen 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 (r^2), dado que mediante un porcentaje se indica el grado en que las variables se encuentran correlacionadas. Para obtener esta varianza, únicamente se eleva al cuadrado el coeficiente de correlación obtenido mediante la “r” de Pearson (Hernández y cols.; 2010).

El resultado de la varianza de factores comunes fue de .04, lo que significa que entre el estrés y la obsesión por la delgadez hay una relación del 4%.

Por otra parte, entre el nivel de estrés y la escala de bulimia existe un coeficiente de correlación de .38 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto implica que entre estas características existe una correlación positiva débil.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de .11, lo que significa que entre el estrés y la escala de bulimia hay una relación del 11%.

Entre el nivel de estrés y la escala de insatisfacción corporal existe un coeficiente de correlación de -.10 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson, lo que denota que entre ellas existe una ausencia de correlación.

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

Por otra parte, entre el nivel de estrés y la escala de ineficacia existe un coeficiente de correlación de .17 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto permite afirmar que entre tales atributos existe una ausencia de correlación.

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

Entre el nivel de estrés y la escala de perfeccionismo existe un coeficiente de correlación de .53 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson, lo que implica una correlación positiva media.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de .21, lo que significa que entre el estrés y la escala de perfeccionismo hay una relación del 21%.

Entre el nivel de estrés y la escala de desconfianza interpersonal existe un coeficiente de correlación de .19 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson, lo cual deriva en que dichos atributos guardan una correlación positiva débil.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de .05, lo que significa que entre el estrés y la escala de bulimia hay una relación del 5%.

Entre el nivel de estrés y la escala de conciencia introceptiva existe un coeficiente de correlación de .36 según la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre estas características existe una correlación positiva débil.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de .11, lo que significa que entre el estrés y la escala de conciencia introceptiva hay una relación del 11%.

Entre el nivel de estrés y la escala de miedo a la madurez existe un coeficiente de correlación de .56 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto implica que entre estos atributos existe una correlación positiva media.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de .26, lo que significa que entre el estrés y la escala de miedo a la madurez hay una relación del 26%.

Entre el nivel de estrés y la escala de ascetismo existe un coeficiente de correlación de .24 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson, lo cual se traduce en una correlación positiva débil.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de .05, lo que significa que entre el estrés y la escala de ascetismo hay una relación del 5%.

Entre el nivel de estrés y la escala de impulsividad existe un coeficiente de correlación de .50 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Este índice permite afirmar que entre tales características existe una correlación positiva media.

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

Por último, entre el nivel de estrés y la escala de inseguridad social existe un coeficiente de correlación de .02, con base en la prueba “r” de Pearson. Esto denota que entre estas particularidades existe una ausencia de correlación.

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

Cabe señalar que para considerar una correlación estadísticamente significativa, el porcentaje de relación entre variables debe ser al menos del 10%.

En función de lo anterior, se puede afirmar que el nivel de estrés se relaciona de forma significativa con las escalas de bulimia, perfeccionismo, conciencia introceptiva, miedo a la madurez e impulsividad.

Como resultado divergente, no se encontró una relación significativa entre el nivel de estrés y las escalas de obsesión por la delgadez, insatisfacción corporal, ineficacia, desconfianza interpersonal, ascetismo e inseguridad social.

A partir de los resultados presentados, se confirma la hipótesis de trabajo, que afirma que existe una relación significativa entre el nivel de estrés y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en los alumnos de la carrera de

Pedagogía, en las escalas de bulimia, perfeccionismo, conciencia introceptiva, miedo a la madurez e impulsividad.

Asimismo, se confirma la hipótesis nula para las escalas de obsesión por la delgadez, insatisfacción corporal, ineficacia, desconfianza interpersonal, ascetismo e inseguridad social.

CONCLUSIONES

Los objetivos particulares referidos a los aspectos teóricos de la variable de estrés, es decir, su definición conceptual, los factores que influyen en ella, así como su importancia en el ámbito psicológico, se alcanzaron en el desarrollo del capítulo número uno.

A su vez, el objetivo empírico referido a la evaluación de tal variable en la población de los alumnos de la carrera de Pedagogía, se logró mediante la administración de la prueba denominada AMAS. Los resultados obtenidos se muestran con detalle en el capítulo número 3.

Por otra parte, en el capítulo número 2 se da cuenta de los objetivos particulares de carácter teórico, referidos a la segunda variable del presente estudio, es decir, a los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios.

La medición de tal variable con sus diferentes subescalas, se muestra detalladamente en el capítulo número 3, donde se exponen los resultados estadísticos en cuanto a las medidas de tendencia central y la desviación estándar.

La consecución de los objetivos anteriores permitió alcanzar con suficiencia el objetivo general que guio la presente indagación, es decir, establecer la relación que

existe entre el estrés y los trastornos alimentarios en estudiantes de la carrera de Pedagogía de la Universidad Don Vasco, de Uruapan, Michoacán.

Como resultados alcanzados se corrobora la hipótesis de trabajo en los casos de la correlación entre el estrés y las subescalas de bulimia, perfeccionismo, conciencia introceptiva, miedo a la madurez e impulsividad.

Por otra parte, se corrobora la hipótesis nula en los casos de la correlación entre el nivel de estrés y las subescalas denominadas: obsesión por la delgadez, insatisfacción corporal, ineficacia, desconfianza interpersonal, ascetismo e inseguridad social.

Como aspecto relevante en cuanto a los hallazgos logrados, se puede mencionar que la ansiedad total tiene un porcentaje preocupante y en las subescalas de inquietud/hipersensibilidad y preocupaciones sociales-estrés, lo cual merece ser atendido de manera oportuna y de forma eficaz.

Si bien la estrategia metodológica empleada en el presente estudio logró su propósito, es recomendable que se complemente con una investigación de corte cualitativo, para lograr una comprensión más integral de la problemática.

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.

Belloch, Amparo; Sandín, Bonifacio; Ramos, Francisco. (1995)

Manual de psicopatología.

Editorial McGraw-Hill. España.

Butcher, James; Mineka, Susan; Hooley, Jill. (2007)

Psicología clínica.

Editorial PEARSON. España.

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 Learning. México.

Garner, David M. (1998)

Inventario de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2).

TEA Ediciones. Madrid.

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

(2010)

Metodología de la investigación.

Editorial McGraw-Hill. México.

Ivancevich, John; Matteson, Michael. (1985)

Estrés y trabajo.

Editorial Trillas. México.

Jarne, Adolfo; Talarn, Antoni. (2000)

Manuel de psicopatología clínica.

Editorial Paidós Ibérica. Buenos Aires.

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

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

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

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

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

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

Reynolds, Cecil R.; Richmond, Bert O.; Lowe, P.A. (2007)
AMAS. Escala de ansiedad manifiesta en adultos.
Editorial El Manual Moderno, S. A. de C.V., México.

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

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

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

MESOGRAFÍA

Barraza Macías, Arturo. (2003)

“Características del estrés académico de los alumnos de educación media superior”.
Revista Psicología Científica.com, 7(9).

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

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

“Estrés y trastornos de la conducta alimentaria”.

Revista Chilena de Neuro-psiquiatría.

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

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

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

Revista de Educación y Desarrollo.

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

López Coutiño, Berenice; Arias Ibáñez, Alba; Nuño Gutiérrez, Bertha. (2006)

“Una aproximación a la estructura familiar de mujeres con anorexia y bulimia”.

Instituto Mexicano del Seguro Social.

<http://www.tallersur.com/adolesc/libros/libroanorexia.pdf>

Lugli Rivero, Zoraide; Vivas Peñalver, Eleonora. (2006)

“CONDUCTAS Y ACTITUDES SUGESTIVAS DE RIESGO DE TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS VENEZOLANOS”.

Revista de la Facultad de Medicina

Print version ISSN 0798-0469. RFM vol.29 no.2 Caracas Dec. 2006.

http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-04692006000200014&lng=en&nrm=iso&ignore=.html

Página oficial de la Universidad Don Vasco. (2014)

www.udv.edu.mx

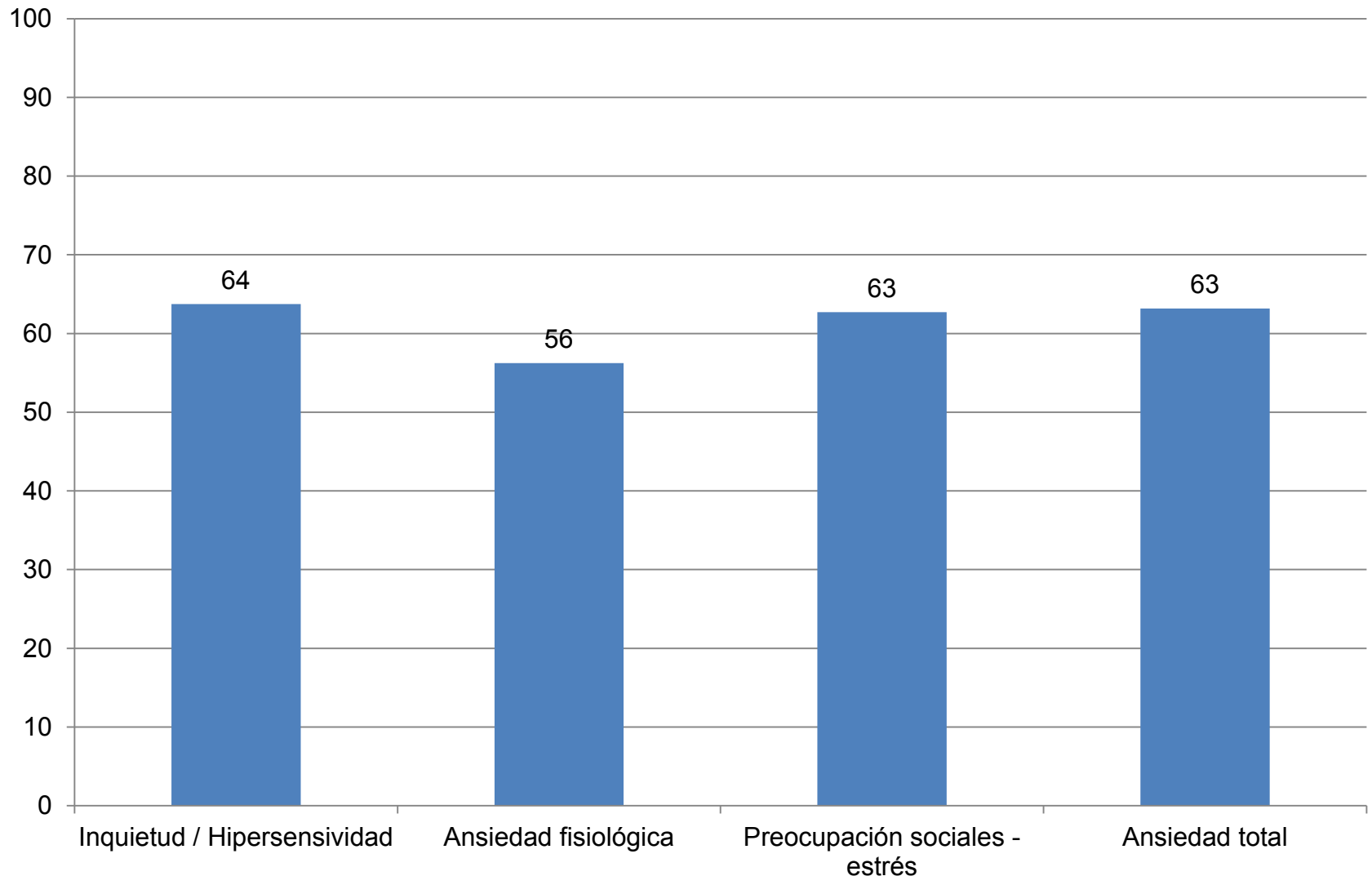
Ruiz Cervantes, Tanya Elizabeth; Vaquero Cázares, José Esteban; Vargas Ramírez, Alberto; Díez, Ma. del pilar. (2004)

“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.

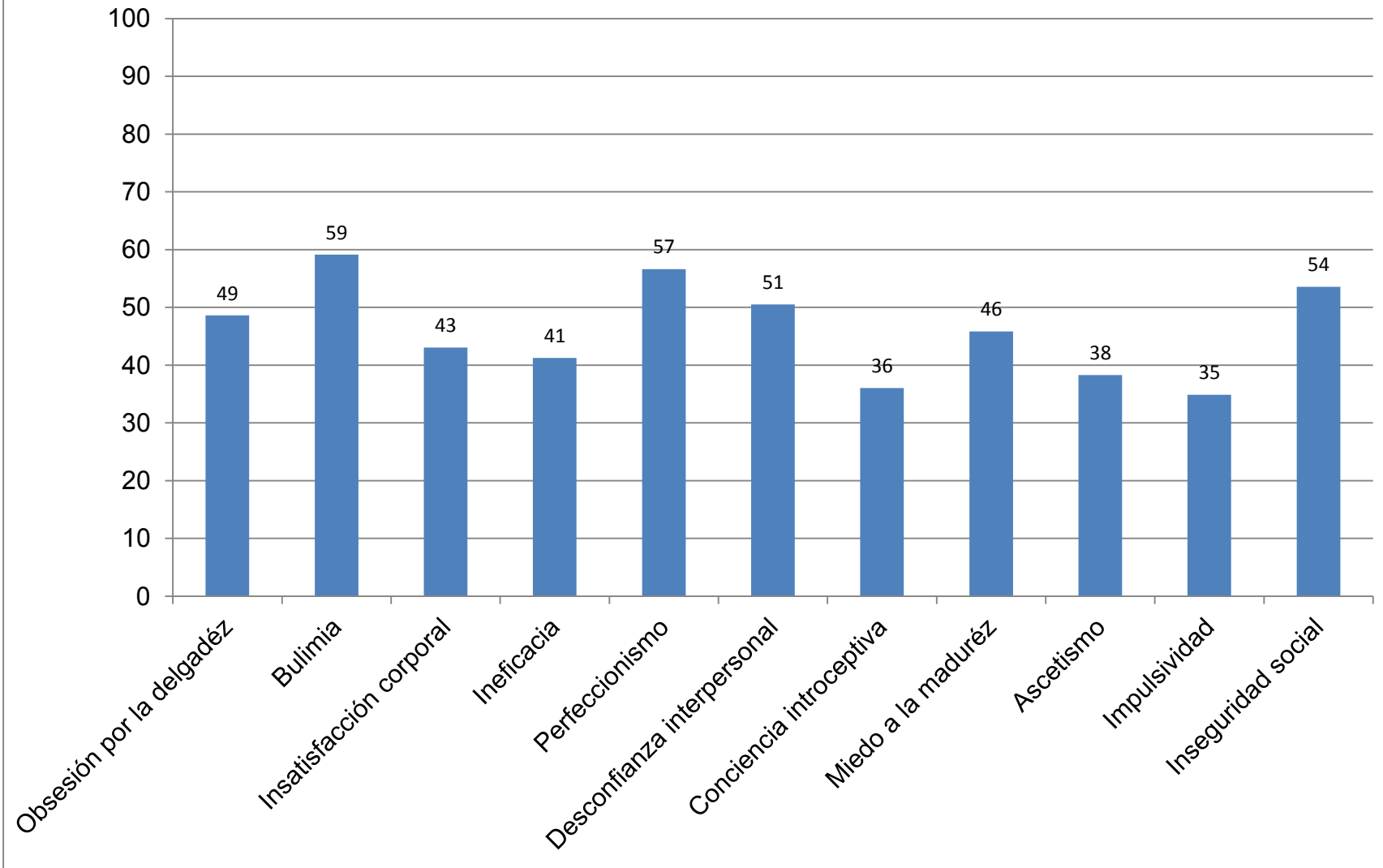
<http://www.medigraphic.com/pdfs/fisica/mf-2004/mf041c.pdf>

ANEXO 1
Media aritmética de las escalas de ansiedad



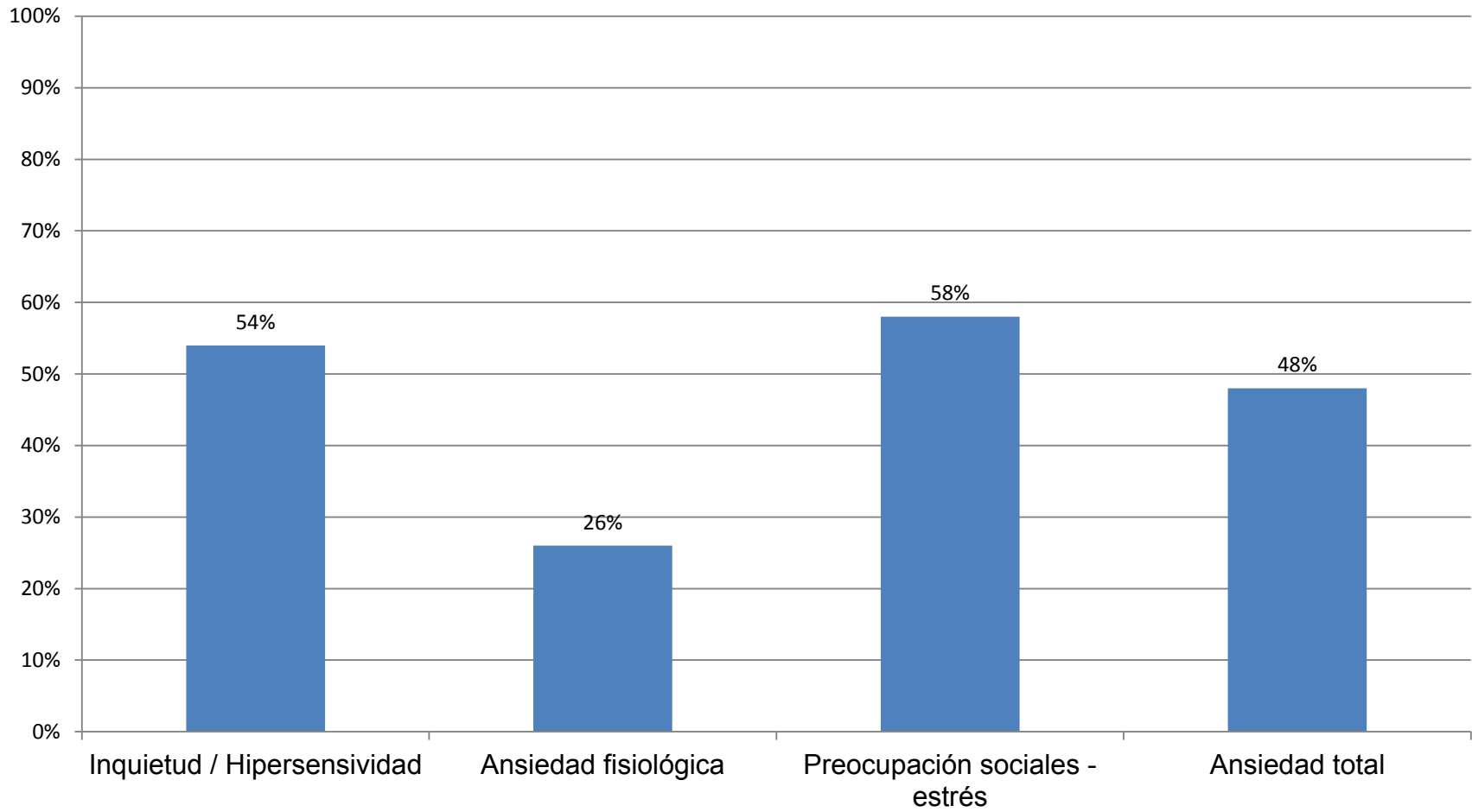
ANEXO 2

Media aritmética de los indicadores de trastornos alimentarios



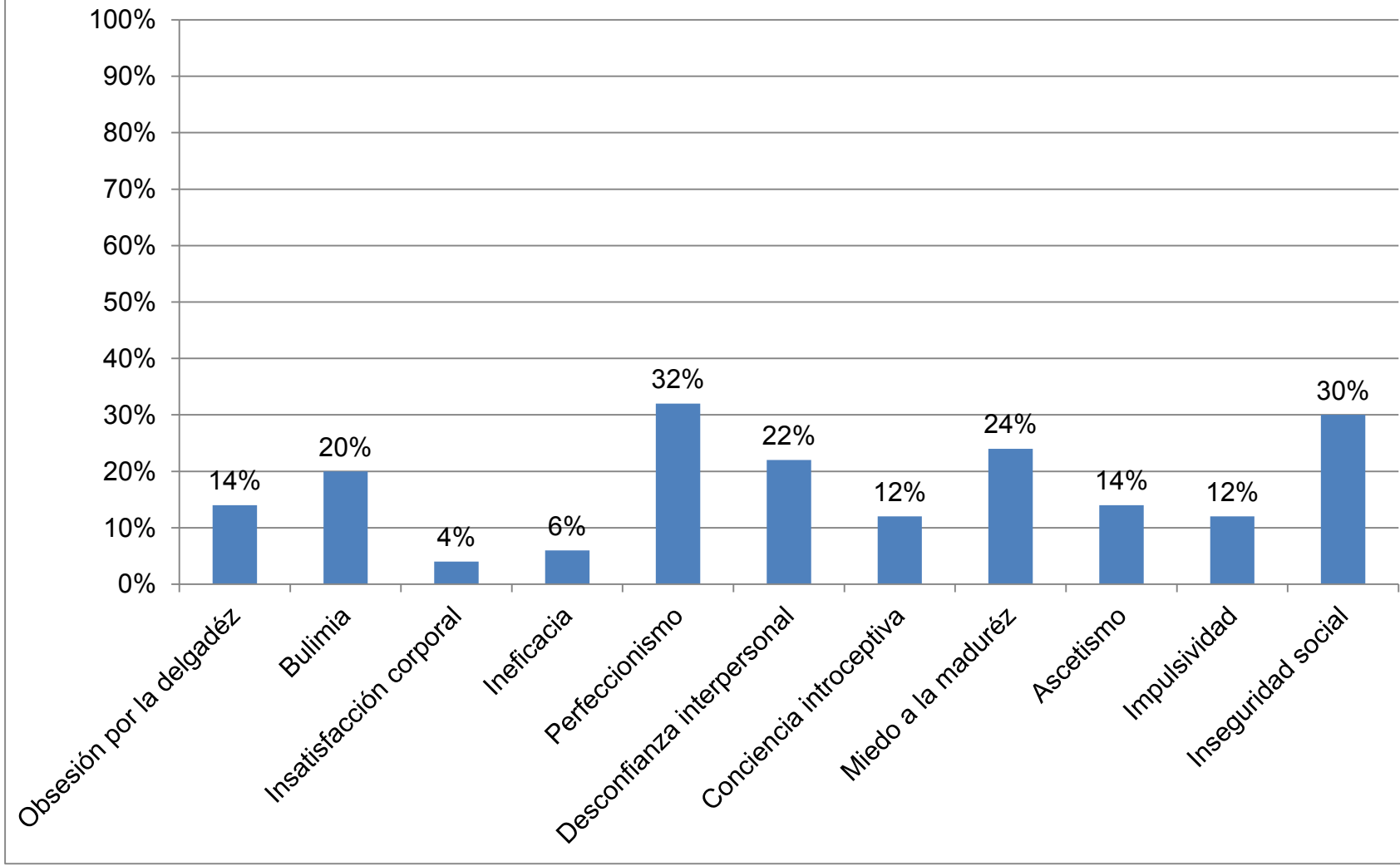
ANEXO 3

Porcentaje de sujetos con puntajes preocupantes en las escalas de ansiedad



ANEXO 4

Porcentaje de sujetos con puntajes preocupantes en los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios



ANEXO 5

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

