



UNIVERSIDAD DON VASCO, A.C.

INCORPORACIÓN NO. 8727- 25 A LA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

*INFLUENCIA DEL ESTRÉS EN LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS DE LOS
ALUMNOS DEL COLEGIO DE BACHILLERES, PLANTEL CHARAPAN.*

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

Gilberto Gómez Reyes

Asesor: Lic. Héctor Raúl Zalapa Ríos.

Uruapan, Michoacán, a 9 de agosto del 2011.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

Introducción

Antecedentes.	1
Planteamiento del problema.	6
Objetivos.	7
Hipótesis.	8
Justificación.	10
Marco de referencia.	12

Capítulo 1. Estrés.

1.1. Antecedentes históricos del estrés	14
1.2. Tres enfoques teóricos del estrés.	19
1.2.1. Estrés como estímulo.	19
1.2.2. Estrés como respuesta.	21
1.2.3. Estrés como relación persona-entorno (enfoque interactivo).	23
1.2.3.1. El concepto integrador de estrés.	25
1.3. Los estresores.. . . .	26
1.3.1. Estresores psicosociales.	27
1.3.2. Estresores biogénicos.	29
1.3.3. Estresores en el ámbito académico.	30
1.4. Procesos del pensamiento que propician el estrés.	32
1.5. Los moduladores del estrés.	34
1.5.1. Control percibido.	35
1.5.2. El apoyo social.	35
1.5.3. Tipos de personalidad: A/B.	37

1.5.3.1. Personalidad tipo A y problemas cardiacos.	38
1.6. Los efectos negativos del estrés.	40

Capítulo 2. Trastornos alimentarios.

2.1. Antecedentes históricos de la alimentación.	44
2.2. Definición y características clínicas de los trastornos alimenticios.	46
2.2.1. Anorexia nerviosa.	47
2.2.2. Bulimia nerviosa.	48
2.2.3. Trastorno por atracón.	49
2.2.4. Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas.	51
2.2.5. Vómito en otras alteraciones psicológicas.	52
2.2.6. Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia.	52
2.3. Esfera oroalimenticia en la infancia.	53
2.3.1. Organización oroalimenticia.	53
2.3.2. Alteraciones en la esfera oroalimenticia.	55
2.4. Perfil de la persona con trastornos de alimentación.	58
2.5. Causas del trastorno de alimentación.	61
2.5.1. Factores predisponentes individuales.	62
2.5.2. Factores predisponentes familiares.	65
2.5.3. Factores socioculturales.	67
2.6. Percepción del cuerpo en el trastorno alimenticio.	69
2.7. Factores que mantienen los trastornos alimenticios.	72
2.8. Trastornos mentales asociados con los trastornos alimenticios.	74
2.8.1. Trastornos alimenticios y depresión.	75
2.8.2. Trastornos alimenticios y ansiedad.	80

2.9. Tratamiento de los trastornos alimenticios.	81
--	----

Capítulo 3. Metodología, análisis e interpretación de resultados.

3.1. Descripción de la metodología.	88
3.1.1. Enfoque cuantitativo.	88
3.1.2. Investigación no experimental.	91
3.1.3. Estudio trasversal.	92
3.1.4. Diseño correlacional.	93
3.1.5. Técnicas de recolección de datos.	94
3.2. Población y muestra.	98
3.2.1. Delimitación y descripción de la población.	99
3.2.2. Proceso de selección de muestreo.	99
3.3. Descripción del proceso de investigación.	100
3.4. Análisis e interpretación de resultados.	102
3.4.1. Trastornos alimentarios.	102
3.4.2. Descripción de la variable estrés.	107
3.4.3. Relación entre el nivel de estrés y los trastornos alimentarios.	109
Conclusiones.	116
Bibliografía.	118
Otras fuentes de información.	121

Anexos

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo determinar el grado de correlación entre el estrés y los trastornos alimentarios en los alumnos del Colegio de Bachilleres del Plantel Charapan, del ciclo escolar 2010-2011.

La metodología utilizada en este estudio fue cuantitativa, no experimental, el tipo de estudio fue transversal con un alcance correlacional no causal. Los instrumentos de medición que se utilizaron son las siguientes: para la medición de la variable estrés, se empleó la Escala de Ansiedad Manifiesta en niños, revisada (CMAS-R), diseñada por los autores Reynolds y Richmond (1997). Para la medición de la variable de trastornos alimentarios se utilizó la prueba Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2), el autor es David M. Gardner (1998).

La muestra de estudio fueron estudiantes de cuarto y sexto semestre del Colegio de Bachilleres plantel Charapan.

Como resultados se corroboró la relación entre estrés e ineficacia, estrés y bulimia, así como estrés y conciencia introceptiva. Por el contrario no se encontró correlación entre el estrés y el resto de las escalas de trastornos alimentarios.

INTRODUCCIÓN

El propósito de la presente investigación es determinar el grado de relación entre el estrés y los trastornos alimentarios, debido a que existen algunos estudios realizados que confirman y otros que niegan la relación que tienen ambas variables.

Antecedentes.

“El término estrés es de origen anglosajón y se significa ‘tensión’, ‘presión’, ‘coacción’ ” (Caldera y cols.; 2007: 79).

Respecto a los antecedentes de este vocablo “comienza a ser usado en 1930 cuando un joven austriaco, estudiante de segundo año de medicina llamado Hans Selye, detectando que los enfermos que estudiaba de enfermedades que padecían presentaban síntomas comunes y generales, como: cansancio, pérdida de apetito, baja de peso, astenia entre otros, llama mucha la atención y decidió llamarle ‘el síndrome de estar enfermo’. Después de otros estudios realizados se dio cuenta que varias enfermedades tales como las cardíacas, hipertensión arterial y otras emocionales, resultaban de cambios fisiológicos, Selye decidió llamarle estrés biológico para después denominarlo con el término que hoy en día lo conocemos como estrés” (Caldera y cols.; 2007: 79).

Caldera y cols. (2007) refieren que a pesar de tantos estudios y miles de trabajos realizados, hay quienes califican al estrés como ubicuo, ya que tiene una dificultad para definirlo adecuadamente. “Una de las definiciones más formales es la que proporciona la Organización Mundial de la Salud, definiendo al estrés como: el conjunto de reacciones que prepara el organismo para la acción” (Palmero y cols.; 2002: 224).

Los autores anteriores definen en la actualidad al estrés como un proceso psicológico que se origina ante una exigencia al organismo, frente a la cual éste no tiene recursos para dar una respuesta adecuada, esta situación activa un mecanismo de emergencia que consiste en una respuesta fisiológica que permite recoger más y mejor información, para procesarla más rápido y dar una mejor interpretación, de modo que se permite al organismo actuar de una manera adecuada a la exigencia.

Por otra parte, Shelley (citado por López y cols., en www.tallersur.com) expresa que el concepto de trastornos alimentarios se basa en manifestaciones de tipo fisiológico, conductual y psicológico que conllevan a pérdida de peso y apetito. Este padecimiento se remonta a la Edad Media, en el siglo XIV, cuando se hablaba de una enfermedad misteriosa, que transformaba a las personas que la padecían y se caracterizaba por una gran pérdida de peso y una dieta de hambre autoimpuesta. Posteriormente, después de varios estudios y de tres siglos, ocurrió la primera descripción clínica, que fue sobre la anorexia nerviosa atribuida a Morton en 1694, y en 1874, Willam Gull recalcó el nombre de anorexia nerviosa

para que así se quedara definitivamente el nombre. Posteriormente, en 1950 se describe otra enfermedad similar, llamada bulimia, como un patrón de las conductas de algunos sujetos obesos, y en 1970 se reconoció que tiene relación con la anorexia nerviosa. Las razones cognitivas de la anorexia y la bulimia coinciden con patente miedo a engordar y una preocupación excesiva por el cuerpo, peso y alimentos, según lo menciona Mateos (citado por López y cols., en www.tallersur.com).

“La anorexia nerviosa es un trastorno alimentario que se caracteriza por el rechazo a mantener el peso adecuado a su edad y talla corporal y una búsqueda constante de adelgazar su cuerpo al máximo no importándole su integridad” (López y cols., citado en www.tallersur.com).

“La anorexia así como su semejante se dice que proviene del griego *tino inpatientia* proviene del griego *anoertous* o *asitous* que alude a quien no tiene apetito, que evade el alimento que ya no desea, ‘por lo tanto, la palabra anorexia hace referencia a quienes carecen de apetito hacia a la comida, la existencia y la vida misma’. Es un síndrome que ataca a los adolescentes y mujeres hombres, a éstos los caracteriza una pérdida de peso autoinducida, el uso de laxantes, diuréticos o exceso de ejercicio físico para lograr el peso que según perciben, es el adecuado para ellos” (Hernández; 2006: s/p, en www.uvmnet.edu).

La otra definición que da Hernández (www.uvnet.edu) sobre el trastorno alimentario de la bulimia nerviosa, es el etimológico: el término, según sus raíces

griegas, significa *hambre de buey*. Es la forma particular de ingesta excesiva de alimentos acompañada de temor a engordar, sensación de pérdida de control, remordimientos y distintos intentos de anular los hechos provocándose el vómito cada vez que se ingiere algún alimento acompañado de laxantes o diuréticos, esto se intercala con una dieta sumamente estricta.

En cuanto a las investigaciones más recientes enfocadas a identificar y describir la relación que existe entre el estrés y el rendimiento académico de los estudiantes, existe una efectuada en de la carrera de psicología del Centro Universitario de los Altos. Esta investigación fue realizada por Caldera y cols., en febrero de 2007. El tipo de estudio que se sustenta esta investigación es descriptivo, correlacional y transversal, no experimental, ya que la intención se centra en los niveles de estrés de la población estudiantil, para identificar la relación de este fenómeno con las variables: rendimiento académico, grado escolar edad y género. Los resultados obtenidos no muestran una relación significativa entre el nivel de estrés y el rendimiento académico de los estudiantes, situación que obliga a que se reflexione más sobre la posible relación, ya que el análisis demuestra la no relación directa entre ambas variables, pero sí manifiesta tendencias interesantes que obligan a profundizar más al respecto.

Otra investigación es la realizada por Hernández, titulada “Las influencias familiar y social en la anorexia y la bulimia, en el caso de Saltillo, México”, que se efectuó en el periodo de octubre a diciembre de 2006. Es un estudio que usó la estadística descriptiva, un modelo no experimental y un análisis de medidas de

tendencia central y variabilidad. Los resultados permiten identificar que uno de cada cuatro sujetos presentó cuando menos un síntoma relacionado con trastornos alimenticios. Los factores que pueden influir en ellos son: la presión de sus iguales y el sexo opuesto para ser aceptados; la autoimagen distorsionada que los lleva a percibirse gordos, aunque no lo estén, y los factores familiares, como la percepción de una madre central perfeccionista y un padre periférico que dificultan la comunicación interna. También se encontró un exceso de lealtad y dependencia familiar.

Por otra parte, se defecto un artículo de investigación realizado por Behar y Valdés, titulado “Estrés y Trastornos de Conducta Alimentaria”, realizado en 2009 en Chile, El método utilizado requirió de una Escala de Autoevaluación del Estrés (SRRS), el Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40), el Inventario De Desordenes Alimentarias (EDI), y el Cuestionario de Silueta Corporal (BSQ), que fueron aplicados a 50 pacientes sin trastornos alimentarios, por lo que se convierte en un estudio experimental, que arrojó los siguientes resultados: los pacientes presentan un mayor nivel de estrés previo al diagnóstico, principalmente en conflictos familiares y cambios de habito; el estrés en pacientes se relaciona positivamente con perfeccionismo; en el IDE se detectó que las estudiantes tienen temor a madurar, sensación de inutilidad, insatisfacción corporal, perfeccionismo y motivación hacia adelgazar. Como conclusión, se enfatiza la importancia de eventos vitales estresantes en los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), especialmente la dinámica familiar para la focalización de medidas preventivas.

Planteamiento del problema.

Se ha encontrado en los sustentos teóricos sobre el nivel de estrés, que este fenómeno se encuentra asociado con alteraciones de la conducta propia de los trastornos alimentarios, aunque de cierta forma esto es algo eventual, ya que no se ha determinado de modo suficiente, sin embargo, hay estudios que afirman la relación entre ambos; por otra parte, también existen estudios sobre trastornos alimentarios, por lo que teóricamente se menciona que el estrés puede influir en éstos, pero dicha presunción necesita indagarse más a detalle.

El estrés es un tema ampliamente discutido: en la actualidad existen comentarios y numerosas publicaciones en revistas y libros científicos que exhiben su amplia divulgación en todos los medios de la cultura actual. México uno de los principales países con alto niveles de estrés, la razón es que presenta los principales factores que propician esa enfermedad, tales como pobreza o cambios constantes de situación, esto provoca que se viva en constante tensión y presión. Lo grave es que el estrés es un importante generador de patologías, que se pueden reflejar en los trastornos alimentarios de los adolescentes de hoy en día, en quienes recae con más fuerza. Los trastornos alimentarios no distinguen sexo o nivel socioeconómico, ya que en la actualidad, en los adolescentes aumenta generalmente la preocupación por su imagen física o el temor a engordar, lo que propicia en ellos niveles más altos de estrés por el afán de verse mejor y ser aceptados en la sociedad.

Este problema se ha estado reflejando en los alumnos del Colegio de Bachilleres del plantel Charapan, Michoacán, ya que los profesores encargados del proceso educativo argumentan que han venido observando conductas de alimentación preocupantes en los alumnos, que posiblemente estarían relacionadas a los altos niveles de estrés.

De acuerdo con lo anterior se pretende responder a la siguiente pregunta: ¿existe relación significativa entre el nivel de estrés y los trastornos alimentarios de los adolescentes del Colegio de Bachilleres del plantel Charapan, Michoacán, del ciclo 2010-2011?

Objetivos

Los objetivos son finalidades que se pretenden alcanzar durante y al término de la investigación, esto conlleva una mayor efectividad en el proceso metodológico. Enseguida se muestran los de la presente investigación.

Objetivo general

Determinar el grado de correlación entre el estrés y los trastornos alimentarios en los alumnos del Colegio de Bachilleres del plantel Charapan, del ciclo escolar 2010-2011.

Objetivos particulares

1. Definir el concepto de estrés.
2. Identificar las causas del estrés.
3. Identificar el cuadro sintomatológico del estrés.
4. Identificar los principales enfoques teóricos del estrés.
5. Definir el concepto de trastornos alimentarios.
6. Identificar las características psicológicas de los trastornos alimentarios.
7. Determinar las causas de los trastornos alimentarios.
8. Identificar la sintomatología de los trastornos alimentarios.
9. Medir el nivel de estrés de los alumnos del Colegio de Bachilleres, plantel Charapan.
10. Evaluar los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en los alumnos del Colegio de Bachilleres, plantel Charapan.
11. Determinar la relación estadística entre el nivel de estrés y los trastornos alimentarios en los alumnos del Colegio de Bachilleres, plantel Charapan.

Hipótesis

Las hipótesis son explicaciones provisorias que guían la investigación, indican que se está buscando o tratando de comprobar, son proposiciones tentativas acerca de las variables.

Hipótesis de trabajo

Existe una relación significativa entre los niveles de estrés y los trastornos alimentarios de los jóvenes estudiantes del Colegio de Bachilleres plantel Charapan, Michoacán, ciclo escolar 2010-2011.

Hipótesis nula

No existe una relación significativa entre los niveles de estrés y los trastornos alimentarios de los jóvenes estudiantes del Colegio de Bachilleres plantel Charapan, Michoacán, ciclo escolar 2010-2011.

Variables

Independiente: estrés.

Dependiente: trastornos alimentarios.

Operacionalización de las variables de investigación

La variable estrés se identificará como el resultado que cada sujeto obtenga en la prueba CMAS-R de Reynolds y Richmond (1997), la cual está conformada por cuatro escalas y una más que mide la mentira en el sujeto investigado.

La variable trastornos alimentarios, se identificará por el puntaje que el sujeto obtenga en la prueba Inventario de Trastornos de las Conductas Alimentarias (EDI-2) de David M. Gardner (1998), la cual ubica 11 escalas relacionadas con los rasgos psicológicos propios de los trastornos alimentarios.

Justificación

El nivel de estrés y los trastornos alimentarios merecen una especial atención por parte de los alumnos, padres de familia, docentes, comunidad y profesionistas sociales, especialmente psicólogos.

La presente investigación beneficia directamente a los estudiantes evaluados, ya que tendrán conciencia sobre la importancia que se debe otorgar a los trastornos alimentarios y al nivel de estrés; los padres, por su parte, contarán con antecedentes de sintomatología que puede presentarse en sus hijos para estar más alertas.

El beneficio que obtendrán las instituciones consistirá en que con estos antecedentes permitirán conocer la sintomatología e indicadores psicológicos relacionados con la presencia de trastornos alimentarios, así como el nivel de estrés que pudiera presentarse en algún alumno. Al tener estos conocimientos, los docentes podrían identificar dichos problemas con los alumnos de la institución y podrán intervenir rápidamente para canalizarlos con algún experto en el tema.

La psicología se beneficiará con la investigación por hecho de que no existen muchos estudios que relacionen las variables de estrés y trastornos alimentarios, además que se pueden retomar los resultados obtenidos y realizar indagaciones de mayor alcance, con el necesario sustento teórico y científico.

La investigación es propia de la psicología porque se está trabajando con personas y al hablar de las variables estrés y trastornos alimentarios, se abordan manifestaciones y cambios fisiológicos, conductuales y psicológicos, así como trastornos emocionales y mentales, temas que le competen a la psicología, ya que existe la posibilidad de un análisis diagnóstico y terapéutico para el sujeto que padece dichas conductas inapropiadas.

Este tema contribuye al mejoramiento de la sociedad ya que con esta investigación se conocerá sobre un tema cuya incidencia lo hace merecer especial atención e intervención.

Marco de referencia

El Colegio de Bachilleres del Estado de Michoacán, Plantel, Charapan, es una organización pública descentralizada que imparte educación media superior con calidad, equidad y cobertura de servicio educativo, mediante la implementación del sistema de gestión que permite la mejor continuidad de todos los profesores.

La institución fue construida por disposición del Ingeniero Cuauhtémoc Cárdenas Solórzano y el H. Ayuntamiento Constitucional a cargo del entonces presidente municipal, Isaac Bonaparte Martínez, en el periodo 1984-1986.

Este Colegio está ubicado en la población de Charapan, Michoacán, sobre la carretera Uruapan – Charapan, con domicilio en Calzada #10. Tiene impartiendo educación aproximadamente 26 años, atiende una población de tipo rural y cuenta con 344 alumnos, quienes tienen la oportunidad de seleccionar el bachillerato que deseen, según las diferentes profesiones que deseen proseguir: Químico–biológico, Histórico–social, Físico-matemático y Arquitectura. Los alumnos no son únicamente de la población de Charapan, sino que también acuden jóvenes de diferentes comunidades circunvecinas; el horario del plantel es matutino y cuenta con 37 trabajadores, los cuales se dividen en 13 docentes hombres y cinco mujeres; en educación artística atienden dos hombres y una mujer, en idiomas, un hombre. El personal administrativo está conformado por diez hombres y cuatro mujeres. Los estudios de los docentes son: Licenciados en Pedagogía, en Derecho, en Filosofía, y en Informática, además de Ingenieros Químicos, Físicos, así como Arquitectos.

Dentro de su infraestructura, cuenta con cuatro hectáreas, la cuales se dividen en un 60% de área verde y el otro 40% de terreno construido de concreto y tabique. Dentro de lo construido se cuenta con seis edificios que se dividen en 14 aulas y cuatro oficinas, una de ellas es la dirección. También se tiene una sala de maestros para sus reuniones, una cafetería, una biblioteca, tres laboratorios para las prácticas de los alumnos, uno de ellos es de informática, que cuenta con señal de Internet, el otro de inglés y uno más de física y química. También cuenta con un salón audiovisual, baños divididos para hombres y mujeres, también cuenta con baños exclusivos para los docentes y un estacionamiento. En el plano deportivo cuentan con una cancha de futbol rápido, una de futbol soccer y dos de básquetbol.

La misión de Colegio de Bachilleres del Estado de Michoacán es que a través de los profesionales de la educación, sea posible impartir e impulsar una educación media superior integral que asegure la información de los jóvenes comprometidos con su entorno, con amplio sentido crítico y propositivo, que estén posibilitados para cursar exitosamente sus estudios superiores e insertarse posteriormente en el mercado laboral.

Su filosofía reside en actuar siempre con honestidad y compromiso, en un ambiente de cooperación y respeto, aportando lo mejor de cada uno de sus profesores para alcanzar la misión establecida.

Éste es, a grandes rasgos, el panorama contextual del Colegio de Bachilleres, plantel Charapan.

CAPÍTULO 1

EL ESTRÉS

El estrés es un término que resulta conocido y es considerado como un problema frecuente en la actualidad. En esta investigación se trata como una variable de estudio, cuyo sustento teórico se presentará enseguida.

En este capítulo se considerarán los antecedentes históricos del estrés, los distintos enfoques teóricos para su estudio, los moduladores y las consecuencias de dicho fenómeno en la vida de las personas.

1.1. Antecedentes históricos del estrés.

“El estrés es una palabra relativamente moderna; empezó a recibir una atención profesional generalizada después de la segunda Guerra Mundial. A medida de que cada vez más científicos, biólogos y sociólogos empezaron a darle importancia al estrés, el público también comenzó a presentar atención” (Lazarus y Lazarus; 2000: 280). La palabra estrés ya se utilizaba de manera esporádica en el siglo XIV, para referirse a la dureza, momentos angustiosos, adversidad o aflicción.

De acuerdo con Lazarus y Lazarus. (2000), en el siglo XVII, el estrés consiguió su primera importancia técnica, cuando el físico y biólogo Robert Hooke,

trató de ayudar a la ingeniería a elaborar estructuras realizadas por el hombre, por ejemplo, puentes que resistieran cargas de gran peso y fuertes movimientos.

"El análisis de Hooke, ayudó bastante en la manera de definir la tensión en fisiología, psicología y sociología, ya que el estrés se convirtió en el término para definir una exigencia del entorno; también estaba especialmente interesado en las características de los metales que los hacían vulnerables a la deformación o rotura como resultado de una carga o fuerzas de la naturaleza. Sin embargo, estas investigaciones resultaron más benéficas para la psicología, puesto que la capacidad de los metales para soportar cargas es como la capacidad de las personas para sobre llevar el estrés. En ésta se utilizan las palabras resistencia y vulnerabilidad" (Lazarus y Lazarus; 2000: 280).

Dentro de la misma línea de investigación del estrés, Bernard (citado por Sánchez; 2007) demuestra que la naturaleza programa genéticamente a los seres vivos para hacerse más fuertes y enfrentar las contingencias que existan en el exterior, por lo que si existe algún cambio en el interior, puede perturbar el organismo del ser vivo. La ventaja que hay es que los seres vivos tienen la capacidad de mantenerse estables internamente, aunque existan cambios externos. Con esto Bernard descubre la capacidad dispuesta de adaptación al cambio. Esto lo lleva a realizar estudios sobre las consecuencias de la alteración del equilibrio en el organismo, sometiéndolo a situaciones de presión externa, y esto a su vez, lo condujo a la deducción de que la base del éxito de la salud es que el organismo no pierda el equilibrio, porque el detrimento de éste implica daños a la salud.

“Tiempo después, los principios fueron aplicados durante la primera mitad del siglo XX por el fisiólogo Estadounidense Walter Bradford Cannon que llamó al estado dinámico como ‘Homeostasis’. También analizó algunos procesos de regularización del organismo. En 1922 Cannon propuso el término ‘homeostasis’ para designar los procesos fisiológicos que provocan el miedo constante dentro del organismo mediante varios mecanismos fisiológicos. Esto provocó que pusiera más énfasis en el funcionamiento de sistema nervioso central y el control de la homeostasis” (Sánchez; 2007: 16).

Cannon (citado por Sánchez; 2007) planteó que los eventos inesperados por el organismo, provocan emociones que pueden ocasionar una respuesta de “ataque” o de “huida” lo que permite identificar la correlación entre lo biológico y lo psicológico. Después de esto, Cannon, en 1939, adoptó el término estrés introducido por Selye para referirse a los factores que ocasionan un debilitamiento de los mecanismos homeostáticos, a los que se refiere como niveles críticos de estrés.

“Estas referencias aportadas por Cannon son quizás las más importantes para que Hans Selye comenzara con sus estudios en torno al síndrome general de adaptación” (Sánchez; 2007: 15).

“La Organización Mundial de la Salud, define el estrés como ‘la respuesta no específica a cualquier demanda del exterior’, y al estímulo causante del estrés lo llamo estresor” (Sánchez; 2007: 15).

Selye (citado por Sánchez; 2007) menciona que el estrés se divide en tres fases: de alarma, de resistencia y de agotamiento.

En la fase de alarma el organismo está preparado para enfrentar situaciones nuevas, inesperadas y de emergencia, que requieran de gran energía. Cuando se presenta una situación de alarma o riesgo, el cerebro estimula al hipotálamo, o a la glándula pineal; ésta secreta sustancias llamadas “mensajeros” las cuales se trasladan hasta la glándula suprarrenales; ahí se libera otra hormona llamada cortisona. La medula de las glándulas suprarrenales produce adrenalina, la cual es la responsable de la mayoría de los síntomas de estrés. Si esta situación está presente todavía en la fase de resistencia, el organismo utiliza su mecanismo de defensa exigiéndose al máximo.

La fase de resistencia se desarrolla cuando los estímulos estresores se mantienen en forma constante, con ello provocan la activación fisiológica y psicológica, y llevan al organismo a esforzarse al máximo para continuar adaptándose. Sin embargo, si esto se prolonga por largo tiempo, el hipotálamo, las glándulas suprarrenales y la hipófisis pueden presentar agotamiento, lo que puede acabar con los recursos energéticos.

Estas investigaciones continuaron cuando se produjo la Segunda Guerra Mundial ya que en ella surgió un gran interés por el estrés, porque los soldados muchas veces se sobrecargaban emocionalmente en combate. En ese tiempo esa crisis la llamaban “fatiga de combate” o “neurosis de guerra”, por lo que era

necesaria una explicación psicológica. Esto era un motivo de preocupación para las autoridades militares por que el estrés hacía que los soldados se sintieran desmoralizados y huyeran de los enemigos o no atacaran; una gran cantidad de hombres padecía estos síntomas, y éstos tenían que ser relevados de sus cargos militares. Esta situación creó la necesidad de investigar cómo se podían escoger hombres resistentes al estrés y cómo entrenarlos para que supieran manejar la situación, este caso incitó a que uno de los investigadores participará persistentemente en la investigación para entender mejor las consecuencias y así buscar una posible solución.

De acuerdo con Lazarus y Lazarus (2000) después de la Segunda Guerra Mundial, se hizo evidente que no sólo en esa situación se presentaba el estrés, sino que también dentro de la vida cotidiana, en situaciones como en el matrimonio, el mismo desarrollo o el crecimiento, asistir la escuela, presentar exámenes, padecer enfermedades y muchas más. Estas circunstancias también pueden ocasionar disfunciones psicológicas.

El interés por el estrés como causa de angustia y disfunción psicológica sale a flote en los décadas de los sesentas y los setentas del siglo pasado. En la actualidad sigue siendo de gran interés; se deja en claro que toda persona necesita de ciertos niveles de estrés para activar el organismo, para enfrentar la situaciones diarias de la vida, por ello, el estrés no es todo malo, a pesar de ello se está haciendo mucha insistencia en el lado negativo; en realidad, no todos los individuos reaccionan de la

misma manera: lo que para unos es exigencia, para otros no lo es, y hay quienes funcionan de manera más eficaz bajo estrés.

1.2. Tres enfoques teóricos del estrés.

Existen tres enfoques teóricos en la comprensión del estrés, el primero que se va a abordar es el que concibe a este fenómeno como estímulo.

1.2.1. Estrés como estímulo.

Travers y Cooper (1997) afirman que una manera de percibir al estrés es como una variable independiente, la cual explica la respuesta del individuo. Esta respuesta es muy utilizada en la literatura de la investigación, ya que aterriza en el terreno de la física.

“Las diferentes características ambientales molestan e incurren sobre el individuo afectándolo de una manera, realizando cambios sobre éste, ya que el nivel de presión depende de cada individuo y la duración y fuerza de la presión aplicada.” (Travers y Cooper; 1997: 30-31).

Fisher (citado por Travers y Cooper; 1997) menciona también que el estrés es una condición ambiental. Este entorno puede ser físico o psicológico ya que metodología que se aplica en dicho enfoque suele poner mayor atención en los estímulos potencialmente estresantes.

“También diversos estudios han tratado de aislar características del entorno laboral que sean perjudiciales para el bienestar fisiológico y psicológico del individuo, por lo que este enfoque les permite también a los investigadores de la psicología medir el estrés de un modo más mecanizado, de un modo parecido al ejemplo que se ponía sobre la presión que se ejercía sobre un puente y el efecto que ocasionaría. Esta teoría menciona que cada individuo es diferente, por lo que presenta un nivel de tolerancia que es superable, y que se puede pasar del límite, lo cual puede ocasionar daños temporales o permanentes. Por otra parte, menciona que un individuo está expuesto a diversas presiones y puede controlar dichas presiones con efectividad” (Travers y Cooper; 1997: 32).

Por otra parte, Selye (citado por Travers y Cooper; 1997) afirma que el término estrés no se puede percibir necesariamente como negativo, ya que se puede tomar como un estimulante, lo que lo convierte en un rasgo vital. Hace una división de dicha condición: el eustrés es un tipo de estrés positivo, deseable y se puede decir hasta un punto motivacional; el distrés, mientras tanto, es negativo y no puede ser controlado tan fácilmente, es indeseable e incluso dañino. El autor también describe finalmente tipos diferentes de estrés que puede sentir el hombre: exceso de estrés o hiperestrés; defecto de estrés o hipoestrés; estrés nocivo o distrés y estrés beneficioso, que es el eustrés.

1.2.2. Estrés como respuesta.

Fontana (1992) indica que ciertos niveles de estrés parecen ser psicológicamente benéficos, porque ponen al sujeto en alerta, lo ayudan a tener una respuesta, interés por la vida, lo alientan a sentirse útil y apreciado; sin embargo cuando el estrés alcanza un nivel demasiado alto, agota la energía psicológica y deteriora el desempeño, lo que ocasiona sentimiento de inutilidad con escasos propósitos y objetivos.

Como ya se mencionó en párrafos anteriores, Selye (citado por Fontana; 1992) hizo lo posible para centrar la atención de los médicos y psicólogos en los efectos del estrés. Este autor reconoce también tres fases en la respuesta del estrés que son: alarma, resistencia y agotamiento.

Selye (citado por Lazarus y Lazarus; 2000) expresa que en la fase de alarma, el organismo siempre está listo para enfrentar situaciones nuevas, inesperadas y de emergencia, que requiere de toda su concentración y sobre todo de su energía y de sus recursos; en ese sentido, Selye identificó respuestas fisiológicas en los sistemas circulatorio, muscular, nervioso central y neuroendocrino, de esa manera, se aprecia que el cuerpo siempre está preparado para responder al peligro; en cuanto al fase de resistencia, se desarrolla cuando los estímulos estresares se presentan contantemente, provocando una excesiva activación fisiológica y psicológica, que somete al organismo a un excesivo esfuerzo para continuar adaptándose, con el fin de conseguir un equilibrio entre el medio interno y el ambiente externo de ser

humano; en cuanto a la fase de agotamiento, si el organismo está expuesto por mucho tiempo a situaciones extremas de estrés, las glándulas suprarrenales, la hipófisis y el hipotálamo agotan sus recursos energéticos sobreviene el colapso.

En cuanto a esta última fase, los efectos dañinos se presentan y se mantienen. Según Fontana (1992) los efectos varían de un individuo a otro y se dividen en tres clases diferentes:

- Efectos cognitivos de estrés excesivo:

Estas repercusiones ocasionan la dificultad para mantenerse bajo concentración, frecuentemente se pierde la dirección de lo que se está pensando, hay deterioro de la memoria a corto y largo plazo, la velocidad real de respuesta disminuye y se toman decisiones apresuradas; aumenta la frecuencia de errores, las personas no pueden evaluar las condiciones existentes ni ver sus consecuencias, finalmente, hay distorsión de los pensamientos.

- Efectos emocionales del estrés:

Hay un aumento de la tensión física y psicológica del sujeto, las enfermedades imaginarias se agregan a los malestares reales causados por el estrés, aparecen rasgos en los cambios de personalidad: las personas que eran pulcras se pueden volver desordenadas y así por el estilo; empeora la ansiedad y la sobresensibilidad; se debilitan los códigos de conducta y el control de los impulsos sexuales o por el

contrario, aumentan; aparece depresión e impotencia y se dan sentimientos de incompetencia.

- Efectos conductuales generales:

Se presenta un aumento en los problemas de habla; disminuye el entusiasmo; es más evidente el consumo de alcohol y drogas; hay un descenso de los niveles de energía; las personas tienen dificultad para dormir por más de cuatro horas seguidas; manifiestan aumento del cinismo con las demás personas; rechazan las nuevas reglas, aunque sean de suma importancia; descargan las responsabilidades en los demás; enfrentan los problemas de una manera superficial; aparecen otro tipo de conductas exenticas. Es necesario recalcar de nuevo que no todas las personas, aunque estén muy estresadas, presentan todos los tipos de consecuencias, pero la aparición de estos síntomas indica que el individuo está a punto de llegar al colapso.

1.2.3. Estrés como relación persona–entorno (enfoque interactivo).

“Hoy en día el estrés ya no es un fenómeno estático como una respuesta o un estímulo, sino que más bien es un proceso complicado que interacciona los dos modelos que se mencionan anteriormente” (Travers y Cooper; 1997: 32). Los autores también proponen que el estrés no es un suceso, más bien es un proceso complejo y desafiante a nivel intelectual; de estrés psicológico ha pasado a considerarse como una exigencia del entorno o como reacción a éste.

“Varios investigadores que toman como base estos modelos conceptualizan el estrés como un interacción o transacción entre la persona y su entorno. Estas teorías aceptan que las personas influyen en su entorno y tiene una reacción ante él. Por lo tanto, el estrés es el grado de adaptación entre la persona y el ambiente, dicho de otra manera, el entorno *per se* no es estresante, sino que es la relación entre la persona y el entorno lo que puede ocasionar una experiencia estresante. El estrés tiene lugar en el punto que la magnitud de los estímulos estresantes pasan la capacidad que tiene el individuo de resistir” (Travers y Cooper; 1997: 32).

Lo anteriormente expuesto denota que la actitud de enfrentar el estrés sucede para intentar que la persona y el entorno establezcan un estadio de adaptación. En resumen, el estrés no es tan sólo un estímulo ambiental o una respuesta frente a la exigencia del entorno, sino que la relación entre la persona y el estrés está intervenida por un conjunto complejo de procesos cognitivos constantes.

Existen cinco aspectos fundamentales del modelo cognitivo que no se deben dejar a un lado mientras se haga un estudio sobre el estrés:

1. Valoración cognitiva de la situación: neutra (irrelevante), negativa (amenaza o daño) o positiva (benéficos).
2. Experiencia y familiaridad con la situación.
3. Exigencia de la situación y capacidad de respuesta propia que percibe el sujeto.

4. Influencia interpersonal: la potencia del estrés depende que exista una persona que lo respalde o la ausencia alguien así influye en las experiencias subjetivas en la respuesta que se dé y la superación que tenga el sujeto hacia dicha situación.
5. Un estado de desequilibrio: lo positivo restaura el equilibrio, y las situaciones negativas potencializan el desequilibrio en el ser humano (Travers y Cooper; 1997).

Según Lazarus y Lazarus (2000), para cada individuo existe un nivel óptimo de estrés. Si tiene un nivel más abajo al adecuado, la persona experimenta aburrimiento; si es mayor, existe demasiada presión, por lo que la sensación subjetiva de equilibrio entre las demandas y los recursos resulta diferente con la naturaleza de esas demandas que las personas tienen disponibles.

A partir de la relación de los tres enfoques anteriormente mostrados, es oportuno establecer un concepto de estrés.

1.2.3.1. El concepto integrador de estrés.

El estrés “es una respuesta adaptativa mediada por las características individuales y los procesos psicológicos, la cual es el 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).

En el mismo sentido “el estrés es un término medio. El hecho que se dé una respuesta de adaptación que requiere de demandas especiales al individuo no es ni bueno ni malo; ni dañino, ni benéfico; es simplemente descriptivo de lo que sucede en términos de la respuesta del individuo. Con esto se ataca directamente y de manera exclusiva los puntos negativos del estrés y su resultados perturbadores y agotadores” (Ivancevich y Matteson; 1985: 247).

1.3. Los estresores.

El organismo interpreta cualquier cambio en la vida del ser humano como estrés. Él no lo califica, lo toma de la misma manera, sea positivo o dañino, es decir, los dos sentidos son estresores.

De acuerdo con Palmero y cols. (2002), existen diferentes clasificaciones sobre los estresores en cuanto a funciones exclusivamente descriptivas, características físicas y de percepción, sólo que la mayoría de ellas son de carácter psicosocial. Esto ha llevado a que se clasifique a los estresores por los tipos de cambio que ocasionan en los diferentes aspectos de la vida, y que afectan principalmente el área psicosocial de la persona.

Lazarus y Cohen (citados por Palmero y cols.; 2002) mencionan tres tipos de acontecimientos estresantes o estresores psicosociales, en función de los cambios que producen en la vida de un individuo: los cambios mayores, los menores y los estresores cotidianos. A estos tres tipos de estresores psicosociales se les puede

agregar un cuarto tipo: de los biogénicos, que son de la misma importancia que los anteriores. A continuación se desarrollara más ampliamente cada uno de éstos.

1.3.1. Estresores psicosociales.

“En primer plano se cuenta con los cambios mayores que se refieren a los cambios extremadamente drásticos en la vida de una persona. Esto se puede referir a ser víctima de cualquier tipo de violencia o terrorismo; sufrir graves problemas de salud, las catástrofes naturales y toda situación altamente traumática. Una característica que define estos tipos de estresores es la fuerza con la que atacan y su capacidad para afectar a varias personas, pero también se caracterizan por atacar a una sola persona o un número más bajo, lo cual no afecta ni altera su capacidad perturbadora. De la misma manera, se trata de hechos que pueden ser prolongados, como una sentencia de cárcel, o de lo contrario, puede pasar sumamente rápido, como los temblores de tierra. Éstos, lo único que tienen en común son los efectos traumáticos. Dichas consecuencias se mantienen de forma prolongada” (Palmero y cols.; 2002: 425-426).

Estos autores mencionan que los cambios mayores serán los causantes de patrones de estrés post-traumático.

“Por otra parte están los cambios menores o vitales, que son acontecimientos de la vida que a menudo se encuentran fuera de control de la persona, como una enfermedad o incapacidad (permanente o temporal), la pérdida de trabajo, divorcio o

un hijo nuevo, el fallecimiento de una persona o someterse a un examen importante, entre otros” (Palmero y cols.; 2002: 427).

Los anteriores autores refieren que en el caso de los niños o adolescentes, existen otros agentes familiares diferentes, además de los anteriores, por lo que hay que considerar las siguientes orígenes de estrés: relaciones frías, distanciamiento con los padres o relaciones de abierta hostilidad; trastornos somáticos en lo familiar, estimulación cognitiva o social insuficiente, excesiva o confusa; situaciones familiares anómalas. En cuanto a esto, existen una serie de áreas en la vida de las personas que, por los cambios o alteraciones que provocan, tienen un alcance importante y por lo tanto, son de un grado altamente significativo, aunque esto depende más de cada persona, que en las situaciones de los casos mayores.

Por último, se presentan los estresores cotidianos, “éstos son acontecimientos de poca relevancia, pero de gran frecuencia; se trata de aquellas pequeñas cosas que pueden perturbar o irritar al sujeto sólo un instante, como un cambio en la situación diaria de casa o de trabajo, la ausencia o disminución de habilidades para afrontar la situación. Por ejemplo, el tránsito lento de la ciudad, extravío de las llaves del auto, demoras en citas, desacuerdo con personas conocidas o calificaciones de alguna asignatura. Aunque las molestias que sufren los individuos a diario tengan menos relevancia y sean de un grado menos grave que los cambios mayores o menores, incluso aquéllas parecen más importantes que éstos en el proceso de adaptación y conservación de la salud, de manera que actúan cambiando los patrones de comportamiento automatizados manteniendo la activación del estrés

hasta que se produce un ajuste a las nuevas condiciones” (Palmero y cols.; 2002: 430).

Estos autores diferencian dos tipos de microestresores: los primeros son las contrariedades, que causan dificultades emocionales o molestias, como el extravío de un objeto, una situación vial, fenómenos meteorológicos, rotura de un objeto, problemas sociales o familiares. Los segundos se refieren a las satisfacciones, que son situaciones y emociones positivas y tienen la capacidad de contrarrestar los efectos de las contrariedades.

1.3.2. Estresores biogénicos.

Para Palmero y cols. (2002), los estresores biogénicos son los que desencadenan la respuesta del estrés sin utilizar los mecanismos de valoración cognitiva; por su propiedades químicas, actúan directamente en los núcleos elicítadores neurológicos y afectivos, por virtud de sus propiedades bioquímicas comienzan directamente la respuesta de aceleración del estrés sin el habitual requerimiento del proceso cognitivo – afectivo.

Algunos estresores de este tipo, que mencionan Palmero y cols. (2000), son los siguientes:

- Cambios hormonales del organismo: principalmente en mujeres, pubertad e inicio del ciclo menstrual (presencia de estrógenos y progesterona), el post-parto, aborto y climaterio.
- Ingestión de nicotina, cafeína, anfetaminas y alcohol
- Reacción a algunos factores físicos: calor, dolor o cambios de temperatura como el frío extremo.
- Estrés alérgico: son parte natural del mecanismo de defensa del organismo; son fuentes de estrés que necesitan grandes cantidades de energía por parte del sistema inmunológico, para enfrentar los peligros a que está expuesto el cuerpo.

1.3.3. Estresores en el ámbito académico.

En el ámbito académico existen varios tipos de componentes que desencadenan el estrés de los alumnos, los cuales se denominan como estresores académicos.

Para Polo, Hernández y Poza (citados por Barraza; 2005) éstos son los principales estresores académicos: exposición de trabajos, intervención en el aula (realizar o responder preguntas, participar en coloquios), realización de un examen, ir al despacho del profesor para tutoría, sobrecarga académica (excesivo número de créditos, trabajos obligatorios), masificación de las aulas, competitividad entre compañeros, trabajo en grupos, exceso de responsabilidad, interrupción de trabajo,

ambiente físico desagradable, falta de incentivos por parte de los maestros, tiempo limitado para realizar trabajos, problemas con profesores y maestros, tipo de trabajo que se pide y evaluación.

Además de estas situaciones, Barraza (2005) menciona que la entrada y permanencia en la universidad también constituyen un cambio significativo que trae repercusiones e implican algunas situaciones que influyen en la aparición de estrés en el estudiante:

- a) Dejar la casa paterna.
- b) Tener que trasladarse varios kilómetros.
- c) Encargarse de los gastos.
- d) Compartir la vivienda o vivir solo.
- e) Atender las responsabilidades académicas, las clases y las relaciones personales.
- f) Eventos positivos como enamorarse o preparar un viaje de estudio; aunque esto sea agradable, también desencadena cierta tensión.

Los eventos mencionados anteriormente conllevan una serie de respuestas de estrés en el estudiante, las cuales Hernández, Polo y Poza (citados por Barraza; 2005) dividen en 12 tipos:

1. "Me preocupo.

2. El corazón me late muy fuerte o me falta aire y la respiración es agitada.
3. Realizo movimientos repetitivos con alguna parte de mi cuerpo.
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 piernas.
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; 2005: s/p).

1.4. Procesos del pensamiento que propician el estrés.

Existen pautas de percepción de la realidad que pueden ser perjudiciales para el individuo. “Estos pensamientos que son deformadores y propiciadores de estrés, tienden a ser reiterativos y coinciden directamente en una incapacidad para calificar de una manera adecuada la situación, por lo que disminuye la efectividad del procesamiento controlado de estrés” (Palmero y cols.; 2002: 434).

De acuerdo con Palmero y Cols. (2002) los distorsionadores más usuales que se propician por causa del estrés, son los siguientes:

- El filtraje: se caracteriza por una distorsión de túnel, sólo se visualiza un elemento de lo que está sucediendo, con la exclusión del resto.
- La interpretación del pensamiento: es cuando una persona supone descifrar el pensamiento sin que esto sea cierto y realiza juicios sobre los demás, lo cual lo lleva a hacer presunción de cómo están reaccionando las personas a su alrededor.
- La polarización y la visión catastrófica: en la primera deformación sólo hay dos formas de juzgar las cosas, muy positivas o muy perniciosas; no hay mediaciones. En la segunda, cuando algo negativo sucede, suele asumirse como la peor posibilidad.
- Las falacias de control: existen dos maneras en que puede distorsionarse el sentido de poder y el control de una persona; ésta puede verse como impotente y demasiado controlada, lo que suele bloquear su pensamiento; otras, por el contrario, se perciben como omnipotentes y responsables de todo lo que pase alrededor.
- Razonamiento emocional: es una distorsión cuyo origen se encuentra en la creencia de la persona de que todo lo que siente tiene que ser verdadero.
- Falacia de cambio: en ésta, los pensamientos del individuo lo hacen asumir que la felicidad depende de los demás
- La culpabilidad: algunas personas se sienten culpables de las situaciones negativas que les pasen a ellas o a las personas allegadas;

contantemente sienten la necesidad de satisfacer cualquier requerimiento de otras.

- El tener razón: se identifica porque la persona se pone a la defensiva, su punto de vista es el correcto, no cambia su punto de vista cuando otras emiten sus juicios, sin importar que estén debidamente argumentado; se les dificulta escuchar otras opiniones o información, distorsionan e ignoran los hechos que no encajan con sus esquemas o percepción del hecho.
- Personalización: el sujeto relaciona cualquier acontecimiento que esté sucediendo en su alrededor, con él, por ejemplo supone que la plática o palabras de otros sujetos que estén cerca de él están relacionadas con su persona, aunque la plática tenga otra temática.

1.5. Los moduladores del estrés.

Palmero y cols. (2002) consideran que las personas hacen uso de sus recursos personales y sociales para afrontar el estrés. Estas características dependen de la situación y habilidades del individuo, como consecuencia de esto, existe un gran número de factores que intervienen en el estrés. A estos, los autores mencionados los nombran moduladores, es decir, factores imprescindibles para decretar y pronosticar cuál será el curso y el proceso del estrés, así como el daño que le ocasionará a la salud. Estos moduladores están presentes aunque el individuo no esté expuesto al estrés.

1.5.1. Control percibido.

Fontain y cols. (citados por Palmero y cols.; 2002) consideran que este elemento es la creencia general del grado en el que el individuo es capaz de controlarse a sí mismo y obtener logros y metas aspiradas, teniendo una estabilidad en las dificultades que acontecen el curso de su consecuencia.

El control percibido también es capaz de tener significado para la conducta de los individuos. Un ejemplo claro es cuando un sujeto cree tener control sobre el entorno, aunque no sea verdadero, esto le da protección de los efectos perjudiciales del estrés. Otro estudio comprueba que el control percibido y sus consecuencias están establecidas por la información disponible y su procesamiento.

1.5.2. El apoyo social.

Según Cascio y Guillén (2010), el apoyo social se define como las provisiones instrumentales o expresivas, reales o percibidas, que la comunidad aporta, las redes sociales y los amigos íntimos.

Si se tiene en cuenta que el estrés es causa del desequilibrio percibido de las demandas y los recursos, entonces se debe entender que el apoyo social está lleno de recursos para enfrentar las demandas y exigencias que se tienen; de esta manera, el apoyo puede aminorar la percepción de amenaza y así, redefinir una respuesta satisfactoria y evitar que se presente el estrés.

Los estresores sólo tienen consecuencias en las personas que cuentan con poco o nulo apoyo social. Para esto, respecto al modo del apoyo social sobre la salud y el estrés, se han planteado dos mecanismos principales que no son recíprocamente excluyentes y esto conlleva a la realización de dos hipótesis, que se presentan enseguida:

De acuerdo con Cascio y Guillén (2010), la primera suposición de efecto indirecto o protector, sostiene que cuando las personas están expuestas a estresores sociales, se generan efectos negativos si el apoyo social es bajo, pero lo que plantea esta hipótesis es que sin estresores sociales, dicho apoyo no tiene influencia sobre el bienestar y su responsabilidad se limita a proteger a las personas de los efectos patógenos del estrés. Entonces, si las personas aportan recursos, pueden sentir menos la amenaza de estresores y determinarse la propia capacidad de respuesta para que ésta no resulte estresante.

La segunda hipótesis que mencionan Cascio y Guillén (2010), es de efecto directo principal. Ésta afirma que el apoyo social promueve la salud y el bienestar independientemente del nivel de estrés. De acuerdo con esta hipótesis, a mayor nivel de apoyo social, menor malestar psicológico y cuanto menor sea el apoyo de social, mayores sucesos traumáticos habrá; en consecuencia el apoyo social tendrá como función alertar y determinar la vulnerabilidad a experimentar algunas situaciones estresantes que no son totalmente casuales.

1.5.3. Tipos de personalidad: A/B.

Existen dos tipos de personalidad en las que se basa la conducta de ciertas personas que tienen comportamientos que están más apegados al estrés. Éstas son la personalidad tipo A y la de tipo B.

El primer patrón de conducta “implica hostilidad, agresividad, competitividad y un sentido de urgencia; también pueden ser intolerantes; sus características que resaltan más son la prisa, una forma rápida de hablar, movimientos rápidos como si llevaran prisa, sentimiento de culpa o inquietud cuando no están laborando y son por lo general impacientes” (Travers y Cooper; 1997: 91). En otras palabras la persona se plantea objetivos muy ambiciosos y esto lo lleva a tener mayor exigencia en sí mismo, por lo que el menor obstáculo reacciona con ira o irritabilidad.

Éstos son los aspectos generales de una conducta tipo A: la persona realiza movimientos constantes, presenta impaciencia y expresión facial tensa, risa a carcajadas, insatisfacción con su puesto de trabajo, es muy competitiva en cualquier situación y se queja con frecuencia. En cuanto a su conversación, es rápida y de volumen alto; pone mucho énfasis, es muy expresiva en sus gestos a la hora de platicar, responde con rapidez, da respuestas breves y directas, como sí, o no; interrumpe o acaba las frases de la otra persona con la que está conversando. Esta clase de personas se acerca tanto a los extremos, que son candidatos más cercanos al estrés.

En cuanto las personas de tipo B, Travers y Cooper (1997) mencionan que están libres de los rasgos antes referidos, no sufren de urgencias, tampoco de impaciencia, no tienen sentimientos diferentes injustificados, tienden a relajarse y no tienen preocupaciones; son todo lo contrario del primer tipo.

Éstas son las características generales de las personas con una conducta del tipo B: tienen tranquilidad motriz, son pacientes, expresan esa calma en su gesticulación, están satisfechos con su situación, evitan las situaciones en las que se trata de competir, están conformes con lo que hacen y rara vez se quejan; en cuanto a su comunicación verbal, son pacientes para hablar, de volumen bajo, tienen gesticulación escasa, dan respuestas largas, escuchan con atención y esperan para responder. Sin embargo, ellos también están expuestos a situaciones no deseadas, porque si se van al extremo, se ven faltos de energía para afrontar las exigencias diarias de la vida.

1.5.3.1. Personalidad tipo A y problemas cardiacos.

De acuerdo con Ivancevich y Matteson (1985) las personas de tipo A incluyen un estado crónico de urgencia con una orientación impulsiva y de constante competitividad; un grave disgusto por el ocio, impaciencia crónica con las personas o situaciones que pongan obstáculos para mantener logros y metas. Varios escritores caen en la conclusión de que el tipo A y el estrés son sinónimos, por lo que también es posible que una persona tipo A se enfrente con alteraciones

cardiovasculares más que alguien con factores asociados a la edad, la presión sanguínea alta o un nivel elevado de colesterol.

Para comprobar esto se ha realizado un estudio que examina la relación entre el tipo A y las enfermedades coronarias relacionadas con el estrés. Dicha indagación se inició a principios de las décadas de los sesentas y setentas; evaluó a más de tres mil empleados de once compañías diferentes en busca de personalidad tipo A o su ausencia. En este estudio, los investigadores involucrados no tenían conocimiento del riesgo ni tuvieron que ver en el diagnóstico anterior, ya que las formas de diagnóstico fueron elaboradas por cardiólogos ajenos al estudio. La muestra que se tomó era de personas masculinas con edades entre 39 y 59 años, que se encontraban libres de enfermedades coronarias cuando se inició el estudio. Los sujetos fueron sometidos a revisión anualmente para verificar si manifestaban personalidad tipo A; anualmente se recogían datos como el tipo de alimentación, el nivel de colesterol y la presión sanguínea a del individuo.

Los primeros datos recolectados fueron dos años y medio más tarde, los cuales arrojaron, según Rosenman y cols. (citados por Ivancevich y Matteson; 1985) que, de quienes habían sufrido una enfermedad cardíaca, el 77% era de personalidad tipo A (en comparación del 50% de la muestra total). El patrón de conducta encontró que fue más predictivo entre los más jóvenes cuyas edades están entre los 39 y 49.

Cuatro años y medio después se recolectaron otros datos, que indicaron 133 participantes con enfermedades cardíacas. La estrecha relación que había entre el tipo A y las enfermedades coronarias, se encontraba presente con incidencia de niveles más altos en ambos grupos de edades, que son 39 a 49 y de 50 a 59, con los empleados clasificados tipo A.

En 1979 apareció el último informe del seguimiento de la investigación. Para estas fechas, 257 personas de la muestra original habían padecido enfermedades cardíacas: de los 1500 empleados clasificados como tipo A, 178 presentaron estos padecimientos. Esto da un resultado en el que 12%, aproximadamente, desarrolló enfermedades cardíacas, lo cual quiere decir que efectivamente las personas con personalidad tipo A desarrollan enfermedades coronarias.

1.6. Los efectos negativos del estrés.

Como se sabe, el estrés en exceso causa efectos nocivos y esto incrementa el rango de contraer diversas enfermedades. Éstas son afecciones de adaptación, ya que no son resultado directo de algún agente externo, sino consecuencia de un intento imperfecto del organismo por hacer frente a las exigencias que provocan uno o más agentes externos. En otras palabras, los agentes externos causan daño directo, por ejemplo, si se ponen las manos en el fuego, como consecuencia, se tendrá una quemadura; en este caso hay un agente externo que hace daño directo y no puede haber una adaptación a éste, el daño que se sufre no es en función de una adaptación imperfecta. En contraste, las enfermedades de adaptación no son

consecuencia directa de un agente externo, sino que se encuentran relacionadas con reacciones menos que perfectas ante los estresores que se encuentran en la vida de las personas. Estas respuestas de adaptación tienen como objetivo mantener el equilibrio interno, por lo que es irónico que se origine por mantener la homeostasis y sea la causa del desorden de la misma.

Selye (citado por Ivancevich y Matteson; 1985) menciona algunas enfermedades de adaptación, que aunque no están basadas en un cuadro universal, incluyen las siguientes clasificaciones: las enfermedades del corazón, alta presión sanguínea, la enfermedades de riñón, la artritis reumáticas, enfermedades alérgicas, las enfermedades nerviosas, algunas disfunciones sexuales, enfermedades digestivas metabólicas, posiblemente el cáncer y enfermedades de resistencia en general.

Es oportuno dar una breve aplicación de la posible relación entre el estrés y las afectaciones dentro de esta categoría, aunque la intención de Ivancevich y Matteson (1985) no es dar una explicación medica racional para la etiología de las enfermedades a las que se hizo referencia anteriormente, sino que esto lo hacen para dar una mejor comprensión sobre la relación.

1. La hipertensión: es una enfermedad de los vasos sanguíneos, en la cual la sangre pasa por las arterias a presión elevada. La respuesta del organismo hacia los estresores es comprimir las paredes arteriales aumentando la presión; cuando pasa la alarma, la presión debe volver a la normalidad, pero si

el estrés está presente por largo tiempo, la presión se mantendrá también en niveles anormales.

2. Las úlceras: son lesiones inflamatorias en el recubrimiento del estómago y de los intestinos. Una de las causas por las que se genera es la variación de los niveles de cortisona, ya que esta sustancia aumenta cuando los niveles de estrés son altos; cuando esta condición es prolongada, puede ocasionar lesiones internas.
3. Diabetes: este padecimiento implica falta de insulina y quienes padecen esta enfermedad no pueden ingerir demasiada azúcar. El estrés aumenta el nivel de dicha sustancia en la sangre, provocando la producción de insulina. Si el estrés es persistente, esta condición debilita al páncreas.
4. Jaqueca: en sí misma es un estresor que conduce a una mayor tensión muscular, que a su vez aumenta la gravedad y duración de la jaqueca.
5. El cáncer: es una de las enfermedades más controversiales de las enfermedades de adaptación. Una teoría demuestra que el cuerpo está constantemente produciendo células mutantes, pero que el sistema inmunológico las destruye antes de que puedan multiplicarse y desarrollarse. También se ha demostrado que la respuesta a los estresores trae pequeñas consecuencias bioquímicas en el sistema inmunológico, estos cambios bastan para que se reproduzcan pequeñas cantidades de estas células mutantes, las cuales a su vez se convierten en tumores malignos.

Esta información no sugiere en absoluto que las enfermedades de adaptación son provocadas únicamente por el estrés, o que se basan en él, sino

que éste contribuye posiblemente a desarrollar o mantener estas enfermedades, pero no es la única causa de su aparición.

Para concluir el capítulo, se requiere precisar que el estrés es un fenómeno cuyo estudio se vuelve cada vez más importante en la actualidad. De acuerdo con lo planteado, no necesariamente es una enfermedad o un aspecto negativo de la vivencia humana, sin embargo, cuando llega a ser excesivo puede tener graves consecuencias en la salud física y emocional de la persona.

Una vez presentada la primera de las variables de estudio, se procederá a sustentar teóricamente en el siguiente capítulo la variable de los trastornos alimentarios.

CAPÍTULO 2

TRASTORNOS ALIMENTARIOS

El presente capítulo presenta la información relativa a la segunda variable de la investigación. Para tal fin, se revisarán sus antecedentes, definición, características y el perfil de los sujetos con trastornos alimentarios.

2.1. Antecedentes históricos de la alimentación.

“Desde la época de los antepasados se han venido dando las conductas de desórdenes alimentarios, tiempo atrás la comida se representa como un símbolo de poder dentro de la sociedad, en ese tiempo se deleitaban grandes banquetes, eso sólo lo hacían las gentes con mayor poder económico, durante estos banquetes el vómito era común, para vaciar su estómago y de nuevo volver a comer” (Jarne y Talarn; 2000: 141).

En cuanto a la religión, Jarne y Talarn (2000) mencionan que los cristianos asociaban la restricción alimentaria, como un símbolo de la misma religión, éstos se sometían a los ayunos como una penitencia, el significado que ellos le daban era el rechazo del mundo y así tener una mayor espiritualidad. Alguien quien fue una de las más grandes anoréxicas en ese tiempo fue Catalina de Siena, hija de unos artesanos acomodados, ella llevaba una educación religiosa, a los siete años comenzó a rechazar la comida imponiéndose penitencias, en la adolescencia su única comida

era yerbas y pan; en esa época no todos los cuadros eran pretendidamente anoréxicos, ni llevaban una vida sedentaria y de penitencias, sino que algunos tenían significado clínico, al apartarse de estos casos de inanición fue cuando surgió la inquietud de la gente, sobre la existencias de personas que sobrevivieran sin alimentarse y más aún en esa época, que era difícil hacerlo.

Jarne y Talarn (2000) relatan que en 1667, Marther Taylor, una joven de Derbyshire, presentó un cuadro de inanición que causó curiosidad en la gente, la visitaban médicos, nobles y clérigos, con el propósito de convencerla para que abandonará el ayuno; después, la joven también presento amenorrea, ya que ingería aún menos alimentos, la paciente sobrevivió más de un año únicamente con bebidas azucaradas; casi simultáneamente, Gulle y Lassege, médicos del hospital La Pitie de París, realizaron descripciones completas de cuadro anoréxico. Gulle constató que no existía patología orgánica que justificaba la anorexia, lo que lo llevó desde un principio a una etiología psicógena; estos cuadros son muy parecidos a los de la actualidad, lo que varía son las interpretaciones etiopatológicas, unas de las primeras teorías que se manejaban sugerían una afección panhipopituitaria. Después se asignaron hipótesis psicológicas, especialmente de tipo psicoanalítico. En los años setentas se logró una visión más pragmática y heterodoxa, se considera que en el origen del trastorno debe confluir un conjunto de factores que van elanzados: psicológicos, biológicos y sociales, y se realizan algunos tipos de tratamientos pluridisciplinares que abarcan los tres núcleos conflictivos de la anorexia: el peso, la figura y los pensamientos alterados que presentan los individuos.

“Russell, en 1997, describió un cuadro caracterizado por episodios de ingesta voraz y conductas de purga posterior que considera vinculadas a la anorexia nerviosa, conducta de ingestas voraz y de purgas; le denomina bulimia nerviosa y sería una forma ominosa de evolución la anorexia tal como la definió Russell, ellos suponen un continuo entre las dos formas clínicas, ya que incluso en los pacientes que no tienen antecedentes clínicos de anorexia nerviosa, él considera suficiente la presencia de síntomas subclínicos para justificar el continuo” (Jarne y Talarn 2000; 142-143). Aunque muchas personas sin tener antecedentes anoréxicos también presentan esporádicamente grandes ingestas de alimento que son difíciles de controlar, por lo que genera miedo a subir de peso, esto es causa de la provocación del vómito y la purga a la que regularmente recurren las personas con este problema.

2.2. Definición y características clínicas de los trastornos alimenticios.

De acuerdo con la American Psychiatric Association (APA; 2002) los trastornos alimentarios se caracterizan por la alteración grave de la conducta alimenticia de las personas. Dentro de los trastornos de conducta alimentaria, la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa son los más frecuentes y conocidos, pero no hay que dejar de lado la existencia de otras alteraciones del comportamiento alimentario, por lo que a continuación se dará una definición de ellas y de sus características clínicas.

2.2.1. Anorexia nerviosa.

“La anorexia nerviosa se define como el rechazo de mantener el peso corporal en los valores mínimos normales del ser humano” (APA; 2002: 553).

De acuerdo con la APA (2002), las características esenciales de la anorexia nerviosa consisten en el rechazo a mantener un peso mínimo normal, por lo que se altera la percepción de la forma y el peso corporal, en el caso de las mujeres afectadas por este trastorno sufren de amenorrea, que es la usencia de menstruación, también suelen mantener un peso por debajo de lo normal para su edad y su talla, cuando esto comienza en la niñez o en la adolescencia, en lugar de pérdida de peso, puede haber falta de su aumento.

Generalmente, las personas con este problema consiguen la pérdida de peso mediante la disminución de ingesta total de alimentos, los individuos comienzan por quitar de sus dietas todos los alimentos que contengan altos contenidos de calorías, al final, acaban con una dieta muy limitada a unos cuantos alimentos.

Existen dos tipos de anorexia: la restrictiva y la de tipo compulsivo/ purgativo: el “tipo restrictivo describe el cuadro clínico en que la pérdida de peso se consigue haciendo dieta, ayuno o realizando intenso ejercicio, durante estos episodios no recurren a atracones ni a purgas. En cambio los tipo compulsivo/ purgativo, recurren regularmente a atracones o purgas o en algunos casos utilizan ambas técnicas, éstos se provocan el vómito, utilizan diuréticos, hay algunos casos en este tipo, que

no recurren a atracones, pero sí utilizan purgas incluso después de comer cantidades pequeñas de comida, las personas que pertenecen a este subtipo recurren a este tipo de conductas semanalmente, pero se cuenta con información suficiente para poder determinar una frecuencia mínima” (APA; 2002: 554-555).

2.2.2. Bulimia nerviosa.

“La bulimia nerviosa consiste en atracones y métodos compensatorios inapropiados para evitar ganar peso. Además, la autoevaluación del individuo con esta enfermedad se encuentra excesivamente influida por la silueta y el peso corporal” (APA; 2002: 559).

Estos atracones o conductas inapropiadas como ingesta voraz de comida no seleccionada, se presentan en los individuos dos veces a la semana por lo menos, durante un periodo de 3 meses. La APA (2002) define el atracón como el consumo de mucha comida en un periodo corto de tiempo; se debe tener en cuenta el contexto en que se produce el atracón, éste se caracteriza más por la ingesta excesiva de alimento, que por la ansiedad por comer un alimento determinado. Esta ingesta de comida puede durar hasta que el individuo ya esté lleno y no pueda más.

Estos atracones se realizan normalmente a escondidas porque el individuo se siente avergonzado de sus conductas e intenta esconder sus sentimientos; los estados de ánimo disfóricos y las situaciones interpersonales estresantes, están relacionados con el peso. Los individuos con esta enfermedad forman las conductas

compensatorias para evitar ganar peso, en este sentido, utilizan diferentes métodos para compensar el atracón, uno muy recurrente es el vómito, algunas veces esta acción se convierte en un objetivo, por lo que el enfermo recurre a los atracones para después vomitar.

Otra conducta que es utilizada es la de purga; menciona la APA (2002) que consiste en tomar laxantes después de los atracones, o todo lo contrario, los sujetos pueden estar sin comer por varios días, o realizando intenso ejercicio, con esto piensan compensar la ingesta excesiva de alimento. Las personas con este tipo de problemas, suelen poner demasiado énfasis en su peso y su figura corporal o la autovaloración, estos factores son los más importantes a la hora de determinar su autoestima. En cuanto a la bulimia, se puede clasificar en dos subtipos: el purgativo y el no purgativo; en el primer tipo, se provoca el vómito y se cae en el mal uso de laxantes diuréticos y enemas durante el episodio; el otro es de *tipo no purgativo*, en el cual no se recurre a la purgas, sino a otras técnicas para compensar los atracones, como ayunar o realizar ejercicio intenso, tampoco se provoca el vómito; ambos casos suceden tanto en las mujeres como en los hombres.

2.2.3. Trastorno por atracón.

Esta patología no aparece definida de forma independiente en el DSM-IV, pero ya se está estudiando su inclusión dentro de los ejes diagnósticos, propuesta para próximas ediciones de las clasificaciones sobre enfermedades mentales que existen.

“Este trastorno se caracteriza por la aparición de atracones recurrentes, perdiendo el paciente el control sobre los mismos, sin conductas compensadoras, típicas de bulimia, como por ejemplo autoprovocarse el vómito, el uso de laxantes o diuréticos, ejercicio físico excesivo. Tras la relación de los atracones, el sujeto experimenta una sensación de disgusto, culpabilidad e incluso depresión. Come de forma rápida y sin hambre y con un desagradable sensación de plenitud” (Castillo y León; 2005: 229).

Las autoras mencionadas se basan en los criterios que establece el DSM-IV para diagnosticar el atracón:

- a) Episodios recurrentes de atracón: se caracterizan por la ingesta de comida en un periodo corto de tiempo, muy superior a la que la mayoría de la gente ingiere en el mismo tiempo (por ejemplo, dos horas) y en la misma situación; la otra es sentir que se pierde de control durante el episodio, como el sentir que no puede parar de comer, ni control de lo que está comiendo.
- b) Los episodios de se pueden vincular a tres o más de los siguientes síntomas:
 - 1. Ingesta más rápida de lo que consumen las personas sin este problema.
 - 2. Comer hasta tener sensación de estar demasiado lleno.
 - 3. Ingesta de mucha comida, aunque no se tenga hambre.
 - 4. Comer a solas o a escondidas para ocultar su voracidad.
 - 5. Se siente disgustado con su propia persona, avergonzado, con depresión, o gran culpabilidad después del episodio de atracón.
- c) Profundo malestar al recordar los atracones.

- d) Los atracones ocurren por lo menos dos veces a la semana durante seis meses, aunque el método para determinar la periodicidad difiere.
- e) Estos comportamientos no se relacionan con estrategias compensatorias inadecuadas (purgas, ayunos, ejercicios físicos excesivos.) ni son exclusivos de la anorexia nerviosa o una bulimia nerviosa.

La edad promedio para iniciar con este trastorno se establece a finales de la adolescencia, o al comienzo de la tercera década de la vida, aparece con frecuencia después de una dieta y gran pérdida de peso.

2.2.4. Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas.

Se trata de un término recogido por la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) que se refiere “a la ingesta excesiva como una reacción a acontecimientos estresantes y que da lugar a la obesidad. Duelos, accidentes, intervenciones cirugías y acontecimientos emocionales estresantes que pueden dar lugar a una ‘obesidad reactiva’ especialmente en sujetos predispuestos a ganar peso” (Castillo y León; 2005: 225). Se debe diferenciar el trastorno de las situaciones a priori, donde el paciente es obeso y eso le provoca falta de confianza con las demás personas, por ello tiene pocas relaciones interpersonales por el miedo a sentirse rechazado y esto, a su vez, le causa bajo autoestima; así como de las situaciones en que la obesidad es provocada por los tratamientos médicos que está llevando a cabo el sujeto.

2.2.5. Vómito en otras alteraciones psicológicas.

Según Castillo y León (2005) se le conoce también con el nombre de vómito psicógeno o hiperémesis gravídica psicógena.

Pueden aparecer vómitos repetidos, no autoprovocados, en cuadros disociativos, en la hipocondría, como uno de los muchos síntomas corporales experimentados; en el embarazo, por otra parte, pueden intervenir factores emocionales por la sensibilidad que experimentan las mujeres en esos momentos y puede facilitar al aparición del vómito o náuseas recurrentes.

2.2.6. Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia.

Castillo y León (2005) expresan que este trastorno se da generalmente durante la infancia y en la niñez, la característica del padecimiento es que el infante presenta conductas muy caprichosas que son muy diferentes a las que sería una conducta normal de alimentación; para diagnosticar este trastorno, se debe eliminar la posibilidad de que exista una enfermedad orgánica, y no dejarse llevar por los caprichos que son normales dentro de la etapa de la niñez y la infancia, o a la variación de que en ocasiones el niño come en más o en menos cantidades. Todos estos problemas de alimentación son normales, pero si se pasa de esos límites de normalidad, o están demasiado fuera de lo normal, por ejemplo que el niño suba y baje de peso durante un lapso de un mes, se debe tener en cuenta que existe la posibilidad de que se está ante un trastorno.

Por otra parte Jiménez (1997) habla de los trastornos de alimentación menores en la infancia que se refieren al conjunto de conductas problemáticas, que tienen que ver con la alimentación y a diferencia de las alteraciones mayores, como la bulimia o la anorexia nerviosa, no suponen riesgo en la gran mayoría para la salud del infante.

2.3. Esfera oroalimenticia en la infancia.

Alrededor de la alimentación se forma el eje más precoz de interrelación madre e hijo, que establece varios estadios posteriores al crecimiento del niño y resalta la importancia de intercambio entre el niño y su entorno. Se evocarán los factores relacionados con el niño, referido a la relación materna y finalmente, la dimensión sociocultural de la alimentación.

Dentro de este apartado se hablará de temas relacionados con la esfera oroalimenticia, como es su organización y las alteraciones, dichos tópicos se tratarán a continuación

2.3.1. Organización oroalimenticia.

Dentro de los reflejos con los que cuentan los humanos, el automatismo oroalimenticio de succión y deglución aparece muy tempranamente. Preyer (citado por Ajuriaguerra; 1973) expresa que los movimientos de succión labial provocados al tocar con los dedos, existen desde el nacimiento.

Al respecto, se afirma que “desde muy temprana edad se observa ya un reflejo oroalimenticio hacia las fuentes incitadoras, y aparece como reacción oral como una de las primeras formas de interacción con el mundo exterior” (Ajuriaguerra; 1973: 178). Aunque esto todavía no sea una autentica relación objetal. En cuanto a la madre, todavía no le toma aprecio, es más bien una dependencia infantil, ya que la ve solamente como fuente de alimentación, esto parece ser una simple respuesta al contacto con los dedos y el pecho; hay que recalcar que el niño reacciona más cuando tiene hambre que cuando esta saciado.

Aquí, Freud (citado por Ajuriaguerra; 1973) distingue dos facetas: la satisfacción de saciar el apetito y la complacencia erótica oral. En cuanto al hambre, en la fase del narcisismo, el recién nacido escoge entre la tensión del hambre y la tensión satisfactoria; después, la tensión satisfactoria se inclinará hacia la comida como fuente de placer. Durante la fase objetal tendrá un afecto más fuerte, así, el pequeño se dará cuenta de que su madre es la que le da la comida, a partir del segundo año el niño diferenciará a la madre de la comida.

Por otra parte Klein (citado por Ajuriaguerra; 1973) menciona que al nacer el infante conoce inconscientemente el pecho. Desde el primer momento, entre la madre y el recién nacido existe la primera experiencia: la alimentación; el hecho de perder y recuperar el objeto del pecho materno, será de gran importancia para el desarrollo y la vida misma del infante.

De esta manera Klein explica que existen un pecho bueno y un pecho malo, que es como lo clasifica: si la madre da de buena manera la alimentación al niño y él la recibe de la misma manera, lo considera como bueno; en cuanto existe frustración por parte de la madre y le trasmite ese sentimiento a la hora de amamantar, considerará al pecho lo como malo. La manifestación doble entre el pecho malo y el pecho bueno tiene por consecuencia que no se integre el yo de la persona.

“Dar de comer a un niño no es un simple acto nutritivo, dar algo por vía oral, sino que es una entrega de la madre por parte de sí misma no sólo por el pecho que da, sino por la actitud que muestra” (Ajuriaguerra; 1973: 182). Según la forma en que el niño recibe el pecho, en cuanto comida, si es de una manera agradable, todas sus ansiedades son calmadas, y no sólo se satisface su hambre sino su necesidad de afecto.

2.3.2. Alteraciones en la esfera oroalimenticia.

Existen varias alteraciones durante la esfera oro alimentaria, las cuales se mencionarán a lo largo de este subtema. Una de las primeras que menciona Ajuriaguerra (1973) es la anorexia esencial precoz. Es muy rara, suele hacer su aparición durante la primera semana o incluso en el primer día de vida, la opinión de Levesque (citado por Ajuriaguerra; 1973) es que la anorexia del recién nacido muestra una especial constitución neuropática, esto se da en niños que tienen muy poco peso, nerviosos y muy extrovertidos; en el primer momento tienen una gran

paciencia con la comida y después de algunos meses, son todo lo contrario a la hora de comer.

“Durante el segundo semestre, aparece otro tipo de anorexia, llamada anorexia del segundo semestre, ésta es más común y hace su aparición durante el quinto y el octavo mes, aquí el niño suprime paulatinamente la leche para ir reversificando el régimen cuando todavía es lábil el apetito y aún existen importantes cambios en el desarrollo” (Ajuriaguerra; 1973: 185).

Para este autor, en la anorexia del segundo semestre existen dos tipos, según el comportamiento infantil frente a la comida. La primera que hace mención es la anorexia interna, ésta trata de cuando el niño no reacciona ni hace el intento por comer, y cuando lo pretende, se le escapa la leche por ambos lados de la boca; si logró ingerir alguna cantidad, la vomita. La otra es la anorexia de oposición, sobre la cual Cathala (citado por Ajuriaguerra; 1973) señala que es un enfrentamiento, porque tiene una respuesta de una forma particular ante la comida, con chillidos, gritos, se niega a ingerir alimentos y presenta vómitos; esta forma de actuar es para no recibir la comida que los padres tratan de darle, esto crea una situación difícil de resolver, porque algunos padres se dejan intimidar por el comportamiento de los niños a la hora de comer, aunque también sucede lo contrario: los padres aterrorizan a los niños por no querer ingerir la comida y lograr vencer en esta lucha; dicha situación suele ir en aumento, haciendo un círculo vicioso por parte de ambos lados, del cual es difícil salir.

Dentro del segundo semestre, Kleisler (citado por Ajuriaguerra; 1973) distingue otros dos tipos de anorexia distintos a los ya mencionados.

La primera es la anorexia simple; que al inicio se parece a una reacción ante la separación de alimentar con el pecho (destete) o por modificar la forma de alimentar, o ante un problema de enfermedad, que sea causa de una anorexia orgánica, la cual da inicio a una interacción entre la madre, comprometida en imponerse, y el niño. en dura oposición. Principalmente es un acto de rechazar la comida en un nivel de importancia, por lo que no se piensa como pérdida de apetito.

La segunda anorexia es la compleja caracterizada por “la intensidad de los síntomas y por la resistencia a los tratamientos habituales “(Ajuriaguerra; 1973: 186). El infante reacciona así ante la caminata y comenta que no le interesa. Los casos de anorexia más severa siempre se originan por la relación con la madre.

El bebé anoréxico normalmente se atrasa en el control de esfínteres, sufre alteraciones del sueño y se manifiesta en su forma de comportarse. La anorexia no es un simple síntoma, ni hay que tratarlo como tal sin antes verificar la conducta que tiene frente a la comida y su forma de alimentarse, los horarios, la situación en que se come, así como el número y la cantidad de comidas. De acuerdo con Ajuriaguerra (1973) el acto de comer en el niño es toda una serie de hechos, ya que está en parte condicionado, y sólo se inclina por cumplir con sus necesidades infantiles, dejando a un lado lo que a la madre le interesa, o la soberbia exigencia sobre la que organizan comidas muy rápidas y que atragantan a los niños.

En este mismo plano y no menos importante, está la anorexia de la segunda infancia, que se da en niños de tres años en adelante. “Ésta se puede dar también en los niños que se alimentan bien durante el primer año y cuyos mecanismos de rechazo, pueden ser causada por ritualizaciones que existen en el ambiente familiar, o se ponen en contra de la rigidez de los padres, o escoge la comida volublemente, con síntomas fóbicos. La evolución de la anorexia es más grave fisiológicamente, pero da la pauta en cuanto a la comida en un futuro” (Ajuriaguerra; 1973: 186).

2.4. Perfil de la persona con trastornos de alimentación.

Costin (2003) menciona que no es tan fácil determinar el perfil de una persona que está en riesgo de desarrollar un trastorno de alimentación, o de su familia, porque eso se detecta partir de que ya se encuentra en acción el padecimiento, el cual daña tanto a la personalidad que es difícil distinguirla, entre los rasgos que caracterizan a la persona, de los que aparecen como resultado una vez que se establece el trastorno de alimentación.

A continuación se examinarán más a detalle las características individuales y familiares que son más frecuentes en las personas afectadas por un trastorno de alimentación.

Una de las primeras características para desarrollar del perfil de una persona con trastornos de alimentación que menciona Costin (2003) son los problemas con el autoestima, los sufren los jóvenes que están siempre preocupados por lo que las

demás personas piensen o esperan de ellos, de cumplir y tener contentos a su padres y satisfechos a los demás personas; estar obligados a ser siempre perfectos, los hace ser inseguros y desarrollar un pensamiento propio de una etapa de crecimiento. Ellos piensan que habrá un distanciamiento con los padres y quedaran mal con otros. Es difícil que dejen de pensar que se tiene una ineficacia personal, que no son capaces de resolver sus asuntos personales porque no tienen la capacidad o los recursos mentales para hacerlos, porque terminan siempre dudando de su persona.

Los jóvenes que padecen estos trastornos pasan por una etapa que está llena de situaciones y de muchos cambios como mudarse de escuela, empezar una nueva relación sentimental, cambio de ciudad o de amigos; muchas veces se les complica mucho enfrentar estas situaciones y resolverlas, lo que ocasiona que un persona frágil, propensa a desarrollar un trastorno de alimentación, vea y convierta su cuerpo en una señal y fuente de autoestima, control y eficacia personal, y es cuando interpreta erróneamente el estar delgado, ya que lo percibe como señal de ser especial, en tanto que lograr hacer dieta y bajar de peso es señal, para él, que tiene control de su persona.

Otra característica importante en la personas con trastornos de alimentación es el déficit de auto estima, aquí los jóvenes desarrollan una imagen propia y forman su autoconcepto sobre quiénes son. Esto es diferente en ambos sexos, en la mujer, la autoestima se establece más en la imagen corporal. Los jóvenes se pueden sentir inseguros e incapaces de cumplir con los requisitos que marca la sociedad para ser

aceptados y exitosos en la vida, por lo que se concentran en el peso e imagen corporal como el área de triunfo para que tengan aceptación.

Según Costin (2003) el querer ser perfecto en los jóvenes con trastornos alimentarios es bastante común, por lo que tienen una tendencia al perfeccionismo; el sufrimiento por creer ser inútiles, los hace muy exigentes consigo mismos, a pesar de eso, sienten que lo que realizan no es suficientemente satisfactorio, y si piensan que no son capaces de hacerlo a la perfección, ni siquiera intentan realizarlo.

Este perfeccionismo lo trasladan a su silueta corporal, ellos creen que para alcanzar la corrección, tienen que lograr el cuerpo ideal a cualquier precio. Estos jóvenes no soportan que las cosas no estén bajo su control, y no tienen la capacidad para ver otras alternativas de salida, pero lo más dañino es que nunca tienen el control por el que luchan.

Los trastornos de alimentación se desarrollan por lo general en la pubertad, pasando la adolescencia hasta la juventud, de hecho es un periodo de muchos cambios, y los jóvenes tienen la creencia de que nadie los ayuda a pasarlos, dentro de esos cambios viene aparejado un aumento notable de peso corporal. Para muchos jóvenes que tiene el trastorno de alimentación, ésta puede ser la causa principal. No son capaces de aceptar que ya no tienen el cuerpo de la infancia, esto es porque están detenidos en el periodo de la niñez y tienen el miedo a crecer y ser independientes.

“Otro aspecto del temor a crecer, de ese mantenerse como niño, es que conserva un pasamiento infantil que se mueve entre los extremos: bueno o malo, todo o nada, obeso o delgado” (Costin; 2003: 79).

Finalmente lo que perpetúa el trastorno de alimentación está más relacionado con lo que está haciendo, tanto respecto a la alimentación, como en cuanto a las relaciones, que es con lo que puede a haber dado comienzo el trastorno.

2.5. Causas del trastorno de alimentación.

Dentro de este subtema se mencionarán las causas de los trastornos. Es importante mencionar que no se pueden señalar causantes directas para este padecimiento, por lo que se describirán los factores que intervienen para que una persona se vuelva más vulnerable a desarrollar un trastorno de alimentación cuando se dan determinadas combinaciones entre factores individuales, familiares y socioculturales.

Es más equitativo pensar que debe existir una combinación de factores de orígenes diversos: sociales, culturales, individuales y familiares, cuya interrelación pueda ocasionar un trastorno de alimentación y que tenga características en particular cada situación.

2.5.1. Factores predisponentes individuales.

“Las teorías psicológicas de la elección de la dietas examinan los factores individuales que estudian la conducta del comer haciendo hincapié en el aprendizaje, las creencias, las actitudes y las constituciones psicofisiológicas de las personas” (Ogden; 2005: IV).

Los alimentos representan aspectos de sustanciales en términos de identidad, género, sexualidad, conflictos y autocontrol, proyectan amor y poder, por último, se puede estudiar la comida como símbolo de la identidad cultural, en relación con la religión, el poder social, la cultura y naturaleza.

Llévis y Douglas (citados por Ogden; 2005) refieren que la comida puede comprenderse a manera de una organización profunda, común a diferentes culturas. Helman, referido por el mismo autor, destaca cinco tipos de clasificación de comida:

1. La comida frente a no comida: la persona diferencia las materias que son comestibles de las que no lo son.
2. Comidas sagradas frente a comidas profanas: el sujeto distingue la comida que en su religión es permitida comer, de la que no.
3. Clasificación de las comidas paralelas: los alimentos pueden ser clasificados como fríos (el arroz, los guisantes, las semillas) o calientes (el ajo el trigo o muchos más). La salud en este contexto compara los alimentos fríos o calientes, por ejemplo, como la artritis se trata con alimentos calientes, su

aparición se achaca al consumo de alimentos fríos, el motivo de que el alimento se considere frío o caliente no es por su temperatura sino más bien por el valor simbólico que se le da y puede ser diferente en cada cultura.

4. Comida como medicina, medicina como comida: la comida se ve en ocasiones como benéfica o como dañina, depende el estado en el que se encuentre la persona, por ejemplo, en los embarazos, en la lactancia o menstruación, en ocasiones se utiliza como remedio.
5. Comidas sociales: la comida puede ser un modo de afirmar el poder o el nivel de estatus social, ofreciendo platos raros o comida en gran cantidad y platillos caros, para recalcar el grupo social.

Por otra parte, Ogden (2005) comenta que con la comida se puede facilitar la identidad personal, ya que responde a necesidades que el ser humano tiene de identificar el sentido del yo, también mediante la comida, el ser humano representa la sexualidad, los conflictos entre culpabilidad y placer y una expresión de tener control de sí mismo.

Los alimentos también se pueden mezclar con el sexo, como lo hace la propaganda de distintos productos; esta interrelación se encuentra presente en diferentes culturas y tiempos, por lo que la comida reúne enunciados acerca del sexo y adquiere un carácter sexual.

“La comida es también un foro para muchos conflictos interpersonales, uno de esos conflictos se produce entre la conducta del comer y la negación” (Ogden; 2005: 69).

La autora anterior considera que la comida representa el auto control o su pérdida, Bruch (citada por Ogden; 2005) menciona que las personas con anorexia tiene una aura de fuerza especial y de disciplina sobrehumana por las dietas que se imponen y logran llevar a cabo; de alguna manera, es una ambición por el autocontrol demostrándolo en el interés por la conducta del comer, siguiendo una dieta que se convierte en un camino fácil para llegar al control, desde esa perspectiva, la persona con anorexia representa ese individuo autocontrolado.

La comida también puede reflejar relación de poder. En tiempos pasados, la comida se daba en mayor cantidad en las personas que representaban autoridad; en las familias, al padre se le servía primero y en mayor proporción, tenía que estar atendido por la mujer. Incluso Murcott (citado por Ogden; 2005) refiere que la comida cocina simboliza el hogar, el amor, el lugar que ocupa la esposa y la relación mutua; la mujer se negaba a comer para mantener un cuerpo más delgado y cumplir su papel de servir a los demás.

La comida también puede verse como diferenciación cultural, es una forma de comunicación sobre la identidad de una persona, se produce en el contexto social más amplio y se puede interpretar como información relativa a la identidad cultural al transmitir sus costumbres por medio del arte culinario. Los alimentos también forman

parte en la identidad religiosa, Starr (citado por Ogden; 2005) estudió minuciosamente la conducta de la cocina de las mujeres judías, su comida incluye símbolos judíos y los ritos de preparación tienen una esencia de santidad, se dice que las mujeres, al dar la comida a otras personas, representan la ley, identidad y tradición, principalmente la santidad judía.

La comida es también símbolo de estatus social, las personas con un nivel social alto, comen bien y son alimentados bien por otros. Los primeros sociólogos, Engels y Marx, consideran la comida como un componente esencial de la subsistencia humana y la falta de ella como muestra de desigualdad; también se puede tomar como declaración de estatus y muestra de poder social, de forma paralela, el rechazo de la comida sirve para recuperar el control del mundo social, por ejemplo, las personas que quieren que los políticos les cumplan lo que les prometieron en su campaña, mantienen una huelga de hambre para que los escuchen y les cumplan; en conclusión, la comida representa poder social y su rechazo es una forma efectiva para conseguir lo que se desee.

2.5.2 Factores predisponentes familiares.

Es difícil hacer una diferenciación de cuáles son los factores característicos de la familia antes de que se presente un trastorno de alimentación y los que surgen después de que se ha establecido.

Se han detectado al respecto ciertas características familiares comunes, algunas han quedado manifiestas: no existe mucha comunicación entre los integrantes de la familia; no son capaces de resolver los problemas que se les presentan; no los dejan ser independientes, los sobreprotegen los padres; poca flexibilidad al enfrentar nuevas situaciones o regular las reglas familiares en los cambios de etapas; demasiada exigencia de los padres hacia sus hijos; familiares con depresión y alcoholismo; existencia en el núcleo de la familia de abuso sexual o maltrato físico. Cada integrante de la familia representa durante su vida individual, los factores que absorbió durante su crecimiento.

Los grupos humanos en general y las familias en particular, establecen fronteras entre sus integrantes; en este sentido, menciona Rausch (1996) que son las reglas que establecen en cada instante que participan durante cada interacción; existen fronteras individuales y otras que marcan el territorio de más de un sujeto. También existen familias de fronteras difusas y de fronteras rígidas.

“Hay familias que suelen ser controladoras y mantienen lazos demasiado unidos entre sus miembros, inhibiendo el desarrollo de su autonomía y existen otras que fallan en el control, lo que resulta algunas veces caótico en el funcionamiento, generalmente esto se vincula al desacuerdo entre los padres respecto al control en las pautas del crecimiento” (Rausch; 1996: 56).

Los padres encubren el desacuerdo en algunas ocasiones, esto se da más en la familias con algún miembro que padezca anorexia restrictiva, en tanto que es más

manifiesto en la anorexia bulímica; mientras las pacientes anoréxicas reacciona con sumisión, las bulímicas son más hostiles; es frecuente entre estas familias la alianza entre el paciente y uno de sus progenitores, y si la forma de relacionarse entre los integrantes de una familia es tan rígida, desalienta del desarrollo de la independencia y autonomía de los jóvenes, puede ser éstos de sientan incapaces de diferenciarse de los otros. Cuando la instrucción y pensamiento de los otros se establecen de una forma definitoria, lo único que creen controlar es su ingesta y su peso, si a toda esta situación se le agrega el contexto de una familia muy cerrada en sí misma, con poco contacto y una gran desconfianza de mundo exterior, el que los jóvenes puedan crecer y salir de ese entorno conocido y seguro, resulta de gran peligro.

2.5.3. Factores socioculturales.

Es frecuente, como lo menciona Costin (2003), que el contexto sociocultural premie a las mujeres delgadas y tenga prejuicios contra las gordas, esto ha ido en aumento los últimos treinta años, hay que recordar que si se está hablando de un cuerpo ideal o espectacular, no quiere decir salud o bienestar, sino que más bien se está refiriendo a la moda que se vive en ese momento, la idea de ser bello ha ido cambiando según los tiempos y la sociedad. Los trastornos de alimentación son más frecuentes en los países industrializados, se puede ver claramente que no afecta de igual manera a las mujeres que pertenecen a otros países, tampoco perturba por igual a las diferentes clases sociales: es más propia de la clase media alta, mientras que apenas comienza a registrarse en la clase baja, esto se da por el tipo de trabajo

que tienen algunas jóvenes de clase baja, que se encuentra dentro de la clase media o hasta donde se juzgan esos valores como principales y se vuelve casi inevitable que se envuelvan y se vean afectadas.

“La sociedad indica que el papel de una mujer es el de ser atractiva físicamente y los medios perpetúan y refuerzan esta idea, sugiriendo que la totalidad de la mujer se expresa casi únicamente a través de la imagen corporal” (Costin; 2003: 61). Ésta es una manera de tiranizar a la mujer porque por una parte, se le exige ser atractiva físicamente y por otro lado, se afirma que las mujeres atractivas son poco inteligentes. Entonces en esta sociedad tan exigente, para que una mujer sea exitosa, no sólo hace falta desarrollar un cuerpo femenino, como forma natural de una mujer, sino que también no es permitido crecer, madurar y envejecer al ritmo que marca la vida.

Hoy en día, la delgadez es sinónimo del estatus social, esto es más común en las sociedades industriales de los países de primer mundo, pero para relativizar un poco, para el 50% de la población mundial en general, la delgadez se ve como algo indeseable, que refleja pobreza y falta de estatus y que está muy lejos de reemplazar el verdadero valor de las personas. “El querer ser delgado nunca llevará a la felicidad, de hecho, en cuanto más grave sea el trastorno de alimentación, más difícil se convierte lograr los objetivos personales de bienestar y seguridad, esto lo expresan muchos jóvenes desalentados por tanto esfuerzo inútilmente” (Costin; 2003: 65).

2.6. Percepción del cuerpo en el trastorno alimenticio.

Varias investigaciones conceptualizan a la insatisfacción corporal “como una estimación deformada del tamaño corporal y una percepción de que el cuerpo es más voluminoso de lo que es en realidad” (Ogden; 2005: 98).

Otro enfoque de la insatisfacción corporal que menciona Ogden (2005) es la discrepancia entre la que se percibe en la realidad y el ideal. Esta perspectiva no converge con el volumen con el que cuenta la persona.

Estas definiciones las complementan Jarne y Talarn (2000) con otras que hacen más hincapié en los aspectos emocionales ligados a esta representación: los sentimientos y las actitudes hacia los dos aspectos que forman el propio cuerpo: el cognitivo, asociado a la percepción del propio cuerpo y otro emocional, unidos al sentimiento que éstos provocan.

Una forma más habitual de entender la insatisfacción corporal es notoria en los sentimientos y cogniciones negativos acerca del cuerpo, esto se evaluó con varios cuestionarios adecuados para este trastorno, complementados con una escala *Body Satisfaction Scale*, dichos estudios refieren que las personas que padecen un trastorno alimenticio mantienen más insatisfacción corporal que las que no; igual situación se da entre quienes siguen un régimen de alimentación (dieta) y los que no lo siguen; en general, las mujeres mantienen mayor insatisfacción corporal que los varones. Independientemente del tipo de investigación que se haya utilizado, parece

innegable que se trata de un fenómeno estereotipado y por supuesto, no se limita sólo a casos clínicos.

Por otra parte existen los factores sociales y psicológicos como causa de la insatisfacción corporal. Las investigaciones que estudian la influencia de los factores sociales como incitadores de la insatisfacción corporal, señalan como elemento principal el desempeño que tienen los medios de comunicación, la cultura, y la familia.

Se empezara señalando a los medios de comunicación y el papel que desempeñan con la insatisfacción corporal. Ogden (2005) indica que la insatisfacción corporal es una respuesta a la implantación de la mujer delgada en los medios de comunicación social; las novelas, las revistas los programas de televisión utilizan esta mujeres estéticamente perfectas como imagen, de este modo pueden anunciar todo tipo de mensajes relacionados con el volumen del cuerpo; sea cual fuere su papel, la mujer que proyectan los medios de comunicación siempre resultan ser delgadas, esto ocasiona que se piensen que lo normal en la mujer, es ser delgada; en algunas ocasiones, cuando los medios de comunicación llegan a emplear a una mujer gorda, suelen hacer referencia a su complexión.

Ogden (2005) indica que la familia también ocupa un espacio en la aparición de insatisfacción corporal, en concreto, la madre tiene una gran papel en esta situación, si ella indica que se encuentra descontenta con su imagen corporal, comunica esa sensación a sus hijos, lo que los lleva a su propia inconformidad con

su cuerpo. Algunas investigaciones demuestran que las madres de jóvenes anoréxicas demuestran mayor insatisfacción corporal que las madres de niñas sin dicho trastorno. Otros estudios hablan del nivel de preocupación por el peso de madre e hija, mencionan que la imagen corporal y los atracones de las madres sirven para predecir esto en sus hijas.

En consecuencia, la investigación que estudia el papel de los factores sociales ha determinado la función de los medios de comunicación, la cultura y la propia insatisfacción corporal de la madre, sin embargo, la bibliografía establece algunos problemas al respecto: como primera instancia, algunas pruebas resultan contradictorias, por otra parte aunque, hubiera una relación entre los factores sociales y a insatisfacción corporal, las fuentes externas, como lo son los medios de comunicación o las diferencias entre grupos, no dan una explicación sobre cómo se concretan estas influencias sociales en la preocupación por la figura corporal y el peso.

Los factores psicológicos también toman un papel importante dentro de la insatisfacción corporal. Las investigaciones revelan que la insatisfacción corporal tiene de alguna forma relación con los medios de comunicación, los resultados señalan el lugar que toman las clases sociales, el carácter étnico y la familia. Tal vez la búsqueda de la diferencia entre grupos sociales esconda el efecto de distintos factores psicológicos, visto de esta manera, el carácter étnico puede estar relacionado con la insatisfacción corporal, esto se da sólo cuando se acompaña con un conjunto de creencias, de la misma manera puede ser que lo importante no sea la

clase social, sino la forma en que logra hacer que el individuo piense, también la insatisfacción corporal de una madre sólo tiene importancia si se da en el contexto de una determinada relación. La investigación únicamente ha determinado la función de las creencias, la relación entre madre e hija y el papel central del control como medio para dar explicación sobre de qué manera se traduce la influencia social en la insatisfacción corporal.

Ogden (2005) menciona que las creencias que tiene el individuo y los integrantes de su familia son importantes en los esquemas alimenticios; asimismo, al tratar de comprender el carácter étnico de dichos hábitos, algunos estudios han destacado la función de las creencias, sobre el ser competitivo, el valor de logro, el éxito material y el convencimiento de que un hijo es un proyecto a futuro.

Tal vez estos problemas son consecuencia de la sociedad ya que cada vez se muestra más crítica y exigente con unas medidas físicas concordantes con los estereotipos de la moda.

2.7. Factores que mantienen los trastornos alimenticios.

Costin (2003) considera a continuación las complicaciones que se desencadenan de dichos trastornos, y que vienen a convertirse en los factores perpetuanes. Se comenzará con las complicaciones de orden fisiológico y psicológico que surgen de la mala alimentación y que constituyen un primer paso

fundamental para la modificación de esta conducta, ya sea en el campo orgánico o en el anímico.

Se desarrolló una investigación para medir efectos y riesgos vinculados con las dietas restrictivas, consistía en reducir el aporte calórico en la alimentación de varias personas, hombres y mujeres aparentemente sanos psicológicamente; todos ellos sufrieron importantes transformaciones físicas , emocionales y sociales, de hecho, muchos de estos llegaron a un situación de depresión anímica profunda, esto se refleja en una situación pesimista del futuro, sobre sí misma y sobre la manera de pensar realizar algo diferente. Los efectos más marcados fueron:

1. “Depresión sobre el futuro.
2. Influencia sobre la manera de pensar.
3. Sensación de depresión y descontrol.
4. Regresión e inseguridad.
5. Comportamiento autodestructivo.
6. Irritabilidad e intolerancia.
7. Ascós respecto de los hábitos de alimentación de los demás.
8. Dejar cosas que antes disfrutaba realizar” (Costin; 2003: 93).

Del mismo modo, menciona la autora antes citada que algunos jóvenes con trastorno de alimentación generan una larga rutina a la hora de comer sus alimentos, por ejemplo, deben comer algunos de ellos a cierta temperatura, también requieren

de ámbitos especialmente elegidos, es marcado que aumente el consumo de infusiones como té o café y en la necesidad de tener algo en la boca.

2.8. Trastornos mentales asociados con los trastornos alimenticios.

De acuerdo con Kirschman y Salgueiro (2002), los trastornos de alimentación, así como los trastornos psíquicos mayores, son problemas multidimensionales, heterogéneos y diversos en sí mismos, la presentación clínica de éstos es compleja en la mayoría de los casos.

Al estudiar la presencia de variables neurobiológicas como mediadoras en la explicación de la coexistencia entre trastornos alimentarios, ansiedad y depresión se encontró el rol que tiene la serotonina en diferentes trastornos. Esta sustancia se ha vinculado con distintos síntomas: variaciones del estado de ánimo, suicidios, problemas alimentarios, impulsividad y violencia, rasgos de ansiedad y evitación, por mencionar algunos.

- “La serotonina funciona como inhibidor general de la respuesta conductual y es un modulador de la conducta motora, el rol de la serotonina es la inhibición conductual y puede ser importante en las conductas sociales que involucran a la agresión.
- Regula a la ansiedad y la selección macro nutricional, los cuales constituyen la base farmacológica para el tratamiento de algunos trastornos alimentarios (obesidad y síntomas bulímicos).

- Regula la secreción neuroendocrina, la cual provee la base para la comprensión de la desregulación serotoninérgica en la depresión.” (Kirschman y Salgueiro; 2002: 114).

Teóricamente, por lo tanto, una alteración en las actividades serotoninérgicas puede causar conductas de depresión, ansiedad, conductas obsesivas, afectar el control del apetito y contribuir a la vulnerabilidad para el desarrollo de bulimia nerviosa y anorexia nerviosa.

Dichos trastornos, asociados a los trastornos de alimentación, son la depresión y ansiedad, los cuales se abordarán en seguida.

2.8.1. Trastornos alimenticios y depresión.

Uno de los primeros casos asociados de la depresión y la anorexia nerviosa es el caso de Ellen West, éste fue presentado por Binwanger en tiempo de los años 40; fue diagnosticado por Bleuler como esquizofrenia y por Kleaper como melancolía, esto porque la paciente estuvo varios años deprimida con marcados rasgos de bulimia.

Se ha realizado un sinnúmero de estudios que mencionan la relación entre ambos trastornos, pero también se le da una gran importancia a los estudios de seguimiento, ya que éstos también constituyen una interesante línea de investigación del tema de comorbilidad, tratando de encontrar con estos estudios la

persistencia de la sintomatología alimentaria y afectiva, a menudo asociada en la etapas iniciales.

Un estudio de los más recientes sobre los trabajos de seguimiento de los pacientes bulímicos, dio como resultado que un 38% de los pacientes con bulimia nerviosa presentan, después de dos años de seguimiento de los estudios anteriores realizados, un riesgo de presentar depresión.

Kirszman y Salgueiro (2002) mencionan que aparecieron muchas críticas de las hipótesis que consideran a los trastornos alimentarios como una variante de los trastornos afectivos:

- Existe mucha diversidad en los estudios realizados: la incidencia de depresión varía en los distintos subgrupos de trastornos de alimentación.
- El estado de una nutrición no adecuada y la práctica selectiva de alimento se presentan constantemente en los pacientes con trastornos de alimentación y explican los rasgos depresivos. No se puede dar menos importancia a los efectos tan fuertes que atraen la mala nutrición en el funcionamiento psicológico, o a los rasgos básicos de inanición, como lo son las disforias, la irritabilidad, pérdida de peso, disminución o ausencia de libido, trastorno del sueño, aislamiento social, son también los rasgos básicos que definen el rasgo depresivo, por lo que es muy común que los pacientes que cuentan con anorexia y más comúnmente en su etapa crítica, cumplan también con los criterios del DSM para la depresión mayor.

- Los trastornos de alimentación y los afectivos difieren en historias familiares, alteraciones biológicas, cursos y respuestas al tratamiento, epidemiológico y presencia clínica, de manera que es improbable un mecanismo causal único.
- La falta de respuesta farmacológica a los antidepresivos en la anorexia nerviosa aguda, surge también de los cambios bioquímicos producidos por el estado de inanición, que son diferentes de los que produce a la depresión mayor.

“No obstante, los datos tomados de estas distintas perspectivas siguiendo a los trastornos de alimentación y los trastornos afectivos, si bien parecen ocurrir en forma independiente, no excluyen la posibilidad de que ciertas predisposiciones se constituyan en factores de riesgo, para el desarrollo de un trastorno alimentario y depresivo” (Kirschman y Salgueiro; 2002: 125).

Por otra parte Kirschman y Salgueiro (2002) consideran que los trastornos de alimentación se ven como invalorable para el estudio del diagnóstico depresivo puesto que van acompañados de cambios físicos, la inanición y por supuesto, la hiperfagia, aunque en cantidad producen cambios fisiológicos y psicológicos que se asemejan a los que aparecen durante la depresión. Si dichos estudios se realizan cuando la persona tiene un peso demasiado bajo, los resultados o síntomas se confunden con los de inanición, pero la existencia de cierto parecido de los síntomas no necesariamente refleja una causa común en el origen de éstos. Se observan algunos de estos síntomas similares, la pérdida de peso constituye un criterio de los más importantes para detectar la anorexia nerviosa y en la mayoría de

las pruebas que evalúan depresión, se incluyen preguntas para valorar este signo, puesto que existe una cantidad del 30 al 45% de pacientes con depresión que presentan gran pérdida de peso.

En cuanto a la anorexia, los pacientes con este trastorno no presentan una pérdida de apetito, excepto en las que presentan un estado caquético, según Casper (citado por Kirschman y Salgueiro; 2002), 58% de los pacientes que presentan anorexia nerviosa no tiene una disminución de apetito, el 42% restante que si lo refiere, resulta difícil de interpretar; de alguna manera el porcentaje es significativo si se toma en cuenta que es menor en los pacientes con anorexia nerviosa que han recuperado su peso normal y mucho menor aun en el porcentaje de la pérdida de apetito en las bulímicas. Comparando estas partes con los de depresión mayor, presentan pérdida de apetito, constatando que este síntoma es de mayor frecuencia en quienes presentan depresión que en los que presentan anorexia nerviosa aún en estado agudo.

Casper (citado por Kirschman y Salgueiro; 2002) menciona que los síntomas emocionales, conductuales, fisiológicos y cognitivos que presentan la anorexia nerviosa y la depresión mayor, se manifiestan de la siguiente manera:

- El ánimo disfórico, el autorreproche y la evaluación negativa de sí mismo, las tendencias obsesivas y el aislamiento en las relaciones interpersonales, se encuentran en ambos cuadros.

- También los síntomas físicos parecen exactamente iguales si se considera sobre todo en la anorexia con una gran pérdida de peso corporal.

Kirszman y Salgueiro (2002) considera que la diferencia mayor subyacente en los procesos ideáticos de los pacientes, los cuales en ocasiones se ven reflejados en las conductas: los pacientes anoréxicos cuentan con un foco, y un propósito, con base en el su control de su cuerpo, lo cual conduce a conductas y acciones llenas de significado; planea comidas, ejercicios, moldea su apariencia y otras estrategias por el estilo. Todas estas propuestas y acciones se encuentran ausentes en los pacientes deprimidos. De esta manera se puede ver con más claridad la diferencia entre ambos.

En cuanto a la diferenciación clínica de la depresión mayor y la bulimia nerviosa, es un poco más confusa: los signos presentados en la depresión se consideran como secundarios en conducta bulímica nerviosa, no obstante, las conductas alimentarias, sexuales y el patrón de trastorno del sueño aparecen marcados en los pacientes bulímicos y anoréxicos, sin embargo los pacientes más adecuados para estudiar este vínculo entre ambos trastornos, serían aquellos con historias personales y familiares positivas a padecer trastornos depresivos, aquellos en los que precede inmediatamente el trastorno de alimentación, los pacientes con anorexia crónica que no responde a los tratamientos habituales y aquellos con bulimia nerviosa que presentan rasgos de depresión atípica.

De alguna manera, se considera a los trastornos alimentarios como enfermedades multidimensionales, de ningún modo homogéneos en cuanto la sintomatología ni en el grado de respuesta al tratamiento; de algún modo se debe tener en cuenta la presencia de cierta vulnerabilidad para toda aparición de trastorno depresivo, así como los factores de riesgo junto con otros elementos psicológicos y ambientales en la restricción alimentaria y la pérdida de peso.

2.8.2. Trastornos alimenticios y ansiedad.

Kirszman y Salgueiro (2002) mencionan que muchos de los trabajos de investigación apuntan hacia la relación que existe entre la ansiedad y los trastornos de alimentación; la coincidencia de estos síntomas se ha presentado en pacientes con severa desnutrición. Es por esto que revisarán diferentes conceptualizaciones y teorías.

Mencionan Kirszman y Salgueiro(2002), que los comedores restrictivos desarrollan patrones de alimentación poco comunes como resultado del estrés crónico el excesivo autocontrol, su alimentación se establece por el querer alimentarse y a la vez realizar alguna dieta, de esta manera, el consumo de alcohol y el estado de ansiedad y depresión, pueden causar que el individuo pierda el control en cuanto a la alimentación, estas situaciones se les conoce como inhibidores, por el contrario, las personas normales, quienes responden a su estado físico interno normal, reaccionan frente a la ansiedad, reduciendo su alimentación,

Kirszman y Salgueiro (2002) comentan que el estrés produce, fisiológicamente, una inhibición de las contracciones gástricas y que se incremente la glucosa en la sangre, lo cual ocasiona que se disminuya el hambre o desaparezca.

Por lo tanto el estrés reduce la ingesta en individuos normales y en otros no: el modelo de los límites propone que la eliminación de la alimentación provocada por la ansiedad, se produce en individuos hambrientos, pero no en los sujetos que presenta indiferencia.

De cualquier forma, todas las teorías tienen en común que la ingesta o la sobreingesta incitada por el estrés es fundamental, las diferentes explicaciones ponen énfasis que la reacción se da a muy corto tiempo.

Por otra parte la teoría de la ligadura de los estímulos externos, no comparte la idea del efecto de ansiedad temporario del comer, sino mencionan que la ansiedad causa una orientación externa o más apegada a estímulos, en presencia de comida de buen sabor, un control externo de la alimentación estimulado llevara sin duda a que el individuo ingiera demasiado alimento.

2.9. Tratamiento de los trastornos alimenticios.

De acuerdo con Jarne y Talarn (2000), un programa de tratamiento de la anorexia tiene como objetivo primario la recuperación ponderal, porque al parecer,

los pensamientos alterados que tienen los pacientes sobre la comida y el peso corporal o la figura, se basan a la mala nutrición y se llegan a normalizar cuando se recurre al peso. La normalización de las dietas estrictas y los hábitos alimenticios son un aspecto fundamental en el transcurso del proceso terapéutico, en segunda instancia se deben poner en orden los problemas familiares, psicológicos y sociales que ocurren durante la anorexia del desarrollo, individuales y biológicos, es por esto que se propone a la epistemología sistemática para comprender y abordar terapéuticamente este trastorno.

Para esto Jarne y Talarn (2000) indican algunos tipos de tratamiento que manejan principalmente en estos trastornos de alimentación:

- Recuperación ponderal: la rehabilitación nutricional y la normalización de las dietas corrigen las secuelas físicas y psicológicas que la malnutrición ocasiona, aunque estas secuelas físicas tardan bastante en normalizarse después de haber conseguido la recuperación ponderal.
- Tratamiento dietético: no hay un acuerdo con respecto a si la alimentación de los pacientes tiene que a partir de un contenido calórico adecuado, como lo son dietas bajas en calorías; no es lo mismo con otro tipo de alimentación como la parenteral, con las cuales se debe ser demasiado prudente; también es adecuado implementar alimentación por sonda, esto es apropiado en los casos donde puede haber rechazo de alimentos pero nunca dejarla permanente, para que no resulte una comodidad para el enfermo, pero sí un recurso terapéutico

- Tratamiento psicológico: es el pilar de un buen programa de recuperación de la anorexia, como se sabe la psicoterapia no resulta durante la etapa crítica de la enfermedad; difícilmente se observan cambios comunicativos hasta que no se ha recuperado un determinado peso, después de esto la técnicas psicoterapéuticas sirven de apoyo para que las pacientes no vean el programa de recuperación, como solamente un recurso para recuperar peso.
- En cuanto el tratamiento farmacológico, Rausch (1997) menciona que tampoco es muy efectivo, por lo que se han limitado a su uso, si bien se han tenido pruebas con estimulantes de apetito como la ciproheptadina, éste es un antagonico de la serotonina con efectos sedantes. De lo contrario, Jarne y Talarn (2000) mencionan que el tratamiento farmacológico en la anorexia nerviosa es colaborador de las técnicas psicológicas y como tratamiento de psicopatologías asociadas a la depresión, utilizando para esto antidepresivos como la amitiptilina, que se han mostrado efectivos en la anorexia nerviosa, y sobre todo cuando se comprobado la existencia de depresión asociada.

Rausch (1997), menciona que hoy en día se tornado efectiva la terapia familiar. En un principio se mantenía alejada la familia del paciente, ahora se ha ido insertando poco apoco en los programas de tratamiento. El punto de partida de la terapia familiar es su concepto como sistema biopsicosocial, la familia representa un organismo en sí mismo, cuya identidad se basa en cada uno de sus miembros; como tal, tiene metas que cumplir que están pautadas y a éstas se interpone la forma en particular en que cada uno de sus miembros elige creerse. La función de una familia puede calificarse con función a estos objetivos, y su cumplimiento depende del

resultado de los procesos interactivos de los miembros de la familia. En estos casos de tratamiento, la familia prevé sentimientos de pertenencia a sus miembros y es al mismo tiempo el entorno donde se provee la diferencia o la adaptación en cuanto a los otros entornos, la familia como organización debe mantenerse estable, ya que así define su identidad y al mismo tiempo, promueve cambio y crecimiento y sobre todo, la recuperación del paciente.

Jarne y Talarn (2000) señalan que el tratamiento en la anorexia se emplea de diferentes modos, ya sea en el ingreso al hospital en internación, de día o ambulatorio.

La familia debe tener una información muy exacta de la patología, y sus complicaciones físicas y los riesgos de ciertas conductas de los pacientes, no sólo de la necesidad del tratamiento.

En cuanto tratamiento ambulatorio Rausch (1997) indica que no se ocupa de internación, pero tiene un régimen hospitalario, porque se cree que entre más cerca esté la familia, más atención le pone al paciente y es más fácil de que se recupere. El tratamiento se pone en acción cuando son creadas las condiciones adecuadas para ellos, por evidencia y con base en las experiencias obtenidas, se limita la internación hasta donde las circunstancias lo permitan. Esto sólo es posible salvo que los pacientes tengan problemas clínicos o que la familia no esté condicionada para el apoyo que se requiere, entonces si se inclina por el tratamiento ambulatorio, se llama de internación por motivos estratégicos. Una situación muy usual en estas

circunstancias es cuando los padres que dicen que no es que su hija no quiera alimentarse, sino que es por su enfermedad, en tanto que la otra parte asegura que sólo es capricho, y para la hija resulta fácil entrar de esa manera y darle paso a la enfermedad, con esto se destruye ese círculo vicioso y se da paso a la recuperación.

Por otra parte, Jarne y Talarn (2000) mencionan las causas que se deben tener en cuenta cuando una persona con trastornos de alimentación requiere ser hospitalizado.

- a) Que existan complicaciones físicas como infecciones graves, desequilibrio metabólico grave, alteraciones, cardiovasculares, esto se debe tratar en el área médica y en ocasiones se debe intervenir quirúrgicamente.
- b) Pérdida de peso: si es más del 25 al 30% por ciento que corresponde a su talla y peso, es motivo de hospitalización.
- c) Complicaciones psíquicas: cuando la ansiedad altera la percepción del alimento y éste como un estímulo fóbico, sea muy intenso, la paciente puede quedar bloqueada.
- d) Crisis de relación familiar: los trastornos de alimentación provocan un deterioro progresivo de la familia.
- e) Mala respuesta al tratamiento ambulatorio: si la paciente ha rechazado el tratamiento ambulatorio por algún motivo de la misma patología, como lento incremento de peso, alguna complicación médica, alguna psicopatología depresiva, falta de adaptación a los programas que se establecen o porque no existe apoyo suficiente de la familia, entonces es cuestión de hospitalización.

f) Tratamiento hospitalización de día: las ventajas de este tipo de hospitalización es que el paciente sólo se interna en el día, así recibe realizan de superación personal, intervención permanente, programas de tratamiento más intensivos, grupos de educación alimentaria, nutrición y comida, monitoreo de comida y control de peso, así como valoración de la figura, existe un tratamiento para mejorar la relación familiar, la expresión y el control de ejercicio.

En cuanto al tratamiento de la bulimia, se presentan como objetivos terapéuticos:

- “Restablecer una pauta nutricional normal.
- Recuperación física; establecer el peso, rehidratar y establecer la armonía electrolítica, corrección de las anomalías físicas.
- Normalización del estado de ánimo; mejorar el estado de ánimo, tratar posibles trastornos de personalidad, evitar abuso de sustancias, corregir el estilo cognitivo erróneo.
- Restablecer un relación familiar; aumentar la participación, aumentar la comunicación, restablecer las pautas y los roles.
- Corregir las pautas de interacción social alteradas; aceptar el trastorno, afrontar los fracasos, aceptar la responsabilidad, vencer la impotencia, no buscar marcos sociales denigrantes” (Jarne y Talarn; 2000: 171-172).

En cuanto al modelo cognitivo - conductual se ha revelado en los últimos años como el más efectivo para abordar estos trastornos de alimentación, ya que se relaciona con el pensamiento, la emoción y el comportamiento manifiestos, para lograr que el paciente examine la validez de su creencias en el presente.

Con esto queda planteado el cierre del capítulo, con la expectativa de que haya sido fructífero y de amplia comprensión sobre la manera en que se generan los trastornos alimenticios y la relación que guardan el entorno biopsicocultural.

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Todas la investigaciones deben seguir un metodología, por ello, en este capítulo se describe la utilizada para construcción del presente estudio, de igual forma se detallará la manera en que se estructuraron los instrumentos, con los que se recolectaron los datos para la investigación, además de mostrar los datos obtenidos del tratamiento estadístico.

3.1. Descripción de la metodología.

La metodología empleada para esta investigación tuvo un enfoque cuantitativo, no experimental, con un estudio trasversal y un alcance correlacional no causal, las técnicas empleadas para recolectar datos fueron pruebas estandarizadas.

3.1.1. Enfoque cuantitativo.

De acuerdo con Hernández y cols. (2006), el enfoque cuantitativo tiene diferentes características, las cuales se puntualizarán a continuación:

- a) Plantea un problema de estudio delimitado y concreto. Su pregunta de investigación trata sobre cuestiones específicas.

- b) Una vez planteado el problema de estudio, se revisa lo que se ha investigado anteriormente.
- c) Sobre la revisión de la literatura se construye un marco teórico
- d) De esta teoría se generan hipótesis, las cuales se corroboran o se rechazan al término de la investigación.
- e) Se someten a prueba las hipótesis mediante diseños de investigación apropiados.
- f) Para obtener tales resultados, el investigador debe recolectar datos numéricos de los objetos, fenómenos o personas que estudia mediante el proceso estadístico.

Según los autores anteriores, para obtener los resultados que requiere el investigador, tiene que recolectar datos numéricos que posteriormente estudia y analiza mediante un proceso estadístico; con todos estos pasos se desarrolla el proceso de investigación cuantitativo, proviniendo otras características de este enfoque:

1. Las hipótesis, se establecen antes de iniciar con la investigación.
2. La recolección de datos o medición se lleva a cabo con un instrumento estandarizado que sea aceptado ante una comunidad científica, esto es para que la investigación tenga validez ante otros científicos e investigadores y para que esto suceda, se debe demostrar que se siguieron los pasos necesarios.

3. Esta medición se convierte en datos numéricos que se analizan por medio de la estadística.
4. Dentro del proceso se deben esforzar para que otras propuestas o investigaciones rivales incluso hipótesis, sean rechazadas y se minimice el error, por esto se confía en la experimentación y en los análisis de causa-efecto.
5. Los análisis de tipo cuantitativo dividen los datos en partes, para darle una respuesta al planteamiento de problema, estos análisis se interpretan ante las predicciones iniciales que son las hipótesis y de teorías ya existentes, la interpretación de dichos datos constituye un explicación de cómo los resultados se pueden mezclar con los conocimientos que ya existen.
6. La investigación cuantitativa debe ser lo más objetiva que se pueda, los fenómenos que se estudian o que se miden, no deben ser afectados por el investigador, no deben intervenir, sus creencias, temores o preferencias, sino que requiere dejar a un lado las preferencias personales.
7. Los estudios siguen un proceso, se debe tener en cuenta que las decisiones críticas de la investigación ya fueron realizadas tiempo antes de que se recolectaran los datos.
8. Dentro de una investigación cuantitativa se pretende generalizar los datos encontrados en una muestra, a una colectividad mayor, que es la población total.
9. Al final de la investigación cuantitativa se tratarán de explicar y predecir, los fenómenos investigados, buscando una solución o regularizar la situación y la

relación causal entre elementos, así, el objetivo principal es la demostración de las teorías que tiene una explicación y predicción respecto al fenómeno.

10. Si se sigue el proceso apegado a las normas establecidas y apegado a ciertas reglas lógicas, los datos que se obtengan tendrán los estándares de validez y serán confiables, generando así conocimientos.

11. Dicho procedimiento utiliza la lógica o razonamiento deductivo, que comienza con la teoría y ésta desencadena expresiones lógicas que son las hipótesis que el investigador trata de comprobar.

12. La búsqueda cuantitativa ocurre en la realidad externa al individuo.

3.1.2. Investigación no experimental.

Se podrían definir como los estudios “que se realizan sin manipulación deliberada de variables y en los que sólo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos “(Hernández y cols.; 2006: 205).

Kerlinger y Lee (citados por Hernández y cols.; 2006), mencionan que dentro de este diseño no es posible manipular ninguna variable o escoger aleatoriamente a las personas con las que se realizara el experimento, ni se preparan antes de ninguna manera los participantes o los tratamientos, tampoco existen condiciones o estímulos planeados.

Por el contrario, Hernández y cols. (2006) refieren que en un experimento, el investigador selecciona deliberadamente una situación a la que son expuestos varios

sujetos, dicho escenario consiste en recibir un tratamiento, una condición o un estímulo bajo determinadas situaciones, para después evaluar los efectos que surgieron.

En cambio, en los estudios no experimentales no se plantea ninguna situación, sino que se observan situaciones que ya se están dando en su entorno natural y no son provocadas intencionalmente durante la investigación por quien la realiza. Dentro de este tipo de investigación la variable independiente se da de forma natural y no es posible intervenir, ya que no se tiene control directo sobre ellas, porque ya sucedieran al igual que sus efectos.

Por ultimo “la investigación no experimental es un parteaguas de un gran número de estudios cuantitativos como las encuestas de opinión (surveys), los estudios ex post-facto retrospectivos y prospectivos” (Hernández y cols.; 2006: 206).

3.1.3. Estudio trasversal.

Dentro de los del tipo de investigación no experimental, se utilizan dos tipos de estudios, el transeccional y el longitudinal, pero de acuerdo con lo anterior es más apto realizar esta investigación con un estudio trasversal.

Según Hernández y cols. (2006) los diseños de investigación trasversal recolectan los datos en un solo momento y tiempo único, su objetivo es describir variables y analizar su incidencia interrelación en un momento dado, describiendo

comunidades, eventos, fenómenos o contextos, por lo tanto, se realiza un análisis sin que se acuda posteriormente a examinar cambios, a diferencia del estudio longitudinal, en el cual se recolectan datos en diferentes momentos y se hace una comparación a lo largo del tiempo.

3.1.4. Diseño correlacional.

Según Hernández y cols. (2007), los estudios correlacionales tienen como objetivo responder preguntas planteadas durante la investigación. Teniendo como propósito evaluar, un contexto en particular, la relación existente entre dos o más variables, para después medir y analizar la reciprocidad. Tales correlaciones se formulan en hipótesis sometidas a prueba; es importante mencionar que en gran parte de los casos, las mediciones en las variables que se correlacionaran se obtienen de los mismos sujetos.

La intención prioritaria de los estudios correlacionales es saber cómo se puede comportar un concepto o una variable con el de otra variable relacionada.

La correlación puede presentarse de manera positiva o negativa; “si es positiva, significa que el sujeto con altos valores en una variable tendrá a mostrar altos valores en la otra variable; si es negativa, significa que el sujeto con altos valores en un variable tendrá a mostrar bajos valores en la otra variable” (Hernández y cols.; 2007: 64). Si no existe correlación entre las variables, sus niveles varían sin seguir un patrón sistemático entre sí.

De acuerdo con Hernández y cols. (2007), los estudios correlacionales se diferencian de los estudios descriptivos principalmente en que, mientras éstos se concentran en evaluar las variables individualmente, los estudios correlacionales valoran el nivel de relación que existe entre dos variables, de tal manera que se pueden incluir diferentes pares de evaluaciones de esta índole en una sola investigación.

Asimismo, los estudios correlacionales tienen un valor explicativo, aunque parcial, en números cuantitativos: mientras más variables estén asociadas dentro del estudio y más estrecha sea la relación de estas, más completa y entendible será la explicación.

3.1.5. Técnicas de recolección de datos.

Las técnicas que se utilizaron durante esta investigación son pruebas estandarizadas, las cuales, según la perspectiva de Hernández y cols. (2007) son instrumentos que se elaboraron por especialistas en la investigación y son utilizadas para medir las variables, cuentan con su propio procedimiento de aplicación, codificación e interpretación, y están disponibles en diferentes lugares especiales, como lo son los centros de investigación.

Existen diferentes tipos de pruebas, por ejemplo, para medir habilidades, aptitudes, personalidad, valores, la motivación, el aprendizaje y muchas más de ese mismo estilo; también se puede disponer de pruebas clínicas para detectar

conductas anormales, pruebas para seleccionar personal, para medir autoestima y muchas variables más.

“Cuando se utilice como instrumento de medición una prueba estandarizada, es conveniente que se seleccione una prueba desarrollada o adaptada por algún investigador para el mismo contexto de nuestro estudio” (Hernández y cols.; 2007: 220). En caso de que se eligiera una prueba diseñada para otra población o contexto, es más viable que se estandarice la prueba para el contexto que se requiere.

Este tipo de pruebas requiere de una preparación adecuada y un gran conocimiento de las variables a investigar por parte del investigador para su aplicación e interpretación, esto no se puede realizar superficial o indiscriminadamente

Según Hernández y cols. (2007), La forma de aplicarse, codificarse, calificarse e interpretarse las pruebas estandarizadas, es variada, tanto como los tipos de pruebas existentes.

Para la medición de la variable independiente de estrés, se empleó el test psicológico denominado Escala de Ansiedad Manifiesta en Niño, revisada (CMAS-R), diseñada por los autores Reynolds y Richmond (1997).

La CMAS-R, subtítulo "Lo que pienso y siento", es un instrumento de autoinforme que consta de 37 reactivos, diseñado para valorar el nivel y naturaleza de la ansiedad de niños y adolescentes de 6 a 19 años de edad. Este instrumento puede aplicarse de manera individual o a un grupo de personas; el sujeto responde a cada afirmación encerrando en un círculo la respuesta "Sí" o "No", según corresponda. En un esfuerzo para proporcionar más introspección clínica en las respuestas del individuo, la CMAS-R brinda cinco puntuaciones: la puntuación total indica la ansiedad que presenta el sujeto en términos generales, se presentan asimismo cuatro puntuaciones que corresponden a las subescalas denominadas: ansiedad fisiológica, inquietud/hipersensibilidad, preocupaciones sociales/concentración y mentira. Las puntuaciones elevadas marcan un alto nivel de ansiedad o mentira en las subescalas anteriores.

La subescala de ansiedad fisiológica está asociada por manifestaciones tales como dificultades del sueño, náuseas y fatiga. La subescala de inquietud/hipersensibilidad describe preocupaciones obsesivas, la mayoría de las cuales son relativamente bajas y están mal definidas en la mente del niño, junto con miedos de ser lastimado o aislado de forma emocional.

La subescala de preocupaciones sociales/concentración es útil para discriminar a los niños que tienen problemas escolares; ésta se concentra en pensamientos distractores y ciertos miedos, muchos de naturaleza social o interpersonal, que conducen a dificultades en la concentración y atención.

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

Como una medida de la consistencia interna de la CMAS-R, se calculó el coeficiente alfa de Cronbach. El valor adquirido fue de .76, es decir, el test muestra confiabilidad.

Por otro lado, en apoyo a la validez concurrente y discriminante, se observó una correlación de .69 entre la ansiedad total de la CMAS-R y la puntuación rasgo del Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo de Spielberger.

Para la medición de la variable de Trastornos Alimentarios se utilizó la prueba EDI-2 (Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria), del autor David M. Gardner (1998). Esta prueba evalúa los síntomas que normalmente acompañan a la anorexia nerviosa y a la bulimia nerviosa. Su aplicación puede ser individual o colectiva, el tiempo de aplicación es ilimitado, normalmente se lleva alrededor de 20 minutos, es aplicable a partir de los 11 años, está constituida por un total de 91 reactivos y evalúa 11 escalas.

1. Obsesión de la delgadez.
2. Bulimia.
3. Insatisfacción corporal.
4. Ineficacia.

5. Perfeccionismo.
6. Desconfianza interpersonal.
7. Conciencia introceptiva.
8. Miedo a la madurez.
9. Ascetismo.
10. Impulsividad
11. Inseguridad social.

Los estudios de confiabilidad se realizaron a través de la evaluación de la consistencia interna, con la prueba Alfa de Cronbach, con resultados superiores a 0.80. Para la evaluación de la validez se realizaron estudios de validez de contenido, de criterio y de constructo, teniendo puntajes y resultados satisfactorios. Los reactivos se contestan en una escala de seis puntos, donde las opciones de respuestas son: nunca, pocas veces, a veces, a menudo, casi siempre, siempre.

3.2. Población y muestra.

A continuación se delimitará la población y se describirá la muestra sobre la cual se tomaron los datos para la investigación.

3.2.1. Delimitación y descripción de la población.

La población, según Selltiz “es el conjunto de todos los datos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones” (referido por Hernández y cols.; 2007: 303).

La investigación fue realizada en los sujetos del Colegio de Bachilleres plantel Charapan, quienes constituyen una población de 344 alumnos de ambos sexos, entre las edades de 15 y 18 años, con un nivel socioeconómico medio a medio bajo.

3.2.2. Proceso de selección de muestreo.

“La muestra es en esencia, un subgrupo de la población de interés (sobre el cual se habrán de recolectar datos, que se define o delimita de antemano) y tiene que ser representativa de éste” (Hernández y cols.; 2007: 156). Para la realización de esta investigación se tomó una muestra no probabilística ya que, como mencionan los autores citados, en esta investigación la elección de los elementos no depende de la probabilidad para seleccionarlos sino de las causas relacionadas con la características de la investigación o de quien realiza la muestra, aquí el procedimiento no es con base en fórmulas de probabilidad, si no que depende de la decisión que tome el investigador.

Como muestra se tomó a los alumnos de ambos sexos que cursan el cuarto semestre y un grupo de sexto semestre en el Colegio de Bachilleres plantel Charapan, Michoacán.

3.3. Descripción del proceso de investigación.

Para la realización de esta investigación se debieron seguir varios pasos. Primeramente, se denominó como variable independiente el estrés y como variable dependiente los trastornos de alimentación; después se plantearon la hipótesis de trabajo y la nula; posteriormente se eligió la población, que fueron los alumnos del Colegio de Bachilleres plantel Charapan, para que ellos fueran los sujetos de investigación.

Enseguida se diseñaron los capítulos teóricos: el primero estrés, el segundo trastornos alimentarios y un tercero, que es el de la metodología.

Después se procedió a elegir los instrumentos con los cuales se iba a medir cada una de las variables. Para la medición de la variable de estrés, se empleó el test psicológico denominado Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños y Adolescentes de 6 a 19 años; en la variable de trastornos alimentarios se utilizó un instrumento denominado EDI-2 (Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria).

Enseguida se acudió al plantel educativo para solicitar el permiso del director de la institución para la aplicación de los instrumentos. Una vez aprobado el

permiso, se procedió a fijar el día y la hora de aplicación de los instrumentos a los alumnos.

Dichos instrumentos se aplicaron el día 25 de mayo de 2011 en las aulas correspondientes a los alumnos de que cursan el cuarto semestre y un grupo de alumnos de sexto semestre. La aplicación se realizó bajo las instrucciones que recomienda el mismo instrumento. Después se evaluaron las pruebas de una por una, manualmente, con las plantillas especiales para su calificación, obteniendo así porcentajes brutos para posteriormente convertirlos a percentiles con las tablas de calificación de las mismas pruebas.

Consecutivamente se vaciaron los resultados a una hoja de cálculo, de Excel que viene dentro de las herramientas que se pueden utilizar en el paquete informático Microsoft Office. Por último, ya teniendo los resultados numéricos, se procedió a realizar el análisis e interpretación de resultados para culminar esta investigación con las conclusiones.

3.4. Análisis e interpretación de resultados.

Dentro de este apartado se presentan los resultados obtenidos en la investigación empírica y teórica, con la finalidad de verificar alguna de las hipótesis planteadas.

Para el análisis efectivo de dichos datos la información se fraccionó en tres categorías: en la primera se habla sobre los trastornos alimentarios, en segundo lugar del estrés y una tercera categoría se refiere de la relación entre ambos.

3.4.1. Trastornos alimentarios.

De acuerdo con la APA (2002) los trastornos alimentarios se refieren a la alteración grave de la conducta alimenticia de las personas.

De acuerdo con la American Psychiatric Association (APA; 2002) los trastornos alimentarios se caracterizan por la alteración grave de la conducta alimenticia de las personas. Entre los más comunes, “la anorexia nerviosa se define como el rechazo de mantener el peso corporal en los valores mínimos normales del ser humano” (APA; 2002: 553). Por otra parte, “la bulimia nerviosa consiste en atracones y métodos compensatorios inapropiados para evitar ganar peso. Además, la autoevaluación del individuo con esta enfermedad se encuentra excesivamente influida por la silueta y el peso corporal” (APA; 2002: 559).

Respecto a los resultados a los resultados obtenidos en la escala EDI-2 sobre los indicadores de los trastornos alimentarios, mostrados en porcentajes percentilares, se encontró lo siguiente:

En la escala de obsesión por la delgadez se obtuvo una media de 61. Según Hernández y cols. (2006) la media aritmética es la suma de un conjunto de datos dividido entre el número de medidas.

Asimismo, se obtuvo la mediana, que es la medida de tendencia central que muestra el valor medio de un conjunto de valores ordenados (Hernández y cols.; 2006). El valor obtenido fue de 59.

La moda es el dato que se presenta con mayor frecuencia en un conjunto de medidas (Hernández y cols., 2006). En esta escala se obtuvo un resultado de 41.

También se obtuvo el valor de la medida de dispersión, específicamente de la desviación estándar, la cual es resultado de la raíz cuadrada del promedio de la suma de las desviaciones al cuadrado de un conjunto de datos (Hernández y cols., 2006). En esta escala se obtuvo un resultado de 23.

Los datos obtenidos en la medición de la obsesión por la delgadez en los alumnos del Colegio de Bachilleres plantel Charapan, se muestran en el anexo 1.

En la escala de bulimia se encontró una media de 59, una mediana de 60, una moda de 46 y una desviación estándar de 16. Los datos logrados en la medición de la escala mencionada en los alumnos del Colegio de Bachilleres plantel Charapan, se encuentran en el anexo 2.

En la escala de insatisfacción corporal se encontró una media de 42, una mediana de 43, una moda de 14 y una desviación estándar de 25. La información obtenida en la medición de la escala citada en los sujetos de estudio, se encuentra en el anexo 3.

En la escala de ineficacia se encontró una media de 55, una mediana de 52, una moda de 27 y una desviación estándar de 21. Los datos que arrojó la medición de la escala de ineficacia en la muestra referida, se encuentran en el anexo 4.

En la escala de perfeccionismo se encontró una media de 57, una mediana de 60, una moda de 67 y una desviación estándar de 27. Los datos obtenidos en la medición de la escala de perfeccionismo en los alumnos del Colegio de Bachilleres plantel Charapan, se encuentran en el anexo 5.

En la escala de desconfianza interpersonal se encontró una media de 70, una mediana de 75, una moda de 69 y una desviación estándar de 21. Los datos logrados en la medición de esta escala en los alumnos del plantel citado, se encuentran en el anexo 6.

En la escala de conciencia introceptiva encontró una media de 54, una mediana de 59, una moda de 22 y una desviación estándar de 24. Los datos obtenidos en dicha medición los sujetos de investigación, se muestran gráficamente en el anexo 7.

En la escala de miedo a la madurez se encontró una media de 80, una mediana de 90, una moda de 97 y una desviación estándar de 18. Los datos obtenidos en la medición de dicha escala en alumnos del Colegio de Bachilleres plantel Charapan, se encuentran en el anexo 8.

En la escala de ascetismo se encontró una media de 62, una mediana de 57, una moda de 57 y una desviación estándar de 28. Los datos sobre la medición de la escala de ascetismo en los sujetos de estudio, se encuentran en el anexo 9.

En la escala de impulsividad se encontró una media de 77, una mediana de 90, una moda de 90 y una desviación estándar de 21. La información recopilada en la medición de la escala referida, en la muestra seleccionada, se encuentra en el anexo 10.

En la escala de inseguridad social se encontró una media de 71, una mediana de 81, una moda de 51 y una desviación estándar de 26. Los datos obtenidos en la medición de la escala de inseguridad social en alumnos del Colegio de Bachilleres plantel Charapan, se encuentran en el anexo 11.

Además de presentar los datos de las medidas de tendencia central y dispersión, se presentan a continuación los porcentajes de los sujetos que obtuvieron puntajes altos en cada escala, es decir, puntajes por arriba del percentil 70. De esta forma, 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 32% tuvo un puntaje por arriba del percentil 70, mientras que en la escala de bulimia el porcentaje fue de 21%; en la escala de insatisfacción corporal, un 15%; en la de ineficacia, 28%; en la de perfeccionismo, 29%; en la de desconfianza interpersonal, 54%; en la de conciencia introceptiva, 27%; en la de miedo a la madurez, 80%; en la de ascetismo, 38%; en la de impulsividad, 71% y, finalmente, en la escala inseguridad social, 60%.

En función a lo anterior, se observa donde hay más casos preocupantes en las escalas de: miedo a la madurez, impulsividad, inseguridad social y desconfianza interpersonal.

Estos datos se pueden observar gráficamente en el anexo 12.

Se puede afirmar entonces que el nivel que presentan los indicadores de los trastornos alimentarios en los alumnos del Colegio de Bachilleres plantel Charapan, se encuentra por lo general en un nivel ligeramente más alto de lo normal, ya que resultan preocupantes los resultados de varias escalas.

3.4.2. Descripción de la variable estrés.

De acuerdo con Lazarus y Lazarus. (2000), la palabra estrés ya se utilizaba de manera esporádica en el siglo XIV, para referirse a la dureza, momentos angustiosos, adversidad o aflicción.

El estrés puede ser concebido como estímulo, como respuesta y como relación entre la persona y su entorno. Este fenómeno se puede definir como “una respuesta adaptativa mediada por las características individuales y los procesos psicológicos, la cual es el 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).

La variable mencionada puede entenderse como un proceso psicológico que se origina ante una exigencia al organismo, frente a la cual éste no tiene recursos para dar una respuesta adecuada, tal situación activa un mecanismo de emergencia que consiste en una respuesta fisiológica que permite recoger más y mejor información, para procesarla más rápido y dar una mejor interpretación, de modo que se permite al organismo actuar de una manera adecuada a la exigencia.

Con base en los datos obtenidos en el nivel de ansiedad total como principal indicador del estrés en los alumnos del Colegio de Bachilleres, plantel Charapan, se encontró una media de 64, una mediana de 71, una moda de 67 y una desviación estándar de 29.

Los datos los datos obtenidos en la medición de estrés los sujetos mencionados, se encuentran en el anexo 13.

Enseguida se muestran los resultados obtenidos en cada una de las subescalas de la prueba.

En la subescala de ansiedad fisiológica se encontró una media de 61, una mediana de 69, una moda de 83 y una desviación estándar de 31. Los datos obtenidos en la medición de esta escala se encuentran en el anexo 14.

En la subescala de inquietud/hipersensibilidad se encontró una media de 64, una mediana de 67, una moda de 67 y una desviación estándar de 25. Los datos obtenidos en la medición de esta escala se encuentran en el anexo 15.

En la subescala de preocupaciones sociales/concentración se encontró una media de 61, una mediana de 68, una moda de 49 y una desviación estándar de 28.

Los datos obtenidos en esta medición, se encuentran en el anexo 16.

A continuación, se presenta el porcentaje de sujetos que obtuvieron puntajes altos en la escala de ansiedad total, es decir, por arriba del percentil 70, con ello se podrán identificar los casos preocupantes por su nivel de estrés. El porcentaje es de 51%. Los resultados obtenidos de los puntajes altos se pueden observar en el anexo 17.

De acuerdo con los resultados sobre la ansiedad, se puede afirmar que los niveles de estrés en los alumnos del Colegio de Bachilleres plantel Charapan, se encuentran ligeramente más altos de lo normal, lo cual es preocupante.

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

La relación que se da entre los trastornos alimentarios y el estrés ha sido investigada por diferentes autores.

Como ejemplo, en el año de 2009 Behar y Valdés llevaron a cabo una investigación sobre la correlación entre el estrés y los trastornos de la conducta alimentaria. Entre los resultados obtenidos en esa investigación, se encontró que los síntomas bulímicos incrementan el riesgo de desarrollar estrés.

De igual forma Rastam y Gillberg, (citados por Behar y Valdés; 2009) indican que encontraron un profusión de situaciones estresantes durante los tres meses previos al comienzo de una anorexia nerviosa.

En la investigación realizada en la población del Colegio de Bachilleres, plantel Charapan, se encontraron los siguientes resultados:

Entre el nivel de estrés y la escala de obsesión por la delgadez existe un coeficiente de correlación de 0.15, el cual se calculó con la prueba “r” de Pearson.

Esto significa que entre el estrés y la obsesión por la delgadez existe una correlación positiva débil, de acuerdo con la clasificación de correlación de Hernández y cols. (2006).

Para conocer la influencia que existe entre el nivel de estrés y la obsesión por la delgadez, se obtuvo una varianza de factores comunes, en la cual, mediante un porcentaje, se indica el grado en que las variables se encuentran correlacionadas. Para obtener esa varianza únicamente se eleva al cuadrado el coeficiente de correlación obtenido mediante la "r" de Pearson (Hernández y cols., 2006).

El resultado de la varianza fue de 0.02 lo que significa que entre el estrés y la obsesión por la delgadez hay una correlación del 2%. Según Kerlinger y Lee (2006), un índice mínimo de correlación, para que sea considerado significativo, debe ser de al menos 0.31. Si este índice se convierte a la varianza de factores comunes, resulta en un 10%, a partir del cual se considera que una variable influye significativamente en otra.

Con lo anterior se puede corroborar que no existe correlación significativa entre el estrés y la obsesión por la delgadez en los alumnos del Colegio de Bachilleres, plantel Charapan. Estos resultados se observan gráficamente en el anexo 18.

Entre el nivel de estrés y la escala de bulimia existe un coeficiente de correlación de 0.31 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre el estrés y la bulimia existe una correlación positiva débil.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.10, lo que significa que entre el estrés y la bulimia hay una correlación de 10%, con ello se puede corroborar que si existe una correlación significativa entre el estrés y la bulimia en los alumnos examinados. Los datos mencionados anteriormente se pueden observar gráficamente en el anexo 19.

Entre el nivel de estrés y la escala de insatisfacción corporal existe un coeficiente de correlación de 0.29 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto indica que entre el estrés y la insatisfacción corporal existe una correlación positiva débil.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.09, lo que significa que entre el estrés y la insatisfacción corporal hay una correlación de 9%. Con lo anterior se puede corroborar que no existe una correlación significativa entre el estrés y la insatisfacción corporal en los sujetos de estudio. Los datos mencionados anteriormente se pueden observar gráficamente en el anexo 20.

Entre el nivel de estrés y la escala de ineficacia existe un coeficiente de correlación de 0.46 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre ambas variables existe una correlación positiva media.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.21 lo que significa que entre las variables analizadas hay una correlación del 21%. Con lo anterior se puede corroborar que existe una correlación significativa entre el estrés y la ineficacia en los alumnos de plantel referido. Los datos mencionados anteriormente se pueden observar gráficamente en el anexo 21.

Entre el nivel de estrés y la escala de perfeccionismo existe un coeficiente de correlación de 0.08 según la prueba “r” de Pearson. Esto significa que dichos rasgos existe ausencia de correlación.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.01, lo que significa que entre el estrés y el perfeccionismo hay una correlación de 1%. Con lo anterior se puede corroborar que no existe correlación dichas variables en los sujetos estudiados. Los datos mencionados anteriormente se pueden observar gráficamente en el anexo 22.

Entre el nivel de estrés y la escala de desconfianza interpersonal existe un coeficiente de correlación de 0.30 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson, lo que denota que entre el estrés y la desconfianza interpersonal existe una correlación positiva débil.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.09, lo que significa que entre tales variables hay una correlación de 9%. Con lo anterior se puede corroborar que no existe una correlación significativa entre el estrés y la

desconfianza interpersonal en los alumnos del Colegio De Bachilleres, plantel Charapan. Los datos mencionados anteriormente se pueden observar de manera gráfica en el anexo 23.

Entre el nivel de estrés y la escala de conciencia introceptiva existe un coeficiente de correlación de 0.37 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre dichas variables existe una correlación positiva media.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.14, lo que significa que entre los rasgos mencionados hay una correlación de 14%, con ello se puede corroborar que sí existe una correlación significativa entre el estrés y la conciencia introceptiva en los alumnos del Colegio de Bachilleres plantel Charapan. Los datos mencionados anteriormente se pueden observar gráficamente en el anexo 24.

Entre el nivel de estrés y la escala de miedo a la madurez existe un coeficiente de correlación de 0.15 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre el estrés y el miedo a la madurez hay correlación positiva débil.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.02, lo que significa que entre el estrés y el miedo a la madurez hay una correlación de 2%. Con lo anterior se puede corroborar que no existe una correlación significativa entre el estrés y el miedo a la madurez en los alumnos examinados. Los datos mencionados anteriormente se pueden observar gráficamente en el anexo 25.

Entre el nivel de estrés y la escala de ascetismo existe un coeficiente de correlación de 0.03 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson, lo cual permite afirmar que entre el estrés y el ascetismo hay ausencia de correlación.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.00, lo que significa que entre el estrés y el ascetismo no hay correlación alguna. Con lo anterior se puede corroborar que no existe una correlación significativa entre el estrés y el ascetismo en los alumnos del Colegio de Bachilleres plantel Charapan. Los datos mencionados anteriormente se pueden observar gráficamente en el anexo 26.

Entre el nivel de estrés y la escala de impulsividad existe un coeficiente de correlación de 0.24 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre dichas variables existe una correlación positiva débil.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.06, lo que significa que entre el estrés y la impulsividad hay una correlación de 6%. Con lo anterior se puede corroborar que no existe una correlación significativa entre el estrés y la impulsividad en los alumnos del Colegio de Bachilleres plantel Charapan. Los datos mencionados anteriormente se pueden observar gráficamente en el anexo 27.

Entre el nivel de estrés y la escala de inseguridad social existe un coeficiente de correlación de 0.23 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson, lo cual permite precisar que entre las variables antes mencionadas existe una correlación positiva débil.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.05, esto quiere decir que entre el estrés y la inseguridad social hay una correlación de 5%, con este indicador se puede corroborar que no existe una correlación significativa entre el estrés y el impulsividad en los alumnos analizados. Los datos mencionados anteriormente se pueden observar gráficamente en el anexo 28.

Al presentar estos resultados, solamente en las escalas de bulimia, conciencia introceptiva e ineficacia se puede corroborar la hipótesis de trabajo, que plantea que existe una correlación significativa entre el nivel de estrés y los trastornos alimentarios.

Por el contrario, en el resto de las escalas se corrobora la hipótesis nula, la cual afirma que no existe una relación significativa en los niveles de estrés y los trastornos alimentarios de los jóvenes estudiantes del colegio de Bachilleres, plantel Charapan, ciclo escolar 2010-2011.

CONCLUSIONES

Diversos autores e investigadores afirman que el estrés influye en los trastornos alimentarios, sin embargo, luego de realizar esta investigación se llegó a los siguientes resultados:

Se corroboró la hipótesis nula en ocho de los once indicadores de trastornos alimentarios, dicha explicación expresa que no existe una correlación significativa en los niveles de estrés y los trastornos alimentarios de los jóvenes estudiantes del Colegio de Bachilleres, plantel Charapan, ciclo escolar 2010-2011.

Únicamente en las subescalas de bulimia, conciencia introceptiva e ineficacia se encontraron datos para poder confirmar la correlación entre variables y corroborar la hipótesis de trabajo.

En cuanto a los objetivos particulares, su cumplimiento se efectuó de la siguiente manera:

Los cuatro primeros objetivos, referidos al estrés, su concepto, principales enfoques teóricos, cuadro sintomatológico y sus causas, se cumplieron a través las consultas de diversos autores.

Los objetivos del quinto al octavo, referidos a conceptualizar la variable trastornos alimentarios, distinguir sus características, causas y sintomatología, fueron culminados con la consulta bibliográfica y la selección de los elementos que concernían al estudio.

El objetivo referido a la medición del estrés en los estudiantes del Colegio de Bachilleres, plantel Charapan, se alcanzó gracias a la aplicación del test psicométrico denominado CMAS- R. Por otra parte el propósito referido a la evaluación de indicadores de los trastornos alimentarios se cumplió favorablemente, mediante la aplicación de la prueba psicológica conocida con el nombre de EDI-2.

El último objetivo particular, referido a determinar la relación estadística entre el nivel de estrés y los trastornos alimentarios, se cumplió mediante la aplicación de las fórmulas denominadas: “r” de Pearson y varianza de factores comunes.

En vista de los resultados anteriores, el objetivo general, el cual planteó determinar la existencia de una correlación entre el estrés y los trastornos alimentarios en los alumnos del Colegio de Bachilleres, plantel Charapan, ciclo escolar 2010-2011, se cumplió cabalmente.

Con lo mencionado anteriormente se llega a entender que existen diversos factores que afectan para que existan trastornos de alimentación, es por ello que no se puede afirmar que el estrés realmente esté influyendo de manera sustancial, al menos en esta investigación.

BIBLIOGRAFÍA

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

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

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

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

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

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

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

Hernández Sampieri, Roberto; Fernández-Collado, Carlos; Baptista Lucio, Pilar.
(2006)
Metodología de la Investigación.
Editorial McGraw-Hill. México.

Hernández Sampieri, Roberto; Fernández-Collado, Carlos; Baptista Lucio, Pilar.
(2007)
Fundamentos de la metodología de la Investigación.
Editorial McGraw-Hill. México.

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

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

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

Kerlinger, Fred N.; Lee, Howard B. (2006)
Correlación e Investigación del comportamiento, métodos de investigación en ciencias sociales.
Edit. McGraw-Hill. México.

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

Lazarus, S. Richard; Lazarus, N. Bernice. (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.

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

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

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

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

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

Kerlinger, Fred. (2006)
Investigación del comportamiento
Editorial McGraw Hill. México.

OTRAS FUENTES DE INFORMACIÓN

Hemerografía

Behar A., Rosa; Valdés W., Claudia. (2009)
“Estrés y trastornos de la conducta alimentaria”.
Revista Chilena de Neuro – psiquiatría.

Caldera Montes, Juan Francisco; Pulido Castro, Blanca Estela; Martínez González, Ma. Guadalupe. (2007)
“Niveles de estrés y rendimiento académico en estudiantes de la carrera de Psicología del Centro Universitario de Los Altos.”
Revista Educación y Desarrollo. Octubre-Diciembre 2007. Pp.77-82.

Artículos de Internet

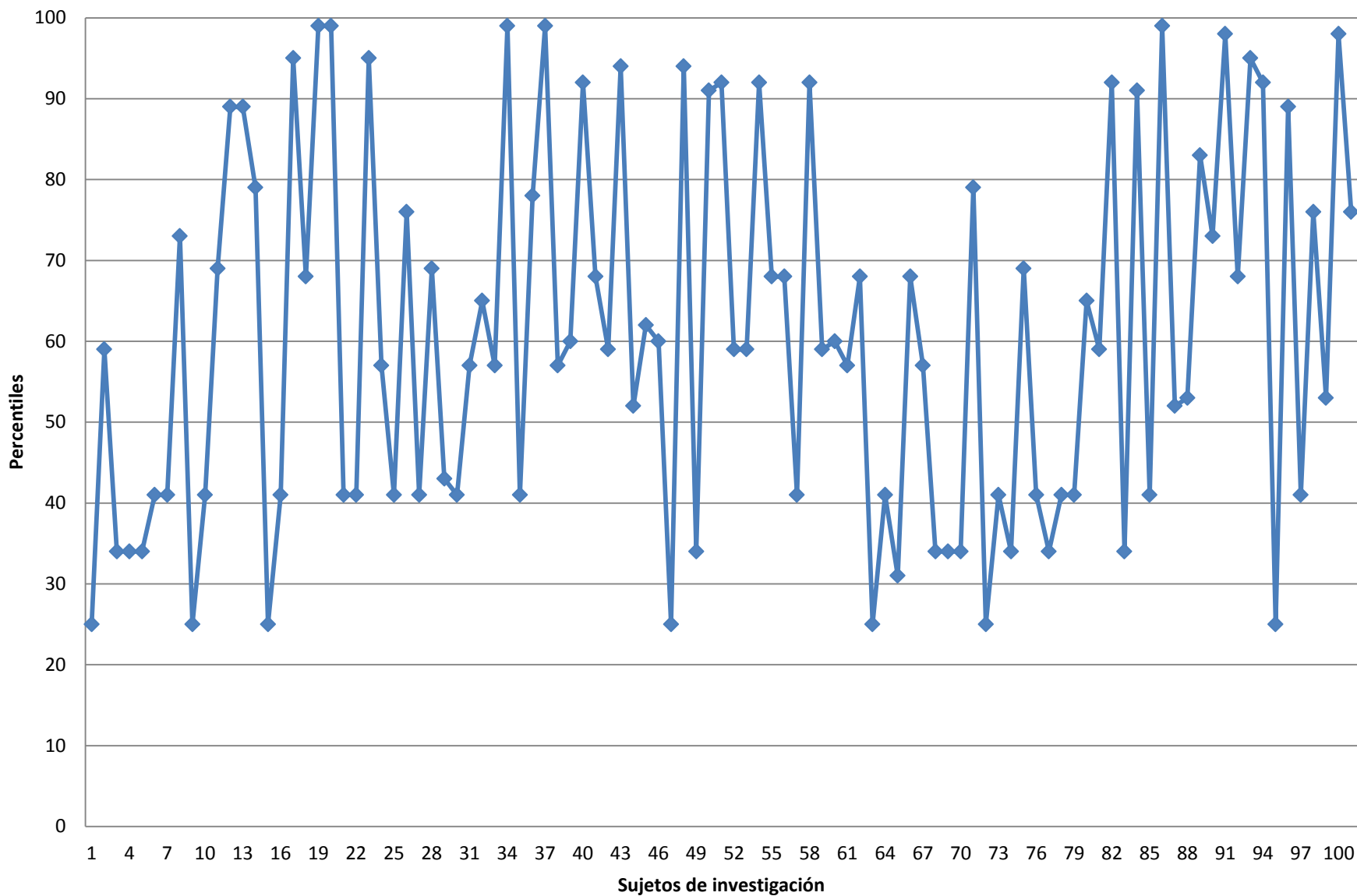
Barraza Macías, Arturo. (2005)
“Características del estrés académico de los alumnos de educación media superior”
Revista electrónica de psicologiacientifica.com
<http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologiapdf-19-caracteristicas-del-estres-academico-de-los-alumnos-de-educacion-media-superior.pdf>

Hernández García, Mariamparo A. (2006)
“Las influencias familiar y social en la anorexia y la bulimia, el caso de Saltillo, México”
Epistemé. No. 8-9. Año 2, Octubre-Diciembre 2006.
<http://www.uvmnet.edu/investigacion/epsiteme/numero8y9-06/>

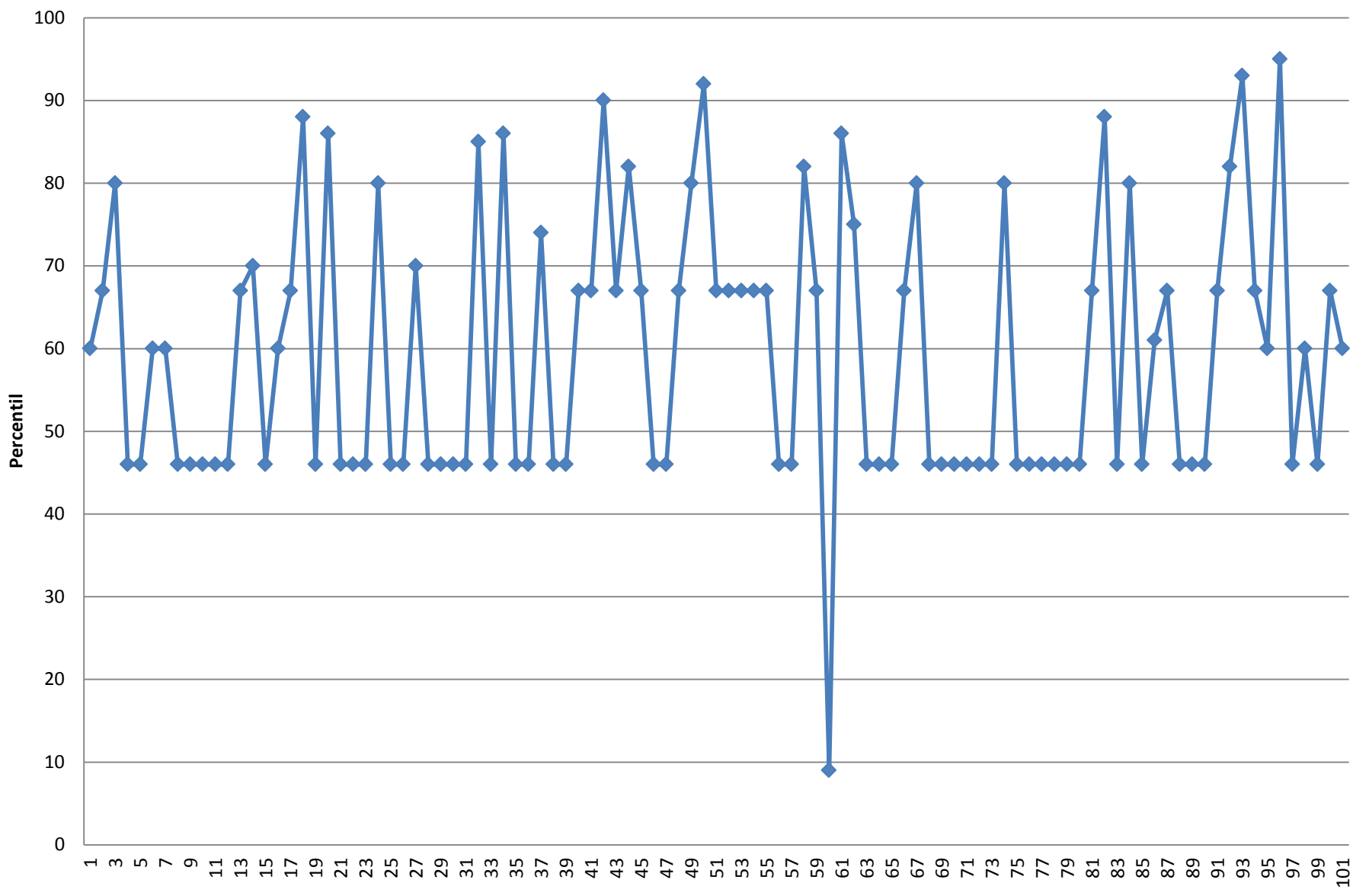
López Coutiño, Berenice; Arias Ibáñez, Alba; Nuño Gutiérrez, Bertha. (s/f)
“Una aproximación a la estructura familiar de mujeres con anorexia y bulimia”.
<http://www.tallersur.com/adolesc/libros/libroanorexia.pdf>

Anexo1

Percentiles de la escala Obsesion por la delgadez

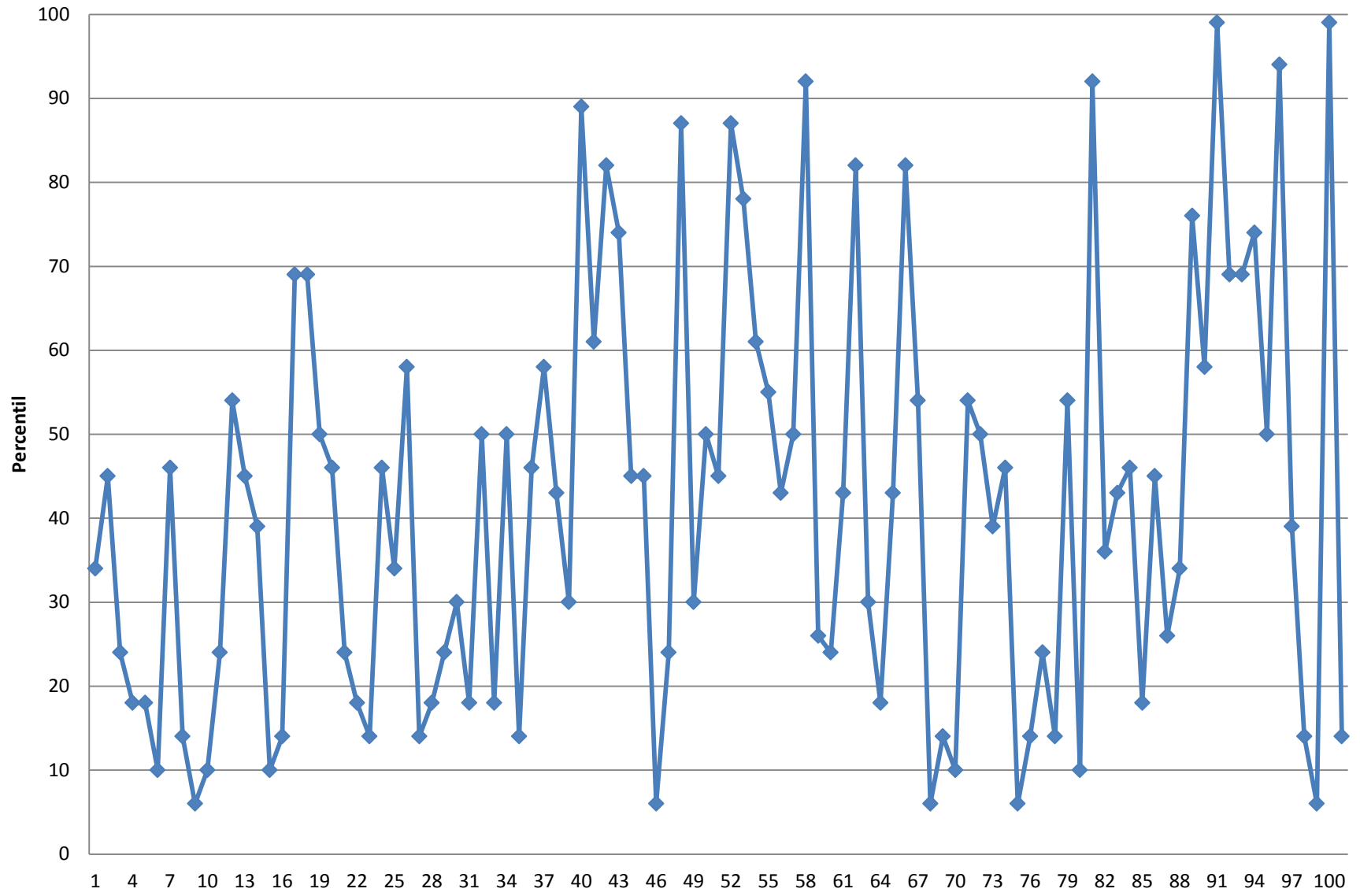


Anexo 2 Bulimia

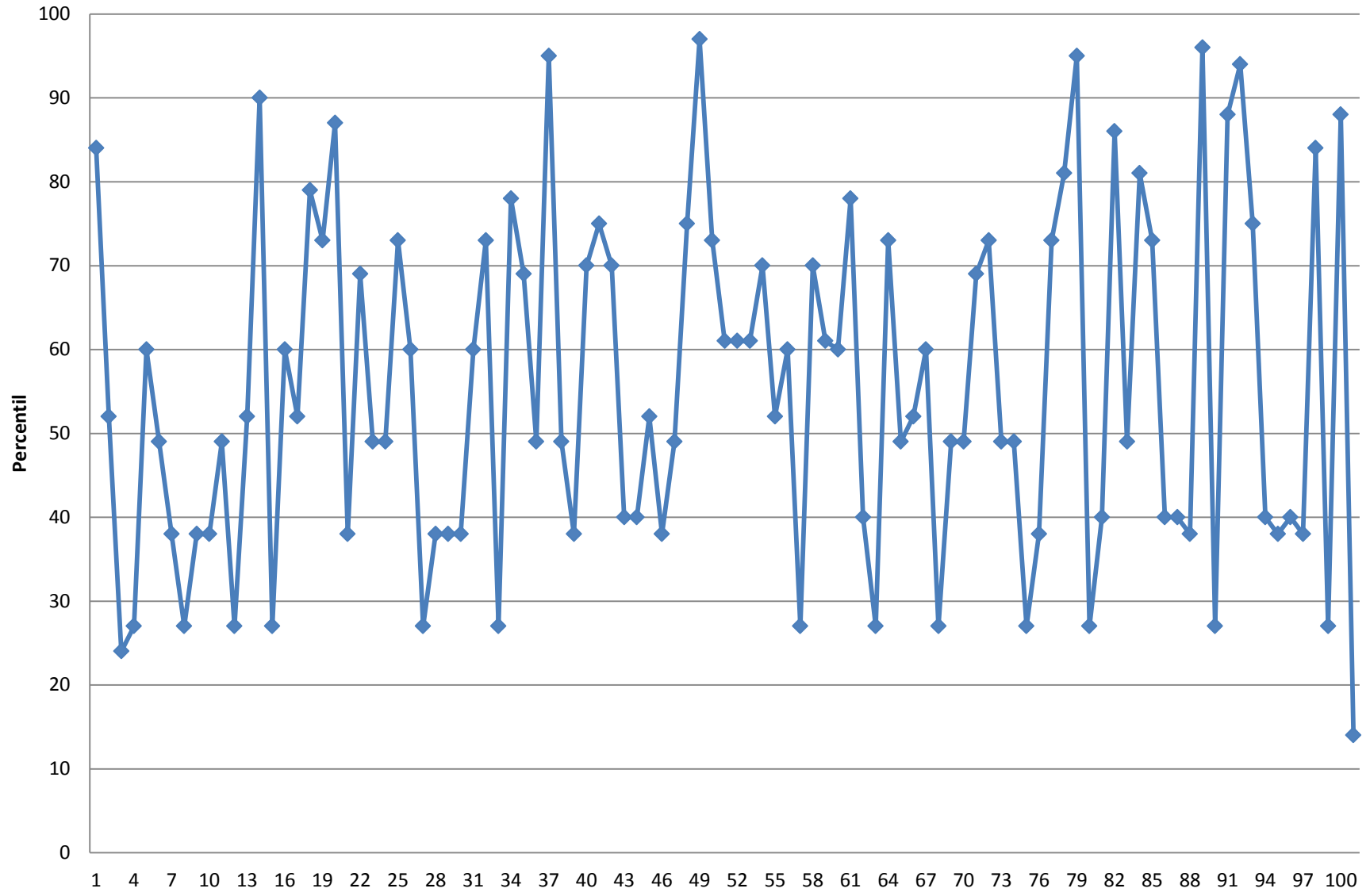


Anexo 3

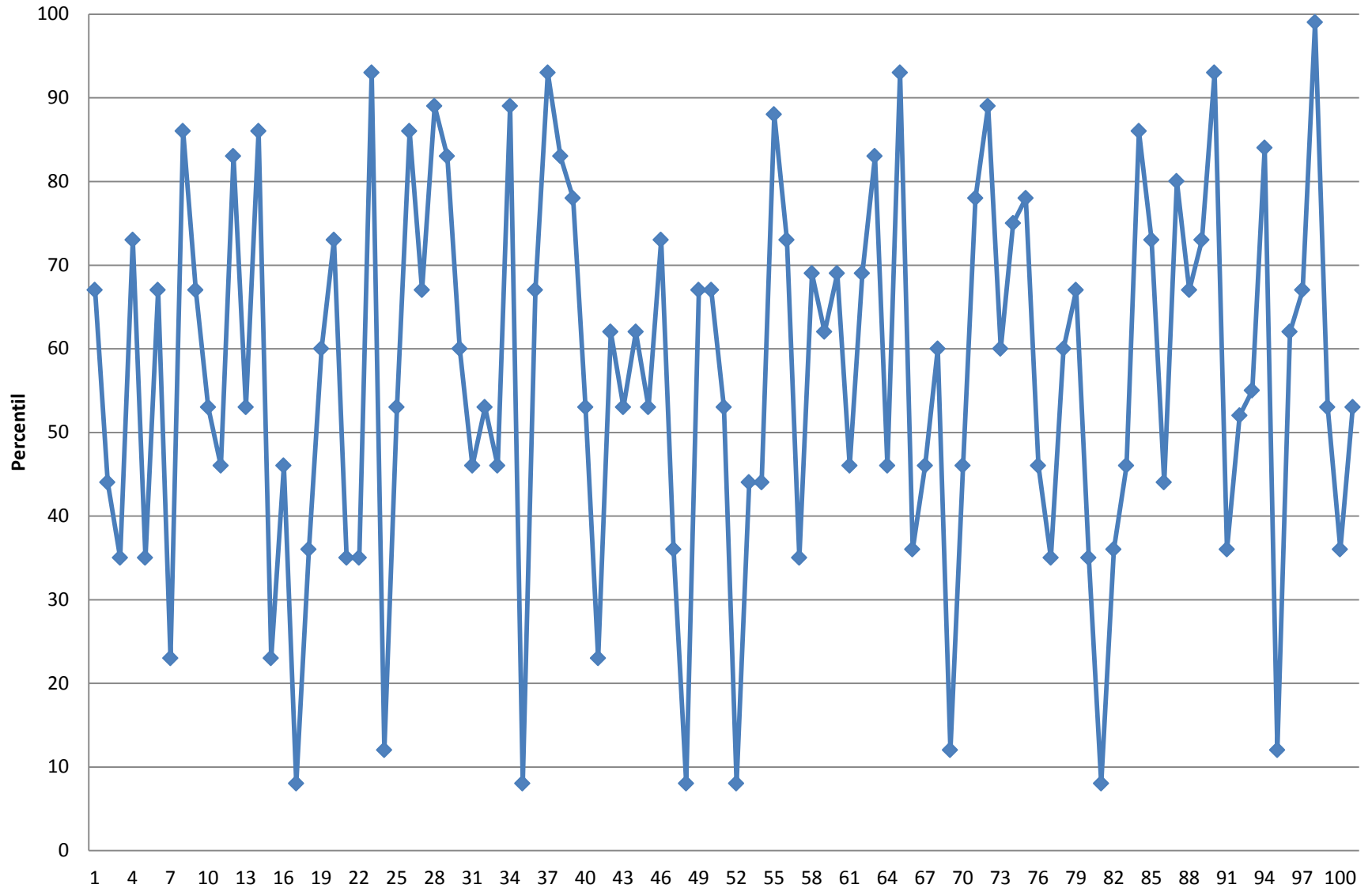
Insatisfacción corporal



Anexo 4 Ineficacia

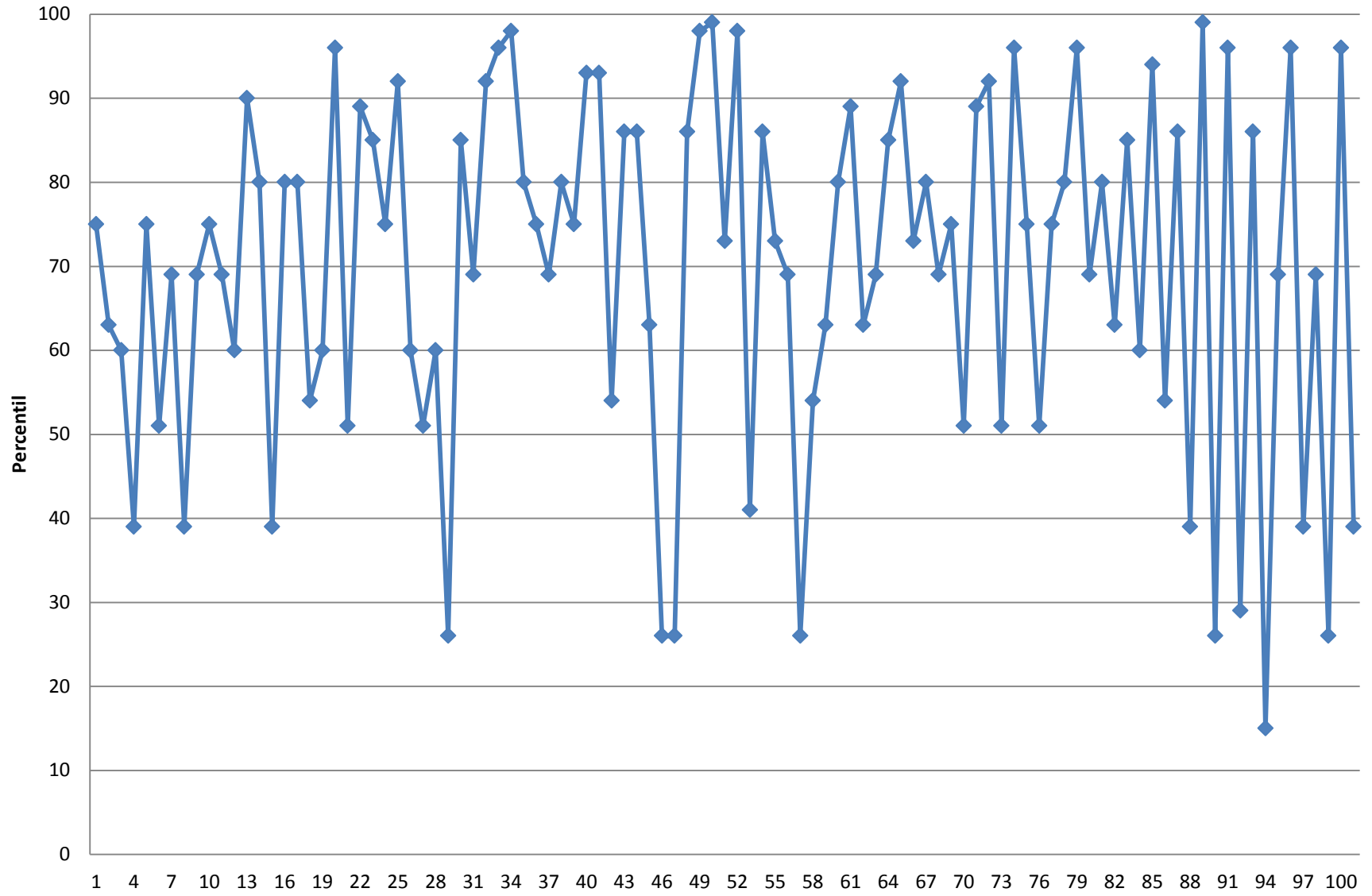


Anexo 5 Perfeccionismo



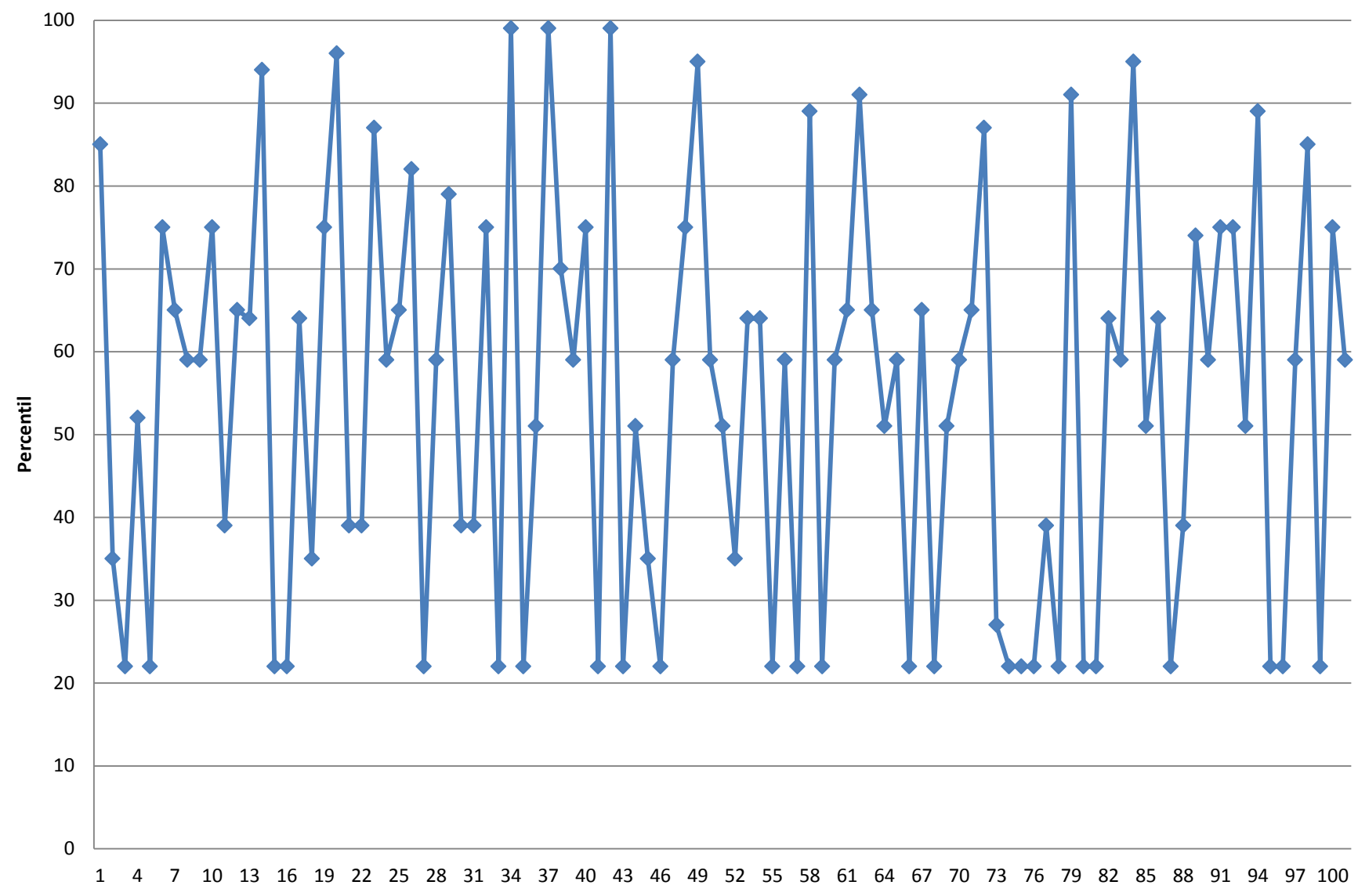
Anexo 6

Desconfianza interpersonal



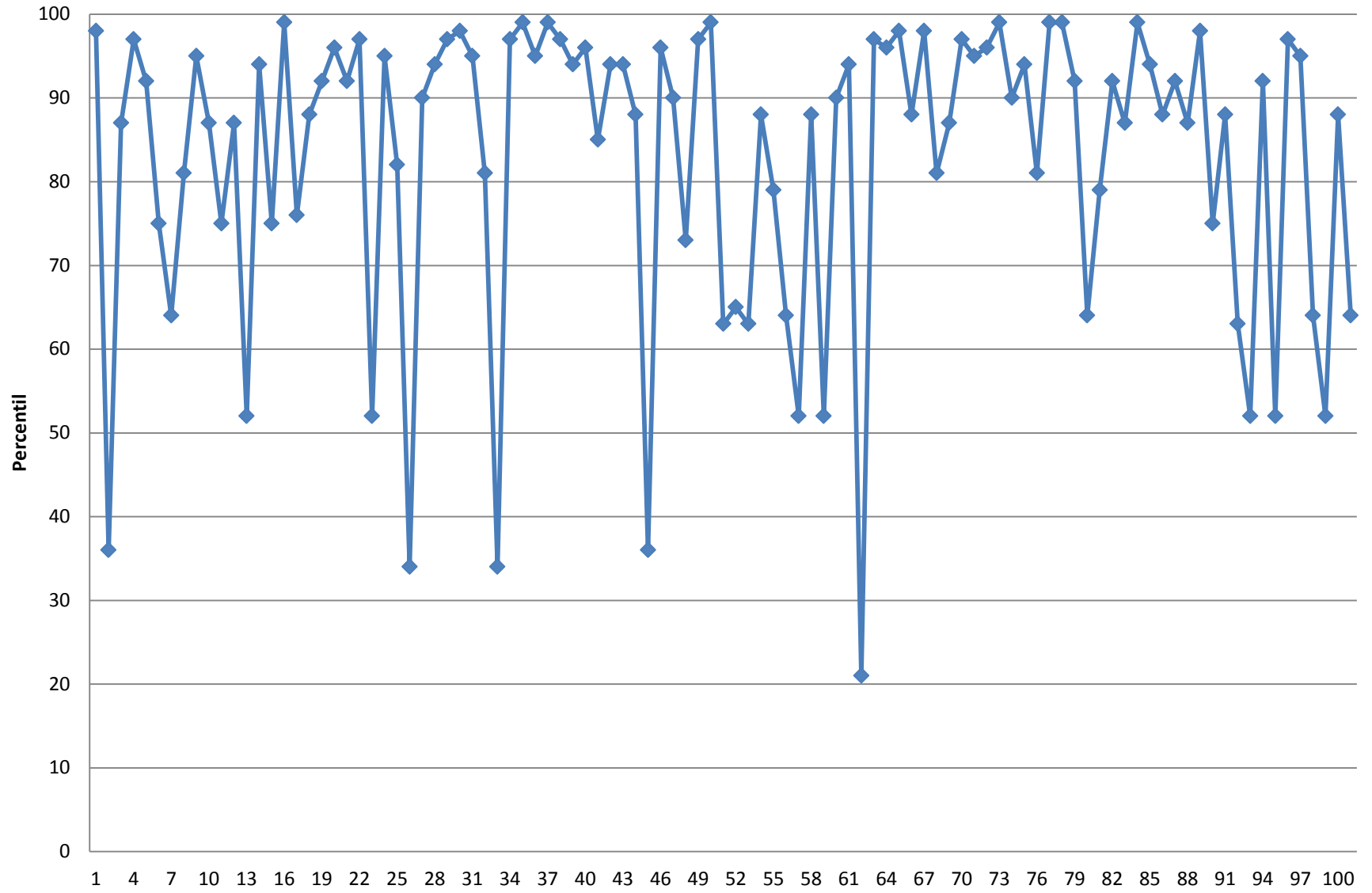
Anexo 7

Conciencia introceptiva



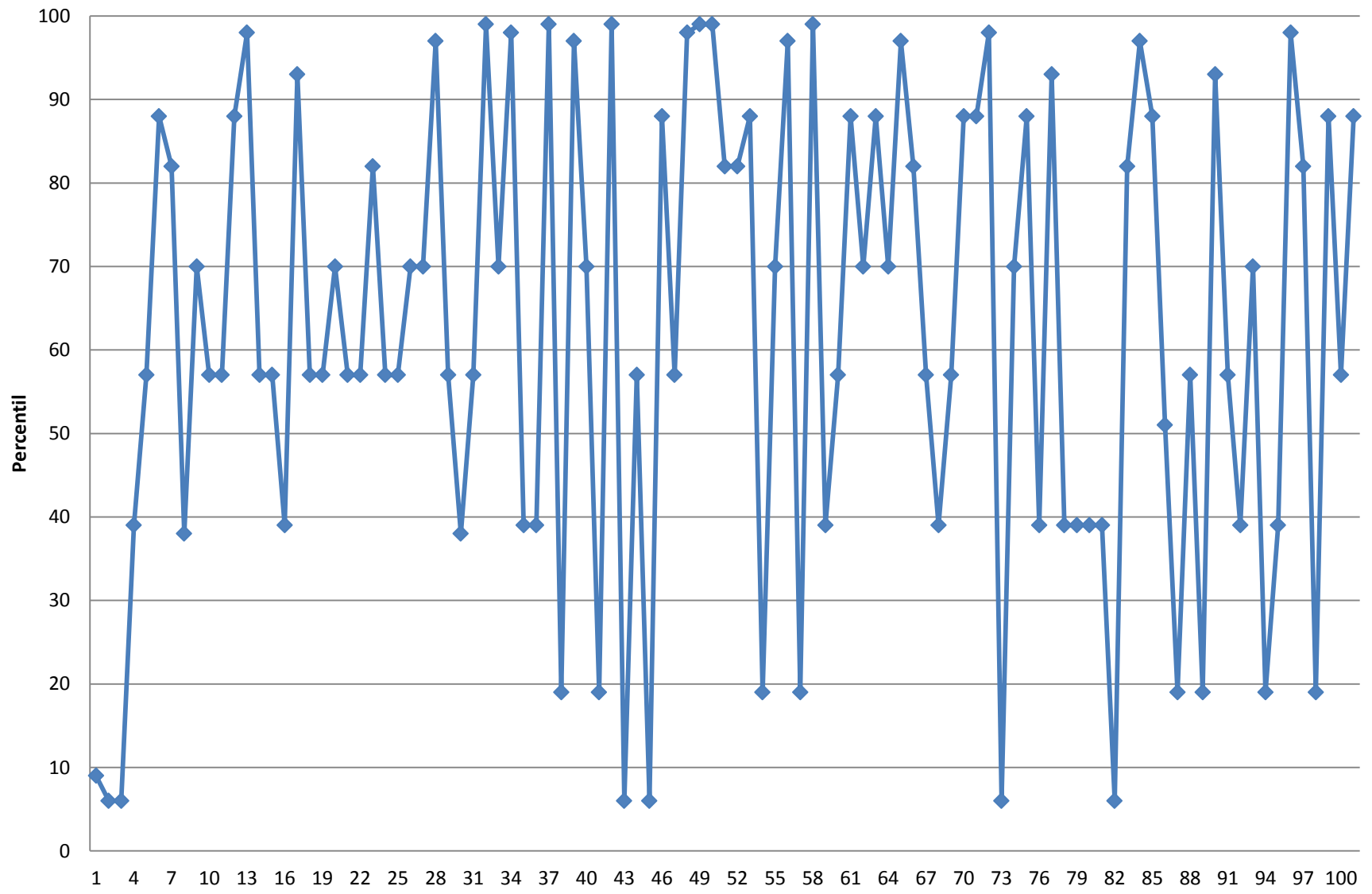
Anexo 8

Miedo a la madurez

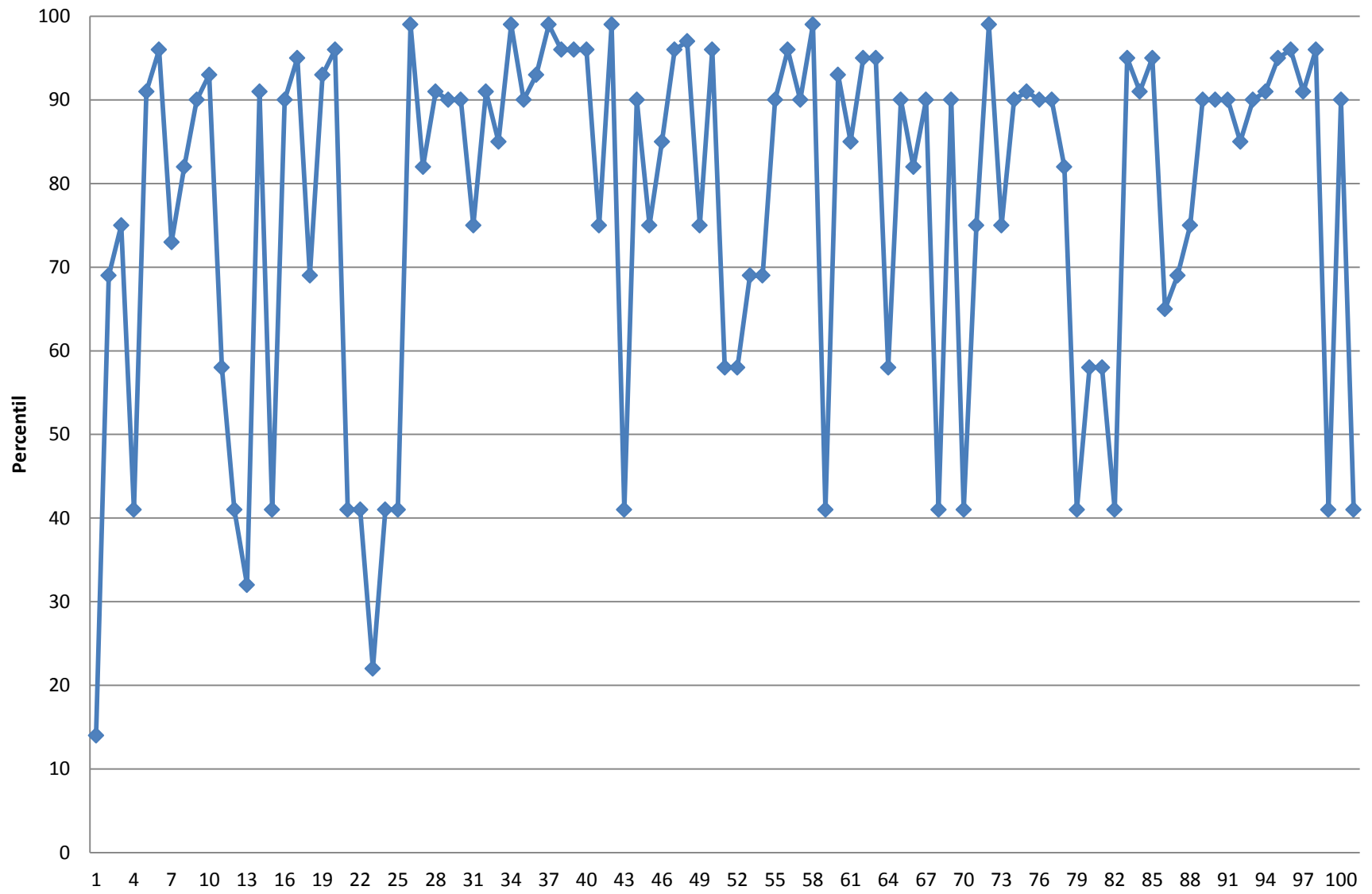


Anexo 9

Ascetismo

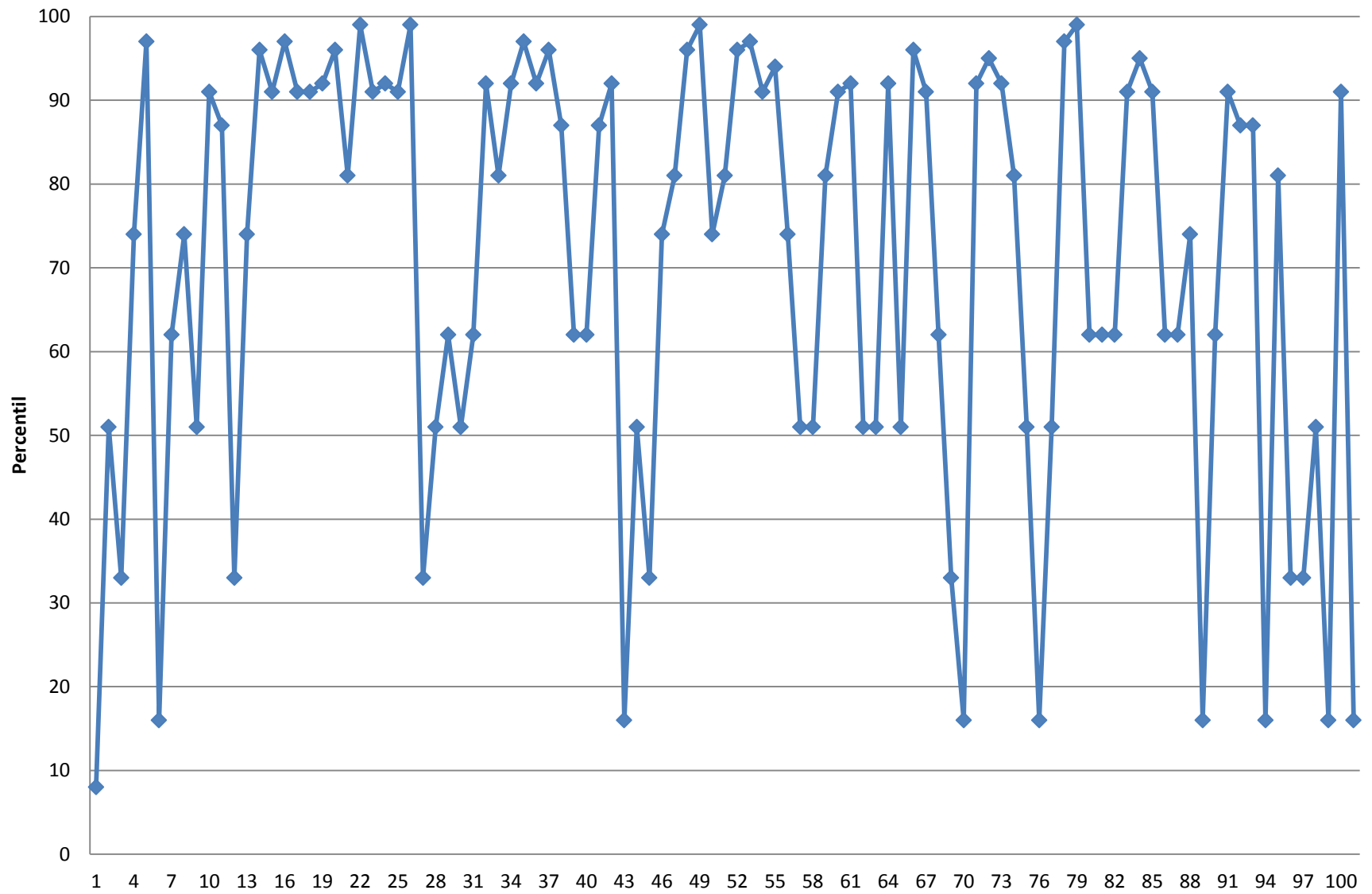


Anexo 10 Impulsividad



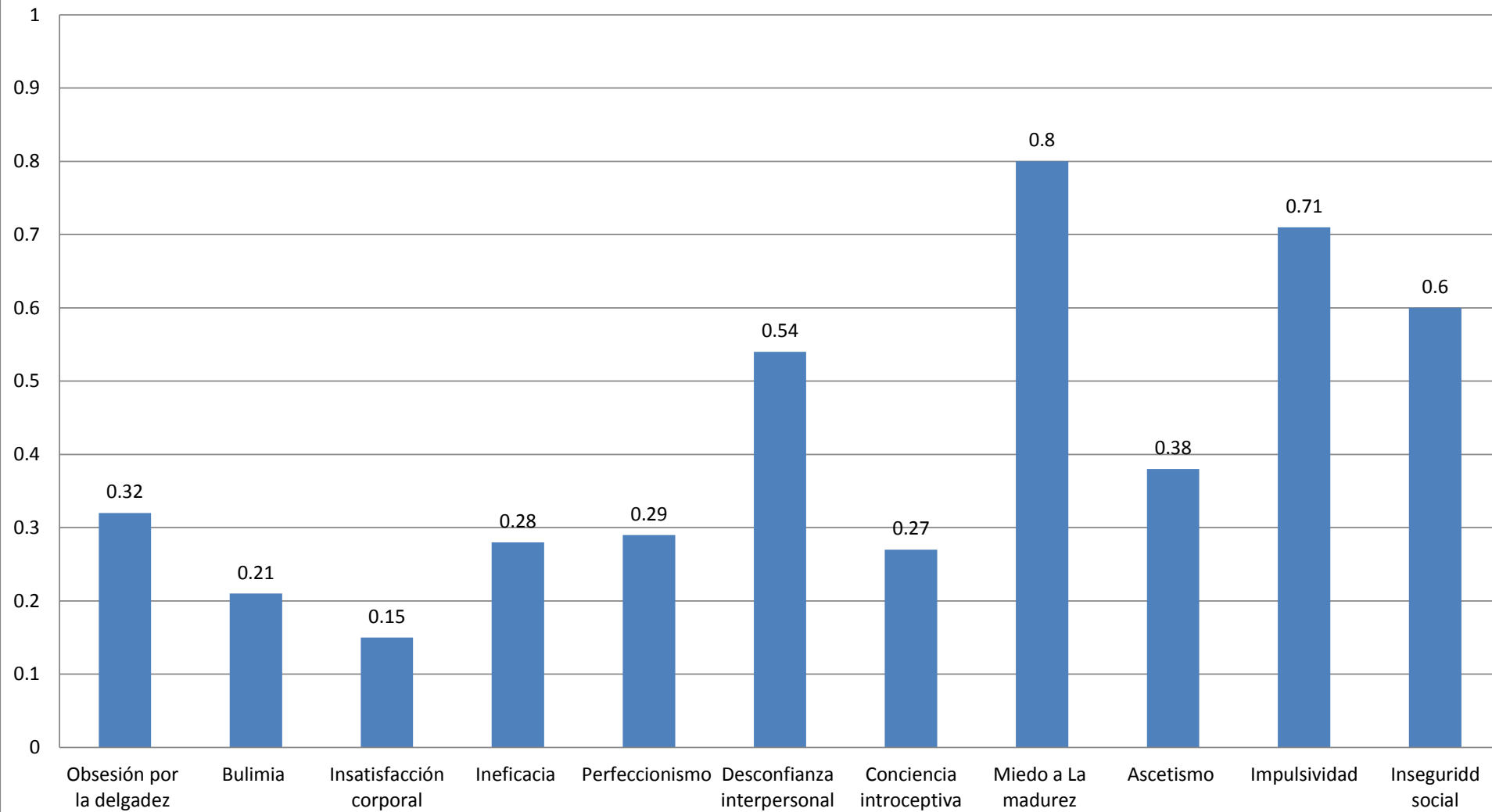
Anexo 11

Inseguridad social



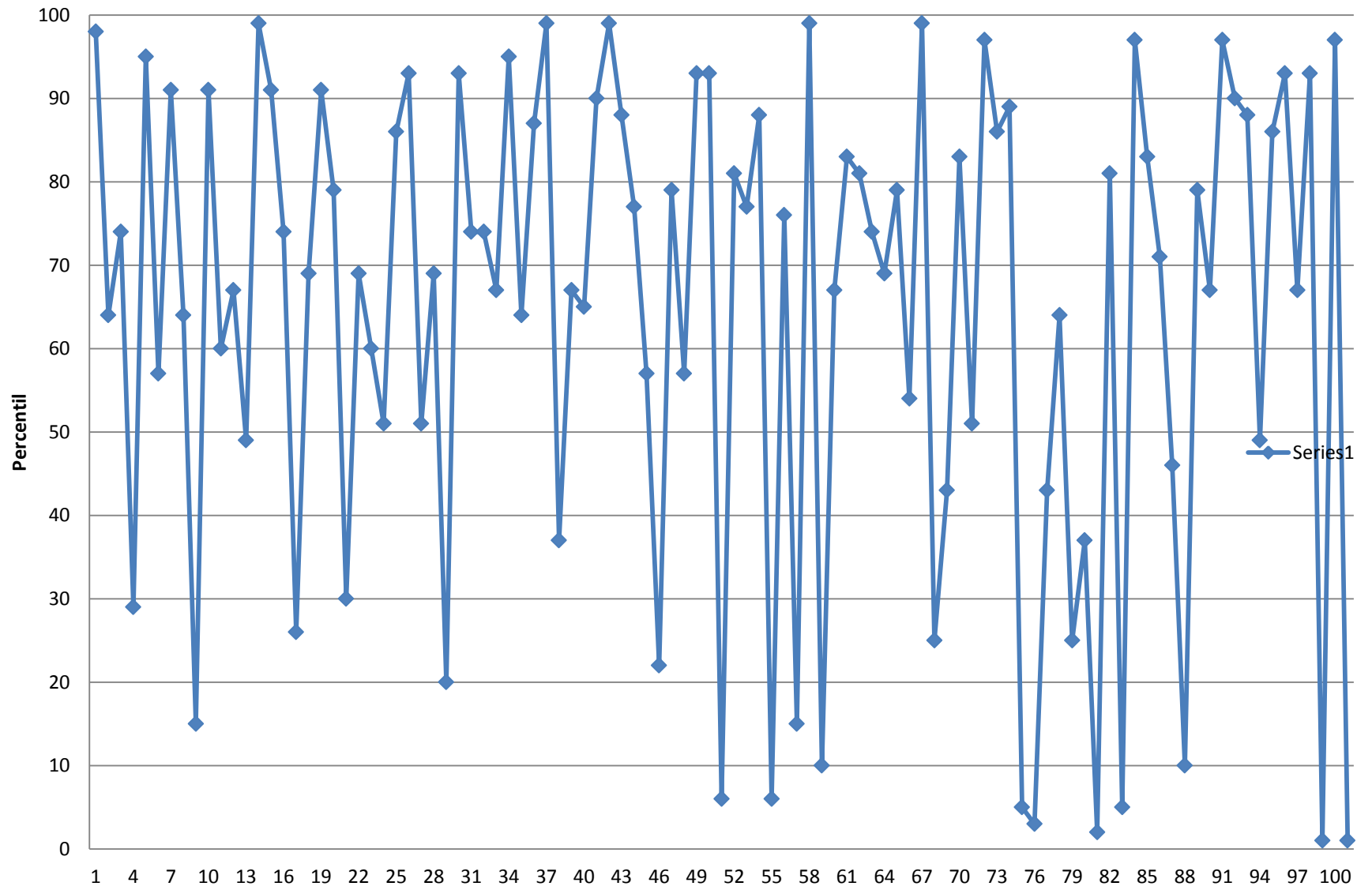
Anexo 12

Porcentajes de sujetos con puntaje alto en indicadores de trastornos alimentarios



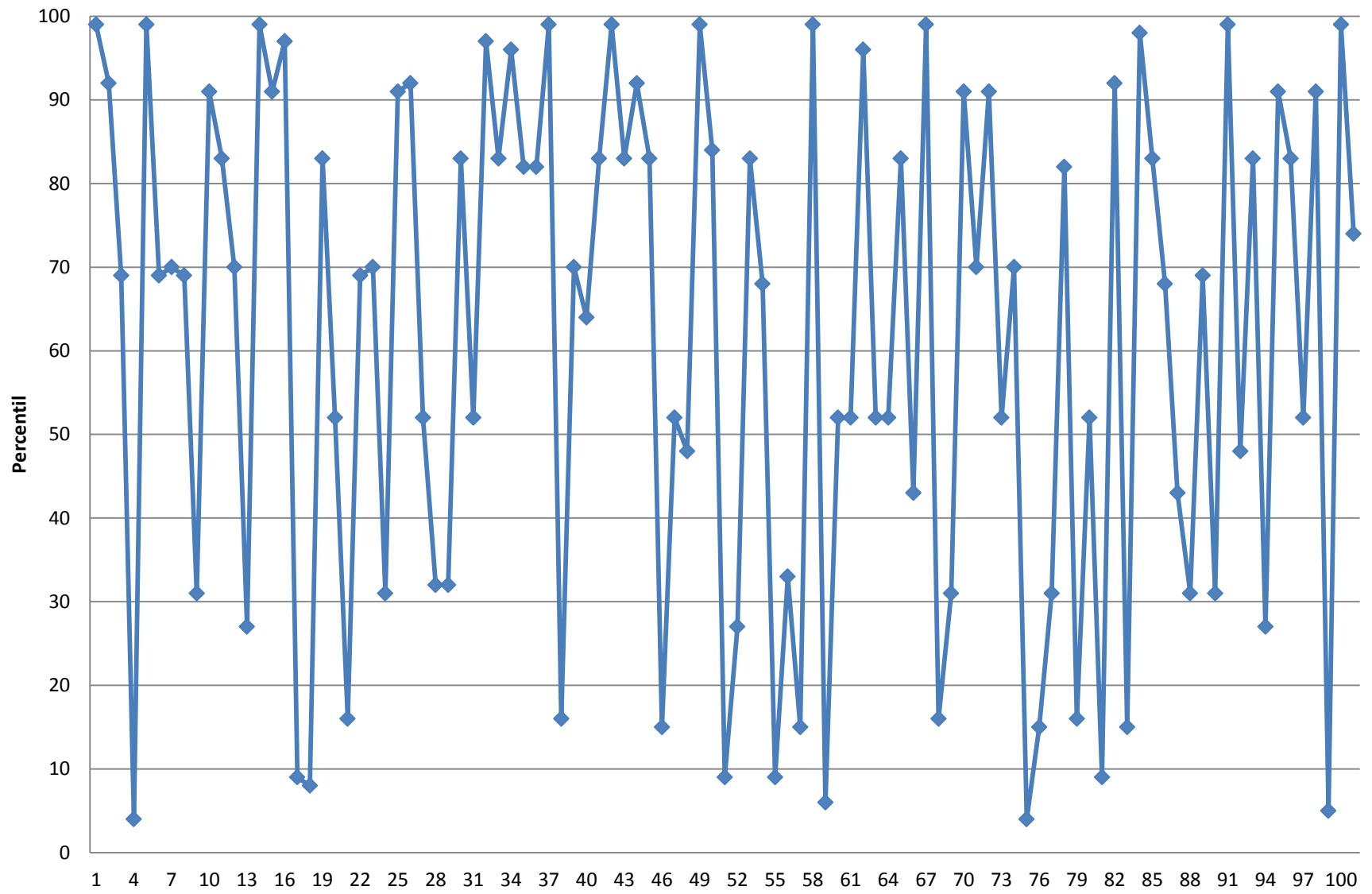
Anexo 13

Percentiles de ansiedad total

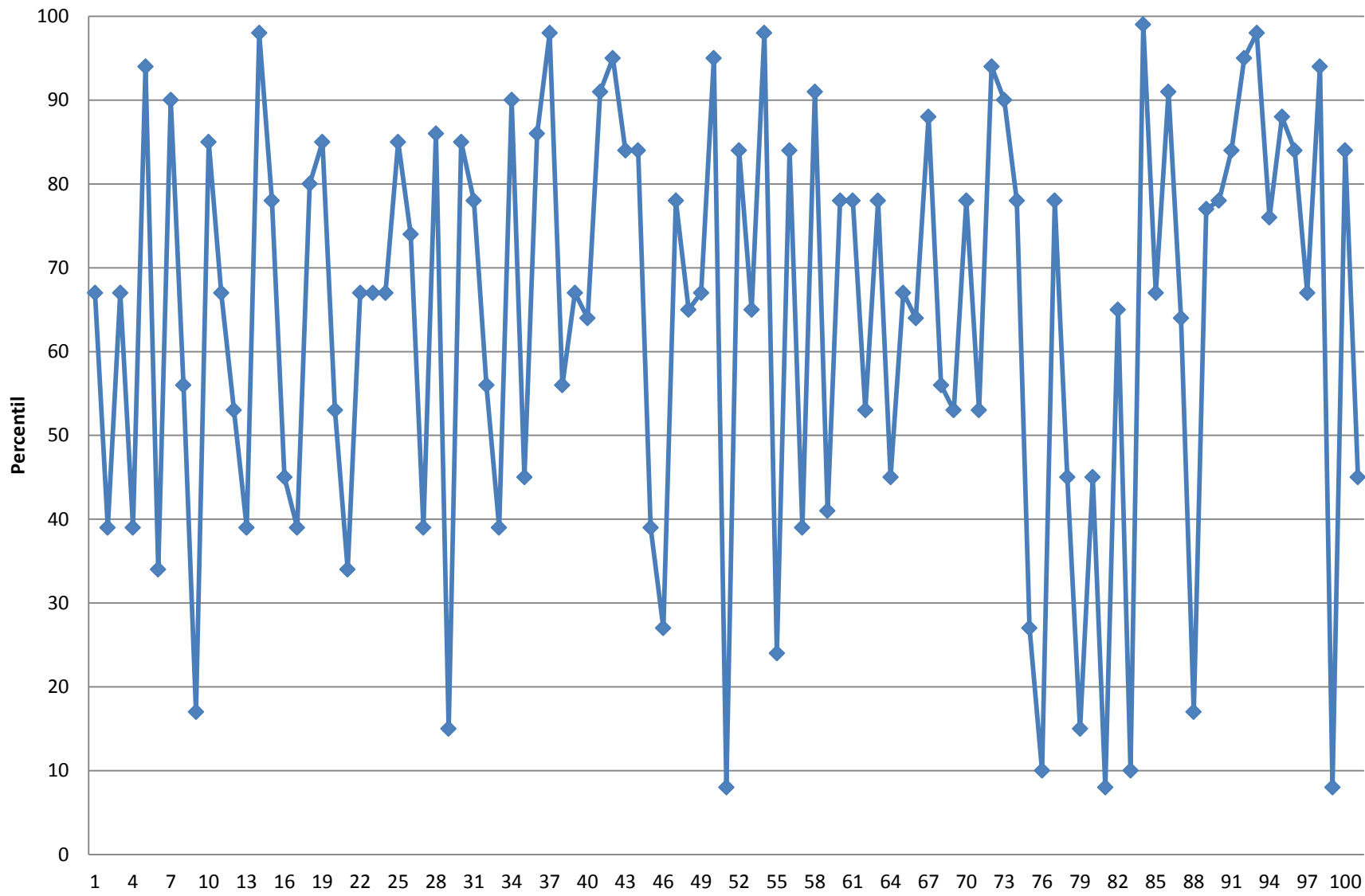


Anexo 14

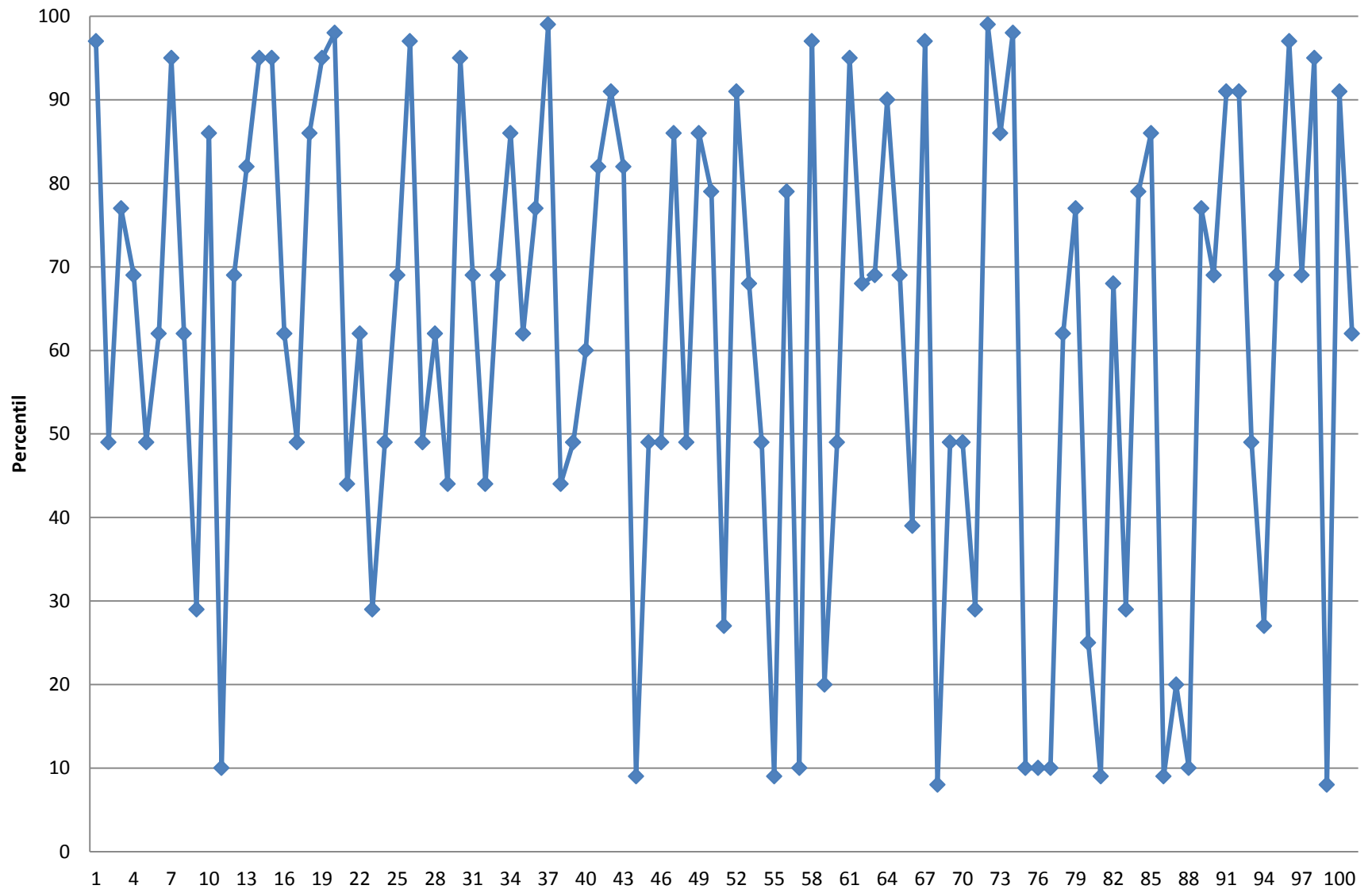
Percentiles de la escala de ansiedad fisiológica



Anexo 15
Percentiles de la escala de inquietud/hipersensibilidad

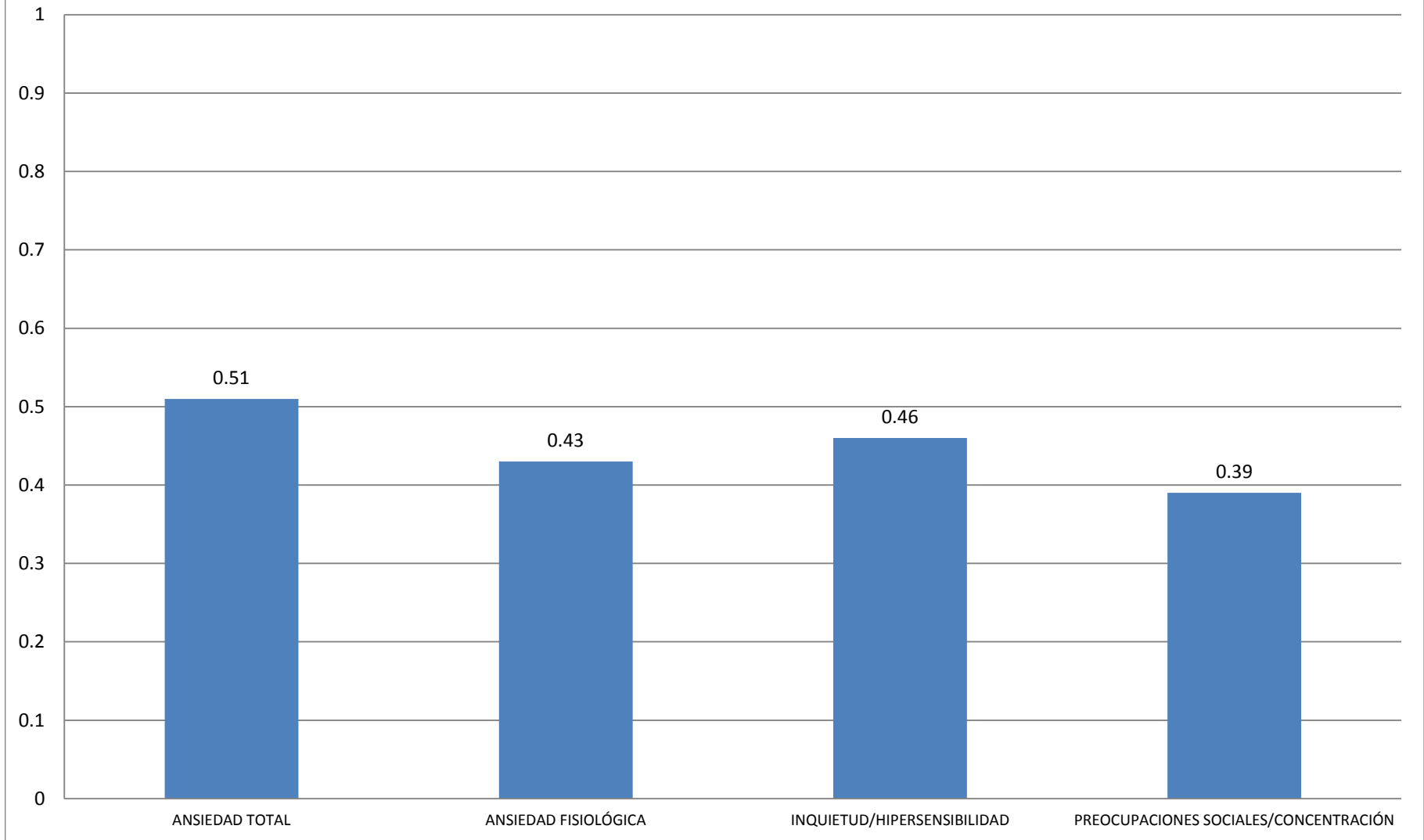


Anexo 16
Percentiles de la escala de preocupaciones sociales/concentración



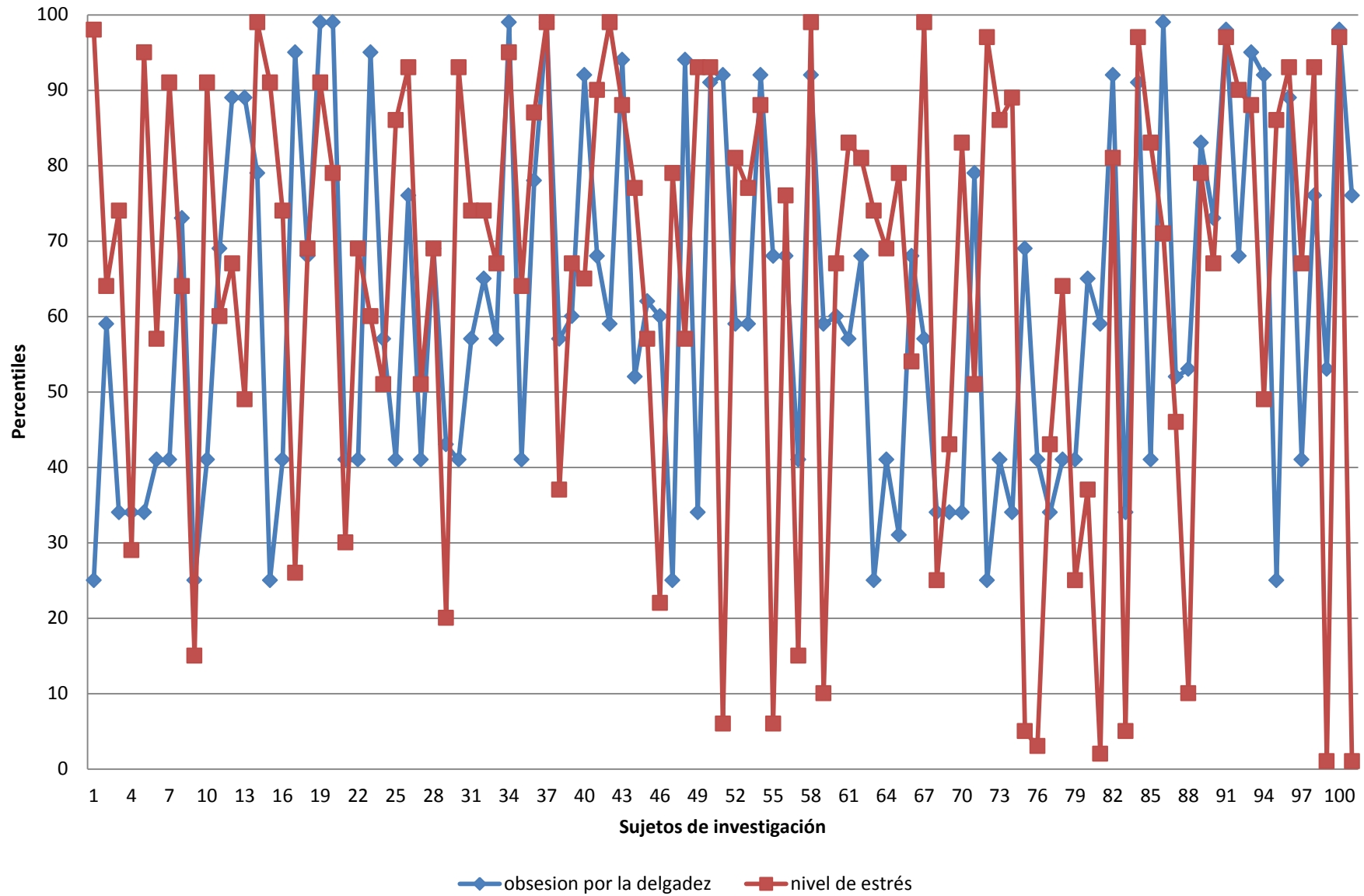
Anexo 17

Porcentajes de sujetos con puntaje alto en las escalas de estrés



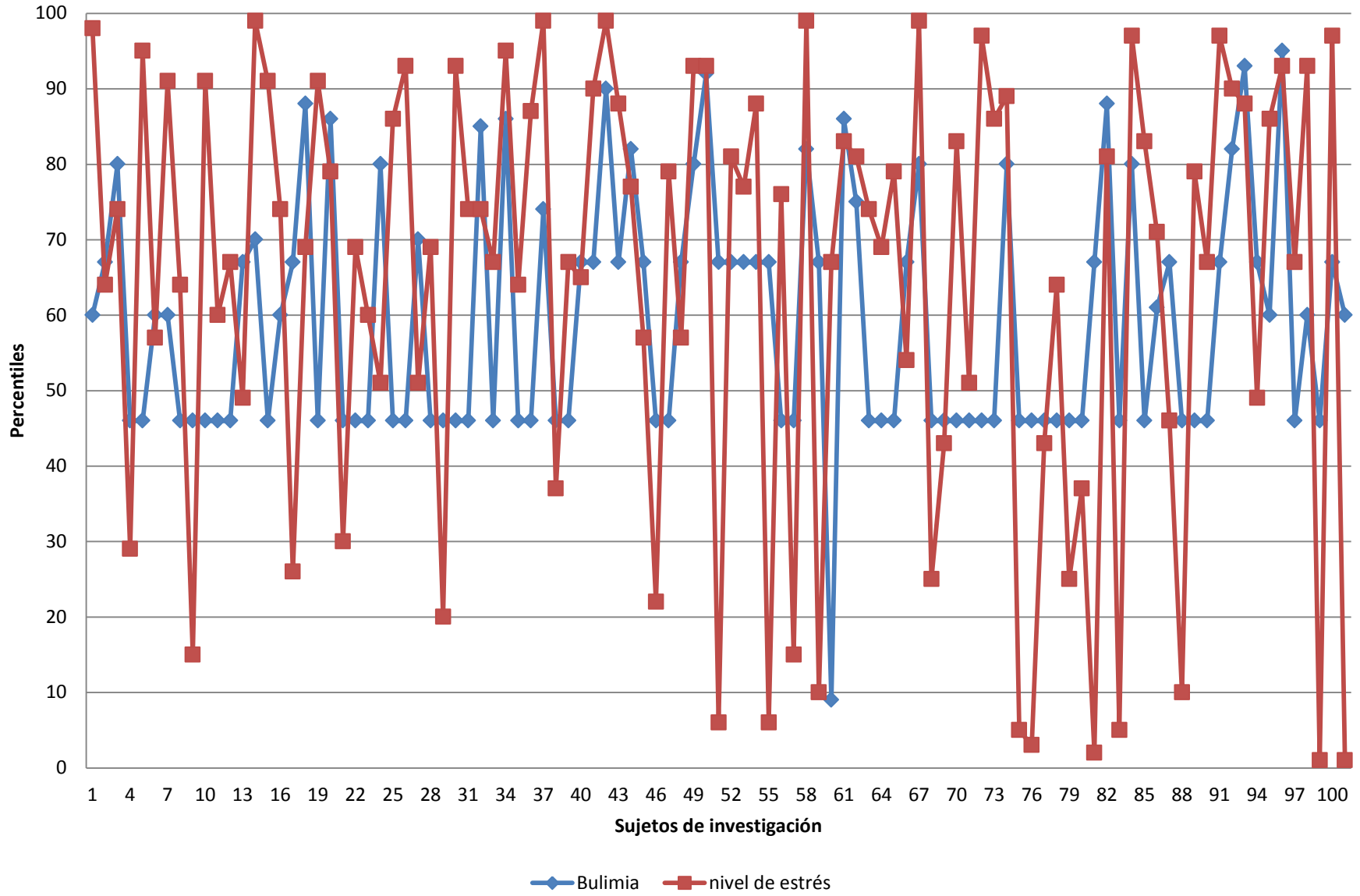
Anexo18

Correlacion entre el nivel de estrés y la obsesión por la delgadez



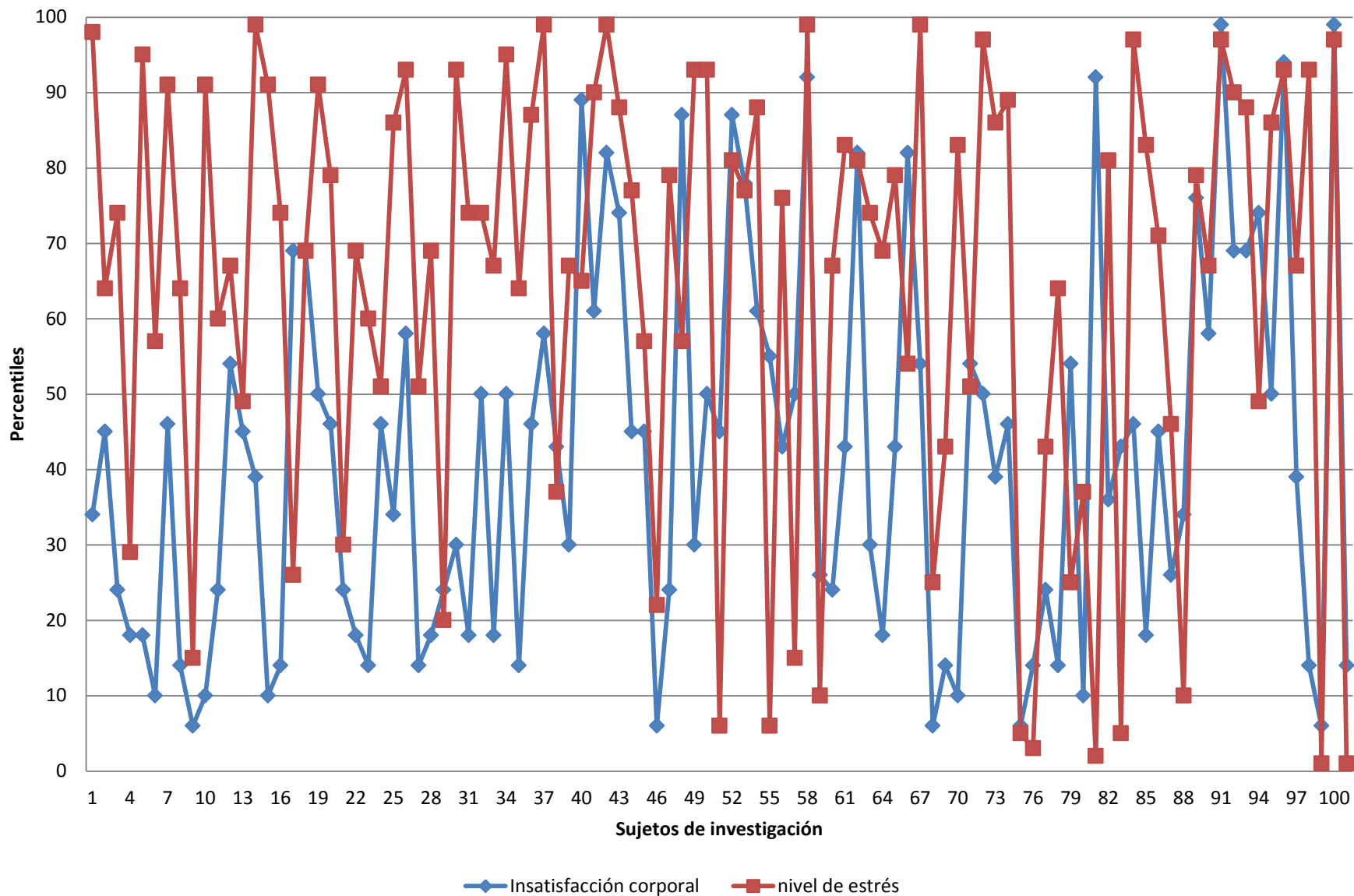
Anexo19

Correlación entre el nivel de estrés y la bulimia



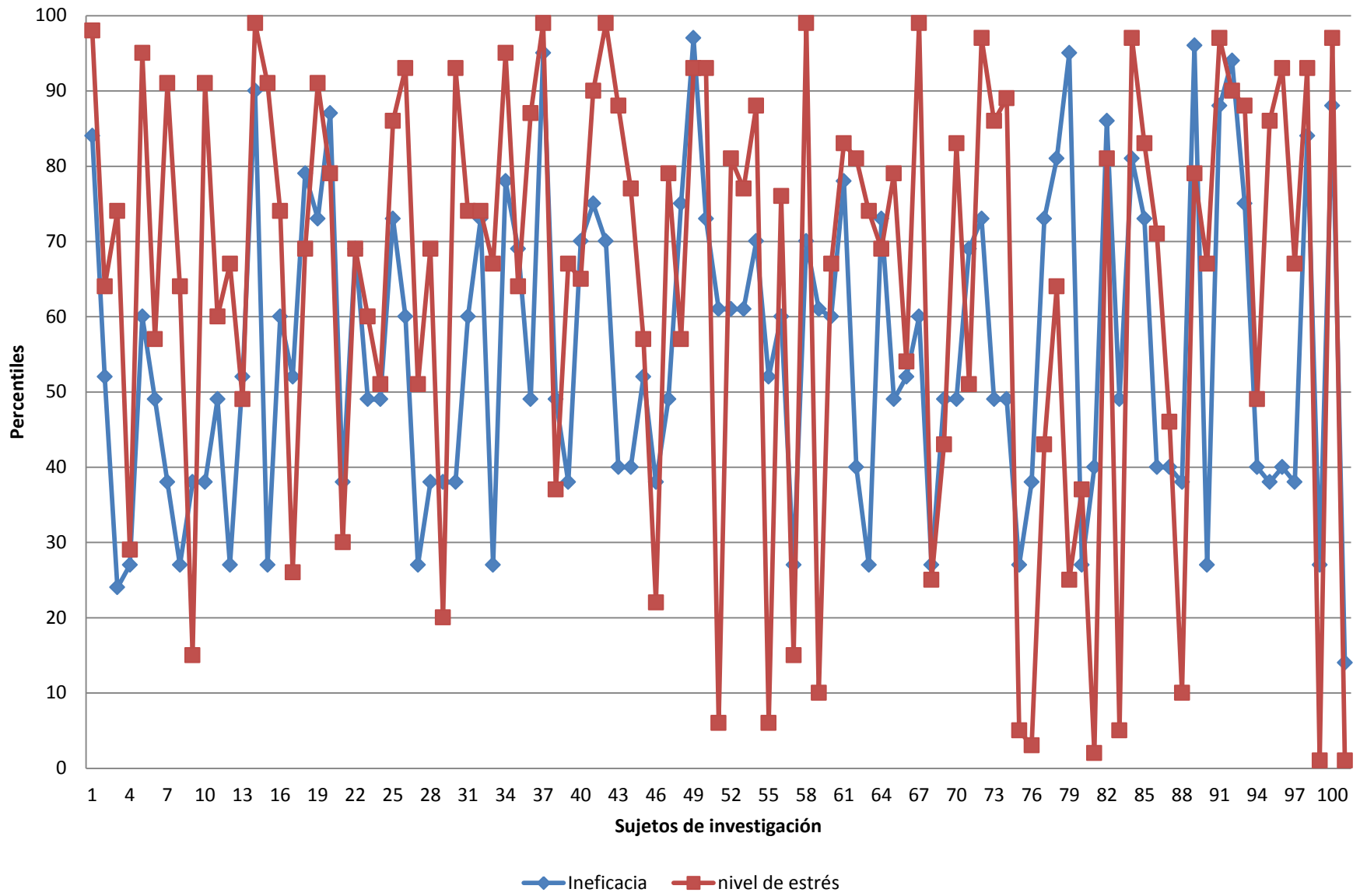
Anexo 20

Correlación entre el nivel de estrés y la insatisfacción corporal



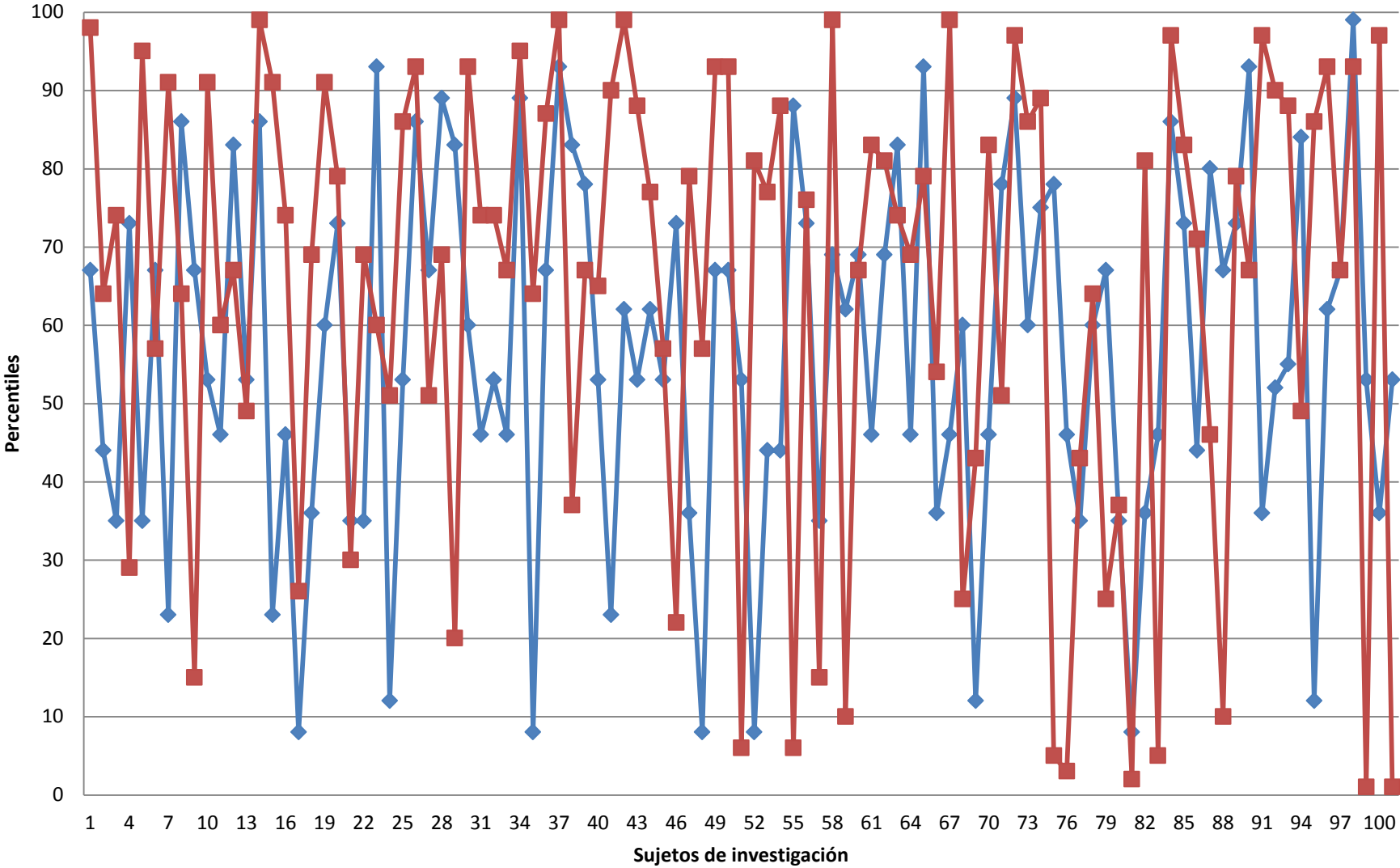
Anexo 21

Correlación entre el nivel de estrés e ineficacia



Anexo 22

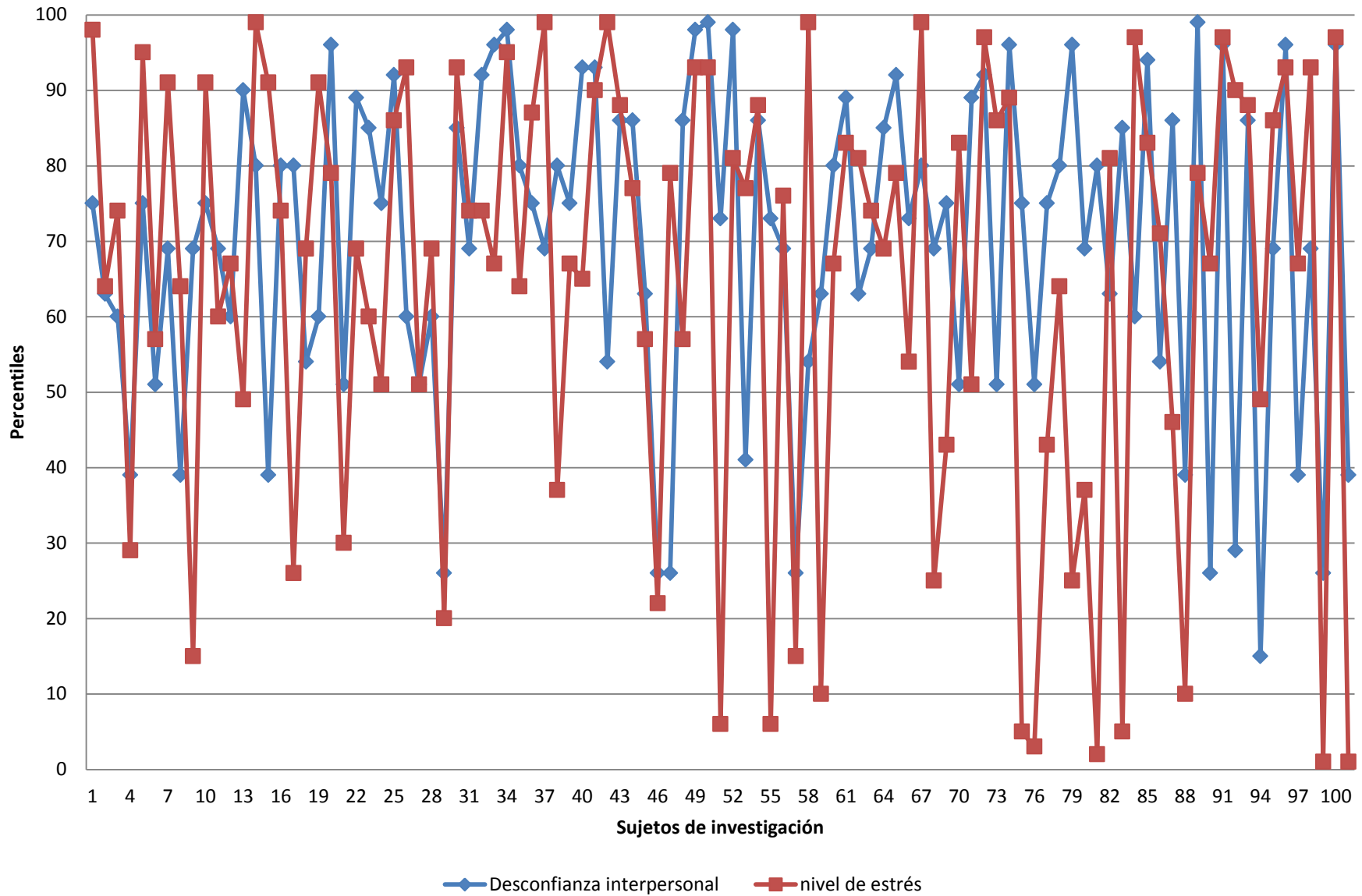
Correlación entre el nivel de estrés y perfeccionismo



—◆— Perfeccionismo —■— nivel de estrés

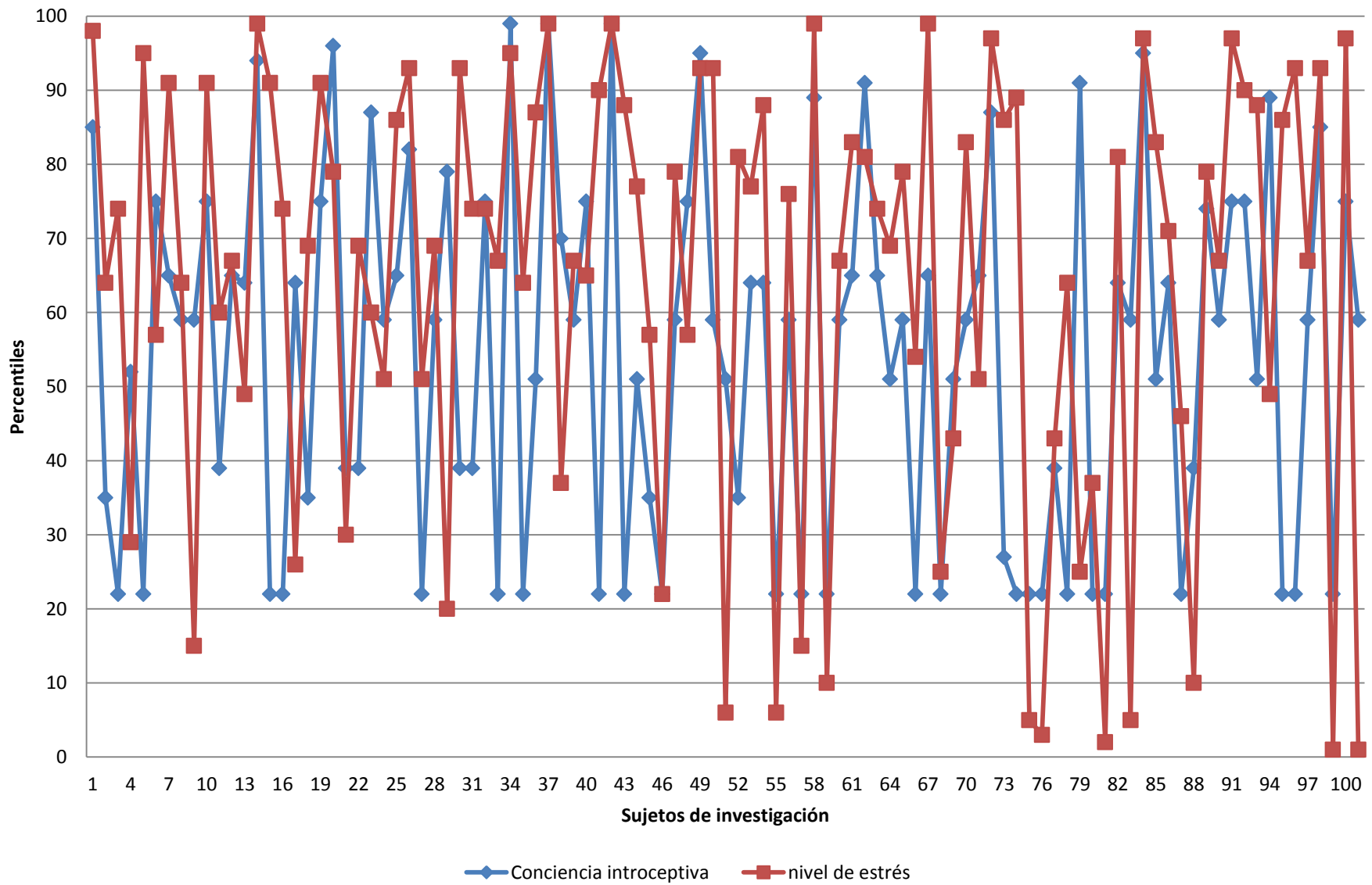
Anexo 23

Correlación entre el nivel de estrés y la desconfianza interpersonal



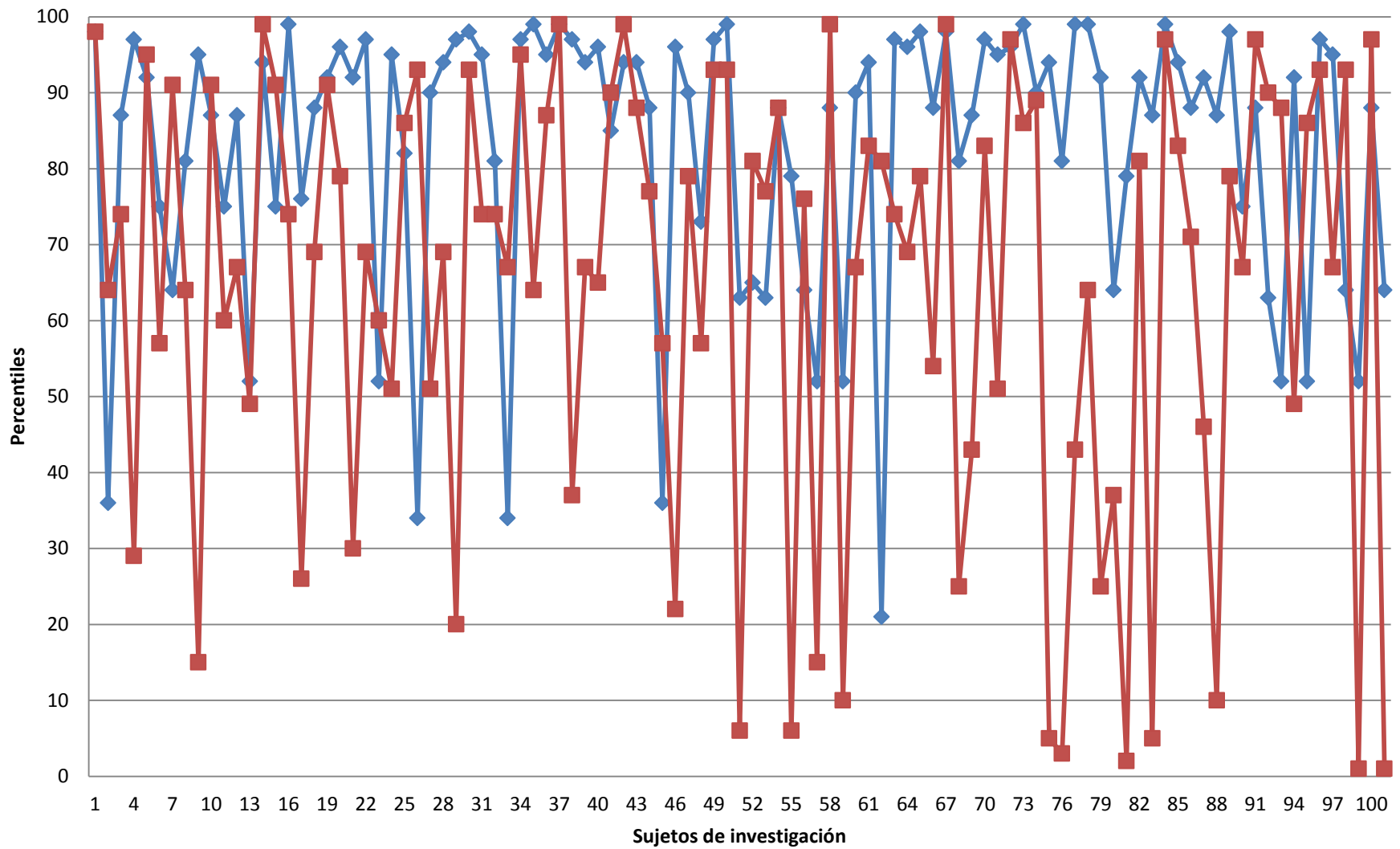
Anexo 24

Correlación entre el nivel de estrés y la conciencia introceptiva



Anexo 25

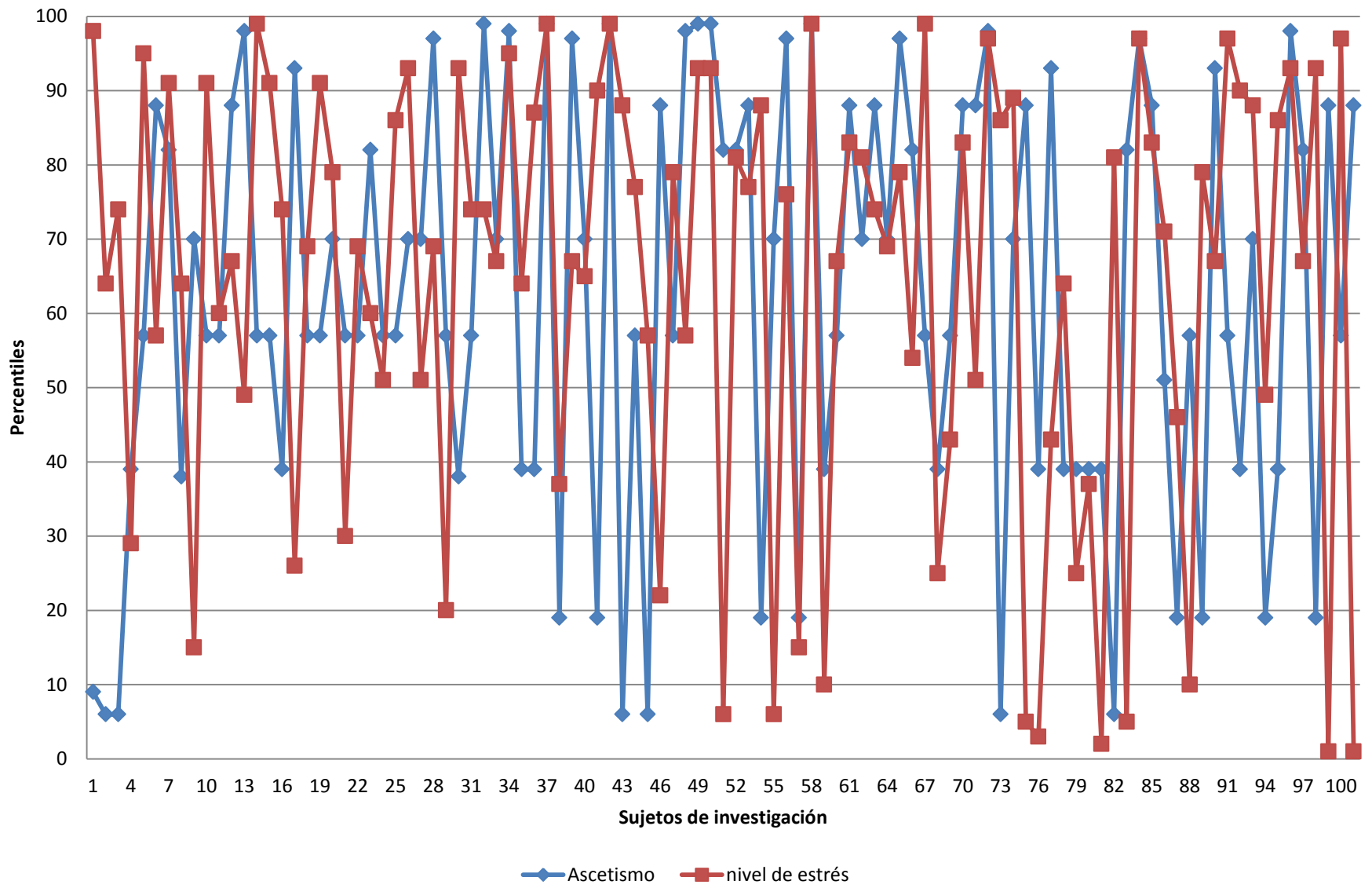
Correlación entre el nivel de estrés y el miedo a la madurez



—◆— Miedo a la madurez —■— nivel de estrés

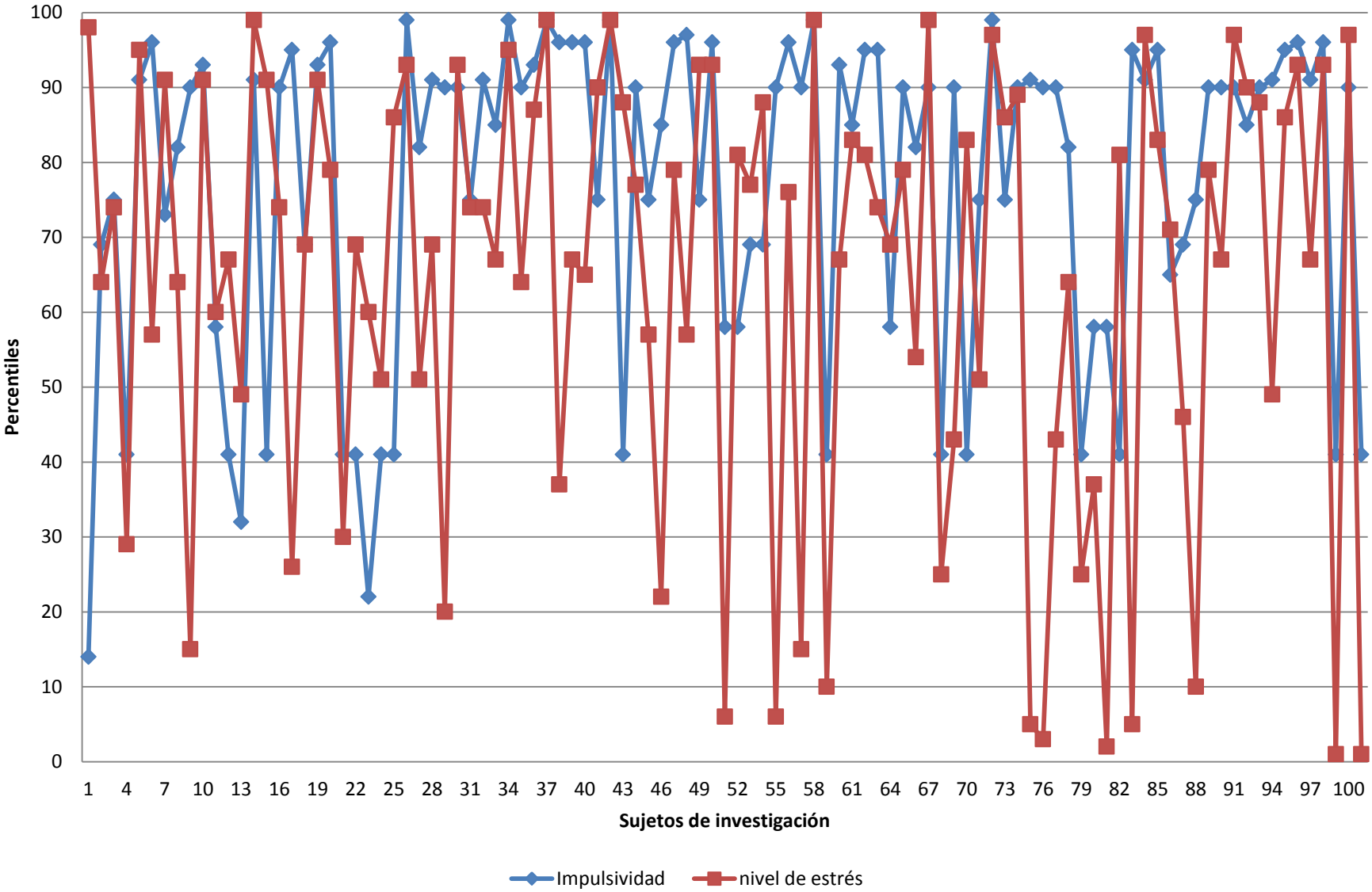
Anexo 26

Correlación entre el nivel de estrés y el ascetismo



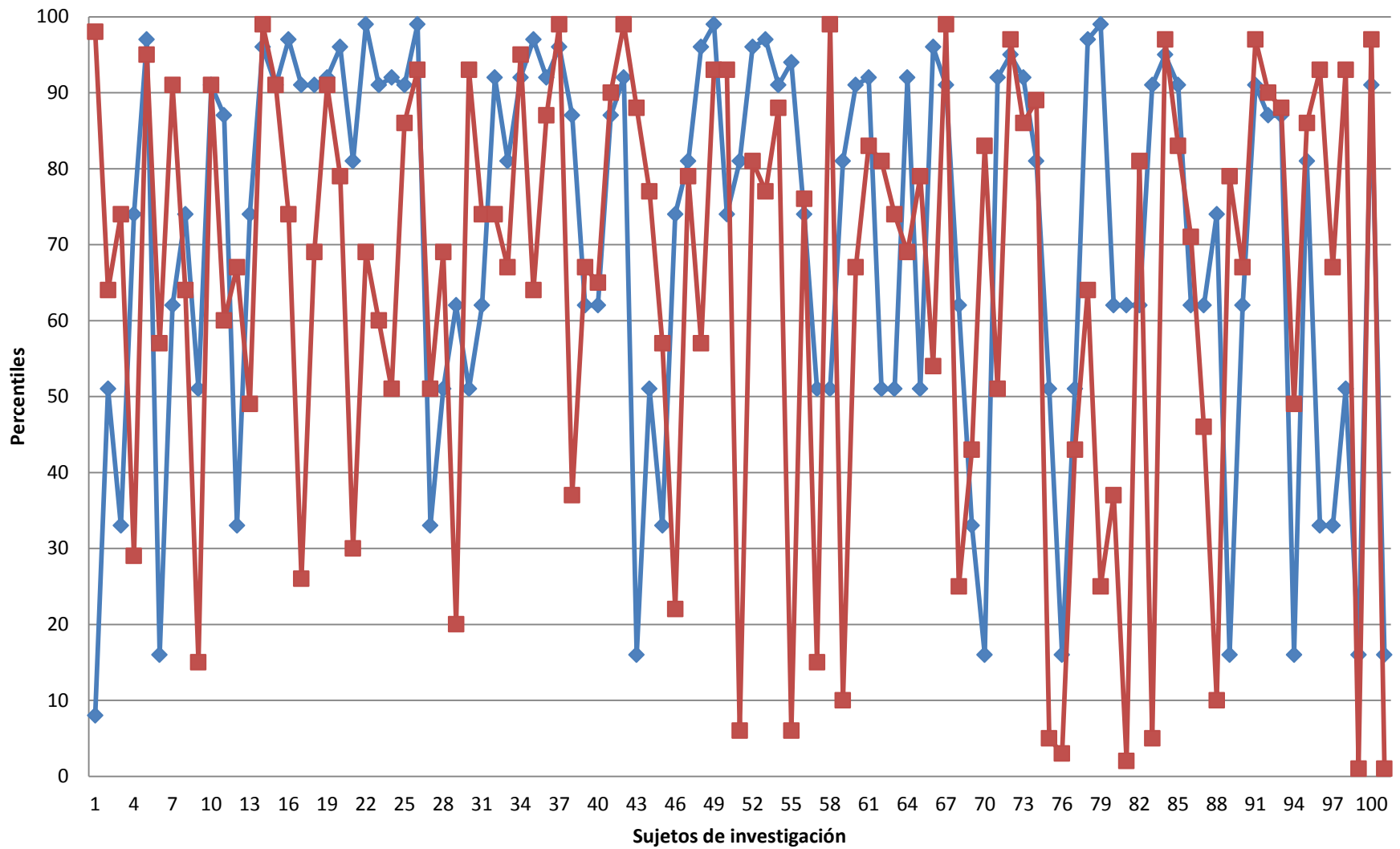
Anexo 27

Correlación entre el nivel de estrés y la impulsividad



Anexo 28

Correlación entre el nivel de estrés y la inseguridad social



—◆— Inseguridad social —■— nivel de estrés