



UNIVERSIDAD DON VASCO, A.C.

Incorporación 8727-25 a la
Universidad Nacional Autónoma de México
Escuela de Psicología

**EL ESTRÉS Y SU RELACION CON LOS TRASTORNOS
ALIMENTICIOS EN LOS ALUMNOS DE NIVEL TECNICO MEDIO
SUPERIOR, DE URUAPAN, MICHOACÁN**

Tesis

Para obtener el título de

Licenciada en Psicología

Minoa Venecia Herrera Estrada

Asesor: Lic. Gisela Mayanin Tafolla Torres

Uruapan, Michoacán, a 4 de Septiembre del 2012.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos.

Para los seres que amo:

A mi madre por su sensibilidad y orgullo

A mi padre por su coraje y determinación

A mi hermano por su carácter e inteligencia

A mi tía Lupita por su fe y por sus oraciones

Y a ti amor mío por todo el amor y apoyo incondicional, te amo.

Tienen mi eterna gratitud.

*"amo a mi mundo, a mi tiempo,
a mi locura, a mi seso,
amo la voz de la luna
y hasta su vago silencio.*

*Amo estas viejas locuras,
estos pasos sin camino,
estas huellas que desnudan
cuán negros son los destinos.*

*Amo el proceso del alma,
el timón del pensamiento,
amo el dolor de las ramas
cuando se seca el sarmiento*

*Amo a mi gente en su canto
en su dolor, en su ciencia,
amo su voz y sus pasos,
aunque duela su existencia.*

G.L.V.

Dedicatoria a mi ángel.

*Aun me faltan muchas cosas por vivir,
Y segura estoy que desde donde estés
Las compartiremos juntas.
Todo mi ser te dice gracias.
Te extraño tita.*

Extraño tu poesía cotidiana
tus libros adecuados al instante,
la risa contagiosa
que presagia la vida
en los latido de tu muerte.
Extraño tu voz en la fotografía
que continúa muda,
porque absurdamente
ambas nos quedamos sin ti.
Deseo rescatar alguna imagen tuya
para explicarle a la nostalgia
tanta ausencia,
Al final todo es igual,
lo mismo que al principio.
Pero extraño tu ruido,
abruma demasiado este silencio...
S.M.V.

ÍNDICE

Introducción.

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

Capítulo 1. El estrés.

1.1. Antecedentes históricos del estrés	14
1.2. Tres enfoques teóricos del estrés	17
1.2.1. Estrés como estímulo	18
1.2.2. Estrés como respuesta	20
1.2.3. Estrés como relación persona-entorno	23
1.2.3.1. El concepto integrador de estrés	25
1.3. Los estresores	25
1.3.1. Estresores psicosociales: cambios mayores, menores y cotidianos.	26
1.3.2. Estresores biogenéticos	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	35
1.5.1. El control percibido	35

1.5.2. El apoyo social	36
1.5.3. El tipo de personalidad: A/B	38
1.5.3.1. Personalidad tipo A y problemas cardiacos	39
1.6. Los efectos negativos del estrés	40

Capítulo 2. Trastornos alimenticios.

2.1. Antecedentes y características clínicas de los trastornos alimenticios.	43
2.2. Definición y características de los trastornos alimenticios	45
2.2.1. Anorexia nerviosa	46
2.2.2. Bulimia nerviosa	50
2.2.3. Obesidad	53
2.2.4. Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas	54
2.2.5. Vómitos en otras alteraciones psicológicas	55
2.2.6. Trastornos de la conducta alimenticia en la infancia	55
2.3. Esfera oroalimenticia en el infante	59
2.3.1. Organización oroalimenticia	59
2.3.2. Alteraciones en la esfera oroalimenticia	62
2.4. Perfil de la persona con trastornos de alimentación	64
2.5. Causas del trastorno alimenticio	68
2.5.1. Factores predisponentes individuales	68
2.5.2. Factores predisponentes familiares	70
2.5.3. Factores socioculturales	73
2.6. Percepción del cuerpo en el trastorno alimenticio.	74
2.7. Factores que mantienen los trastornos alimenticios	76
2.8. Trastornos mentales asociados a los trastornos alimenticios	77

2.8.1. Trastornos alimenticios y depresión	78
2.8.2. Trastornos alimenticios y ansiedad	79
2.9. Tratamiento de los trastornos alimenticios	81
Capítulo 3. Metodología, análisis e interpretación de resultados.	
3.1. Descripción metodológica	84
3.1.1. Enfoque cuantitativo	84
3.1.2. Investigación no experimental	86
3.1.3. Diseño transversal	87
3.1.4. Alcance correlacional	88
3.1.5. Técnicas de recolección de datos.	90
3.2. Población y muestra	94
3.2.1. Descripción de la población	95
3.2.2. Descripción del tipo de muestra	95
3.3. Descripción del proceso de investigación	96
3.4. Análisis e interpretación de resultados	94
3.4.1. El estrés	100
3.4.2. Trastornos alimenticios	103
3.4.3. Relación entre el nivel de estrés y los trastornos alimenticios.	106
Conclusiones	112
Bibliografía	115
Mesografía	118
Anexos.	

INTRODUCCIÓN

En las siguientes páginas se describe el proceso de investigación realizado, las características específicas de las variables a indagar, así como los objetivos y antecedentes históricos ya conocidos gracias a exploraciones elaboradas en años anteriores.

Antecedentes

De acuerdo con Caldera y cols. (2007) en 1930 el término estrés comienza a utilizarse por un joven estudiante de medicina de la Universidad de Praga de nombre Hans Selye, quien observó que casi todos sus pacientes, indistintamente de sus enfermedades, presentaban algunos síntomas en común como baja de peso, astenia y cansancio, entre otros.

Posteriormente, al terminar sus estudios se trasladó a Montreal, Canadá, a concluir su doctorado en química orgánica; llevó a cabo varios experimentos con ratas de laboratorio, donde comprobó que el ejercicio físico extenuante da como resultado la elevación de las hormonas suprarrenales, úlceras gástricas y la atrofia del sistema linfático, a lo que el joven médico denominó primeramente estrés biológico y al final, únicamente estrés.

Al encontrar resultados tan interesantes, prosiguió con sus estudios donde integró varias ideas: el estrés prolongado en un organismo ocasiona cambios fisiológicos como resultado; a este respecto, no solamente los agentes físicos son el origen de éste, sino que existen factores sociales que tienen el mismo resultado y exigen una adaptación del individuo, generándole estrés.

Palmero y cols. (2002) hacen referencia sobre la acuñación del término estrés, mencionan que para Selye es la respuesta del organismo ante una exigencia cualquiera y que ésta respuesta es inespecífica y es consecuencia de una demanda ambiental.

Estos autores mencionan que quizá una de las definiciones más formales que se pueden encontrar es la que brinda la Organización Mundial de la Salud, según la cual el estrés es el “conjunto de reacciones fisiológicas que prepara al organismo para la acción”. Para este grupo de autores se puede definir el estrés como “un proceso psicológico que se origina ante una exigencia al organismo, frente a la cual éste no tiene recursos para dar una respuesta adecuada, activando un mecanismo de emergencia consistente en una activación psicofisiológica que permite recoger más y mejor información, procesarla e interpretarla más rápida y eficientemente, y así permitir al organismo actuar de una manera adecuada a la demanda” (Palmero y cols.;2002:424).

De acuerdo con Mateo (citado por López y cols.; s/f, en www.tallersur.com), el concepto de los desórdenes alimenticios tiene su origen en 1973, cuando la anorexia

fue definida por primera vez como un problema médico; en 1950 la bulimia fue descrita como un patrón de conductas de algunas personas obesas y en 1970, esta última perturbación fue reconocida como un aspecto relacionado con la anorexia.

La primera descripción clínica de la anorexia ocurrió en el año de 1694 por Morton y William Gull; en 1874 se acuñó el término definitivamente como anorexia nervosa y se destacó su aparición principalmente en mujeres y adolescentes, esto citado por López y cols.(s/f, en www.tallersur.com)

Aunque la bulimia y anorexia por igual sean trastornos alimenticios, existen diferencias entre éstos: en el caso de la bulimia, su principal característica es la alteración de la percepción en el peso y forma corporal; y en el de la anorexia es el miedo irracional a la gordura o a ganar peso.

Debido a que estos temas son de gran interés por su incremento en el número de casos, se han realizado investigaciones que están relacionadas con estas variables.

Caldera y cols. (2007) llevaron a cabo una investigación en la que se pretendía identificar y describir si existía relación entre el estrés y el rendimiento académico en los estudiantes de la carrera de psicología del Centro Universitario de los Altos, en Jalisco, México; la hipótesis de trabajo menciona que los niveles de estrés tienen incidencia en el rendimiento académico en los estudiantes de dicha institución. Los autores utilizaron una población de 115 estudiantes y

como instrumento el Inventario de Estrés Académico (IEA), mediante el cual obtuvieron como resultado que los datos obtenidos no muestran evidencia significativa en relación con la hipótesis elaborada al principio de la investigación.

Por otra parte, Hernández (2006, en www.uvmnet.edu) realizó una investigación en Saltillo, México, en la cual pretendió identificar la incidencia de sintomatología de trastornos alimenticios en la ciudad ya mencionada, además de factores tales como el nivel de funcionalidad familiar y la influencia social de los medios de comunicación masivos en la aparición o fomento de la anorexia y bulimia.

Se utilizó una población de 200 estudiantes de primer grado de preparatoria, 100 de ellos de una escuela pública de nivel socioeconómico medio-bajo y los 100 restantes de una escuela privada de nivel socioeconómico medio-alto. El instrumento utilizado fue un cuestionario que evaluaba sintomatología, funcionamiento familiar, medios de comunicación, imagen corporal e influencia social.

En los resultados obtenidos se encontró que están presentes síntomas relacionados con anorexia y bulimia nerviosas, como sometimientos a dietas en los dos grupos, vómitos inducidos con mayor frecuencia en la clase media-baja, uso de laxantes en ambos grupos, uso de diuréticos en mayor porcentaje en la clase media-baja y frecuentes episodios de atracones de comida en ambos grupos.

Con lo anterior se concluyó que uno de cada cuatro sujetos presentó por lo menos un síntoma relacionado con los trastornos alimenticios y que los factores que

influyen posiblemente son la presión entre sus pares y del sexo opuesto, autoimagen distorsionada y dificultad en la comunicación interna de la familia.

Otra investigación realizada por Vidales en Uruapan, Michoacán, en el año 2011 en la Telesecundaria San Rafael, con alumnos de segundo y tercer grado, de 14 a 16 años, en el ciclo 2010-2011, tuvo como hipótesis la existencia de una relación significativa entre los niveles de estrés y los trastornos alimentarios.

Para llevar a cabo el estudio se utilizaron como instrumentos la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños (CMAS-R) y el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2), así se encontró en cuatro de las once escalas del inventario de los trastornos de la conducta alimentaria una relación significativa con el estrés en las subvariables: ineficacia, conciencia introceptiva, impulsividad e inseguridad social; por otra parte, no se encontró una relación significativa del estrés con las subescalas: obsesión de la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, miedo a la madurez y ascetismo, de modo que fue aceptada la hipótesis nula.

Por último, existe otra investigación realizada por Rodríguez en el año 2011 en la misma ciudad, ésta fue llevada a cabo en el Centro de Estudios Tecnológicos industrial y de servicios No.27 (CETis No.27), con los alumnos de cuarto semestre del ciclo escolar 2010-2011; la hipótesis de trabajo refiere que existe una relación significativa entre los niveles de estrés y los rasgos psicológicos de los trastornos alimentarios en los alumnos de dicho plantel.

Para esto se utilizó el CMAS-R y EDI-2 como instrumentos. Como resultado se encontró que no existe una correlación significativa entre las variables, aceptándose con esto la hipótesis nula.

Por lo anterior, con los resultados obtenidos y con el incremento en el número de casos de los trastornos alimenticios como se ha venido observando, es importante continuar con las investigaciones del tema ya mencionado en la ciudad de Uruapan, Michoacán. Específicamente en el plantel CETis No.27, con los alumnos de segundo semestre, debido a que se ha notado, sobre todo en el caso de las señoritas, una delgadez muy marcada y cuidado obsesivo con su dieta, estas características constituyen, según algunos de los autores, indicadores de trastornos alimenticios.

Planteamiento del problema

Es de suma importancia llevar a cabo una investigación sobre el estrés debido a que en la actualidad el hombre tiene un ritmo de vida muy acelerado, y por lo que se sabe, esto lleva a niveles de estrés más altos.

Al igual que en el estrés, se ha venido observando un incremento en los casos de trastornos alimenticios, cada vez en individuos de menor edad y de ambos sexos, pero es mucho más significativo en el caso de adolescentes de género femenino.

Es necesario conocer si existe o no relación entre estas dos variables, porque puede ser el inicio de posteriores investigaciones importantes para ampliar el conocimiento con datos reales, actualizados y posiblemente, en un futuro detener el incremento en los casos de trastornos alimenticios.

Por lo que se sabe sobre las investigaciones realizadas sobre el estrés, éste es el causante de muchos trastornos en diversas edades, pero al parecer se desconoce cómo poder disminuir su impacto en los adolescentes.

Es indispensable determinar la posible correlación entre estas dos variables en los adolescentes, ya que se sabe por investigaciones realizadas que ésta es la población más vulnerable ante diversos riesgos; particularmente, en cuanto a su imagen corporal, son mucho más sensibles a críticas que un adulto.

Por lo tanto, en este trabajo se pretende responder a la siguiente interrogante: ¿existe una relación significativa entre los niveles de estrés y los trastornos alimenticios en los estudiantes de la preparatoria del CETis 27 “José María Morelos y Pavón”, de la ciudad de Uruapan, Michoacán, de segundo semestre, del turno matutino?

Objetivos

Cada indagación está orientada hacia un punto en particular y es importante que existan guías para conducir el proceso de manera eficiente, lo que permite que

esto suceda son los objetivos. A continuación se describen los planteados en esta investigación.

Objetivo general

Establecer el grado de correlación entre los niveles de estrés y los trastornos alimenticios en los alumnos de segundo semestre del CETis 27, turno matutino, de la ciudad de Uruapan, Michoacán, en el ciclo escolar 2011-2012.

Objetivos particulares

1. Conceptualizar el término estrés.
2. Determinar los indicadores psicológicos existentes del estrés.
3. Reconocer los enfoques teóricos sobresalientes del estrés.
4. Definir el concepto de trastornos alimenticios.
5. Analizar las causas de los trastornos alimenticios.
6. Identificar los principales indicadores psicológicos de los trastornos alimenticios.
7. Evaluar el nivel de estrés existente en los estudiantes de segundo semestre del turno matutino de la preparatoria CETis 27 de la ciudad de Uruapan, Michoacán.
8. Valorar el nivel de los indicadores psicológicos de trastornos alimenticios que experimentan los alumnos de segundo semestre del turno matutino, de la preparatoria CETis 27 de Uruapan, Michoacán.

Hipótesis

Las hipótesis son explicaciones tentativas de lo que se investigará y se basan en la información existente sobre el tema abordado; deben ser generadas como proposiciones.

Hipótesis de trabajo

Existe correlación significativa entre los niveles de estrés y los trastornos alimenticios en los alumnos de segundo semestre del CETis 27 del turno matutino, de la ciudad de Uruapan, Michoacán.

Hipótesis nula

No existe correlación significativa entre los niveles de estrés y los trastornos alimenticios en los alumnos de segundo semestre del CETis 27 del turno matutino, de la ciudad de Uruapan, Michoacán.

Operacionalización de las variables del estudio

La variable estrés será entendida como el resultado que se obtenga producto de la administración de la prueba psicométrica denominada CMAS-R, (Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños), de los autores Cecil R. Reynolds y Bert O. Richmond

(2010). La prueba consta de cuatro subescalas más una para evaluar la mentira. El instrumento consta de validez y confiabilidad exigidas por la comunidad científica de la psicología.

La variable de los indicadores psicológicos de trastornos alimenticios se conceptualiza operacionalmente como el resultado obtenido en el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI2) del autor David M. Gardner (1998), la cual evalúa once indicadores psicológicos que se encuentran comúnmente asociados a los trastornos de la conducta alimentaria. Al igual que en el instrumento mencionado anteriormente, este inventario cuenta con los estándares de confiabilidad y validez exigidos en este tipo de pruebas.

Justificación

Al realizar esta investigación en una institución educativa, serán varios los beneficiados con el resultado de la misma. La escuela, los alumnos y padres de familia serán los primeros favorecidos con los resultados encontrados y, enseguida, pero no menos importante, la sociedad en general.

Lo anterior debido a que en este plantel no se ha llevado a cabo un proceso de indagación similar en los alumnos más jóvenes, es decir, de segundo semestre, y los datos obtenidos enriquecerán los conocimientos que se tienen en esta institución, al respecto.

Un estudio de este tipo permite observar si estas variables tienen una relación significativa; indagar qué sucede alrededor de éstas y su importancia en los adolescentes. En su caso, procurar las vías de ayuda a la ciudadanía en general no sólo con este tema, también con otros que estén ligados a las variables mencionadas.

Además, la psicología se verá beneficiada con los resultados obtenidos al ampliar, actualizar, descartar o fortalecer las teorías existentes al respecto. El ser humano está en un cambio constante y la información debe estar a la vanguardia para que el aprendizaje sea aprovechado al máximo. No se debe olvidar que de las investigaciones se obtienen los mayores beneficios, en este caso, para la comunidad de profesionales de la psicología.

Este tema es propio del campo de la psicología debido a que quien la ejerce se enfoca al estudio de los indicadores de que son subjetivos en cada individuo y que le perjudican de diversas maneras a los sujetos, disminuyendo la calidad de vida en algunos casos. Corresponde al área de la salud procurar una mejora social con el producto de sus investigaciones.

Marco de referencia

El primero de octubre de 1978 abrió por primera vez sus puertas el Centro de Estudios Tecnológicos industrial y de servicios No.27 “José María Morelos y Pavón”,

ubicado en la carretera Carapan-Uruapan Km.66.8, colonia La Basilia, en la afueras de la ciudad de Uruapan, Michoacán.

Con 34 años de antigüedad, este plantel mantiene la misión desde entonces: formar profesionales técnicos y bachilleres competitivos, en las áreas industrial, comercial y de servicios con el fin de contribuir al desarrollo sustentable de la entidad y al desarrollo del país.

Es un plantel público, laico y con la visión de ser la primera opción de educación media superior certificada en la entidad, orientada hacia el aprendizaje y desarrollo sustentable con conocimientos tecnológicos y humanísticos.

Dentro de las instalaciones de la escuela se cuenta con once edificios incluyendo las aulas, oficinas administrativas, biblioteca, talleres, laboratorios, cafeterías y sanitarios. Se tienen diversas especialidades en las que los alumnos pueden concluir como técnicos: secretariado ejecutivo bilingüe, contabilidad, enfermería, construcción, electricidad, electrónica, soporte y mantenimiento de equipo de cómputo; asimismo, es posible egresar con su certificado de preparatoria.

La institución tiene áreas de esparcimiento y recreación que consisten en dos canchas de básquetbol, una de voleibol y una de futbol con medidas reglamentarias, además de aproximadamente 4.5 hectáreas de áreas verdes.

La comunidad estudiantil es de 1480 inscritos en ambos turnos; el personal que labora en este plantel son 70 docentes, 26 administrativos que atienden quince oficinas para ambos turnos y seis trabajadores de mantenimiento. Todos los profesores cuentan con preparación universitaria, las carreras más frecuentes son: Ingeniero Electricista, Médicos Generales, Enfermeras, Contadores Públicos, Ingenieros Electrónicos, Químicos Farmacobiólogos, Ingenieros Civiles, Administradores de Empresas y Arquitectos.

La población estudiantil que es atendida en su gran mayoría se conforma por jóvenes de entre 15 a 20 años de edad y actualmente, existen cinco alumnos cuyas edades oscilan entre los 25 a 47 años. Debido a que en sus inicios esta escuela fue fundada también para apoyar a las personas adultas ya incorporadas al mundo laboral, son bienvenidos los interesados en formar parte de esta comunidad estudiantil, sin importar su edad, siendo fieles a su filosofía institucional al formar técnicos de excelente calidad.

CAPÍTULO 1

EL ESTRÉS

En el presente capítulo se aborda de forma amplia una de las variables de este trabajo de investigación: el estrés. Para ello se examinan los aspectos necesarios para una mejor comprensión sobre dicho fenómeno y, así, facilitar el entendimiento de este capítulo a todo el público lector o investigador.

1.1. Antecedentes históricos del estrés.

Menciona Sánchez (2007) que la palabra estrés proviene del latín “stringere” que tiene como significado comprimir, oprimir o presionar. Después se comenzó a utilizar en la metalurgia y en la física refiriéndose a la fuerza. Con el mismo significado paso al campo de la salud: aludiendo a una presión que ocasiona alteraciones en el funcionamiento mental y físico del individuo.

Desde los orígenes de la humanidad existe el estrés, éste ha ayudado a aquélla para enfrentar las dificultades que existen en el mundo externo como la búsqueda de alimento, vestimenta y protección contra depredadores. Con el paso del tiempo, el humano se ha ido adaptando y continúa programado para enfrentar las situaciones de su entorno para sobrevivir, por lo que se podría decir que desde este punto de vista, el estrés es benéfico.

Refieren Lazarus y Lazarus (2000) que la palabra estrés es relativamente nueva, fue después de la Segunda Guerra Mundial cuando comenzó a recibir una atención meramente profesional. No obstante, sus orígenes se remontan a algunos siglos atrás.

En el siglo XVII, Robert Hooke, prominente físico y biólogo, consiguió su primera importancia técnica al ayudar a los ingenieros a diseñar estructuras hechas por el hombre. Con el análisis de esto, el término estrés se utilizó también para definir las exigencias del entorno sobre un sistema psicológico, social o biológico.

Hooke siguió interesado en las características de los metales, la vulnerabilidad de alguno de ellos, así como la fortaleza y la flexibilidad de otros. Así quedaba utilizar el material adecuado para el tipo de carga, asemejando la capacidad de las personas para soportar el estrés.

En la Primera Guerra Mundial, a las crisis emocionales se les daba una explicación neurológica, atribuyéndose a la “conmoción por proyectiles”, los cuales al estallar podían producir lesiones al cerebro.

Sánchez (2007) menciona que Claude Bernard refiere que la naturaleza provee genéticamente a los seres vivos con los mecanismos que aseguren su supervivencia al medio ambiente; que si bien existen factores externos que perturben al organismo, éste tiene la capacidad interna de conservar su estabilidad pese al medio ambiente.

Con lo anterior se reconoce una característica de la vida: la facultad de adaptación al cambio. Para Bernard, el equilibrio es sinónimo de salud y la pérdida de éste se relaciona con la pérdida de tal característica.

Estos principios fueron ampliados por el fisiólogo Walter Bradford Cannon durante la primera mitad del siglo XX, quien acuñó al “estado dinámico” con el nombre de homeostasis, demostrando que el cuerpo se podía adaptar a los peligros externos, con esto sentó las bases para los trabajos de Selye (Sánchez; 2007).

Además, descubrió que ante situaciones donde el organismo experimenta miedo, el cerebro, como respuesta, activa el sistema simpático.

En 1922 propuso el término homeostasis para denominar a los procesos fisiológicos coordinados del organismo que mantienen el equilibrio interno mediante los diversos mecanismos fisiológicos. También insistió en la función del sistema nervioso central en el control de la homeostasis y la preparación del organismo ante una señal de amenaza, provocando modificaciones cardiovasculares y preparando así al cuerpo para la defensa, al activar los procesos para enfrentarlo o huyendo.

El austriaco-canadiense Hans Selye denominó “Síndrome General de Adaptación” a una reacción inespecífica provocada al organismo por una amplia gama de estímulos, lo que da como respuesta variaciones de tipo endócrino.

Esta reacción provoca en el organismo diferentes reacciones de tipo fisiológico como el agrandamiento de las pupilas, la frecuencia cardiaca aumenta, se presenta la tensión de los músculos, el oído se agudiza y aumenta la respiración, entre otras, es decir, un organismo prepara para enfrentar al peligro (Sánchez; 2007).

Mencionan Lazarus y Lazarus (2000) que después de la Segunda Guerra Mundial se evidenció que el estrés se aplicaba en muchas situaciones de la vida cotidiana, como en el trabajo, el matrimonio, exámenes, enfermedades, por mencionar algunas. Esto podía provocar disfunciones psicológicas.

Por lo tanto, se observa que todos los sujetos necesitan de cierto estrés para afrontar los problemas cotidianos de la vida, tomando en cuenta que existen diferencias individuales en cuanto a la vulnerabilidad, resistencia a los efectos del estrés y los efectos de éste.

1.2 Tres enfoques teóricos del estrés.

Mencionan Travers y Cooper (1997) que en el campo de la psicología existen diversas maneras de estudiar el estrés, dependiendo del enfoque que se le dé a éste, diferirán primordialmente la conceptualización y metodología empleada para investigarlo.

Son tres los enfoques que se describirán: el estrés como variable dependiente o como respuesta, como variable independiente o como estímulo, y como variable interviniente o como el enfoque interactivo.

Para comprender mejor cada perspectiva, es necesario ampliar la información, por esa razón en los siguientes apartados se analizarán cada uno de los enfoques mencionados.

1.2.1. Estrés como estímulo.

En el siguiente enfoque, estrés como variable independiente o como estímulo, se menciona que éste es un fenómeno externo a la persona, no se toman en cuenta las percepciones individuales ni las experiencias que se hayan tenido, simplemente es un agente que rompe de forma abrupta con el equilibrio ambiental.

Una de las formas de considerar este enfoque es relacionando la salud y enfermedad, esto tiene fundamentos desde el siglo V a.C. con Hipócrates, quien creía que el entorno se relacionaba con las características de salud y enfermedad de las personas, según lo señalan Travers y Cooper (1997).

Aquí se sostiene que las características del ambiente que rodean al sujeto influyen en él; al respecto, tiene mucho que ver la duración e intensidad del estímulo al que se someta y la percepción de la persona sobre el medio ambiente.

La presión ejercida puede ser física o emocional, y si es por un periodo prolongado puede dar como respuesta diversas reacciones de ansiedad, que resulten estresantes para la persona.

De acuerdo con Fisher (citado por Travers y Cooper;1997), el entorno no necesariamente es físico, sino que puede ser psicológico, asumiendo aun el estrés como una condición ambiental.

La metodología de este enfoque se basa en identificar los estímulos que sean potencialmente estresantes como: el ruido, un despido, el nacimiento de los hijos, el matrimonio, un divorcio o experiencias nuevas.

Con lo anterior no se pretende que todo estímulo proveniente del medio ambiente sea considerado como estresante, ya que siempre el hombre estará expuesto a eventos ambientales y en ocasiones puede lidiar con ellos perfectamente sin ocasionarse un daño físico o emocional.

Travers y Cooper (1997) refieren que cada individuo tiene una tolerancia natural ante el estrés, pero que en cualquier momento y por algún estímulo insignificante puede terminar esa cualidad. Estos autores mencionan a Selye, quien refiere que no siempre se debe asumir que el estrés sea negativo, ya que se puede considerar como un estímulo y un rasgo vital; éste último investigador divide al estrés en una experiencia positiva (eustrés) o en una negativa (distrés).

En este enfoque se describen cuatro tipos de estrés: exceso de éste (hiperestrés), defecto (hipoestrés), mal estrés (distrés) y buen estrés (eustrés).

Para finalizar, se hace énfasis en algo real y al parecer lo más sano: depende absolutamente de como el sujeto percibe su medio ambiente y la connotación que le brinde al estrés.

1.2.2. Estrés como respuesta.

En el enfoque del estrés como respuesta o variable independiente, los investigadores se centran en que dicha condición es la consecuencia de los estímulos que existen en el medio ambiente, ya sean agradables o molestos. La reacción del sujeto frente a éstos depende de sí mismo: puede ser conductual, fisiológica o meramente psicológica.

En este modelo se habla del estrés como una respuesta, es decir, la reacción de una persona ante cualquier estímulo desagradable o que se considere amenazador.

Y de acuerdo con Fisher (citado por Travers y Cooper; 1997), se sabe que un sujeto se ha expuesto a situaciones estresantes por los indicadores o de tensión que manifiesta.

Se brinda mayor importancia, en este modelo, a las manifestaciones de estrés que el sujeto experimente, cabe recordar que éstas pueden ser en tres ámbitos: psicológico, conductual y fisiológico; esto no quiere decir que sean totalmente distintos entre sí, por el contrario, se encuentran interrelacionados.

Hans Selye popularizó el llamado Síndrome General de Adaptación (GAS, por sus siglas en inglés), propuesto como modelo de la reacción ante los estresores, donde se reconocen tres etapas: la reacción de alarma, la etapa de resistencia, y la de agotamiento, esto de acuerdo con Fontana (1992).

En la reacción de alarma el organismo se alerta para responder al estímulo, después, se desencadena la actividad autónoma que correspondería a la etapa de resistencia, donde aumenta el funcionamiento psicológico del individuo y si esta actividad se prolonga demasiado, se ocasiona el daño y el sujeto cae en el colapso, comenzando un deterioro lento y progresivo en el funcionamiento psicológico hasta que sea completamente inútil; esta etapa se denomina de agotamiento.

Este mismo autor menciona que los efectos psicológicos benéficos del estrés aplican en la fase de resistencia y los efectos dañinos se presentan en la de agotamiento, éstos últimos son diferentes en cada individuo.

Estos efectos, son clasificados por Fontana (1992) en tres: emocionales, cognoscitivos y conductuales generales. En el caso de los primeros tienen que ver con los sentimientos, la personalidad y emociones del individuo; los efectos

cognoscitivos están relacionados con el pensamiento y conocimiento; por último, la de conductas generales se refieretanto a los factores cognoscitivos como emocionales.

Algunos de los efectos cognoscitivos del estrés excesivo son el aumento de la distractibilidad, dado que la persona pierde la noción de lo que piensa o dice; el deterioro de la memoria a corto y largo plazo, ya que el individuo experimenta reducción y deterioro de los recuerdos; otro de los efectos es el aumento de la frecuencia de errores, donde las equivocaciones se incrementan en las tareas cotidianasy las decisiones se tornan inseguras.

En los efectos emocionales se observa el aumento de la tensión física y psicológica, el individuo encuentra dificultad para relajarse y sentirse bien, los músculos están tensos y las preocupaciones no se detienen. Visiblemente también se observa el aumento en la hipocondría, desaparece la sensación de salud y aumenta el malestar, al igual que las enfermedades imaginarias. En lo que corresponde al debilitamiento de las restricciones morales y emocionales, el individuo se olvida de su código de comportamiento tanto físico como moral, ya sea que se vuelva muy estricto o muy relajado.

En los efectos conductuales generales se observa un aumento de los problemas del habla, como tartamudez o vacilaciones, entre otros; hay disminución de los intereses y el entusiasmo, ya que se observa que los pasatiempos dejan de ejercerse, el desapego a objetos valiosos y las metas importantes se olvidan. Otro

efecto es el descenso de los niveles de energía, aquí es visible que la persona fluctúa entre los niveles diarios de energía que maneja sin razón o justificación aparente.

Es importante recalcar que estos efectos pueden variar de una persona a otra al igual que su gravedad e intensidad, y que muy pocos casos manifestarán todos los efectos. La aparición de éstos quiere decir que el individuo ha llegado o está a punto de llegar al colapso del síndrome de adaptación general.

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

El enfoque interactivo se refiere a la subjetividad de cada individuo en la percepción de los acontecimientos que le suceden en su vida cotidiana, al igual que la forma de reaccionar ante estas situaciones. Es decir, la interacción existe entre el hombre y su medio ambiente, analizando la reacción de éste ante lo que se presenta a su alrededor.

En este sentido, Travers y Cooper (1997) mencionan que se incorporan los dos modelos antes mencionados, de manera que los estímulos y el medio ambiente forman parte de este enfoque.

Los autores mencionan que la actividad mental del sujeto tiene mucho que ver con su respuesta ante el estrés y que se admite que “los estados o estructuras

mentales determinan la presencia o ausencia de estrés” (Fisher, citado por Travers y Cooper; 1997:33).

Es decir, el estrés es un concepto que está en movimiento, de modo que el entorno y la persona tienen una interrelación mediada por los procesos cognitivos del sujeto, que son cinco:

En primer lugar la valoración cognitiva, que se refiere a la percepción subjetiva de la situación; en segundo lugar la experiencia, es decir, si el sujeto ya se ha enfrentado a una situación similar y sabe cómo actuar; en tercer lugar, la exigencia tanto real como percibida; en penúltimo lugar la influencia interpersonal, dado que la forma de percibir la fuente de estrés depende de la ausencia o presencia de otras personas en ese momento; por último, el estado de desequilibrio que ocurre entre la exigencia que se percibe y la capacidad de enfrentarla o superarla.

Para otros autores, “la relación persona-entorno que produce el estrés es un desequilibrio subjetivo entre las demandas que recibe la persona y sus recursos para satisfacerlas” (Lazarus y Lazarus;2000:282).

Para finalizar, con lo anterior se reafirman las bases del enfoque que se ha descrito con anterioridad, es decir, existen exigencias del entorno que en ocasiones rebasan las capacidades del sujeto y surge el estrés; por otra parte, si dichas demandas son pobres o nulas, el individuo se torna aburrido, esto le ocasiona, paradójicamente, demasiada presión.

1.2.3.1. El concepto integrador de estrés.

Con toda la información revisada hasta este punto, es necesario conceptualizar con claridad y precisión lo que significa la palabra estrés.

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

Como se puede observar en el concepto anterior, el término estrés es neutro: no es bueno ni malo, benéfico o dañino, simplemente describe las respuestas que brinda el individuo a su entorno. Es por eso que se debe mencionar que existen dos tipos de estrés: el eustrés y distrés.

1.3. Los estresores.

Para Palmero y cols. (2007), cualquier organismo percibe los cambios como sinónimo de estrés, en este sentido, no importa si dichas modificaciones en la rutina son positivas o perjudiciales, simplemente son estresores.

Existen incluso los cambios imaginarios, son aquellos que no representan una amenaza real en ese momento, basta con que la persona comience a pensar en esos detalles para elevar su nivel de estrés; algunos ejemplos de esto son la falta de

dinero para pagar la renta del departamento o la preocupación de ser agredido físicamente; se les denomina coloquialmente preocupaciones los cambios supuestos que la mayoría de las personas experimentan en algún momento.

Estas modificaciones, sean favorables, dañinas, reales o imaginarias, son los estresores. Para considerarse así, depende de la percepción que tenga la persona acerca del cambio que hubo en su rutina.

Lazarus y Cohen (citados por Palmero y cols.;2007) refieren que existen tres tipos de sucesos estresores psicosociales, en función de la intensidad de las modificaciones producidas en la vida de un individuo, los cuales son: los cambios mayores, los menores y los cotidianos.

Los autores refieren que habría que agregar un cuarto estresor, que es el biogénico, el cual altera el proceso de activación fisiológica. En cuanto a los otros tres, a continuación se hablará más detalladamente de cada uno de ellos.

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

Los cambios mayores se refieren a modificaciones extremadamente drásticas en la vida de una persona, como ser víctima del terrorismo, padecer una enfermedad terminal o algunos acontecimientos naturales como terremotos o inundaciones, entre otros.

Una de las características fundamentales de estos cambios es la potencial capacidad de afectar a un gran número de personas, eso no significa que no pueda afectar a una sola o que disminuya su capacidad perturbadora. También se trata de hechos que pueden ser prolongados, como un encarcelamiento; las consecuencias del efecto traumático se mantienen por tiempo prolongado (Palmero y cols.; 2002).

Estos cambios son los causantes de los patrones del estrés post-traumático, cuyos factores definatorios, de acuerdo con la American Psychiatric Association de 1994 (DSM-IV) citada por los mismos autores, son los siguientes:

La persona re-experimenta el suceso estresor, existen recuerdos desagradables, al igual que sueños, evita situaciones o actividades que le recuerden el suceso estresor y si el sujeto llegara a exponerse a algún acontecimiento que evoque la situación, experimenta un intenso malestar psicológico.

También se observa una disminución en sus actividades que antes eran significativas, existe una restricción en las reacciones de afecto y hay explosiones manifiestas de ira. La duración del cuadro sintomático habitualmente es mayor de un mes.

Enseguida, los cambios vitales o menores se refieren a las circunstancias que están fuera del control del sujeto, como una enfermedad incapacitante, pérdida del puesto de trabajo o situaciones que están influidas por la persona misma, un ejemplo

sería el divorcio. Estas modificaciones son más específicas en cada individuo, al contrario de los cambios mayores.

A continuación se mencionarán brevemente algunas de las situaciones que se consideran cambios vitales.

En la vida conyugal, por ejemplo, el comprometerse, contraer matrimonio, desacuerdos de pareja o la separación. Existen situaciones ambientales como el cambio de residencia o amenazas a su integridad. En el ámbito económico, sería el mal manejo de las finanzas o cambio de estatus económico.

Palmero y cols. (2007) mencionan a Holmes y Rahe para indicar que dentro de los cambios vitales entraría la categoría de los autores antes mencionados: la salud, trabajo, hogar y familia, personales, sociales y por último, economía. Para finalizar, hay que mencionar que este tipo de cambios tiene una trascendencia vital y específica en cada sujeto.

En el caso de los estresores cotidianos, se menciona que éstos son aquellos detalles pequeños que irritan o perturban a la persona, como el vivir con un fumador desconsiderado (Palmero y cols.; 2002).

Aunque estos cambios sean menos dramáticos, pueden llegar a ser más importantes en el proceso de la salud y adaptación, ya que actúan en los patrones de comportamiento que el sujeto ya tiene automatizados y se mantiene la activación del

estrés hasta que se produce una reacomodación para las nuevas condiciones en el comportamiento.

Algunas de las características que con frecuencia presentan estos estresores son las siguientes: implican una novedad en la situación ambiental, impredecibilidad en la situación y la disminución de las habilidades del comportamiento.

Existen dos tipos de microestresores: las contrariedades y las satisfacciones; las primeras se refieren a situaciones que causan un malestar emocional o las demandas que son irritantes, ejemplos de esto son la pérdida de un objeto o quedar varado en medio del tránsito; en el caso de las satisfacciones, se menciona que son emociones o experiencias positivas y contrarrestan los efectos de las contrariedades (Palmero y cols.; 2002).

1.3.2. Estresores biogénicos.

Éstos actúan generando directamente la respuesta de estrés sin el proceso cognitivo-afectivo, debido a sus propiedades químicas.

Para comprender mejor estos estresores, Palmero y cols. (2007) mencionan los cambios hormonales como los de la pubertad o el síndrome premenstrual; de igual manera, el embarazo, postparto o climaterio son causas importantes de estrés.

La ingesta de sustancias químicas como la nicotina o anfetaminas, entre otros, también pueden llegar a ser estresores biogénicos, ya que debido a su administración, crean una respuesta de activación de estrés.

Existen otros dos estresores de esta misma naturaleza: la reacción natural del organismo ante situaciones de frío o calor extremo y el estrés alérgico, éste último es una fuente que requiere grandes cantidades de energía, por lo cual desencadena estrés en el individuo.

1.3.3. Estresores en el ámbito académico.

De acuerdo con los autores Polo, Hernández y Poza (citados por Barraza; 2005) existen múltiples situaciones que se consideran estresores académicos, es importante señalar que cada estudiante los vivirá en diferentes niveles de intensidad, al igual que las manifestaciones que pudieran surgir de éstos.

Algunos de los estresores académicos más comunes son los siguientes: exponer trabajos frente a un grupo de compañeros o ante el maestro, las participaciones en clase, como responder preguntas o realizar aportaciones, resolver un examen, tener una sobrecarga académica, es decir, numerosas tareas, aunque sean para obtener puntos extras.

También puede ocasionar estrés un ambiente físico desagradable, donde el alumno se sienta intimidado o inseguro a causa de sus compañeros, tener algún conflicto en particular con un mismo compañero o maestro y las evaluaciones.

Cuando los estudiantes ingresan a la universidad, existen otros factores que aumentan los niveles de estrés, como el dejar la casa paterna cuando se tienen que cambiar de residencia para continuar los estudios.

El hecho de vivir solos implica más responsabilidades, por lo tanto, mayor estrés; el hacerse cargo de la economía, compartir la vivienda con alguien que no sea de su familia y de costumbres distintas o en caso contrario, vivir solo, son sólo algunos acontecimientos que las personas perciben como estresantes y que en el caso de ser estudiante, pueden influir en el rendimiento académico.

Existen también otros eventos como el enamorarse o prepararse para un viaje de la escuela, que a pesar de ser considerados como positivos, no dejan de ser estresantes y, al igual que las situaciones desagradables, también pueden ocasionar ciertas consecuencias en la vida del individuo. (Polo, Hernández y Poza, citados por Barraza; 2005)

Anteriormente se mencionó que no todo el estrés es negativo, sino que en ciertas circunstancias es positivo, igual ocurre en el ámbito académico.

El estrés se considera disfuncional cuando no permite responder de la manera que la persona desea ante cualquier situación aun encontrándose preparado para hacerlo. Cuando el individuo sostiene el estado de alerta por más tiempo del necesario, se manifiestan varios síntomas como dolores de cabeza, algunos problemas intestinales o alteraciones del sueño, entre otros.

El rendimiento académico puede verse afectado de manera negativa debido a que el estudiante tarda más en aprender y concentrarse, en los exámenes o trabajos puede existir un bloqueo, pese a los conocimientos que se tengan o a que tan preparado se esté.

De acuerdo con Polo, Hernández y Poza (citados por Barraza; 2005) existen doce tipos de respuestas del estrés académico, algunas de ellas son: la preocupación, taquicardias, dificultad para respirar, miedo, molestias estomacales, pensamientos o sentimientos negativos, tartamudeo, inseguridad, llanto, boca seca, dificultad para tragar y temblor en las extremidades.

Es necesario recordar que no siempre se van a manifestar los mismos síntomas ni de la misma forma en todos los sujetos.

1.4. Procesos del pensamiento que propician el estrés.

En todo individuo existen diversos procesos de distorsión, generalmente en el área cognitiva y de acuerdo con Palmero y cols. (2007), son irracionales pero creídos

por el sujeto y suelen ser repetitivos, además, no permiten una evaluación correcta del o los eventos.

Una primera distorsión es la inferencia arbitraria, que no es más que conclusiones negativas que la persona hace referente a alguna situación, es decir, extrae conclusiones generalmente negativas sin tener pruebas de lo que está prediciendo.

Cungi (2007) menciona que a este proceso se le conoce como “bola de cristal” por el hecho de intentar predecir lo que va ocurrir y que sólo detectará eventos negativos.

La abstracción selectiva “consiste en aislar una información de su contexto para extraer una conclusión que en general agrava el estrés” (Cungi; 2007:85). Es decir, en un evento se da mayor importancia a detalles pequeños que le generarán una preocupación, provocando o desencadenando el estrés, esto debido a la conclusión negativa que la persona llega a raíz de ese detalle.

En el caso de la minimización y maximización, la persona resta importancia a todos sus triunfos sin importar lo que el resto de las personas opinen; mientras que exagera en sus fracasos, minimizando sus competencias personales y dándole énfasis en un pequeño error, por insignificante que sea.

La sobregeneralización “consiste en sacar conclusiones generales a partir de un hecho particular. No he aprobado el examen. De verdad soy un inútil” (Cungi; 2007:85).

En este proceso del pensamiento por un solo y pequeño incidente la persona expresa, de forma general, que todo es un error y no aísla el único detalle que no ocurrió como esperaba, lo que agobiará a la persona y le ocasionará estrés.

En el caso de la personalización, existe una exagerada responsabilidad por parte del sujeto: se siente causante hasta de los acontecimientos de sus allegados y se culpa si ocurre un fracaso, o de todos los eventos negativos que están a su alrededor.

El pensamiento dicotómico es cuando la persona piensa en términos de todo o nada, por ende, cualquier actividad que realice tiene que ser perfecta.

Aquí el sujeto no se permite ningún tipo de error, se tiene un pensamiento catastrófico acerca de lo que puede ocurrir y si llegará a suceder un pequeño error minimiza los éxitos; también toma de forma personal lo que sucede, es decir, existen pensamientos en los que refiere que sólo a él le suceden este tipo de situaciones (Cungi; 2007).

1.5. Los moduladores del estrés.

Según refieren Palmero y cols. (2007), el individuo cuenta con ciertos recursos personales y sociales que le ayudan a enfrentar situaciones o emociones que le generan estrés, son las estrategias que el ser humano tiene para enfrentarse a la vida cotidiana.

Dichas habilidades dependen de las características del sujeto y de la situación a la que se está enfrentando. Estos factores determinan y predicen el curso del proceso de estrés y las repercusiones que pudiera haber sobre la salud.

Existen moduladores de tipo social y personal, siempre están presentes aunque el sujeto no se encuentre en situaciones estresantes y es muy probable que siempre le afecten, aunque hay que resaltar su importancia y destacar la capacidad que ofrecen al individuo para resolver situaciones complicadas.

1.5.1. El control percibido.

El impacto que el estrés pueda tener en el organismo del individuo, depende en primer lugar de la propia fuente del estrés y el control que se pueda ejercer sobre ésta.

La percepción del control para Fontaine, McKenna y Cheskin, es entendida “como una creencia general sobre el grado en el que uno mismo es capaz de

controlar y lograr aquellas metas u objetivos deseados, regulando las dificultades que acaecen en el curso de su consecución e influyen sobre la salud” (citado por (Palmero y cols.;2007:528).

El control percibido puede tener efectos en la conducta: cuando las personas creen tener el dominio sobre la situación, aunque no sea totalmente cierto, este hecho protege al sujeto de las consecuencias o efectos negativos que podría provocarle en determinado momento el estrés.

Para finalizar, se puede decir que la persona, de acuerdo con sus capacidades, puede controlar de qué manera le afecta el medio que la rodea, es decir, todos cuentan con los moduladores de estrés y depende de ellos mismos si los ejercen y hacen que actúen de forma positiva para cuidar su salud, para disminuir el impacto que les puedan ocasionar las diversas situaciones estresantes a las que se enfrenten en la vida cotidiana.

1.5.2. El apoyo social.

Se refiere a todos los recursos que le pueden aportar al individuo las personas que están a su alrededor, este componente es el mediador entre la enfermedad y los acontecimientos de la vida diaria; con esto se reducen los niveles de estrés.

De acuerdo con Palmero y cols. (2007) es muy probable que entre más bajo sea el nivel de apoyo social, el individuo tienda a un incremento en las enfermedades

físicas y mentales; y que a mayor apoyo social, se reduzca el impacto negativo que pueda tener el estrés.

La minimización del impacto del estrés ayuda al sujeto a enfrentar la situación, a esta consecuencia se le conoce como efectos de amortiguación, que están relacionados con los recursos que el individuo posea.

A mayor integración social de una persona, existe una mejora en su salud física y mental, también se obtienen beneficios en algunos aspectos como en la autoestima, mayor facilidad para expresar el afecto, mayor control en su vida y mejoras en sus relaciones familiares o de pareja.

Existe una definición sobre el apoyo social, la cual engloba muchos de los aspectos ya antes mencionados. Esta definición entiende el apoyo social “como las provisiones instrumentales o expresivas, reales o percibidas, aportadas por la comunidad, las redes sociales y los amigos íntimos” (Cascio y Guillén;2010:189).

Para estos autores existe un modo de acción del apoyo social; refieren que hay dos mecanismos que van interrelacionados: la hipótesis de efecto indirecto o protector y la hipótesis del efecto directo o principal.

En primer caso, sostienen que cuando una persona está expuesta a estresores sociales, sólo tienen efectos negativos si el individuo tiene un apoyo social

bajo o nulo, aunque si la persona tiene un nivel de apoyo social alto, sin estresores sociales, el apoyo social no influye en su bienestar.

La hipótesis del efecto directo afirma que el apoyo social influye de forma positiva en las personas, estén o no pasando por alguna situación estresante, y que a mayor nivel de apoyo social, menor malestar psicológico.

1.5.3. El tipo de personalidad: A/B.

Cascio y Guillen (2010) mencionan que existen observaciones clínicas que manifiestan que ciertas personas tienen un comportamiento que las hace más propensas a padecer estrés. A este patrón se le ha denominado conducta de tipo A.

Este tipo de conducta tiene ciertas características como la impaciencia, hostilidad y competitividad. Además, se refleja en una persona con una obsesiva preocupación por su promoción, tanto personal como profesional, y por la misma circunstancia suelen plantearse objetivos muy ambiciosos.

Los individuos que tienen este tipo de conducta por lo regular buscan alcanzar lugares destacados en el menor tiempo posible y ante cualquier obstáculo, por pequeño que sea; reaccionan con ira, resentimiento e irritabilidad.

Los mismos autores mencionan que se han encontrado fuertes asociaciones entre el patrón de conducta tipo A y las enfermedades cardiovasculares, las que se mencionarán enseguida.

1.5.3.1. Personalidad tipo A y problemas cardiacos.

Para Travers y Cooper (1997) el tipo A no sólo es un rasgo, sino que se conforma por una serie de comportamientos, es la forma en la que el individuo se enfrenta a las situaciones cotidianas en su vida.

Una de las características principales de una persona con una personalidad tipo A es la prisa, su forma de hablar siempre es acelerada, todos sus movimientos son rápidos y siente culpa cuando no está haciendo algo o trata de relajarse.

Algunas otras características de este tipo de personalidad son: el manifestar la impaciencia ante el ritmo de otras personas, ya sea para hablar o hacer algunas tareas; también suelen terminar las frases del otro sujeto que está conversando, o decir muy rápidamente “sí, sí, ajá-ajá” sintiendo que imprimen prisa en la conversación y no concebir que pierden tiempo al hablar.

Todos sus movimientos como el caminar y comer son demasiado rápidos, procuran realizar dos o más tareas a la vez, lo cual es conocido como actividad polifásica, un ejemplo de esto es el comer y hablar por teléfono. Asimismo, enfatizan

algunas de las palabras en su lenguaje o suelen golpear una mesa o escritorio para resaltar algo que consideran relevante.

La mayoría de las conversaciones giran en torno a ellos y si no es así, fingen escuchar a la otra persona mientras piensan en sus problemas; intentan organizar cada vez más actividades a la vez y siempre tienen un sentido crónico de urgencia.

Las características anteriormente mencionadas están basadas por la información de los autores Watts y Cooper (citados por Travers y Cooper; 2010).

Cascio y Guillén (2010) mencionan que estas personas muestran una tasa más alta de trastornos coronarios, seis veces superior que el resto de las personas.

Este riesgo del que se habla incluso es mayor que el que se asocia con la edad, el colesterol, la presión sanguínea y al parecer, de la misma magnitud que si se tomaran todos estos factores de forma conjunta.

1.6. Los efectos negativos del estrés.

Debido a la tensión y estrés que surgen de la vida cotidiana, además de las enfermedades cardiovasculares, existen otras que de acuerdo con Ivancevich y Matteson (1995), se desarrollan a causa de los altos niveles de estrés.

Algunas de esas enfermedades son las siguientes:

La hipertensión, que se trata de una enfermedad de los vasos sanguíneos, en la que fluye la sangre a través de las arterias a una presión determinada. Una de las respuestas del cuerpo ante los estresores es comprimir las paredes arteriales, por donde viaja la sangre, ocasionando que la presión aumente; cuando pasa la tensión, la presión de la sangre vuelve a la normalidad, pero si el estrés es prolongado la presión arterial puede permanecer en niveles muy altos.

Las úlceras gástricas son lesiones inflamatorias en el estómago o intestino, y una de las causas es la variación de cortisona en el organismo; se sabe que la cantidad de dicha sustancia aumenta en el cuerpo durante periodos de estrés y cuando éstos son prolongados, las lesiones encuentran un ambiente interno perfecto para desarrollarse.

La diabetes es una grave enfermedad en la que se implica la deficiencia de insulina, como consecuencia, quienes la padecen no pueden absorber azúcar de la sangre. El estrés aumenta los niveles de azúcar en la sangre, y si esta situación es persistente, el páncreas se debilita, dando como consecuencia una deficiencia permanente de insulina.

Las jaquecas son el resultado de la tensión muscular, que va aumentando cuando el sujeto está expuesto a periodos prolongados de estrés; y en sí misma la jaqueca es un estresor, lo que a su vez ocasiona que la tensión muscular aumente, ocasionando mayor severidad y duración de la jaqueca.

Para finalizar, el cáncer también se vincula con el estrés; una teoría indica que esta enfermedad se origina por células mutantes que se producen continuamente en el cuerpo, pero que son atacadas por el sistema inmunológico antes de que crezcan y se multipliquen. Se ha demostrado que las respuestas del organismo ante los estresores, provocan pequeñas alteraciones bioquímicas del sistema inmunológico, lo que permite la reproducción de las células mutantes, que se convierten en tumores malignos.

Como efecto de todo lo anterior, se puede concluir que el estrés está presente en la rutina de todos los seres humanos, en diferentes niveles en cada uno, al igual que los efectos, por lo que es importante enfatizar la influencia que el medio ambiente ejerce sobre los diversos aspectos en la vida cotidiana, particularmente, en el nivel de estrés.

CAPÍTULO 2

TRASTORNOS ALIMENTICIOS

En este segundo capítulo se abordan desde los antecedentes históricos hasta las definiciones y características de los trastornos alimenticios. Se abarcan los aspectos necesarios para lograr una mejor comprensión del tema.

2.1. Antecedentes de la alimentación.

Por los registros existentes, según los autores Jarne y Talarn(2000), se sabe que desde la antigüedad existen personas con problemas de alimentación, ya que desde tiempos remotos en los banquetes donde se ofrecía una cantidad desmesurada de comida, era usual el comer exageradamente y provocarse el vómito para poder seguir la ingesta.

La connotación que se daba a estos hechos era de carácter social, representaban una demostración de poder y una excelente posición económica.

Por otra parte, existía en la cultura cristiana la restricción de los alimentos, asociada con las penitencias que las personas se imponían como símbolo de fe y para alcanzar un estado espiritual más elevado.

Estos mismos autores mencionan que quizá la persona anoréxica más famosa y antigua sea Catalina de Siena, nacida en 1347, quien recibió una distinguida educación religiosa. A los siete años de edad comenzó a rechazar la comida como penitencias impuestas por ella misma, y se sabe que en la adolescencia se alimentaba únicamente de hierbas y un poco de pan.

En 1667 existió un caso que llamo mucho la atención: Marthe Taylor, de Derbyshire presento un cuadro de inanición y debido a esto la joven manifestó amenorrea; restringiéndose aún más los alimentos, subsistió más de un año sólo con bebidas azucaradas. Se menciona que durante este tiempo la joven no orinó ni defecó.

En 1873, Gull y Lassege hicieron en Londres descripciones completas y detalladas de cuadros clínicos anoréxicos. Las primeras teorías sugerían una afección con origen panhipopituitario, siendo este un factor físico-orgánico, donde la persona rechaza el alimento debido a un problema con la hipófisis, pero más adelante se propusieron las teorías psicológicas.

Desde los años setenta se adoptó una visión más pragmática del origen del problema, en la cual se consideró que debe existir un conjunto de factores encadenados para su origen, de origen psicológico, biológico y social; de igual manera, se comenzó con el tratamiento pluridisciplinario, donde se abordan los tres núcleos conflictivos de la anorexia: los pensamientos alterados, el peso y la figura.

Los mismos autores también manifiestan que en 1979, Russell describió un cuadro caracterizado por una ingesta de comida exagerada, seguida de conductas de purga, de la cual consideraba que existía un vínculo con la anorexia nerviosa. A esto lo denominó bulimia nerviosa, que sería, según él, una forma de evolución de la anorexia.

La obesidad, a diferencia de la bulimia y anorexia nerviosa, no se considera un trastorno psiquiátrico, sino un cuadro médico que podría traer como consecuencia una serie de riesgos para la salud.

En la actualidad, además de los riesgos de salud que implica el sobrepeso, existen cuestiones estéticas y sociales que ocasionan sin duda alguna otros problemas de tipo psicológico. Además, en las últimas décadas se ha visto un incremento en los casos de obesidad en el mundo occidental, si bien es más frecuente en la clase social baja, afecta a más mujeres que a hombres y principalmente en edades superiores a los cincuenta años.

2.2. Definición y características clínicas de los trastornos alimenticios.

En este apartado se aborda de forma clara y concisa la información necesaria para la comprensión de lo que son los trastornos alimenticios, se mencionan características específicas y conceptos como los de anorexia, bulimia, los trastornos asociados y aquéllos que se presentan en la infancia.

En el caso de la obesidad, es importante aclarar que sólo se define y se menciona brevemente, ya que no es una prioridad para esta investigación ampliar sobre dicho tema.

2.2.1. Anorexia nerviosa.

Para Jarne y Talarn (2000) el término de anorexia se refiere al deseo intenso de perder peso, un gran temor a estar obeso y un singular trastorno de la percepción corporal, todo ello provoca que las personas se vean más obesas de lo que en realidad están.

De acuerdo con estos autores, en los últimos cincuenta años la incidencia de este trastorno ha venido aumentando de manera significativa. La causa principal de este aumento es debido a los medios de comunicación, al deseo de perder peso y mantener la figura a costa de lo que sea.

En las regiones donde se observa un aumento en el número de casos de anorexia nerviosa son Europa, Canadá y Estados Unidos. Y claramente se observa que en la mayoría de los casos se trata de jóvenes mujeres cuya edad oscila entre los catorce a dieciocho años. En esta predisposición intervienen los factores socioculturales, más que los biológicos.

Se menciona que desde los primeros trabajos clínicos realizados, quedó claro que la anorexia nerviosa se presentaba con mayor frecuencia en las clases sociales

media alta y alta. Con el paso del tiempo se fue extendiendo al resto de los niveles poblacionales debido a la actitud de los adolescentes ante la comida, la imagen corporal y el peso, que son factores indistintos en los estratos socioculturales.

El método que utilizan estas personas para la pérdida de peso es el ejercicio físico excesivo, una restricción exagerada de los alimentos y conductas de purga. De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales (DSM-IV, por sus siglas en inglés), existen cuatro criterios para el diagnóstico de la anorexia nerviosa:

- a) “Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal, considerando la talla y la edad.
- b) Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- c) Alteración en la percepción del peso o la silueta corporal, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- d) En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea, la ausencia de un mínimo de tres ciclos menstruales consecutivos.” (Jarne y Talarn;2000: 151).

Existen otros criterios diagnósticos de la anorexia nerviosa realizados por la Clasificación Internacional de Enfermedades, en su décima versión (CIE-10), éstos son muy similares con las normas del DSM-IV, tienen variaciones mínimas o

pequeñas aportaciones que no se mencionan en los anteriores; dichas directrices son los siguientes:

- 1) La pérdida de peso es originada por la persona enferma, existen algunas manifestaciones como: consumo de diuréticos, vómitos autoprovocados, ejercicio excesivo y purgas intestinales.
- 2) Trastorno endócrino generalizado que afecta el hipotálamo-hipofisario-gonadal, manifestándose en la mujer como amenorrea y en el hombre como pérdida de interés y de la potencia sexual.
- 3) Si se inicia con el trastorno alimenticio antes de la pubertad, se retardan las manifestaciones de ésta o incluso se detienen por completo.

Existen algunos factores que pueden ayudar a detectar si una persona está en riesgo de caer en la enfermedad, algunos de ellos son: dietas bajas en calorías sin que el peso de la persona lo justifique; que las primeras preocupaciones sean siempre el peso, la talla o la dieta; miedo y rechazo al sobrepeso de forma exagerada.

Algunos pensamientos y actitudes peligrosas que pueden ser motivo de alarma son: percibir los alimentos únicamente como una fuente de grasa que ocasionará una ganancia de peso, así como una sumisión completa a la moda y a los estereotipos sociales; el identificar estas inclinaciones ayuda a controlar la situación para evitar que la enfermedad se desarrolle completamente.

La Asociación Americana de Psiquiatría (por sus siglas en inglés, APA; 2002) refiere que el término anorexia está equivocado, porque en raras ocasiones la persona pierde el apetito, es decir, la necesidad fisiológica de comer está presente, simplemente la persona se niega a comer por el temor a ganar peso.

Esta misma asociación hace referencia a los criterios del DSM-IV y CIE-10 ya mencionados, sólo que puntualiza otras pequeñas pero significativas aportaciones que no son mencionadas con anterioridad, pero a continuación se describirán brevemente.

- 1) El miedo que la persona siente al pensar que podría ganar peso, no desaparece aunque el individuo lo pierda, dicho temor va en aumento aunque el peso corporal disminuya cada vez más.
- 2) Algunas personas que sufren este trastorno se perciben obesas y otras se dan cuenta de que están delgadas, pero siguen preocupadas por algunas partes de su cuerpo.
- 3) El nivel de autoestima en estas personas depende del peso y la forma del cuerpo: si pierden peso, es un gran logro y un signo extraordinario de autodisciplina; sin embargo, ven el aumento de peso como un fracaso inadmisibles de su autocontrol.
- 4) Si la persona enferma decide buscar ayuda, es por el malestar psicológico y somático que le ocasiona comer poco, no porque considere que existen implicaciones clínicas graves, aunque es poco probable que suceda, ya que estos sujetos tienen escasa conciencia de su alteración o la niegan.

Existe otra serie de síntomas que se manifiestan, tales como: estado de ánimo deprimido, irritabilidad, pérdida de interés por el sexo, retraimiento social e insomnio. Hay que tener en cuenta que los síntomas de depresión pueden ser secundarios a la semiinanición, por eso es importante que la persona sea revalorada una vez que haya recuperado peso.

“Existen asimismo características que a veces pueden asociarse a la anorexia nerviosa, como son la preocupación por comer en público, el sentimiento de incompetencia, una gran necesidad de controlar el entorno, pensamiento inflexible, poca espontaneidad social y restricción de la expresividad emocional y de la iniciativa” (APA; 2002:555).

2.2.2. Bulimia nerviosa.

“Es un trastorno que se caracteriza por un modelo de alimentación anormal, con episodios de ingesta voraz seguidos de maniobras para eliminar las calorías ingeridas. Después del episodio, el sujeto se siente malhumorado, con tristeza y sentimientos de autocompasión o menosprecio” (Jarne y Talarn; 2000:164).

Esto ocurre con mayor incidencia en mujeres occidentales de entre los diecinueve a veinticinco años de edad. Existen dificultades para establecer los criterios diagnósticos para esta enfermedad, a pesar de eso, la mayoría de los autores consideran que los criterios actuales del DSM-IV y CIE-10 son de gran utilidad.

Para el DSM-IV son cinco los criterios a tomar en cuenta:

- 1) Presencia de atracones: que se refiere a ingerir gran cantidad de alimentos, superior a la que la mayoría de las personas ingerirían y en un corto tiempo, aproximadamente dos horas.
- 2) Actos o medidas compensatorias inapropiadas, con el fin de no ganar peso, como provocarse el vómito, uso de laxantes, diuréticos, ayunos, ejercicio excesivo y enemas.
- 3) Los atracones y conductas inapropiadas tienen lugar por lo menos dos veces a la semana durante un periodo de tres meses.
- 4) La autoevaluación está influida exageradamente por el peso y la figura corporal.
- 5) Esta alteración no aparece de forma exclusiva en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Es necesario señalar los dos criterios diagnósticos del CIE-10 que lo diferencian del DSM-IV:

- 1) Existen deseos irresistibles por comer y una continua preocupación por los alimentos que terminan cayendo ante ellos.
- 2) Esta enfermedad consiste en un miedo morboso a engordar, es por eso que la persona se establece una dieta estricta, fijándose un nivel de peso muy por debajo del que tenía antes de la enfermedad.

Existen dos tipos de bulimia nerviosa, el purgativo y no purgativo: en el caso del primero, el sujeto recurre a los laxantes, enemas y vómitos autoinducidos entre otros; en el segundo, el sujeto emplea el ayuno o ejercicio excesivo sin utilizar las conductas compensatorias del tipo purgativo.

La persona bulímica presenta una conducta desordenada que comienza únicamente en el aspecto de su alimentación, posteriormente es generalizada. Es importante señalar que los atracones dependen en gran medida del estado de ánimo y de la disponibilidad. En los alimentos que se ingieren durante los atracones, no intervienen las preferencias alimenticias del paciente bulímico, sino las circunstancias.

La APA (2002) menciona que el tipo de comida que los enfermos bulímicos ingieren durante los atracones es variada, pero que generalmente contiene altos contenidos calóricos como los dulces, pasteles o helados.

También se menciona que estas personas se sienten por lo general avergonzadas y tratan de ocultar los síntomas, por lo regular los atracones se realizan a escondidas o lo más disimuladamente posible.

Los sujetos tienen dificultad para evitar o parar los atracones; cuando se provocan el vómito, experimentan una disminución de malestar físico y del miedo a ganar peso. Entre atracón y atracón suelen reducir la ingesta de alimentos con alto contenido en calorías.

Existen varios factores que pueden desencadenar este tipo de conductas como: situaciones interpersonales estresantes, el hambre intensa ocasionada por una dieta severa, estados de ánimo variados o los sentimientos relacionados con la silueta, el peso y los alimentos en general.

Los trastornos asociados con esta enfermedad son: los depresivos y de ansiedad, éstos desaparecen cuando la bulimia está siendo tratada o ya que desaparece; también se ha observado dependencia y abuso de sustancias.

Algunas de las consecuencias que ocasiona este trastorno alimenticio son el debilitamiento dental, dado que se disminuye el esmalte que protege los dientes, desgarros esofágicos y arritmias cardíacas, entre otros. Es importante señalar que los daños o consecuencias secundarios a esta enfermedad son distintos en cada individuo.

2.2.3. Obesidad.

Este padecimiento se puede entender como el “aumento anormal de peso por excesivo almacenamiento de lípidos de reserva (triglicéridos) en las células del tejido adiposo. En la etiología de la obesidad convergen muchos factores: genéticos, metabólicos, endocrinos, neurológicos, psicológicos y socioculturales” (Galimberti;2006:755).

Para Jarne y Talarn (2000) la obesidad es la acumulación excesiva de grasa corporal. No es considerada como un trastorno psiquiátrico y en otros momentos históricos fue un símbolo de belleza, salud y posición sociocultural.

De acuerdo con dichos autores, existen factores socioculturales que tienen una enorme influencia en la prevalencia de la obesidad, se mencionan una serie de estudios que coinciden en que a mayor nivel educativo o sociocultural, menor índice de obesidad.

2.2.4. Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas.

De acuerdo con Castillo y León (2005) dentro de los trastornos de la conducta alimentaria, existen otras enfermedades de la misma índole que afectan al ser humano.

Tal es el caso de la hiperfagia, que se refiere a la "...ingesta excesiva como una reacción a acontecimientos estresantes y que da lugar a la obesidad..." según el CIE-10 (citado por Castillo y León;2005:225).

Estos eventos estresantes pueden ser el fallecimiento de un familiar, intervenciones quirúrgicas, accidentes o la pérdida del empleo. Este trastorno también puede recibir el nombre de hiperfagia psicógena.

2.2.5. Vómitos en otras alteraciones psicológicas.

Los autores citados en el apartado anterior, señalan que a este tipo de arcadas también se les denomina vómitos psicógenos o hiperémesis gravídica psicógena. No es más que un exceso de vómitos no autoprovocados, pueden manifestarse en cuadros disociativos, en personas hipocondríacas y en el embarazo, esto a causa de factores emocionales que pueden facilitar la aparición de náuseas y vómito.

Es estrictamente necesario descartar cualquier causa física que produzca dichos cuadros; de no encontrarse algún motivo, se puede comenzar a indagar en el medio ambiente del niño, ya que muchas de las veces el vómito es la aversión a una situación determinada, por lo general es el rechazo a la escuela por diversos motivos, y es visto por el infante como un medio de escape.

2.2.6. Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia.

Para Castillo y León (2005) es importante tomar en cuenta que hasta cierto punto, durante la niñez existe el rechazo a los alimentos existen conductas caprichosas a la hora de comer.

Es importante identificar las conductas que están lejos de ser normales o comunes en los niños durante la comida, es por eso que a continuación se describen de manera breve los trastornos que más frecuentemente se presentan.

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

Desde un punto de vista psicológico se han propuesto varias clasificaciones, algunas toman en cuenta para esto los síntomas y otros las causas del problema. Palmer y cols. (citados por Jiménez;1997) proponen una clasificación basada tanto en la naturaleza del problema como en sus posibles causas.

Estos mismos autores citan a Linscheid, que propone cuatro categorías más relacionadas con la comida, adicionales a la clasificación de Palmer y cols., e incorpora dos causas más del origen del problema. A continuación se abordan los trastornos alimenticios desde la clasificación realizada por Linscheid (referido por Jiménez; 1997).

Los comportamientos disruptivos durante la comida y hábitos alimenticios inadecuados se refieren a la costumbre del menor de no sentarse a comer, estar jugando al mismo tiempo, negarse a comer a menos que se le cuente alguna historia ingiere alimentos, negarse a utilizar los cubiertos, entre otros.

El adulto es el responsable en muchos de estos problemas, ya que permite al niño llevar a cabo este tipo de conductas con tal de que ingiera los alimentos, que no

llore o que le permitan continuar con sus actividades cotidianas, iniciando así, con una situación indeseable.

El rechazo de alguna clase de comida es norma hasta cierto punto, la gravedad de este problema radica en si la oposición es sólo para un alimento en particular o para la mayoría de éstos, de tal forma que se puede ver afectada su salud.

Existen algunos otros posibles motivos causantes del rechazo de la comida, como el olor, el sabor o bien, la dificultad para digerirla.

La negación a tomar alimentos sólidos se debe en gran medida a que el infante no está acostumbrado a la textura o consistencia de los nuevos alimentos, este problema generalmente comienza a partir de los ocho meses de edad en adelante, que es cuando se cambia la alimentación.

La dificultad en la ingesta de comida mezclada es ocasionada por lo regular por el adulto que está a cargo del niño. Nace a partir de la negación hacia la comida solida, lo cual lleva al adulto a triturar todos los alimentos y mezclarlos, provocando así una variedad de sabores; haciendo con esto más rápido y fácil alimentar al niño.

La falta de apetito suele ser un problema para algunos infantes, en la mayoría de los casos esto es normal, ya que después del primer año de vida, el apetito disminuye naturalmente. Esto puede desencadenar la ansiedad de los padres y que

éstos adopten comportamientos que posteriormente se conviertan en hábitos alimenticios negativos para el infante.

En algunas ocasiones no es que el niño consuma pocos alimentos, sino que la percepción de los padres en cuanto a la cantidad está distorsionada, y de acuerdo con ella, el infante no come lo que debería.

El tiempo de comida excesivo es uno de los problemas más frecuentes, hay que tener en consideración que es normal que un niño tarde en comer más tiempo que un adulto, también influye la edad del menor y el tipo de comida que esté ingiriendo. Sólo si el tiempo que tarde en ingerir es realmente excesivo, se puede hablar de un trastorno alimenticio. Existen varias causas por lo cual sucede esto: rechazo a la comida sólida, al tipo de alimento que se le está brindando, o bien, demasiados distractores a la hora de comer, como los juguetes o la televisión.

Otro problema que puede darse en la infancia son los vómitos, que quizá sea el problema que cause mayor alarma entre los padres de familia; la mayor parte del tiempo se asocia con alguna enfermedad, lo cual hay que descartar previamente.

Las causas principales por la que puede suceder esto son: el rechazo a la comida, por las múltiples razones que ya fueron expuestas con anterioridad; que el niño esté evadiendo alguna situación que le incomoda, por ejemplo, si vomita antes de salir de casa para no acudir a la escuela, ya que ahí se encuentra la verdadera

causa del problema, es decir, el vómito es un medio de escape a una situación desagradable.

Las razones o motivos por los que un trastorno de alimentación surge, son múltiples, pero se pueden dividir en dos: los extrínsecos, que son las variables ajenas a la comida, y los intrínsecos, que tienen una relación directa con la alimentación.

2.3. Esfera oroalimenticia en el infante.

Se refiere a la serie de reflejos que tiene el ser humano desde su nacimiento, que funcionan de forma autónoma para facilitar la alimentación. La succión y deglución son algunos de éstos. A continuación se describirá con más detalle el funcionamiento de estos mecanismos.

Muchos autores coinciden en aceptar que la succión tiene un papel primordial en las primeras emociones del infante, además, deducen que el comportamiento oroalimenticio es la base de la relación objetal al comienzo de la vida del niño.

2.3.1. Organización oroalimenticia.

Desde muy temprana edad se observa ya el reflejo oroalimenticio, es una de las primeras formas de comunicación del infante: el establecer un vínculo con la

persona que lo alimenta, que por lo regular es la madre y que es percibida por aquél como fuente de alimento y no como el objeto amado.

Para R. Spitz (citado por Ajuriaguerra; 1973) la conducta del infante ante el pecho materno pasa por diversas fases:

- 1) A los ocho días de nacido el infante responde a dos señales: la de sensibilidad y la de equilibrio; cuando el niño es cargado en brazos, voltea su cabeza hacia el pecho de la persona, sin que influya si es la madre o no.
- 2) Hasta el segundo mes de vida, el niño conoce la señal de la comida sólo cuando tiene hambre.
- 3) Cerca de los tres meses de edad, el pequeño deja de llorar cuando un adulto se le acerca, abre la boca y adelanta los labios esperando mamar, esto cuando tiene hambre.
- 4) A los tres meses presenta cambios motores y movimientos de succión al tomar biberón.

Estos mismos autores refieren que Ana Freud distingue dos satisfacciones: saciar el apetito y la satisfacción erótico-oral. El pequeño buscará satisfacerse y percibirá la comida como fuente de placer; a partir del segundo año, el niño es capaz de distinguir entre su madre y el alimento.

Durante un tiempo, la boca será el único medio para conocer y apropiarse de las cosas que los rodean, esto contribuye al conocimiento de su cuerpo, por ejemplo, llevarse el pie o la mano a la boca.

Es importante mencionar que el acto de dar alimento no es simplemente nutrir al infante, es la entrega por parte de la madre, no es sólo darle pecho sino la actitud que muestra ante este ritual. El niño encuentra en esto caricias, comodidad y amor, de modo que todas sus necesidades son satisfechas.

La primera relación del pequeño es con su madre, es un vínculo que está íntimamente relacionado con el acto de comer; el placer que les produce a las madres ver a sus hijos comer sin ningún problema, las hace sentir sin culpas, liberadas y les ofrece un nuevo valor poder brindar esa función materna. Por el contrario, si el pequeño come poco, desespera a la madre y ocasiona la agresividad inconscientemente y una actitud hostil.

“La comida es una institución social con un ritual y una participación de la familia. Por sus horarios y la manera de llevarlo a cabo se siente como una obligación, y su aceptación es un regalo para los padres. El comer significa varias cosas: alimentarse, sentir un placer, un acto cuya finalidad última es crecer” (Ajuriaguerra;1973:183).

Las madres sumamente ansiosas, protectoras o rígidas, son las que moldean la personalidad de sus hijos al alimentarlos inadecuadamente.

2.3.2 Alteraciones en la esfera oroalimenticia.

La alteración en la esfera oroalimenticia se refiere a las variaciones que se producen en los hábitos alimenticios, esto puede ocurrir por diversas causas y manifestarse de diversas formas en cada individuo; suelen aparecer en diferentes etapas de la vida. Como se ha mencionado anteriormente, también los infantes sufren de trastornos de este tipo, a continuación se mencionarán algunos de ellos.

La anorexia esencial precoz, aunque se presenta en raras ocasiones, suele aparecer en las primeras semanas de vida, incluso en el primer día de nacido. Generalmente se presenta en neonatos con bajo peso, muy despiertos o nerviosos. Al principio del trastorno sólo se muestran poco interesados en el alimento, pero al paso de los días o meses, las circunstancias se complican y los menores se vuelven reacios a comer.

La anorexia del segundo semestre es más frecuente, esto ocurre entre el quinto y octavo mes; usualmente se va presentando al ir cambiando el alimento, es decir, cuando el niño cambia de alimentos líquidos a sólidos.

De acuerdo con el comportamiento del niño ante los alimentos, se señalan dos tipos de anorexia: inerte y de oposición. La primera se refiere a que el infante no tiene iniciativa para ingerir la comida, no ingiere o vomita lo poco que pudo consumir. En la anorexia de oposición el menor reacciona con llanto, rechazo, agitación y vómitos ante la comida; ésta última es ocasionada por lo regular por el

comportamiento de la madre, por ser demasiado rígida o complaciente. Después de un tiempo, el niño se va adaptando al comportamiento de los padres.

En el segundo semestre, según L. Kreisler (citado por Ajuriaguerra; 1973) existen dos tipos de anorexia infantil: la simple, que al principio suele parecer una reacción al cambio de alimentación, pero con el tiempo se da una interacción entre el niño, que se opone totalmente al alimento y la madre, que se empeña en brindárselo. La anorexia compleja se caracteriza por la intensidad de los síntomas y la falta de respuesta ante los tratamientos.

Por lo general los infantes anoréxicos se retrasan en los aprendizajes, por ejemplo, en regular sus esfínteres; tienen el sueño alterado y lloran en demasía, por mencionar algunos.

La anorexia de la segunda infancia suele presentarse también en niños que con anterioridad no han tenido problema alguno para alimentarse, es una oposición a la rigidez de los padres, expresada en un orden firme en las comidas y horarios, o mantener el ritmo a la hora de comer que un adulto, por ejemplo.

Otra de las razones puede radicar meramente en un capricho por parte del infante al elegir la comida, la evolución de la anorexia en esta etapa es fisiológicamente más grave que en las anteriores.

2.4. Perfil de la persona con trastornos de alimentación.

De acuerdo con Costin (2003), es difícil describir el perfil de una persona que está en riesgo de desarrollar algún trastorno alimenticio o los rasgos de las familias, ya que por lo regular es posible observar la conducta de la persona cuando el trastorno ya se encuentra establecido; además, la personalidad se ve afectada y resulta complicado poder separar los rasgos de personalidad que tenía el individuo con anterioridad y los que aparecen cuando se instala el trastorno alimenticio.

Es necesario mencionar que estos rasgos individuales o familiares no son la causa exclusiva de la aparición del trastorno alimenticio, es la combinación de éstos con algunos factores socioculturales lo que influye para la aparición de la enfermedad.

Una posible causa son los problemas con la autonomía: algunas personas tienen dificultades para desempeñarse de forma separada de la familia, regularmente son jóvenes que están muy pendientes de lo que los padres o todos los miembros de la casa piensan o esperan de ellos, quieren cumplir al máximo con las expectativas que los demás han puesto en ellos. Con esto tienen pocas posibilidades de crear pensamientos propios o actuar de forma propia de una etapa de crecimiento.

Es normal que los adolescentes estén llenos de cambios, tanto físicos como emocionales y muchas veces es difícil para ellos encarar estas situaciones, por lo que suelen convertir a su cuerpo en un símbolo de control, autonomía y eficacia

personal, convierten erróneamente la idea de la delgadez como un signo de ser especial (Costin; 2003).

Otra de las causas es el déficit de autoestima, que se refiere a la aceptación de sí mismo. Los parámetros de ésta varían en ambos sexos, en el caso de la mujer va encaminada hacia la apariencia, la imagen externa y la aprobación de los demás. El no cumplir con estas expectativas ocasiona generalmente que se concentre en el peso como el área de triunfo y aceptación.

El camino a la perfección y el autocontrol es otra causa más; la búsqueda de la perfección es común entre las jovencitas con algún trastorno alimenticio, sienten que lo que hagan nunca es suficientemente bueno, por ello se exigen demasiado.

Estas exigencias se desplazan en la búsqueda de la perfección corporal, mantener el cuerpo ideal a cualquier precio, ya que se convencen que si alcanzan el cuerpo ideal lograrán una transformación en ellas mismas. Estas personas no sólo desean controlar su peso, es muy frecuente observar que tienden a controlar todas las circunstancias en sus vidas.

El miedo a madurar es otra de las posibles causas que se encuentran en el perfil de una persona con trastornos alimenticios. Como se sabe, estos trastornos aparecen desde la pubertad hasta la adolescencia, que son etapas de diversos cambios. El aumento de peso es parte de los cambios fisiológicos que se observan

en esta etapa y para muchas jovencitas esto puede ser el factor precipitante, dada su intolerancia a la realidad.

Por lo general, estas jóvenes están muy detenidas en la niñez, les da un gran temor dejar atrás esta etapa y enfrentarse al mundo de los adultos, o también suele ocurrir que los padres sean quienes tengan ese temor y las hijas lo perciben.

En ocasiones las familias actúan de determinada manera, ya sea haciendo comentarios desagradables hacia las personas con obesidad o refiriéndose a éstos despectivamente, con ello propician con mayor frecuencia la existencia de trastornos alimenticios. La poca comunicación o relaciones pobres entre los miembros son algunos de los causantes de la aparición de estos trastornos; a su vez, la presencia del problema alimenticio genera relaciones más distorsionadas entre la familia (Costin; 2003).

Existe también la posibilidad de que este tipo de interacción familiar esté más relacionado con la evolución del trastorno que con su origen. “Si bien las características familiares pueden predisponer a alguien -volverlo más vulnerable- a tener un trastorno del comer, es:

La combinación especial de estas características con

- Los rasgos de personalidad del individuo y
- La incidencia de los factores socioculturales

Lo que dará como resultado una persona con un trastorno de la alimentación (Costin;2003:80).

Con base en lo anterior, se pueden mencionar ciertas características comunes que se presentan en las familias con algún integrante que presente un trastorno alimenticio, es necesario mencionar que no todas las familias que cumplan con estas características producirán un trastorno alimenticio.

- Poca comunicación entre los integrantes.
- Son incapaces de resolver los conflictos que se les presentan.
- Falta de flexibilidad para afrontar situaciones nuevas; regular las reglas con base en la etapa de vida en la que se encuentra el integrante.
- Expectativas muy altas respecto a los hijos
- Abuso sexual o maltrato físico.

Es necesario que se haga énfasis en que no todas las familias que cumplen con estas características, causarán en alguno de los miembros de la familia algún trastorno alimenticio, ya que no todos los individuos manifiestan predisposición a ello y la familia no es la única causa del desarrollo del trastorno.

2.5. Causas del trastorno alimenticio.

Las características tanto individuales como familiares que se mencionaron con anterioridad no son las únicas posibles causas para que se precipite un trastorno alimenticio. Existen algunos otros factores como los socioculturales, individuales y por supuesto, los familiares.

Es necesario, de acuerdo con Costin (2003), que exista una combinación de todos ellos, actuando y repercutiendo de forma distinta en cada individuo, para predisponerlo a desarrollar un trastorno alimenticio, es decir, a que lo haga más vulnerable a presentar un trastorno en la alimentación.

A continuación se describirán más ampliamente estas causas probables, indicando de forma clara a lo que se refieren.

2.5.1. Factores predisponentes individuales.

En primer lugar hay que dejar en claro el significado de la palabra predisponer, se refiere preparar con mucho tiempo atrás una situación o preparar el ánimo para un fin determinado. Existen tres tipos de factores predisponentes, los individuales, familiares y socioculturales, según lo indica Costin (2003).

Existen diversas teorías que tratan de identificar los factores que influyen en la conducta alimentaria; de acuerdo con Ogden (2005), se hace mucho énfasis en los

factores individuales como las creencias, el aprendizaje y la constitución psicofisiológicas de individuo. La elección de los alimentos se da por diversos significados, desde los sociales o familiares, hasta el entrenamiento que se tuvo desde pequeño en los hábitos alimenticios.

La comida representa la identidad de la persona, en términos de sexualidad, género y el autocontrol entre otros. También es fundamental para la interacción social, así como fuente de comunicación del amor y el poder; representa el estatus, la riqueza o prestigio de las personas; transmite hospitalidad, afectos y amistad; es un medio de placer y gratificación personal.

En la cultura occidental se le dan diversos significados a los alimentos, como ya fue mencionado en los apartados superiores. Es importante remarcar que dichas acepciones dependen de la cultura y educación de la persona. Existen alimentos que son utilizados como medicamentos o remedios naturales, algunos representan la sexualidad o son utilizados como afrodisiacos, otros más son estrictamente prohibidos por cuestiones religiosas, pero la gran mayoría de ellos en la actualidad representan los conflictos entre el placer y la culpabilidad.

Ahora en los medios de comunicación se vive un verdadero bombardeo de comerciales publicitarios ofreciendo gran cantidad y variedad de alimentos, desafortunadamente para el caso de las mujeres existen dos mensajes: el pensar en la comida pero mantenerse alejada de ella para lograr el cuerpo anhelado.

Después de enviar estos mensajes a las féminas y cuando éstas consumen algún alimento, “aparece la culpabilidad y los sentimientos de vergüenza, una sensación de complejo, desesperación y perversidad. En consecuencia, la comida es un foro para los conflictos entre la culpa y el placer” (Ogden;2005:71).

Por último, es importante mencionar que los alimentos también pueden reflejar el poder dentro de las familias y a nivel social. En el caso de las familias, el que mejor come y es mejor atendido es quien tiene el poder y control; el dominio social comienza con la creencia de que las personas poderosas comen bien, aquí la comida es un símbolo de estatus social.

“En resumen, la comida comunica aspectos del yo en relación con la sexualidad, los conflictos entre la culpabilidad y el placer, el comer y la negación y es una declaración de autocontrol” (Ogden;2005:73).

Por lo tanto, el individuo está sometido a todos estos factores predisponentes que se describieron y que constituyen causas probables para ocasionar algún trastorno alimenticio.

2.5.2. Factores predisponentes familiares.

Cuando algún miembro de la familia presenta algún trastorno alimenticio, inevitablemente todos los que se encuentran a su alrededor se ven involucrados y no necesariamente por ser los causantes, aunque si existen algunas características

específicas que se han asociado como factores predisponentes para el desarrollo de un trastorno alimenticio.

A continuación se describirán algunas de estas características, de acuerdo con Rausch (1996):

- En las pacientes bulímicas suele haber mayor presencia de trastorno afectivo y alcoholismo en los antecedentes de la familia.
- También influye un proceso complicado de divorcio.
- En pacientes anoréxicas, las familias inhiben la agresión y hostilidad.
- Si existe el antecedente de algún familiar que haya padecido algún trastorno alimenticio.
- En las anoréxicas nerviosas existe mayor conflicto y peor relación emocional con ambos padres. Las pacientes anoréxicas perciben a la madre como más empática y comprensiva emocionalmente.
- En algunos casos, las madres de pacientes bulímicas resultaron más dominantes, controladoras y con expectativas muy altas en el desempeño de sus hijas. Ambos padres incrementan la rivalidad entre los hermanos. Existe un elevado nivel de tensión en la familia.

Es importante mencionar que “algunos estudios muestran que las opiniones y los juicios de los padres, respecto del tamaño de las zonas del cuerpo, influyen en la paciente, y podrían condicionar la evolución de su trastorno. Hay familias en las

cuales la valoración personal depende en gran medida del aspecto físico, y con frecuencia este valor es transmitido de generación en generación” (Rausch;1996:50).

Algo persistente que se observó en las familias con algún miembro con trastorno alimenticio es que las reglas que se tenían en casa ya no son suficientes o adecuadas para la edad o etapa en la que se encuentran, al no actualizarse, se inhibe con ello el desarrollo y crecimiento de los integrantes de la familia.

Existen “ciertas características de organización familiar que algunas veces se asocian con otros factores, y favorecen así el desarrollo de trastornos alimenticios.

- Cuando las formas de relacionarse los miembros de la familia entre sí son tan rígidas que desalientan el desarrollo de la independencia y la autonomía de la joven, pueden hacer que ésta se sienta desvalida e incapaz de diferenciarse de los otros.
- Cuando, además, la intrusión en los pensamientos y los sentimientos del otro es permanente, algunas veces lo único que sienten que pueden controlar es su ingesta y su peso.
- Si a todo esto le agrega el contexto de una familia muy cerrada en sí misma, con poco y desconfiado contacto con el mundo externo, para la joven, crecer y salir de ese ámbito conocido y seguro se vuelve muy amenazador” (Rausch;1996:58-59).

Por eso es importante mencionar que cuando una familia es flexible para evaluar y modificar las reglas con base en las necesidades o cambios evolutivos de los miembros, propiciará una autonomía saludable.

Éstos son sólo algunos de los factores que pueden contribuir a reforzar la sintomatología o a sostenerla, en tanto se presente algún trastorno alimenticio.

2.5.3. Factores socioculturales.

Se sabe que tanto hombres como mujeres se ven influidos positiva o negativamente por todo lo que les rodea, como los medios de comunicación, la familia, los estereotipos, el sexo y género, por mencionar algunos. A continuación se mencionarán de forma breve pero clara los posibles factores que afectan para desencadenar o reafirmar un trastorno alimenticio.

Ogden (2005) hace mención en forma de diagrama sobre el significado que se da al tamaño del cuerpo. El ser delgado está asociado con el atractivo, el control, la libertad y el éxito, mientras que la obesidad se asocia con el exceso de alimento, la falta de éxito, un estado de autolesión, la falta de atractivo, la pereza y la impopularidad.

Como se puede observar, a las personas con sobrepeso la mayoría de las veces se les conceptúa de forma desfavorable y los estudios indican que se les juzga aún más negativamente a las mujeres con sobrepeso que a los hombres.

“Los hombres se exhiben en los medios de comunicación con más frecuencia y de forma más positiva que las mujeres y, cuando éstas aparecen presentan unas imágenes cada vez más delgadas. En consecuencia, la delgadez mantiene un estrecho vínculo con el atractivo y, el mismo modo que el sexo, genera multitud de asociaciones complejas; lo mismo ocurre con el tamaño corporal. En concreto, el hecho de tener exceso de peso se asocia con la pereza y el aletargamiento, y se considera un estado provocado por el propio sujeto, lo que crea un sentido de culpabilidad. En cambio, la delgadez significa control, libertad, éxito” (Ogden;2005:96).

2.6. Percepción del cuerpo en el trastorno alimenticio.

Es muy claro que el comer ocasiona cambios en el cuerpo, tanto en el tamaño como en la forma, por eso las preocupaciones del aumento de peso, generan insatisfacción corporal. Es importante señalar que no sólo esta circunstancia puede ocasionar la insatisfacción, sino que existe una serie de factores adicionales.

En primer lugar se tiene que describir qué se entiende por insatisfacción corporal: se refiere a la forma de percibir el cuerpo en la mente y que no siempre coincide con la realidad. Para medir la insatisfacción se consideran tres perspectivas diferentes: como imagen corporal deformada, como discrepancia del ideal y como respuestas negativas del cuerpo.

En el caso de la imagen corporal deformada, el sujeto se percibe más voluminoso de lo que en realidad es; en el segundo caso, el sujeto cree que es más voluminoso de lo que le gustaría ser; por último, en el caso de respuestas negativas al cuerpo, a la persona en definitiva no le gusta su cuerpo.

Se puede “conceptualizar la insatisfacción corporal como una imagen deformada del cuerpo en comparación con una medida objetiva de la realidad, una diferencia entre el volumen corporal real percibido y el ideal o, simplemente, como unos sentimientos negativos respecto al cuerpo. Al principio, se creía que la insatisfacción corporal era un problema de quienes padecían trastornos alimentarios. En la actualidad, se reconoce que es un fenómeno corriente que aparece en muy diversos grupos de la sociedad. Las mujeres están insatisfechas en general, con el cuerpo en su conjunto y, en particular, con sus nalgas, estómago, caderas y muslos. Parece que esta insatisfacción es menos pronunciada en las lesbianas que en las heterosexuales, pero ocurre en mujeres de todas las edades, desde la infancia hasta la vejez. En general los hombres están menos insatisfechos con su aspecto corporal que las mujeres, pero a muchas también les gustaría poder cambiar algunas partes de su cuerpo, centrándose en el estómago, el pecho y los brazos. Estos deseos son más pronunciados en los heterosexuales y menos en los jóvenes que en los mayores. En cuanto a las causas de la insatisfacción corporal, [...] se ha mostrado el papel que desempeñan ciertos factores sociales, como los medios de comunicación, el carácter étnico, la clase social y la familia, y se ha señalado que estas influencias externas inciden en la insatisfacción corporal a través de las creencias y la naturaleza de las relaciones. En cuanto a las consecuencias de la insatisfacción

corporal, la mayoría de las mujeres siguen algún régimen, algunas hacen ejercicio y una minoría recurre a la cirugía estética, mientras que los hombres optan por hacer ejercicio como solución para su problema (Ogden;2005:113-114).

2.7. Factores que mantienen los trastornos alimenticios.

Es relevante mencionar que tanto las prácticas de control de peso como las obsesiones con las dietas, lejos de ser una posible solución se convierten en factores que perpetúan los trastornos alimenticios.

Costin (2003) menciona que se realizó una investigación en los años cuarenta en Minnesota, donde se demostró que una persona sana, sin problemas psicológicos o familiares, con una dieta restrictiva, presenta efectos similares a lo que se observa en las personas con anorexia o bulimia nerviosa.

Como ya se mencionó anteriormente, las personas que presentan alguno de estos trastornos alimenticios sufren de transformaciones anímicas, desesperación sobre el futuro, sensación de depresión y descontrol e irritabilidad e intolerancia. Son sólo algunos de los cuales ya se describieron anteriormente.

Las personas con algún trastorno alimenticio presentan trastornos obsesivos alrededor de la comida, hacen una serie de rituales a la hora de comer, recurren la ingesta en demasía de los líquidos, o bien, tener algo en la boca, ya sean cigarrillos o goma de mascar. Los efectos de estos rituales son tan fuertes que perduran aun

cuando la persona se haya incorporado a los nuevos hábitos alimenticios con la idea de recuperarse.

Las transformaciones físicas que se sufren durante el trastorno van desapareciendo conforme la ingesta calórica va en aumento, las dietas restrictivas a las que se someten se vuelven adictivas, es decir, lo adictivo es la dieta y no la comida como tal; “hacer dieta es lo que lleva a toda la sintomatología descrita (obsesiones, depresión, aislamiento, malestar físico, inseguridades, etc.), de la cual se pretende salir, paradójicamente, con nuevos esfuerzos de control con la comida, para esta vez ‘sí, lograrlo’ y recuperar el bienestar” (Costin;2003:103).

2.8. Trastornos mentales asociados a los trastornos alimenticios.

Los trastornos alimenticios se presentan en mayor o menor medida en la mayoría de los trastornos psicopatológicos. En la esquizofrenia es muy frecuente debido a los tratamientos farmacológicos, a la ideación delirante de envenenamiento o prejuicio. En las depresiones es habitual, en la mayoría de los casos se observa una disminución en la ingesta y en raras ocasiones se observa alimentación excesiva; en las depresiones melancólicas delirantes se advierte una idea delirante de ruina y no comen porque su mala situación económica no se lo permite. También se presenta un delirio hipocondriaco.

En la manía, los sujetos pueden pasar mucho tiempo sin la necesidad de comer o solicitan una gran cantidad de comida aunque la ingesta sea normal; en las

fobias se refieren sólo a un alimento en particular o al acto de deglución por miedo a asfixiarse y morir; en la ansiedad suele presentarse una pérdida del apetito; en el trastorno obsesivo compulsivo, las ideas de suciedad o contaminación modifican considerablemente los hábitos alimenticios. Es importante aclarar que se abordarán únicamente depresión y ansiedad de forma más amplia y precisa a lo largo de estos subtemas.

2.8.1. Trastornos alimenticios y depresión.

De acuerdo con Kirschman y Salgueiro (2002) hace un siglo era aceptable la idea de que la anorexia nerviosa representaba la melancolía en la pubertad. En 1914 Simmons sugería que era causada por un déficit hormonal; estas dos hipótesis detenían las contribuciones psicológicas en la etiología de la anorexia nerviosa.

Después de un tiempo surge la idea que predominan los trastornos afectivos entre los familiares de los pacientes con algún trastorno alimenticio. Cantwell y cols. (referidos por Kirschman y Salgueiro; 2002), entrevistaron utilizando criterios diagnósticos para la búsqueda de trastornos afectivos, a los padres y madres de algunas jóvenes con este trastorno; encontraron que el cincuenta y ocho por ciento de las madres y el ocho por ciento de los padres cumplían con estos criterios diagnósticos.

Así como la anterior investigación, existen muchas más, pero que no en todas coinciden con los resultados, dificultando así una conclusión entre la existencia o no

de una relación de los trastornos alimenticios y los afectivos. Por ejemplo, Sabine y cols. (citados por Kirschman y Salgueiro; 2002) concluyeron que la bulimia no es una manifestación de algún trastorno afectivo, sino que el estado de ánimo es un rasgo secundario al trastorno alimenticio.

En diversas investigaciones se hace énfasis sobre las diferencias y semejanzas sobre comportamiento de una persona con un trastorno afectivo y uno alimenticio. “Los pacientes deprimidos que refieren despertar temprano, por ejemplo, se sienten oprimidos y sobrepreocupados, particularmente al despertar, por interminables rumiaciones de desesperanza y auto-reproche; las pacientes con anorexia nerviosa, aun aquellas en estadios críticos, aparecen vivaces, animadas y se involucran en actividades, incluso extenuantes” (Kirschman y Salgueiro; 2002:127).

Existen otras investigaciones donde se explican las semejanzas entre los dos trastornos, no obstante, los diversos datos obtenidos de distintas perspectivas sugieren que tanto los trastornos afectivos como los alimenticios se presentan en forma independiente, “[...] no excluyen la posibilidad de que cierta predisposición depresiva se constituya en factor de riesgo para el desarrollo de un trastorno alimenticio” (Kirschman y Salgueiro; 2002:125).

2.8.2. Trastornos alimenticios y ansiedad.

En el llamado síndrome de inanición, muchos trabajos de investigación sugieren que está presente una relación entre depresión, ansiedad y obsesiones. Los

datos concluyen que con el aumento de peso, los síntomas disminuyen, a excepción de algunos casos donde la sintomatología persiste, lo que da la posibilidad que la ansiedad esté ligada a la patogénesis de la anorexia nerviosa, según Pollice y cols. (citados por Kirszman y Salgueiro; 2002).

Existe una serie de investigaciones citadas por las mismas autoras que arrojan datos importantes, por ejemplo, Schwalberger y otros mencionan que el setenta y cinco por ciento de los pacientes con bulimia nerviosa y un sesenta y tres por ciento por atracón, presentaron ya sea uno o más diagnósticos de algún trastorno de ansiedad. Otro trabajo realizado por Bullik y cols. refiere que el sesenta por ciento de las pacientes con anorexia nerviosa y un cincuenta y siete por ciento de bulímicas tenían antecedentes de trastornos de ansiedad.

Otros datos sugieren que los pacientes con algún trastorno alimenticio están relacionados con otros trastornos, como es el caso del obsesivo-compulsivo, en el cual las personas que fueron diagnosticadas, muestran elevados niveles de prevalencia de anorexia nerviosa. También se relaciona con el abuso sexual, “numerosos autores concuerdan que no es correcto tomar al abuso como causa única de la bulimia, sino que esta experiencia traumática de victimización daría lugar a una mayor vulnerabilidad al desarrollo de bulimia como una forma de lidiar con la bronca, la desprotección y depresión posterior a la violación posterior de los límites corporales” (Root y Fallon, citados por Kirszman y Salgueiro; 2002:139).

Para finalizar, es importante mencionar el papel tan importante de la ansiedad en la etiología de los trastornos alimenticios. La ansiedad generalizada o los miedos a la evaluación social, en combinación con los factores biopsicosociales, pueden favorecer el desarrollo de una excesiva preocupación por la figura y peso, esto es, una insatisfacción corporal que llevará a la una dieta restrictiva severa, ocasionando la bulimia o cualquier trastorno de la conducta alimentaria. En este sentido la ansiedad puede tener doble rol: por un lado etiológico y por otro, de mantenimiento.

2.9. Tratamiento de los trastornos alimenticios.

Existen diferentes enfoques en los que pueden ser tratados los trastornos alimenticios, enseguida se explicarán de forma breve y clara en qué consisten algunos de ellos.

Desde una perspectiva neopsicodinámica, que va enfocada a los aspectos de sí mismo, de la identidad y funcionamiento autónomo, la terapia se orienta hacia los antecedentes de la enfermedad, que tendrían como consecuencia un trastorno del desarrollo. El tratamiento tiene como objetivo el desarrollo de una nueva personalidad y se enfatiza la necesidad de la terapia familiar para aliviar su ansiedad.

La terapia conductual se basa en controlar un comportamiento observable a través de estímulos. Se establece un refuerzo positivo al aumento de peso o mayor actividad física o social; y un refuerzo negativo con el reposo o aislamiento. En el modelo cognitivo-conductual se relacionan pensamiento, emoción y comportamiento;

la intervención consiste en hacer que el paciente examine la validez de sus creencias, donde los procesos cognitivos son definidos y examinados cautelosamente, enseguida son cuestionados con la intención de ser modificados.

En la terapia familiar estructural se propone modificar la estructura familiar disfuncional para permitir el desarrollo de cada uno de sus integrantes; mediante el pensamiento sistémico se reemplazan los patrones interactivos disfuncionales. La terapia familiar para pacientes adultos con trastornos alimenticios severos y crónicos, se centra en la separación de la familia de origen para que el paciente logre desarrollar su autonomía e independencia.

En la terapia grupal se advierte que si no se es apto para llevarla a cabo, pueden ocurrir resultados desastrosos, se debe hacer una selección cuidadosa de los pacientes participantes, un abordaje terapéutico apropiado y debe guiarse por un terapeuta experimentado. En el caso de los grupos para padres de anoréxicos, se busca ofrecer un marco de seguridad, que se les brinde la oportunidad de que se desahoguen y obtengan guía y consejo de los otros padres y terapeutas.

En los grupos de autoayuda organizados por personas que han pasado por algún trastorno alimenticio, los miembros comparten un problema en común y son dependientes en cuanto a comprensión empática y se ayudan entre sí. Es importante mencionar que en ningún grupo tiene como objetivo curar el trastorno.

En el caso de los tratamientos farmacológicos, no han demostrado tener efectos benéficos, por lo cual se ha visto limitado su uso. Cuando son administrados, tienen el objetivo de hacer subir de peso al paciente, corregir la acción neurotransmisora involucrada en el trastorno y controlar o modificar la ansiedad o depresión en los pacientes.

El tratamiento ambulatorio es más recomendable por la mayoría de los autores salvo en algunas excepciones, un ejemplo es cuando la familia no esté en condiciones de apoyar al paciente. En el caso de la internación se recomienda sólo que sea absolutamente necesario, cuando sea para establecer con certeza el diagnóstico, para tratar complicaciones físicas agudas causadas por el mismo trastorno, como apoyo a la familia cuando ésta se encuentra devastada, si el paciente presenta ideas suicidas o que el tratamiento ambulatorio no dé resultados favorables.

Para finalizar, es necesario mencionar que para que cualquier tratamiento sea eficaz, debe haber el compromiso del paciente, de la familia y el terapeuta. Es indispensable señalar que los tratamientos a largo plazo pueden contribuir a evitar una recaída y asegurar así con mayor éxito la salud del paciente y el bienestar de la familia.

CAPÍTULO 3

METODOLOGIA, ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

Una vez mostrado el marco teórico donde se describen las variables, se procederá en el capítulo presente a presentar la investigación de campo realizada, en lo que respecta a su metodología, descripción poblacional y análisis de los resultados.

3.1. Descripción metodológica.

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

3.1.1. Enfoque cuantitativo.

A lo largo de la historia han existido diversas rutas en la búsqueda del conocimiento, pero desde el siglo pasado se popularizaron dos aproximaciones para investigar, los enfoques cuantitativo y cualitativo. Aunque ambos emplean procesos metódicos para generar el conocimiento, a continuación se describe únicamente el primero.

Este enfoque se refiere a la recolección de datos de forma secuencial para probar hipótesis planteadas al principio de la investigación, los resultados están basados en la medición numérica y el análisis estadístico, con la finalidad de establecer patrones de comportamiento y probar la teoría.

Hernández y cols. (2010) mencionan que en este enfoque no se pueden omitir pasos, ya que es un proceso secuencial, el orden es riguroso y es el siguiente: en primer lugar parte de una idea que es delimitada, posteriormente se derivan las preguntas de investigación y objetivos; enseguida se revisa toda la bibliografía posible y se construye una perspectiva teórica, con base en la información proporcionada de la literatura; en el siguiente paso se establecen las hipótesis de las preguntas generadas al principio y se determinan las variables; posteriormente se desarrolla en un plan para probar las variables midiéndolas en un contexto específico para finalmente analizar los resultados y establecer las conclusiones respecto a las hipótesis.

Por último, hay que considerar que una de las características principales de este enfoque es que ocurre en la realidad externa al individuo. Para comprender mejor este concepto, Grinnell y Creswell (citados por Hernández y cols.; 2010) explican que existen dos realidades: la interna, que se refiere a las creencias y experiencias subjetivas del individuo, y la externa, que es totalmente independiente de las creencias y presuposiciones que el sujeto pueda tener.

Para finalizar, hay que enfatizar una vez más que la búsqueda del conocimiento en el enfoque cuantitativo ocurre en el contexto real de la persona, conduciendo a una posible explicación de cómo se concibe ésta.

3.1.2. Investigación no experimental.

La investigación no experimental se refiere a la serie de estudios donde se observan los fenómenos en su contexto natural, es decir, sin manipular las variables, para posteriormente analizar lo sucedido.

En estos diseños se consideran “estudios que se realizan sin la manipulación deliberada de variables y en los que sólo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos” (Hernández y cols.;2010:149).

Generalmente, en los experimentos el investigador construye una situación determinada y expone a algunos individuos a los estímulos que están bajo su estricto control, enseguida analiza y evalúa la reacción de los sujetos ante esta circunstancia, es decir, en este experimento se construyó una realidad. A diferencia de lo anterior, en la indagación no experimental no se genera ninguna situación, no se controla y mucho menos se provoca, sino que las variables independientes ocurren y no es posible que el investigador las manipule, es decir, no hay control en el contexto; simplemente los efectos ocurridos son analizados y evaluados.

Para poder llevar a cabo esta investigación no fue necesario crear una situación específica en la que estuvieran presentes las variables a indagar, los sujetos participantes no fueron expuestos a ninguna clase de estímulo o instruidos para actuar o contestar de determinada manera, simplemente se observó un fenómeno particular en un contexto libre y natural. Por estas razones se establece claramente que se trata de una investigación no experimental.

3.1.3. Extensión transeccional o transversal.

Las investigaciones con diseños no experimentales se pueden clasificar en transeccionales o longitudinales. Los primeros incluyen las indagaciones donde se recopilan los datos en un solo momento.

El propósito de este diseño es analizar y describir las variables, así como su interrelación en un momento único. A su vez, este diseño se divide en tres: exploratorios, descriptivos y correlacionales-causales.

Enseguida se mencionan brevemente los diseños, comenzando con los descriptivos, que únicamente “indagan la incidencia de las modalidades, categorías o niveles de una o más variables en una población, son estudios puramente descriptivos” (Hernández y cols.; 2010: 152); un ejemplo de lo anterior es la enumeración física de una persona, sin entrar en otros aspectos.

El diseño exploratorio radica en el hecho de comenzar a conocer una situación, variable o acontecimiento nuevo, poco conocido, es decir, es una exploración inicial en un momento determinado.

Y por último, el diseño correlacional-causal se trata de describir la o las relaciones entre dos o más variables, categorías o conceptos en algún momento determinado. En ocasiones sólo en términos de correlación y algunas otras veces en término de relación causa-efecto; en el caso de éstos últimos, suelen ser parcialmente explicativos.

Debido a que la recopilación de datos necesarios para esta indagación fue hecha en un solo momento y con la finalidad de describir la relación existente entre el estrés y los trastornos alimenticios, se puede concluir que se trata de una investigación de extensión transeccional con alcance correlacional.

3.1.4. Alcance correlacional

Las investigaciones de alcance correlacional “asocian variables mediante un patrón predecible para un grupo o población” (Hernández y cols.; 2010: 81). El propósito de este alcance es conocer o determinar el grado de asociación o relación existente entre dos o más variables en un contexto en particular.

La utilidad principal de este tipo de alcance consiste en intentar predecir el comportamiento que se presentará en un grupo de individuos o casos en los que se presenten las variables anteriormente estudiadas.

Esta correlación puede ser positiva o negativa; en el primer caso significa que si una variable tiene valores elevados la otra variable también mostrará cifras altas; en el caso de ser negativa si los sujetos muestran cifras elevadas en una de las variables, en la otra tenderán a mostrar valores bajos.

Otra posibilidad existente es que las variables no muestren ningún tipo de correlación, esto indica que éstas oscilan sin seguir un patrón sistémico entre sí, es decir, que una no influye a la otra.

Es importante mencionar que este tipo de estudio evalúa con la mayor exactitud posible la existencia de alguna relación entre las variables, y con esto se tienen bases para predecir el valor aproximado que tendrá un grupo de personas frente a una de las variables investigadas.

Este tipo de investigación tiene un valor parcialmente explicativo, ya que brinda información acerca de la relación existente o no de las dos o más variables durante la indagación. Cabe mencionar que en algunos casos existen las correlaciones espurias o falsas, éstas son en las que aparentemente están relacionadas las variables, pero que en realidad no es así.

3.1.5. Técnicas de recolección de datos.

De acuerdo con Hernández y cols. (2010), en la actualidad existe una amplia variedad de pruebas e inventarios elaborados por científicos e investigadores para medir una amplia gama de variables. Existen pruebas para medir aptitudes, habilidades, ansiedad, depresión, personalidad e intereses, entre otros atributos.

Las pruebas e inventarios pueden dividirse en dos: estandarizados y no estandarizados. Los primeros se caracterizan porque tienen uniformidad tanto para aplicarse como para calificarse. En el caso de los segundos, son generados en un proceso menos riguroso, es decir, son más flexibles y su aplicación es mucho más limitada.

Cuando una prueba es estandarizada, puede aplicarse a cualquier población para el cual fue elaborada; el tiempo que se les brinda a los participantes para contestarla en ocasiones es flexible y en otras es con tiempo limitado, eso dependerá de las características particulares del inventario.

Es importante mencionar que los resultados obtenidos son los que se pueden comparar entre los grupos a los que les fue administrado, siempre y cuando no existan diferencias significativas entre la muestra, ya que esto podría ocasionar sesgos en las respuestas (Hernández y cols.;2010).

Para esta indagación se utilizaron dos pruebas estandarizadas: la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños (CMAS-R), de los autores Cecil R. Reynolds y Bert O. Richmond (2010) y el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2) del autor David M. Gardner (1998).

La CMAS-R fue diseñada para aplicarse en forma grupal o individual a niños y adolescentes que van desde de los 6 a 19 años de edad, en el caso de niños más pequeños, sí se recomienda una aplicación individual.

En el caso de aplicaciones especiales, como a personas que no saben leer, que tienen algún problema con ésta o situaciones similares, el aplicador debe leer en voz alta los reactivos y sólo en caso que uno de ellos no sea comprendido, podrá ser explicado de la forma más breve posible, pero sin proporcionar ejemplos, excepto como último recurso.

Esta prueba consta de cinco puntuaciones: ansiedad total, que se basa en 28 reactivos y que está dividido en tres subescalas: ansiedad fisiológica, inquietud/hipersensibilidad y preocupaciones sociales/concentración; los nueve reactivos que restan se encuentran ubicados en la subescala de mentira. Hay que convertir las puntuaciones directas a percentiles.

En las tres puntuaciones subescalares de ansiedad representan diferentes áreas en las que se puede manifestar la ansiedad, proporcionando así un auxilio para el investigador en el desarrollo de las hipótesis acerca de la persona y su

conducta. Es necesario mencionar que se deben utilizar sólo como una ayuda en la generación de hipótesis.

La subescala de ansiedad fisiológica se compone de 10 ítems, está asociada a manifestaciones de ansiedad relacionadas con dificultades del sueño, náuseas y fatiga; la de inquietud/hipersensibilidad está compuesta por 11 reactivos, la cual es asociada a la preocupación excesiva de variedad de situaciones, que en su mayoría son vagas; preocupaciones sociales/concentración es otra subescala compuesta por 7 reactivos relacionados con ciertos miedos, la mayoría de éstos de origen social y los pensamientos distractores; por último, la subescala de mentira se compone de nueve reactivos y está diseñada para detectar la falsificación de las respuestas, conveniencia social o conformidad.

Para que esta prueba tenga una consistencia interna fue calculado el coeficiente Alfa de Cronbach, en el cual se obtuvo un puntaje de total de 0.80, el cual es suficiente para decir que es confiable; para la puntuación de ansiedad total se obtuvo un índice de 0.76; para ansiedad fisiológica, 0.61; un 0.66 para inquietud/hipersensibilidad y para preocupaciones sociales/concentración, 0.58.

Para obtener la validez se encuentran varios procedimientos: de contenido, de criterio, concurrente y de constructo, en los cuales se obtuvieron puntajes suficientes para considerar el instrumento como válido.

“Por otro lado, en apoyo a la validez concurrente y discriminante, se observó una correlación de .69 ($p < .01$) entre ansiedad total de la CMAS-R y la puntuación rasgo del Inventario de ansiedad estado-rasgo (STAI; Spielberger, 1982)” (referido por Reynolds y Richmond; 2010: 60).

Debido a que la ansiedad es el principal indicador subjetivo del estrés fue utilizado este instrumento de medición.

El segundo instrumento manejado (EDI-2) es frecuentemente utilizado para evaluar los síntomas que comúnmente son observados en la anorexia y bulimia nerviosa (AN y BN) respectivamente. El material original data de 1983 y contaba inicialmente con tres escalas que evaluaban actitudes y conductas relacionadas con el peso y la comida. Tenía cinco escalas más, referidas a rasgos psicológicos de trastornos de la conducta alimenticia.

La versión revisada conserva los 64 elementos originales, más 27 que dieron lugar a tres escalas más: ascetismo, impulsividad e inseguridad social. Es de fácil aplicación, contiene 11 escalas, consta de 91 reactivos y tiene como respuesta seis opciones: nunca, pocas veces, a veces, a menudo, casi siempre y siempre.

El EDI-2 proporciona información que ayuda a comprender al paciente, proyectar el tratamiento y evaluar su evolución. Representa una forma económica y rápida para detectar a los sujetos que presentan algún trastorno alimenticio, así

como distinguir quien tiene riesgo a desarrollarlos, con fines preventivos o para la realización de estudios epidemiológicos.

Las 11 escalas que dan lugar a esta prueba son: obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva, miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad e inseguridad social.

3.2. Población y muestra.

Para cualquier tipo de investigación es necesario establecer los casos o elementos que ayudarán a realizar la recolección de datos; es importante identificar y seleccionar a las unidades de análisis adecuadas para obtener información confiable y apegada al planteamiento del problema.

Por ello se hace referencia a la importancia de la delimitación de la población, que es “un conjunto de todos los casos que concuerdan con determinadas especificaciones” (Hernández y cols.; 2010: 174). Es decir, se deben establecer claramente las características que tienen en común los sujetos que formarán parte de la población.

3.2.1. Delimitación y descripción de la población.

Para llevar a cabo una indagación eficaz y confiable, es importante delimitar la población que se utiliza en las indagaciones, dichas características deben establecerse con base en las particularidades de contenido, lugar, tiempo, edad, nivel socioeconómico y cultural, nivel de estudios o la pertenencia institucional, entre otras.

Para esta investigación, la población contó con ciertas características particulares: ser parte de los 1480 estudiantes de la preparatoria CETis 27 de la ciudad de Uruapan, en el estado de Michoacán, así como estar inscritos de forma regular al plantel en el ciclo escolar 2011-2012.

3.2.2. Proceso de la selección de la muestra

De todo el universo de población que cumpla con las características específicas y necesarias para llevar a cabo la indagación, es conveniente tomar sólo un subgrupo de la población, a esto se le conoce como muestra.

La muestra es “un subconjunto de elementos que pertenecen a ese conjunto definido es sus características al que se llamó población” (Hernández y cols.; 2010: 175). Existen dos tipos: la probabilística y no probabilística o dirigida.

En el caso de la muestra probabilística, todos los sujetos tienen la misma posibilidad de ser elegidos como participantes, a través de una selección aleatoria o mecánica; el muestreo no probabilístico se genera cuando “la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o de quien hace la muestra” (Hernández y cols.; 2010: 176).

El subgrupo, es decir, la muestra, debe ser el reflejo fiel del conjunto de individuos pertenecientes a la población.

Es importante mencionar que se utilizó una muestra no probabilística, donde los participantes compartían ciertas particularidades: la edad, que oscila entre los 15 y 17 años de edad; ser estudiantes de segundo semestre de los grupos “A”, “B” y “D” pertenecientes al turno matutino, inscritos de forma regular al plantel CETis 27 en el ciclo escolar 2011-2012, así como participar de forma voluntaria en el proceso. Estas condiciones dieron un total de 126 estudiantes.

3.3. Descripción del proceso de investigación.

La relevancia de llevar a cabo este tema de investigación surgió debido a los comentarios y actitudes que se habían venido observando desde tiempo atrás en los estudiantes de la institución, acerca de su figura y/o peso y la tendencia cada vez más notoria a ingerir alimentos bajos en calorías, así como el estrés que les ocasionaba el buscar ser atractivos para los demás.

Después de varios comentarios realizados por trabajadores del plantel, se generó la idea de realizar la investigación en los alumnos más jóvenes, dando como objetivo general de la indagación el establecer el grado de correlación entre los niveles de estrés y los trastornos alimenticios en los alumnos de segundo semestre.

Con base en estas necesidades se comienza la investigación con el objetivo ya anteriormente mencionado y con la hipótesis que expresa que existe correlación significativa entre los niveles de estrés y los trastornos alimenticios en los alumnos de segundo semestre.

Se fue estructurando el marco teórico a través de la bibliografía acerca de las dos variables: estrés y trastornos alimenticios; los principales autores que fueron empleados como respaldo teórico fueron entre otros: Lazarus y Lazarus (2000), Palmero y cols. (2002), Sánchez (2007), Costin (2003), Ajuriaguerra (1973) la APA (2002), así como Castillo y León (2005).

Para poder comenzar con el proceso de indagación, primeramente se tuvo que solicitar permiso a la directora del plantel y explicarle brevemente el porqué de ésta y en qué consistiría; una vez logrado este requerimiento, se planteó la situación con el subdirector y la jefa del departamento de docentes, ésta última informó a los profesores acerca de la investigación para contar con su ayuda.

Después de obtener todos los permisos necesarios, fue necesario organizarse con los profesores de los grupos seleccionados en cuanto al día y horas para llevar a

cabo la aplicación de los test. Dicha administración se llevó a cabo en dos sesiones con días de intermedio, para aplicar de forma colectiva en las dos pruebas: en la primera sesión el test CMAS-R y posteriormente el EDI-2.

Los grupos que se eligieron como muestra eran mixtos, es decir, había tanto hombres como mujeres; se les leyeron las indicaciones en ambas sesiones resolviendo las dudas que surgieron al instante. Durante la primera aplicación estuvieron callados y dedicados a la prueba; en el caso de la segunda aplicación, los alumnos también respondieron con toda la disposición e interés, sólo que en esta ocasión estuvieron un poco inquietos debido a que algunas de las preguntas les ocasionaban risa y después de contestar el test, comenzaron a preguntar acerca de la persona que había elaborado la prueba.

Tanto en la aplicación del CMAS-R como en el EDI-2, los profesores que tenían clase frente a los grupos estuvieron presentes sin hacer alguna intervención; se les agradeció a los estudiantes por su colaboración y continuaron con sus clases normales.

Ambos instrumentos fueron calificados de acuerdo con las indicaciones mencionadas en los instrumentos, es decir, con las plantillas pertinentes. Después, los percentiles obtenidos de acuerdo con los baremos fueron vaciados en una matriz de datos en el programa Excel. Es importante mencionar que las pruebas cuyos índices de confiabilidad no eran válidos, fueron desechadas para que los resultados obtenidos fueran en lo posible, honestos y verídicos.

Una vez que se vaciaron los datos, se procedió a calcular las formulas necesarias para llegar a los resultados, es decir, la moda, mediana, media, desviación estándar, el coeficiente de Pearson, varianza de factores comunes y porcentaje de influencia; enseguida, con estos resultados se obtuvieron los datos de los sujetos con los niveles más altos en cuanto a estas medidas en ambas variables y su equivalente en porcentaje.

El siguiente paso fue analizar los resultados, para esto se tomaron en cuenta tres categorías de la investigación: la variable estrés, la de trastornos alimenticios y la relación entre ambas. El análisis fue estructurado para tomar en consideración en el caso de las dos variables, una definición teórica de éstas, los resultados de campo obtenidos y la interpretación de los resultados. La tercera parte de dicha estructura consiste en cómo se relacionan las variables y los resultados estadísticos obtenidos.

Para finalizar, se redactaron las conclusiones, en las cuales lo primordial fue aceptar o descartar alguna de las hipótesis planteadas al principio de la indagación, y describir si fue alcanzado el objetivo general, al igual que los particulares.

3.4. Análisis e interpretación de resultados.

Para examinar y procesar resultados, se estructuró la información en tres categorías. Primeramente se presenta la variable estrés, tanto en su sustento teórico como en los datos recabados en la investigación de campo; posteriormente, se muestran los resultados de la variable trastornos alimenticios; finalmente, se aborda

la correlación existente entre la primera variable y las once subescalas de los índices de la segunda.

3.4.1 Estrés.

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

Con respecto a los datos obtenidos en el nivel de ansiedad total, la cual es el principal indicador del estrés, se encontró una media de 53; se entiende por este índice, la suma de un conjunto de datos, dividida entre el número de medidas.

Otras de las medidas de tendencia central de acuerdo con Hernández y cols. (2010) son la moda y la mediana, ésta última no es más que el valor medio de un conjunto de valores ordenados: el punto abajo y arriba del cual cae un número igual de medidas; en esta investigación se obtuvo una mediana de 57.

Para los mismos autores, la moda es la medida que ocurre con más frecuencia en un conjunto de observaciones; se identificó en esta escala que el puntaje más frecuente fue de 84.

Durante este proceso de investigación, también se obtuvo una medida de dispersión, que ayuda a determinar el grado de variación entre el conjunto de valores de distribución; concretamente, esta medida fue la desviación estándar, que se define como la raíz cuadrada de la suma de las desviaciones al cuadrado de una población, dividida entre el total de observaciones (Hernández y cols.; 2010). El puntaje obtenido de esta medida fue de 27.

En lo que respecta a las subescalas, en la de ansiedad fisiológica se encontró una media de 53, una mediana de 55, una moda de 42 y una desviación estándar de 27; en la de inquietud/hipersensibilidad, los datos obtenidos fueron los siguientes: una media de 62, una mediana de 71, una moda de 72 y una desviación estándar de 24; en la de preocupaciones sociales/concentración se determinó una media de 45, una mediana de 45, una moda de 26 y una desviación estándar de 28.

Para lograr una mejor comprensión e interpretación de estos resultados, en el anexo 1 se muestran los resultados de la media aritmética de cada una de las subescalas.

En función de los datos estadísticos presentados con anterioridad, se puede interpretar que los niveles de estrés en los sujetos evaluados se encuentran dentro del rango que se considera normal, esto es, entre los percentiles 30 y 70. Por lo tanto, no se observa que sea necesaria la intervención de un psicólogo.

En cuanto a la desviación estándar, se puede decir que está por arriba del parámetro normal, que es 20. Lo que quiere decir que existe una gran dispersión en cuanto a los niveles de ansiedad, es decir, son heterogéneos.

Además de los datos anteriores, se presentan a continuación los porcentajes de los sujetos que obtuvieron puntajes altos en cada escala, es decir, por arriba del percentil 70. De esta forma se ubican las escalas en las que hay mayor incidencia de casos preocupantes sobre el problema del estrés.

En el caso de la escala de ansiedad total, el 30% de los sujetos resultó con un percentil mayor a 70; en ansiedad fisiológica, el 31%; en inquietud/hipersensibilidad el 50% y por último, en la subescala de preocupaciones sociales/concentración es del 22%.

En función de lo anterior se observa que en la subescala donde existen más casos preocupantes es en la de inquietud/hipersensibilidad; esto puede ser observado más claramente en el anexo 2.

De acuerdo con estos resultados, se puede afirmar que los indicadores de ansiedad del CETis 27 se encuentran en general en un nivel normal.

3.4.2. Factores psicológicos de los trastornos alimenticios.

Retomando la información descrita en el capítulo dos, se recuerda que en los trastornos alimenticios existe un cambio de la percepción del sujeto en cuanto a su propio cuerpo, ya que existe un gran temor a ganar peso y comienza a rechazar el alimento o bien, a devorarlo y después vomitar para evitar subir de peso.

Jarne y Talarn (2000) definieron el término de anorexia como el deseo intenso de perder peso, un gran temor a estar obeso y un singular trastorno de la percepción corporal, que hace que las personas se vean más obesas de lo que en realidad están.

En el caso de la bulimia se menciona que “es un trastorno que se caracteriza por un modelo de alimentación anormal, con episodios de ingesta voraz seguidos de maniobras para eliminar las calorías ingeridas. Después del episodio, el sujeto se siente malhumorado, con tristeza y sentimientos de autocompasión o menosprecio” (Jarne y Talarn;2000:164).

A continuación se describen de forma definida los resultados estadísticos obtenidos en las once escalas del EDI-2, así como el porcentaje que representan.

Respecto a los resultados obtenidos en la escala de obsesión por la delgadez en la muestra tomada del CETis 27, se encontró una media de 51, una mediana de 48, una moda de 48 y una desviación estándar de 19.

En la escala de bulimia, la media, mediana, moda y desviación estándar son de 53, 47,41 y 16 respectivamente. En el caso de la insatisfacción corporal, que es la siguiente escala de la prueba, la media es de 52, la mediana de 56 al igual que la moda, mientras que la desviación estándar es de 21.

La ineficacia es la cuarta escala de la prueba, donde las cifras estadísticas arrojadas son las siguientes: media de 50, de 44 es la mediana, la moda equivale a 32 y para finalizar, la desviación estándar es de 21. La siguiente escala recibe el nombre de perfeccionismo y los resultados obtenidos en la media son de 63, mediana 68, moda 91 y la desviación estándar es de 27. En la escala de desconfianza interpersonal la media es de 65, la mediana, de 66, la moda tiene un valor de 52 y 23 es el resultado de la desviación estándar.

En la conciencia introceptiva, la media es de 44, la mediana de 41, a la moda le corresponde 16 y 26 a la desviación estándar. El miedo a la madurez es el nombre de la siguiente escala, donde 72 es la media, 77 corresponde a la mediana y la moda, en tanto que a la desviación estándar fue de 18 puntos.

El ascetismo es la novena escala de la prueba, a la que le corresponde 42 puntos a la media, el 40 a la mediana, a la moda 48 y a la desviación estándar, le corresponden 22 puntos. La media y mediana de la escala de impulsividad son de 47, la moda de 14 y una desviación estándar de 28. La última escala del EDI-2,

inseguridad social, tiene una media de 62, la mediana es de 63, la moda de 33 y para finalizar, la desviación estándar es de 24.

Los resultados de las medias aritméticas de cada una de las escalas se muestran gráficamente en el anexo 3, con la finalidad de lograr una mejor comprensión de la información para el lector.

Con base en los datos estadísticos obtenidos, se puede interpretar que los niveles de los factores psicológicos de los trastornos alimenticios en su mayoría, se encuentran dentro del rango de la normalidad, ya que sólo en una de las once escalas, la de miedo a la madurez, arrojó un percentil por arriba del nivel deseable, lo cual revelando la importancia de que un psicólogo realice una intervención.

En el caso de la desviación estándar se observan medidas muy variadas, pero que en su mayoría, es decir, en más del 50% presentan una desviación estándar muy alta, lo que significa que existe una gran dispersión por parte de los sujetos con base en la media.

Al igual que con la prueba anterior, se presentan a continuación los sujetos que obtuvieron puntajes altos en las diferentes escalas, es decir, por arriba del percentil 70; esto con la finalidad de lograr detectar más fácilmente los casos preocupantes en algunos de los indicadores de los trastornos alimenticios.

En las escalas de obsesión por la delgadez y bulimia, el 15% de los casos se encontró por arriba del percentil 70; en la de insatisfacción corporal, el 19%; el 15% en la de ineficacia; en la de perfeccionismo, el 42%; en el caso de la desconfianza interpersonal, el 49%; por otra parte, el 20% le corresponde a la escala de conciencia introceptiva; en la de miedo a la madurez es el 59% de los casos; en la de ascetismo corresponde un 12%; a la de impulsividad le pertenece un 22% y en la última escala, que es inseguridad social, le corresponde el 42%.

De acuerdo con los datos citados con anterioridad, se puede identificar claramente que en el caso de las escalas: perfeccionismo, desconfianza interpersonal, miedo a la madurez y la inseguridad social, existe un mayor número de casos preocupantes. Los resultados se muestran en el anexo número 4.

Con estos resultados, se puede afirmar que los indicadores psicológicos de los trastornos alimenticios en la muestra tomada del CETis 27 se encuentran en general en un nivel normal.

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

En el presente apartado se citan los resultados obtenidos estadísticamente entre las dos variables de estudio, es decir, el estrés y los trastornos alimenticios.

En el transcurso de la investigación se ha mostrado la correlación existente, dentro de la bibliografía psicológica, de las dos variables citadas. Los estudios

previos sugieren que existen evidencias de que están vinculados ambos fenómenos. Los niveles de estrés se encuentran asociados no sólo a los indicadores de los trastornos alimenticios, sino a una amplia complejidad de otras enfermedades.

En cuanto a los resultados obtenidos en la investigación de campo, los índices de la correlación de Pearson de las variables mencionadas fueron obtenidos en el Centro de Estudios Tecnológico, Industrial y de Servicios No. 27, de la ciudad de Uruapan, Michoacán, son citados a continuación.

Entre el nivel de estrés y la escala de obsesión por la delgadez existe un coeficiente de correlación de 0.16, esto de acuerdo con la prueba “r” de Pearson, lo cual significa que existe una correlación positiva débil, que por lo tanto no es significativa de acuerdo con la clasificación que proponen Hernández y cols. (2010).

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

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

En el caso de la siguiente escala denominada bulimia y el nivel de estrés existe un coeficiente de correlación de 0.04 de acuerdo con la “r” de Pearson, lo que indica ausencia de correlación, por lo tanto, no es significativa.

La varianza obtenida fue de 0.00 lo que indica que entre el nivel de estrés y la escala de bulimia existe una relación del 0%.

Entre el nivel de estrés y la escala de insatisfacción corporal existe el coeficiente de correlación de acuerdo con al “r” de Pearson de -0.02, por ende, existe una ausencia de correlación. En este caso el resultado de la varianza es de 0.00, lo que demuestra que entre el estrés y esta escala hay una relación del 0%.

En el nivel de estrés y la ineficacia existe un coeficiente de correlación de 0.34 de acuerdo con la prueba Pearson, lo que indica que existe una correlación positiva media, por lo tanto, sí es significativa de acuerdo con la clasificación de Hernández y cols. (2010). En esta misma correlación, el resultado de la varianza fue de 0.11, demostrando que existe una relación del 11%.

Entre el nivel de estrés y la escala del perfeccionismo existe un coeficiente de correlación de 0.30 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson, lo que significa que existe una correlación positiva débil, no significativa. Aunado a ello, el resultado de la varianza fue de 0.09, lo que se traduce que existe una relación del 9%.

Entre la sexta escala, llamada desconfianza interpersonal, y el nivel de estrés, existe un coeficiente de correlación de 0.24 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson, esto indica que existe una correlación positiva débil, no significativa, de acuerdo con Hernández y cols. (2010). Por otra parte, el resultado de varianza fue de 0.06, lo que expresa que hay una relación del 6%.

Entre el estrés y la conciencia introceptiva se encontró un coeficiente de correlación de 0.31, esto señala que entre el estrés y esta subescala existe una correlación positiva débil, no significativa. En este caso, el resultado de la varianza fue de 0.09 y por consiguiente hay una relación del 9%.

Entre el estrés y la octava escala, miedo a la madurez, existe un coeficiente de correlación de 0.32 con base en la prueba “r” de Pearson, esto significa que entre ésta existe una correlación positiva media, que es significativa. En esta escala el resultado de la varianza corresponde a 0.10, lo que equivale a un 10% de relación.

Entre la escala de ascetismo y el estrés existe un coeficiente de correlación de -0.07, que se traduce en una ausencia de correlación entre ambas escalas, por lo que no resulta significativa. El resultado de la varianza fue de 0.00, lo que significa que entre ambas escalas hay una relación nula.

Entre el estrés y la escala de impulsividad se presenta un coeficiente de correlación de 0.28 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson, con esto se indica la existencia de una correlación positiva débil, no significativa.; en cuanto al resultado

de la varianza, es de 0.08, lo que indica que entre el estrés y la escala de impulsividad existe una relación del 8%.

La última de las escalas recibe el nombre de inseguridad social, entre ésta y el estrés existe un coeficiente de correlación de 0.20, con base en la prueba “r” de Pearson, lo que señala que guardan una correlación positiva débil, no significativa, con base en la clasificación antes mencionada. El resultado de la varianza fue de 0.04, lo que significa que entre estas dos escalas hay una relación del 4%.

Con la finalidad de facilitar la comprensión del lector acerca de los datos anteriormente redactados, se elaboró una gráfica donde se muestran los niveles de correlación entre las diversas escalas, esto se muestra en el anexo 5.

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

En función de los resultados presentados, para las escalas de ineficacia y miedo a la madurez se confirma la hipótesis de trabajo que afirma: existe correlación significativa entre los niveles de estrés y los trastornos alimenticios en los alumnos

de segundo semestre del CETis 27 del turno matutino, de la ciudad de Uruapan,
Michoacán,

Asimismo, se confirma la hipótesis nula para las escalas de: obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva, ascetismo, impulsividad e inseguridad social.

CONCLUSIONES

Como fue mencionado en el apartado anterior, los descubrimientos de campo permiten afirmar que no existe una relación estadísticamente significativa entre los fenómenos de estrés y los trastornos alimenticios en el plantel CETis 27.

Con esto se confirma la hipótesis de trabajo para dos de las escalas, la cual indica que: existe correlación significativa entre los niveles de estrés y los trastornos alimenticios en los alumnos de segundo semestre del CETis 27 del turno matutino, de la ciudad de Uruapan, Michoacán. En contraposición, se confirma la hipótesis nula para nueve de las escalas.

De los objetivos particulares referidos al estrés, planteados al inicio de la indagación, los de naturaleza teórica conceptual, al conceptualizar el término y reconocer las teorías sobresalientes, fueron profundamente cubiertos a lo largo del capítulo 1, al igual que el objetivo de naturaleza estadística: evaluar el nivel de estrés existente en los estudiantes que conformaron la muestra.

Por otra parte, los objetivos de la segunda variable, trastornos alimenticios, fueron abordados de manera extensa y suficiente en el capítulo 2. Se analizaron las principales problemáticas referidas a la definición teórica conceptual de la variable, así como las posibles causas de dichos trastornos; en el campo estadístico, se valoró

el nivel de indicadores de los trastornos alimenticios presentes en la muestra utilizada durante la investigación.

El séptimo objetivo particular fue cubierto en función de que la variable estrés se midió a través de la administración de la prueba psicométrica denominada CMAS-R. Es necesario reiterar que el nivel de estrés se encuentra en un parámetro normal, como fue expuesto en el capítulo 3.

Por otra parte, el octavo objetivo, que plantea la medición de la segunda variable, se cumplió satisfactoriamente a través de la prueba EDI-2 y de ello se brinda una vasta información en el capítulo 3. Se encontró que el fenómeno trastornos alimenticios, en la población estudiada, se encuentra presente en dos de las once escalas con niveles altos, y en el resto de éstas los niveles son bajos.

Cabe mencionar que el objetivo general de la indagación, mediante el cual se pretendió establecer el grado de correlación entre los niveles de estrés y los trastornos alimenticios en los alumnos de segundo semestre del CETis 27, turno matutino, de la ciudad de Uruapan, Michoacán, en el ciclo escolar 2011-2012, fue logrado gracias a la medición de ambas variables.

Es necesario mencionar que la relación entre las variables de estrés y de trastornos alimenticios es relevante sólo en dos de las once escalas, ineficacia y miedo a la madurez en el caso de los trastornos alimenticios, mientras que los niveles son normales en el caso del estrés. Debido a esto, es recomendable sólo

darle seguimiento a las dos escalas antes mencionadas de los indicadores de los trastornos alimenticios.

BIBLIOGRAFÍA

- Ajuriaguerra, J. (1973)
Manual de psiquiatría infantil.
Editorial Masson. Barcelona.
- American Psychiatric Association (APA). (2002)
DSM-IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.
Editorial Masson. Barcelona.
- Cascio Pirri, Andrés; Guillén Gestoso, Carlos (Coordinadores). (2010)
Psicología del trabajo.
Editorial Ariel. Barcelona.
- Castillo S., María Dolores; León E., María Teresa. (2005)
Trastornos del comportamiento alimentario: anorexia y bulimia nerviosa.
Editorial Formación Alcalá, S.L. España.
- Costin, Carolyn. (2003)
Anorexia, bulimia y otros trastornos de la alimentación: diagnóstico, tratamiento y
prevención de los trastornos alimenticios.
Editorial Diana. México.
- Cungi, Charly. (2007)
Estrés bajo control.
Ediciones Larousse. México.
- Fontana, David. (1992)
Control de estrés.
Editorial Manual Moderno. México.
- Galimberti, Umberto. (2006)
Diccionario de psicología.
Siglo XXI. Argentina.
- Gardner, David M. (1998)
Inventario de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2).
TEA Ediciones. Madrid.
- Hernández Sampieri, Roberto; Fernández-Collado, Carlos; Baptista Lucio, Pilar.
(2010)
Metodología de la Investigación.
Editorial McGraw-Hill. México.

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

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

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

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

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

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

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

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

Reynolds, Cecil R.; Richmond, Bert O. (2010)
Escala de ansiedad manifiesta en niños (revisada) CMAS-R.
Editorial Manual Moderno. México.

Rodríguez García, Mehida Maheli. (2011)
Relación entre el nivel de estrés y los trastornos alimentarios en los alumnos del
CETIS 27.
Tesis inédita de la Escuela de Psicología de la Universidad Don Vasco, A.C.,
Uruapan, Michoacán, México.

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

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

Vidales Esquivel, Paola Alejandra. (2011)
La relación del estrés y los trastornos alimenticios en una escuela secundaria.
Tesis inédita de la Escuela de Psicología de la Universidad Don Vasco, A.C.,
Uruapan, Michoacán, México.

MESOGRAFÍA

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.

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

Hernández García, Mariamparo A. (2006)

“Las influencias familiar y social en la anorexia y la bulimia, el caso de Saltillo, México”

Epistemé. No. 8-9. Año 2, Octubre-Diciembre 2006.

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

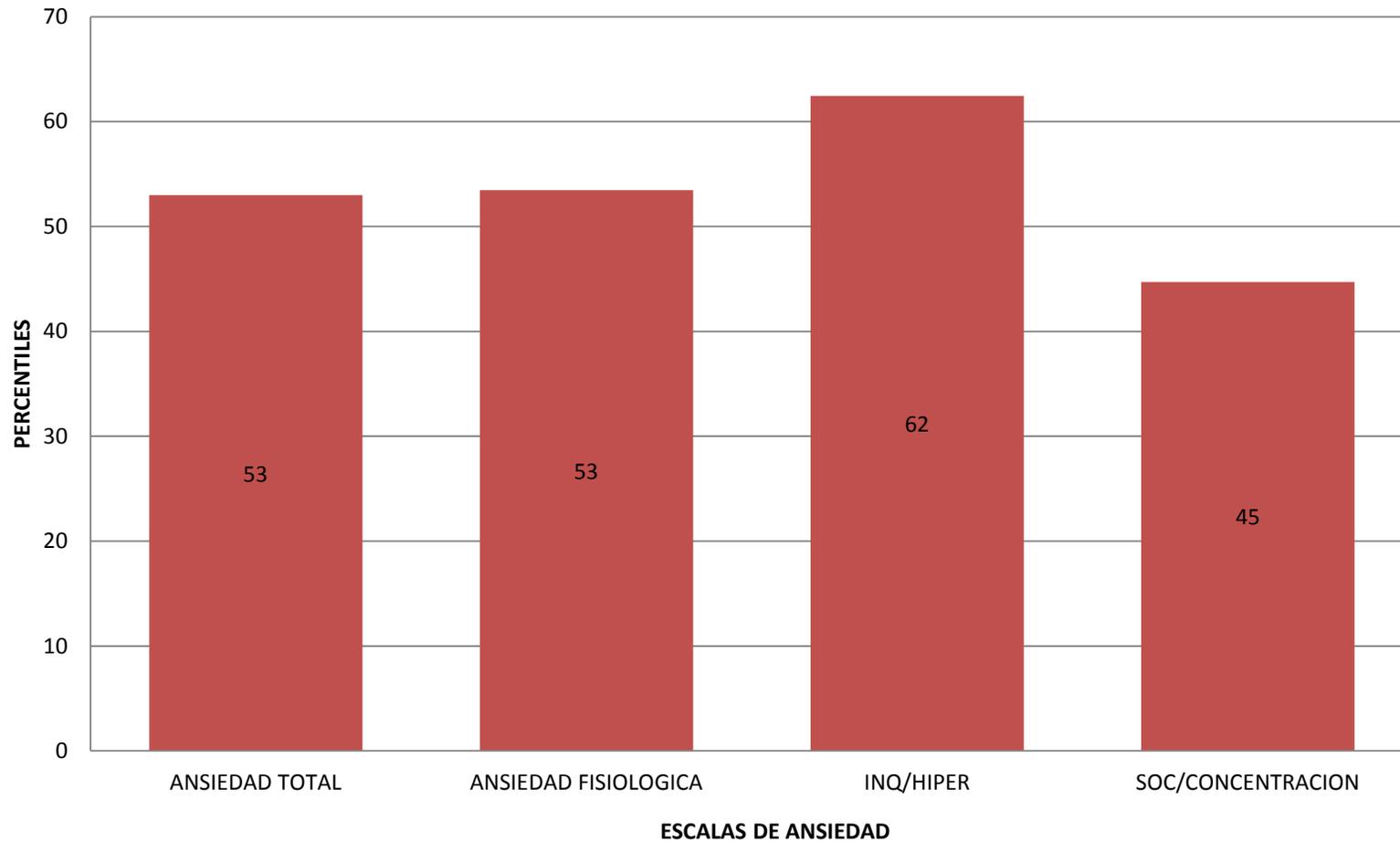
López, C. Berenice; Nuño, G. Bertha Lidia; Arias, I. Alba Gloria. (s/f)

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

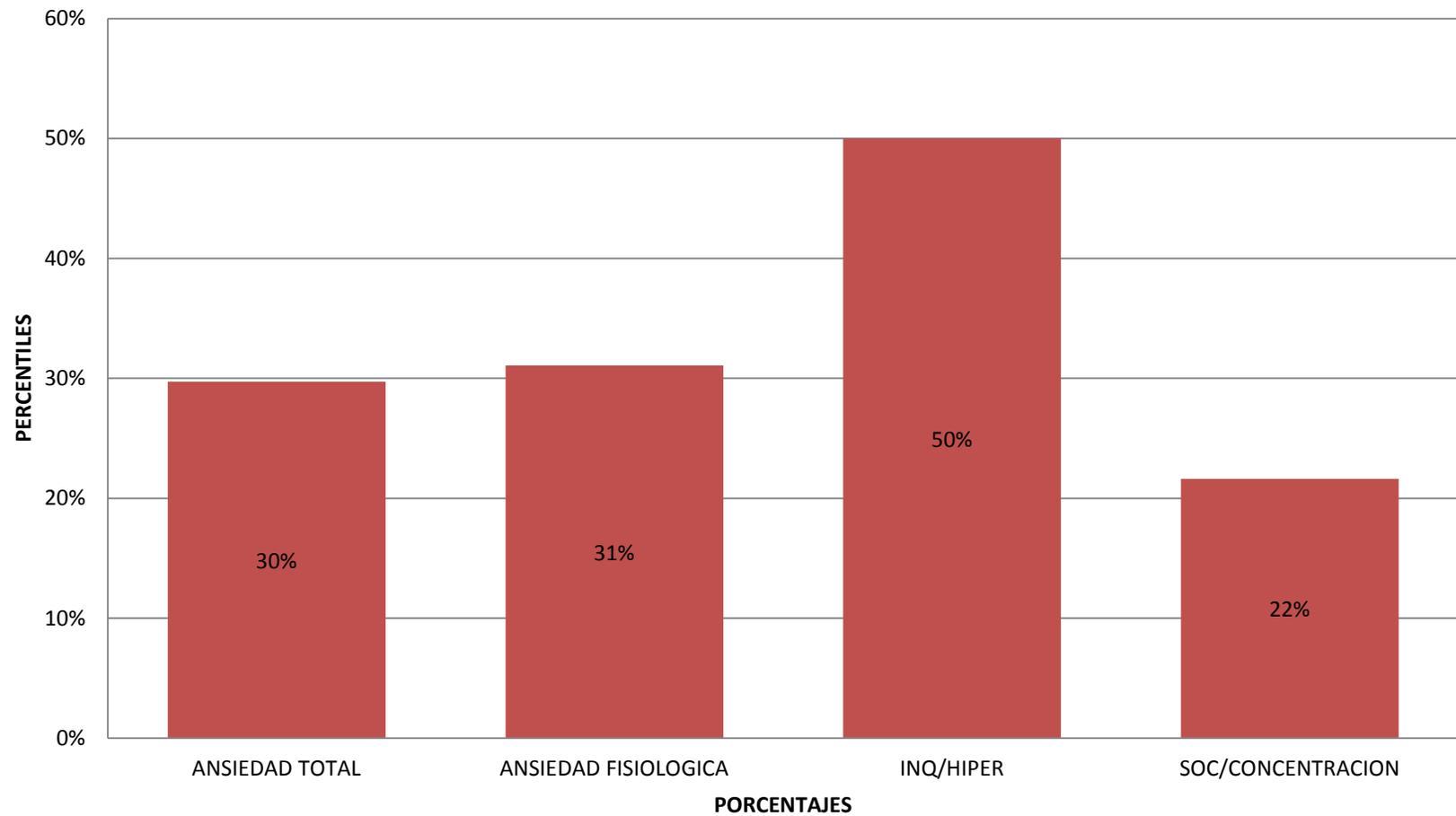
Instituto Mexicano del Seguro Social.

<http://www.tallesur.com/adolec/libros/libroanorexia.pdf>

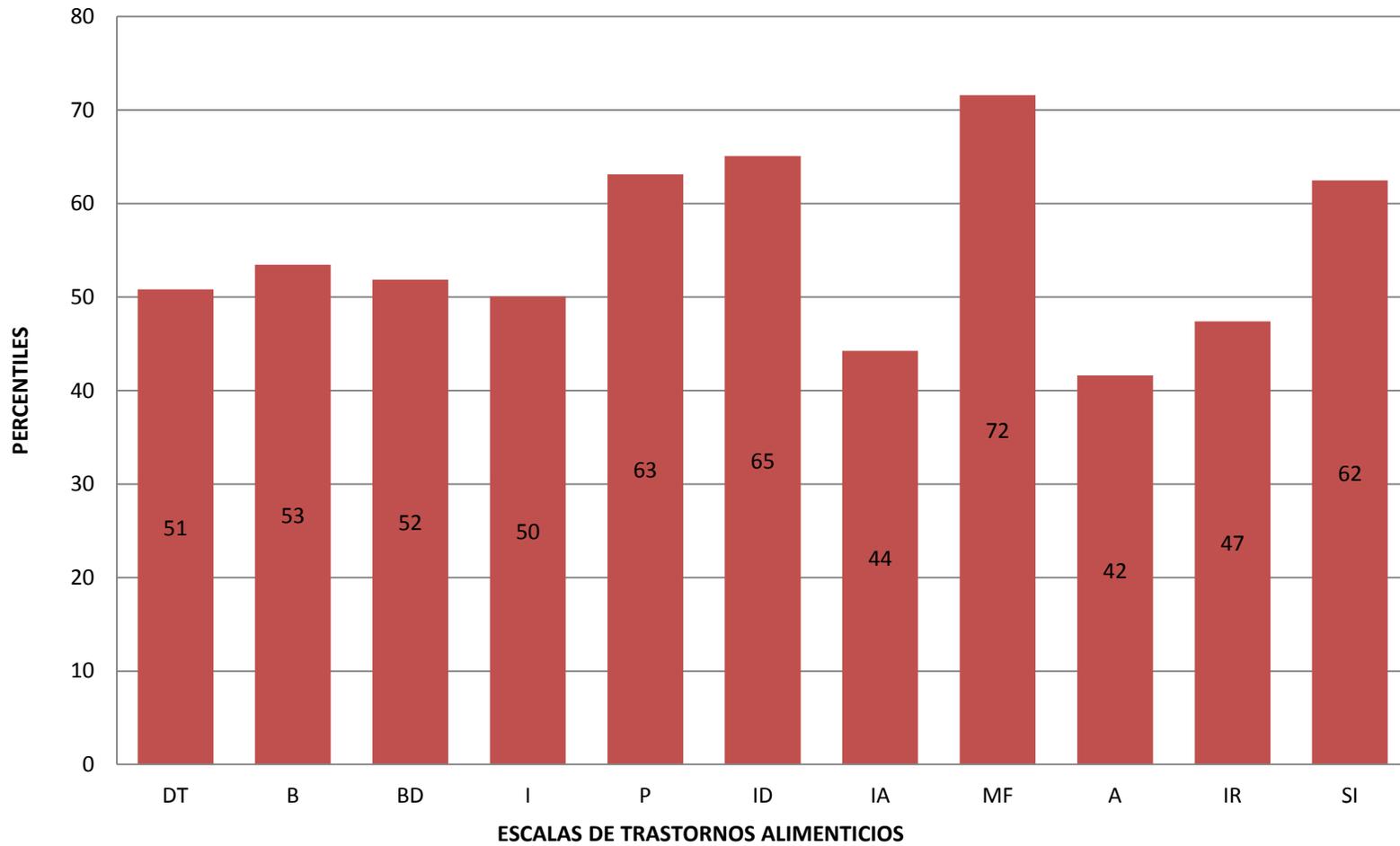
ANEXO 1 MEDIA ARITMÉTICA DE ESCALA DE ANSIEDAD



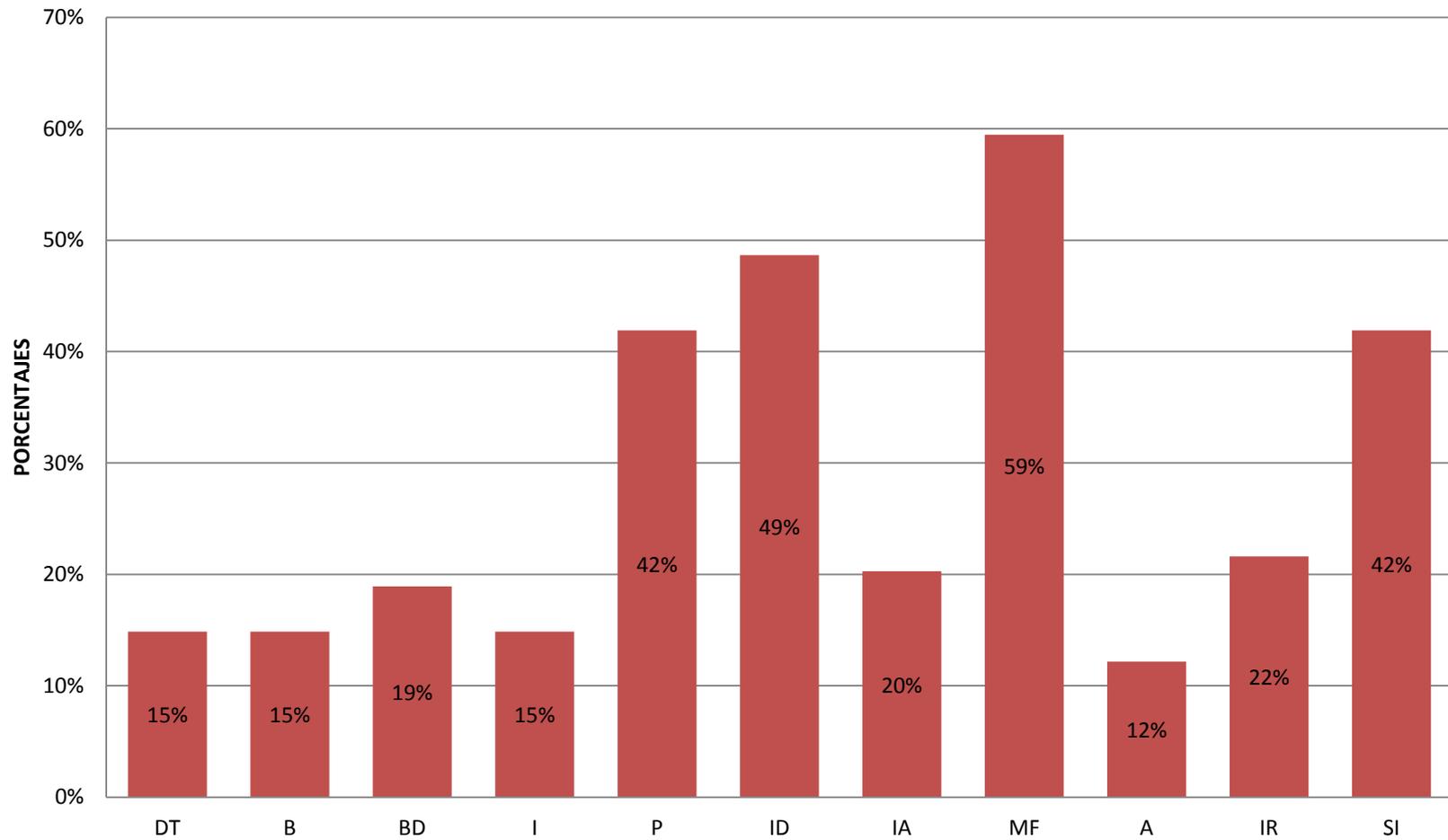
ANEXO 2 SUJETOS CON NIVELES ALTOS DE ESTRÉS



ANEXO 3 MEDIA DE TRASTORNOS ALIMENTICIOS



ANEXO 4 SUJETOS CON NIVELES ALTOS EN LAS ESCALAS DE TRASTORNOS ALIMENTICIOS



ANEXO 5

CORRELACIÓN ENTRE NIVELES DE ANSIEDAD Y FACTORES PSICOLÓGICOS DE LOS TRASTORNOS ALIMENTICIOS

