



UNIVERSIDAD DON VASCO, A.C.

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

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

**CORRELACION ENTRE EL ESTRÉS Y LOS INDICADORES
PSICOLÓGICOS DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN
ALUMNOS DE PREPARATORIA**

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

Licenciado en Psicología

José Eduardo Cerda Ávila

Asesor: Lic. Héctor Raúl Zalapa Ríos

Uruapan Michoacán, a 27 de agosto de 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

A mi familia: por ser el mayor de mis apoyos, por motivarme a seguir adelante, por alentarme a construir mis sueños, y darme las alas para conseguir mis más anhelados deseos.

A mis asesores y maestros: por ayudarme a pulir este proyecto y guiarme por el camino adecuado para finalizarlo, por el esfuerzo realizado en cada etapa de la investigación, y por representar un ejemplo para mi superación profesional.

A mis compañeros y amigos: por brindarme su apoyo y su aprecio a cada momento y creer en mi potencial.

ÍNDICE

Introducción.

Antecedentes.	1
Planteamiento del problema.	6
Objetivos.	8
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.	17
1.2.2. Estrés como respuesta.	18
1.2.3. Estrés como relación persona- entorno.	21
1.2.3.1 El concepto integrador de estrés.	23
1.3. Los estresores.	24
1.3.1. Estresores psicosociales: cambios mayores, menores y cotidianos.	25
1.3.2. Estresores biogénéticos.	28
1.3.3. Estresores en el ámbito laboral/académico.	29
1.4. Procesos del pensamiento que propician el estrés.	31
1.5. Los moduladores del estrés.	33

1.5.1. El control percibido..	33
1.5.2. El apoyo social.	34
1.5.3. El tipo de personalidad: A/B	35
1.6 Los efectos negativos del estrés.	37

Capítulo 2. Trastornos alimenticios.

2.1. Antecedentes históricos de la alimentación.	40
2.2. Definición y características clínicas de los trastornos alimenticios.	42
2.2.1 Anorexia nerviosa.	42
2.2.2. Bulimia nerviosa.	43
2.2.3. Obesidad.	45
2.2.4. Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas.	45
2.2.5. Vómitos en otras alteraciones psicológicas.	46
2.2.6 Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia.	47
2.3. Esfera oroalimenticia en el infante.	49
2.3.1. Organización oroalimenticia.	50
2.3.2. Alteraciones en la esfera oroalimenticia.	51
2.4. Perfil de la persona con trastornos de alimentación.	52
2.5. Causas del trastorno alimenticio.	55
2.5.1. Factores predisponentes individuales.	55
2.5.2 Factores predisponentes familiares.	58
2.5.3. Factores socioculturales.	60
2.6. Percepción del cuerpo en el trastorno alimenticio.	62
2.7. Factores que mantienen los trastornos alimenticios.	66

2.8.	Trastornos mentales asociados a los trastornos alimenticios.	68
2.8.1.	Trastornos alimenticios y depresión.	70
2.8.2.	Trastornos alimenticios y ansiedad.	72
2.9.	Tratamiento de los trastornos alimenticios.	74
2.9.1	Tratamiento de la anorexia nerviosa.	74
2.9.2	Tratamiento de la bulimia nerviosa.	75

Capítulo 3. Metodología, análisis e interpretación de resultados.

3.1.	Descripción metodológica.	79
3.1.1	Enfoque cuantitativo.	79
3.1.2	Investigación no experimental.	81
3.1.3.	Diseño transversal.	82
3.1.4.	Alcance correlacional.	83
3.1.5.	Técnicas de recolección de datos.	84
3.2.	Población y muestra.	86
3.2.1.	Delimitación y descripción de la población.	86
3.2.2.	Proceso de selección de la muestra.	87
3.3.	Descripción del proceso de investigación.	88
3.4.	Análisis e interpretación de resultados.	90
3.4.1.	El nivel de estrés en los alumnos de la Preparatoria del Colegio Casa del niño.	90
3.4.2.	El nivel de los Indicadores Psicológicos de los trastornos alimenticios en alumnos de la Preparatoria del Colegio Casa del niño	93

3.4.3. Relación entre el nivel de estrés y los indicadores psicológicos de los trastornos alimenticios	96
Conclusiones	102
Bibliografía.	105
Mesografía.	108
Anexos.	

INTRODUCCIÓN

Para comenzar la exposición del presente documento, es necesario abordar los acontecimientos importantes que envuelven la naturaleza de las variables estudiadas: estrés e indicadores psicológicos de los trastornos alimenticios, dicha tarea se desarrolla en los siguientes apartados.

Antecedentes.

Las primeras definiciones conocidas del término estrés, de acuerdo con Caldera y cols. (2007), datan del año 1930, cuando un joven austriaco de 20 años de edad llamado Hans Selye, observó que algunos pacientes estudiados por él, presentaban algunos síntomas comunes y generales como cansancio, pérdida del apetito, baja de peso, astenia, entre otros de tipo inespecífico, a cuyo conjunto denominó síndrome de estar enfermo. Posteriormente “el termino estrés fue adoptado por Selye de la física de los materiales, donde se utiliza para referirse a la fuerza que actúa sobre un objeto y que, al rebasar una determinada magnitud, produce la deformación, estiramiento o destrucción del objeto. Para Selye, el estrés es la respuesta inespecífica del organismo ante cualquier exigencia, es decir, el estrés no se refiere a la demanda ambiental, como pareciera desprenderse de su origen del campo de la física, sino que se refiere a sus consecuencias” (Palmero y cols.; 2002: 424).

Actualmente se han creado nuevas definiciones del estrés de acuerdo con las investigaciones más avanzadas, tal es el caso de la aportada por la Organización Mundial de la Salud, que define al estrés como la combinación de ciertas reacciones fisiológicas, las cuales preparan al cuerpo para una acción física, esto en relación con lo expuesto por Palmero y cols. (2002).

Algunas investigaciones sobre el estrés, como la realizada por Caldera y cols. (2007), la cual se llevó a cabo en los estudiantes de la carrera de Psicología del Centro Universitario de Los Altos, aportan algunos datos sobre esta variable correlacionada con el rendimiento académico, el grado escolar, la edad y el género. La investigación fue de tipo descriptivo, correlacional y transversal. Para la evaluación de la variable se utilizó el Inventario de Estrés Académico (IEA). Los resultados de esta investigación apuntan a que no se encontró relación significativa entre el nivel de estrés y el rendimiento académico de los estudiantes.

Por otro lado, la variable trastornos alimentarios, también denominada en esta investigación como trastornos alimenticios, es un fenómeno que en la actualidad es mayormente estudiado en dos principales alteraciones, que son bulimia y anorexia; abarcan características de tipo cognitivo, fisiológico y motor, afectando a una vasta población a nivel mundial. Los primeros estudios sobre la anorexia se remontan al siglo XIV según Shelley (retomado por López y cols. s/f, en www.tallersur.com), quien menciona que los primeros relatos que hablan sobre ésta, refieren que es una enfermedad misteriosa que transformaba a las personas que la padecían y que se

caracterizaba por la gran pérdida de peso originada por una dieta de hambre autoimpuesta.

El padecimiento denominado anorexia nerviosa “es un trastorno del comer caracterizado por el rechazo a mantener el peso corporal por encima del peso mínimo para su edad y talla. De acuerdo con Shvili y el DSM-IV, la anorexia es uno de los trastornos alimentarios más frecuentes. Se caracteriza por un miedo mórbido a la gordura o a ganar peso, además de una búsqueda constante de lograr la delgadez en su extremo máximo.” (López y cols. s/f, en www.tallersur.com).

Por otra parte “la bulimia se caracteriza por episodios recurrentes de voracidad seguidos por conductas compensatorias inapropiadas como el vómito provocado, el abuso de fármacos, laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo. La característica esencial de la bulimia es la alteración de la percepción de la forma y el peso corporales” (López y cols. s/f, en www.tallersur.com).

Actualmente se han realizado estudios que abordan la temática de los trastornos alimenticios, tal es el caso de la investigación realizada por Hernández (2006) en la cual se propuso identificar la incidencia de sintomatología de trastornos alimenticios, así como el nivel de funcionalidad de las familias y la influencia social que los medios de comunicación tienen en el fomento y aparición de la anorexia y bulimia en habitantes de la ciudad de Saltillo, Coahuila. Para realizar esta indagación se tomó una muestra de 100 estudiantes de una preparatoria pública y 100 de una privada, evaluados con un instrumento que contemplaba los siguientes campos:

sintomatología, imagen corporal, funcionamiento familiar, influencia social y medios de comunicación. Los resultados obtenidos destacan que uno de cada cuatro estudiantes padece síntomas relacionados con trastornos alimenticios, también se encontró un lazo excesivo de dicha variable con la lealtad y dependencia familiar.

Existen algunas investigaciones que correlacionan ambas variables a estudiar: estrés e indicadores psicológicos de los trastornos alimenticios, como la realizada por Behar y Valdés (2009), cuyo objetivo era comparar la exposición a situaciones vitales estresantes, características psicológicas y conductuales en mujeres con y sin trastornos alimenticios, y correlacionar estrés y sintomatología alimentaria con las distintas variables. Para llevar a cabo la evaluación de éstas, se utilizaron diferentes instrumentos, tal es el caso de la Escala de Autoevaluación del Estrés (SRRS), el Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40), el Inventario de Desórdenes Alimenticios (EDI) y el Cuestionario de la Silueta Corporal (BSQ). Estas pruebas fueron aplicadas a 50 pacientes alimentarias y a 50 universitarias sin patologías. Los resultados obtenidos de tal acontecimiento fueron que las pacientes presentaron mayores niveles de estrés, principalmente por conflictos familiares y cambios de hábitos y perfeccionismo. En las estudiantes, el estrés se relacionaba con la sensación de inutilidad, temor a madurar, conciencia introceptiva e insatisfacción corporal. En este estudio se enfatiza la importancia de eventos vitales estresantes en los trastornos de la conducta alimentaria.

Existen algunas investigaciones realizadas en la localidad donde se llevó a cabo esta investigación, tal es el caso de la realizada por Rodríguez (2011), en la

cual se indagó la relación existente entre estrés y trastornos alimenticios de los alumnos del Cetus No. 27 de Uruapan, Michoacán, aplicando un estudio de tipo cuantitativo, no experimental y transversal. Para llevar a cabo la evaluación dentro del estudio, se utilizaron dos pruebas: para la medición del estrés se usó el CMAS-R (Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños, Revisada); para evaluar la variable trastornos alimenticios, se administró la prueba EDI-2 (Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria). Se tomó una muestra representativa de 100 alumnos del plantel, a los cuales se les aplicaron las pruebas antes mencionadas. Los resultados señalaron que el nivel de estrés que se encuentra relacionado de modo significativo con la conciencia introceptiva, lo cual indicó que los alumnos, al encontrarse en situaciones estresantes, tienen problemas en cuanto al reconocimiento de emociones y sensaciones propias, lo que conlleva que puedan padecer algún trastorno alimenticio.

En la institución donde se realizó la presente investigación se había expresado por parte de los directivos que se tenían algunos alumnos identificados donde existía la presencia de trastornos alimenticios, los cuales fueron tratados con especialistas en el campo. Por tanto, se consideró importante llevar a cabo esta investigación, con la finalidad de reconocer si existían otros casos y saber si tenían alguna relación con el estrés.

Planteamiento del problema

En la actualidad el estrés se ha vuelto un fenómeno de relevancia para los investigadores, debido a que representa un desequilibrio biopsicosocial que afecta a toda clase de sujetos y a la vez, un tema de constante interés, ya que sus manifestaciones están presentes en la cotidianidad de las personas.

La importancia de estudiar este fenómeno radica en la necesidad de indagar los orígenes y las diferentes vertientes que lo componen, así como los efectos que genera en la población.

Por otro lado, los trastornos alimenticios son otra manifestación de interés de estudio, debido a que constituyen una problemática que va en aumento y de la cual se han realizado pocas investigaciones, dado que su aparición como objeto formal de estudio data desde hace apenas algunos años.

La finalidad de realizar un estudio sobre esta variable es reconocer la importancia de averiguar por qué este problema de salud afecta considerablemente a la población joven y cuáles son los umbrales del mismo.

Es necesario conocer la relación entre estrés y trastornos alimenticios porque a través de ello se podrá determinar si influye un factor sobre el otro, con qué intensidad, con qué prevalencia, y que los lleva como fenómenos psicológicos a vincularse para afectar a determinada población.

Se sabe que el estrés es un factor que afecta a gran parte de la población a nivel mundial, generando múltiples enfermedades. Desgraciadamente, todavía no se conocen lineamientos claros acerca de lo que desarrolla este padecimiento y qué componentes aumentan las posibilidades de experimentarlo.

En relación con los trastornos alimenticios, un dato importante que se ha obtenido de las investigaciones que se han realizado sobre el tema es que afecta en gran medida a los adolescentes, sin embargo, no se ha podido determinar con exactitud cuáles son los elementos que generan esta problemática.

Por tanto, es necesario realizar una investigación que permita conocer cuáles son los elementos que determinan el surgimiento de estas dos variables y como se presenta su difusión dentro de los adolescentes de las escuelas preparatorias. Esto permitirá conocer cuáles son las principales actitudes y conductas que determinan la relación entre los factores estudiados.

A partir de estas aseveraciones se genera la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la relación que existe entre el estrés y los indicadores psicológicos de los trastornos alimenticios en los alumnos de la Preparatoria Casa del Niño, de la ciudad de Uruapan, Michoacán?

Objetivos

La presente investigación tiene como finalidad reconocer algunos puntos específicos que se señalan a través de los objetivos que se expondrán enseguida.

Objetivo general.

Establecer la correlación que existe entre el estrés y los indicadores psicológicos de los trastornos alimenticios en los sujetos de la Escuela Preparatoria Casa del Niño, de Uruapan, Michoacán, durante el ciclo escolar 2011-2012.

Objetivos particulares.

1. Definir el concepto de estrés desde los principales enfoques teóricos.
2. Determinar los indicadores psicológicos del estrés.
3. Analizar las causas del estrés.
4. Establecer el concepto de los principales trastornos alimentarios.
5. Explicar las circunstancias que provocan trastornos alimentarios.
6. Describir las características de los principales trastornos alimenticios.
7. Evaluar el nivel de estrés que presentan los alumnos de la Escuela Preparatoria Casa del niño.
8. Valorar el nivel en que se experimentan los trastornos alimentarios en los estudiantes de la Escuela Preparatoria Casa del niño.

Hipótesis

Una vez establecidos los objetivos de la investigación, se definirán las hipótesis, las cuales son “proposiciones tentativas sobre la o las posibles relaciones entre dos o más variables” (Hernández y cols.; 2010: 96).

Hipótesis de trabajo

Existe una relación estadísticamente significativa entre el nivel de estrés y los indicadores psicológicos de los trastornos alimenticios en los estudiantes de la Escuela Preparatoria Casa del niño, de la ciudad de Uruapan, Michoacán.

Hipótesis nula

No existe una relación estadísticamente significativa entre el nivel de estrés y los indicadores psicológicos de los trastornos alimenticios en los estudiantes de la Escuela Preparatoria Casa del Niño de la ciudad de Uruapan, Michoacán.

Operacionalización de las variables.

La variable nivel de estrés será definida con base en los resultados que se obtengan producto de la aplicación de la prueba psicométrica denominada CMAS-R, (Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños, Revisada) de los autores Cecil R. Reynolds y Bert O. Richmond (1997). La prueba consta de cuatro subescalas, más

una para evaluar la mentira. El instrumento consta de la validez y confiabilidad exigidas por la comunidad científica de la psicología

La variable indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios será conceptualizada en relación con la información obtenida mediante el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2) del autor David M. Gardner (1998), dicha prueba evalúa 11 indicadores psicológicos que se encuentran comúnmente asociados a los trastornos de la conducta alimentaria. Al igual que el instrumento mencionado anteriormente, esta prueba cuenta con los estándares de confiabilidad y validez exigidos en este tipo de tests.

Justificación

Con el presente estudio se pretende evidenciar si existe una relación significativa entre las variables mencionadas anteriormente, para contribuir primordialmente al campo de la investigación general en relación con los aportes teóricos y prácticos que el estudio dará a conocer.

La investigación ayudará a la institución donde se elaboró esta indagación para reconocer si existe la problemática, en qué medida, cuánta población se ve afectada por tal suceso y con qué frecuencia.

Los beneficios que traerá a la ciencia de la psicología se observarán en cuestión de los factores investigados, el tipo interacción que existe entre ellos y con

base en esto se podrán diseñar herramientas o estrategias para modificar tal fenómeno o realizar campañas de labor para alterar el curso de su existencia.

Esta investigación servirá a otros expertos de diferentes áreas para reconocer qué tipo factores generados por el estrés desencadenan algún tipo de trastorno alimenticio y determinar la influencia de esto en la población estudiada.

En términos de beneficio para la sociedad, esta investigación servirá para conocer si hay evidencia concreta de la existencia del acontecimiento estudiado.

Los resultados de esta indagación constituirán una aportación para la formación de modelos de intervención en próximas investigaciones aplicadas. A la vez que se aportará un trabajo de carácter serio para la comunidad de Uruapan, Michoacán.

Marco de referencia.

La presente investigación se llevó a cabo en un plantel de nivel bachillerato, el cual fue la Preparatoria Casa del Niño Padre Ochoa, A.C., ubicada en la ciudad de Uruapan, Michoacán, México, con domicilio en la Calle del Niño No. 11, en la colonia Casa del Niño.

La filosofía de la institución tiene como propósito forjar a los ciudadanos para asumir un papel activo en la historia actual, de ocupar puestos decisivos en la

superación del país y que la vida de cada uno de sus alumnos sea clara respecto a sus ideales, forme su personalidad y dé una respuesta positiva en su formación integral.

La misión de este colegio consiste en promover en sus alumnos su desarrollo integral, mediante el estudio responsable de las ciencias humanas; la formación de hábitos que lo conduzcan a la vivencia de valores humanos – evangélicos y lo capaciten a colaborar en la transformación de la sociedad, teniendo como modelo a la Sagrada Familia.

Esta institución, de carácter privado y con enseñanza religiosa, tiene como fundamentos educativos el trabajar por competencias y con base en proyectos que impulsen a los alumnos hacia la superación, así como desarrollar la actitud de apertura ante los estímulos que brinda la comunidad educativa.

La escuela cuenta con los niveles de preescolar, primaria, secundaria y preparatoria. Éste último, donde se realizó la investigación, tiene 10 años de haberse fundado, atiende a una población socioeconómica de categoría media, posee un total de 410 alumnos que oscilan entre los 15 y los 18 años de edad, cuenta con un equipo docente de 35 profesores, los cuales tienen un grado de licenciatura.

Este establecimiento cuenta con dos edificios grandes, el primero contiene 10 aulas de estudio, cuatro laboratorios, un departamento psicopedagógico y sala de Internet. El segundo cuenta con una biblioteca, un laboratorio de dibujo técnico, dos

oficinas y una cafetería. También hay dos canchas deportivas, tres áreas verdes y un auditorio.

CAPÍTULO 1

EL ESTRÉS

En el presente capítulo se brinda un panorama científico sobre la naturaleza del estrés, se exponen los diferentes antecedentes históricos sobre el mismo, las primeras investigaciones y los pioneros del tema, así como cuáles son los diferentes autores que hablan acerca de este fenómeno; a la vez, se describen los diferentes enfoques teóricos del estrés, mediante una breve descripción de cada uno de ellos, para posteriormente revisar los principales estresores que existen en la actualidad y explicar el desarrollo de cada uno de ellos. Más adelante se analizan los procesos de pensamiento que propician el estrés, así como sus diferentes moduladores; finalmente se exponen los efectos negativos de dicha condición.

1.1 Antecedentes históricos del estrés.

El término estrés comenzó a utilizarse a principios del siglo XIV, para significar dureza, momentos angustiosos, adversidad o aflicción. Algunos estudiosos como Robert Hooke investigaban al estrés primeramente en relación con los procesos realizados en la ingeniería y la construcción de puentes. Desde este punto, “el estrés se convirtió en un término para definir una exigencia del entorno sobre un sistema

biológico, social y psicológico, que sería análoga a la carga que un puente podría soportar” (Lazarus y Lazarus; 2000: 280).

Durante la Segunda Guerra Mundial, la palabra estrés fue de gran importancia debido a que este fenómeno se presentaba en muchos de los soldados que eran partícipes de este evento, los cuales experimentaban algunos síntomas y crisis relacionados con el estrés, que en ese tiempo era llamado fatiga de combate o neurosis de guerra. En este conflicto bélico se comenzó a observar que muchos militares abandonaban sus tareas o claudicaban en sus actividades debido a este factor. En años posteriores se pudo observar que las manifestaciones del estrés estaban presentes en diversas situaciones de la vida cotidiana como en el matrimonio, el trabajo, la escuela, las enfermedades o el crecimiento.

Para Sánchez (2007) la palabra estrés proviene del latín stringere, que significa presionar, comprimir u oprimir. Posteriormente, el término empezó a utilizarse en la física y la metalurgia para referirse a la fuerza que se aplicaba un objeto y mediante el cual es posible deformarlo o romperlo. Con este mismo significado pasó al campo de las ciencias de la salud y alude a una presión que ocasiona alteraciones en el funcionamiento mental y físico de los individuos.

El investigador de origen austriaco-canadiense Hans Selye realizó investigaciones neurofisiológicas en las cuales observó las reacciones de los organismos ante estímulos estresantes y descubrió su origen endocrino. Determinó que cuando existe una situación generadora de estrés, el cuerpo comienza a

experimentar ciertos síntomas: “las pupilas se agrandan para mejorar la visión y el oído se agudiza; los músculos se tensan para responder a la amenaza, y las frecuencias cardiaca y respiratoria aumentan de manera que la sangre bombea en forma abundante y rápida para aumentar la llegada de oxígeno a las células y favorecer las respuestas de peligro” (Sánchez; 2007: 15).

Posteriormente Bernard (citado por Sánchez; 2007), un médico originario de Francia, descubrió algunos elementos importantes sobre el estrés. Él mencionaba que la naturaleza brinda algunas herramientas psicológicas que permiten sobrevivir, ya que algunos estímulos externos pueden provocar alteraciones internas. Él mismo mencionaba la existencia de un medio ambiente interno que regulaba la condición de vida y declaró que para que existiera un equilibrio en las funciones de sobrevivencia, debía haber armonía entre el mundo interno y externo.

Posteriormente Cannon (citado por Sánchez; 2007) mencionó que los efectos del estrés pueden desencadenar una respuesta del tipo de ataque o de fuga, lo cual permitió identificar la relación entre lo psicológico y lo biológico. Él mismo realizó distintas aportaciones al campo de la investigación del estrés y, con base en los estudios de Selye, retomó el termino estrés, puntualizando que éste tendría la capacidad de propiciar un desequilibrio interno, que a su vez podría desencadenar una reacción en el individuo que lo experimenta, ya sea en forma de reflejo o de señal de peligro, la cual activa de manera fisiológica al sujeto para que actúe de alguna manera en determinadas circunstancias, ya sea atacando o huyendo.

1.2 Tres enfoques teóricos del estrés.

En el campo de la psicología se han presentado tres enfoques distintivos acerca de la naturaleza del estrés, los cuales abordan distintos puntos de vista sobre su origen y desarrollo como estímulo, como respuesta y como interacción persona – entorno. A continuación se procederá a explicar cada uno de ellos.

1.2.1 El estrés como estímulo

Travers y Cooper (1997) analizan el comportamiento del estrés y aseveran que puede considerarse un agente externo al ser humano, que crea una ruptura en el equilibrio que éste presenta, afectándolo de manera física y psicológica. Tal es el caso, por ejemplo, de los ambientes laborales donde la carga de trabajo puede afectar significativamente a los empleados.

Los primeros indicios que se tienen acerca del estrés como estímulo según Travers y Cooper (1997, citando a Goodell y cols.) datan del siglo V a. de C., cuando Hipócrates afirmaba que el medio ambiente generaba condiciones en los parámetros de la salud-enfermedad de los sujetos. De esta manera, el estrés puede considerarse un fenómeno independiente que llega al sujeto de distintas maneras y que al igual que un puente, el cual puede ser destruido por una corriente de aire, una problemática puede afectar considerablemente el equilibrio biopsicosocial de la persona.

La vertiente que aborda al estrés como estímulo refiere que todo individuo puede soportar solamente un determinado nivel de estrés, de modo que si éste se rebasa puede causar daños irreversibles en quien lo experimenta. También se hace referencia a Selye, quien “divide al estrés en positivo, el eustrés (que motiva el crecimiento, el crecimiento y el cambio), y en negativo, el distrés, este tipo de estrés indeseable, incontrolable y posiblemente dañino. Éste es el tema central del modelo basado en los estímulos (la identificación de las distintas fuentes de estrés)”. (Travers y Cooper; 1997: 32).

1.2.2 Estrés como respuesta.

Según Travers y Cooper (1997) el estrés puede ser considerado una respuesta o una variable independiente, ya que corresponde una reacción que tiene una persona frente a algún estímulo amenazador o desagradable, es decir, la persona experimenta este fenómeno cuando aparece un agente externo que genera una condición de tensión, haciendo que la persona modifique su conducta.

Cuando un individuo experimenta estrés, es posible observar los síntomas que esto le genera a través de su comportamiento. Estas manifestaciones pueden darse en tres niveles distintos: fisiológico, psicológico o conductual. “Aunque este modelo da la impresión de que los tres tipos de respuesta son elementos distintos, no es así, ya que los tres se encuentran interrelacionados, si bien no queda clara la relación exacta entre ellos” (Travers y Cooper; 1997: 30).

Hans Selye (citado por Fontana; 1992) quien es el principal pionero en investigaciones sobre el estrés, acuñó el término del síndrome de adaptación general (GAS; por sus siglas en inglés, General Adaptation Syndrome) como modelo de reacción ante los estresores.

Dentro de este síndrome se pueden diferenciar tres tipos de fases, las cuales surgen como respuesta ante un estímulo estresante: la reacción de alarma, la etapa de resistencia y la de agotamiento. En la primera, el organismo experimenta una reacción de sobresalto y de inquietud, lo cual obligará al sujeto a llevar a cabo una respuesta en relación con el estímulo, dicha condición es la etapa de resistencia, la cual genera debilidad y extenuación debido a la acción realizada, esto conduce a su vez a la etapa de agotamiento.

Tomando en cuenta este modelo de orientación biológica, surgen algunas consideraciones de tipo psicológico, ya que haciendo una comparación con el modelo antes mencionado, cuando un individuo enfrenta un agente estresor, existe un momento en el cual se experimenta un proceso cognitivo en el que se evalúa como se enfrentará a este fenómeno; después se realiza la acción y si esta actividad se alarga más allá del tiempo y expectativas del sujeto, se experimentará un desajuste psicológico progresivo. Esto lleva a concluir que las fases mencionadas tanto en el modelo fisiológico como en el psicológico, tienen una relación muy estrecha a la hora en que se experimenta un evento estresante, considerando entonces que se manifiesta agotamiento físico y psicológico a la vez, su efecto varía dependiendo del individuo y sus condiciones.

Según Fontana (1992), estos efectos pueden dividirse en cognitivos, relacionados con los sentimientos, las emociones y la personalidad; también en repercusiones emocionales, y finalmente, en conductuales generales.

En relación con los primeros, se puede observar un deterioro de las habilidades de concentración y atención, el individuo aumenta su distractibilidad, la memoria disminuye, la reacción del sujeto en relación con su respuesta, es desconocida; se cometen diferentes tipos de errores dentro de las diferentes tareas que se realizan, existe una desorganización al planear situaciones o acciones, la realidad se altera y se vuelve subjetiva, por lo tanto, los pensamientos carecen de razonamiento.

Respecto a los efectos emocionales del estrés excesivo, se pueden producir alteraciones como el aumento de la tensión psicológica y en el tono muscular, disminuye la sensación de bienestar físico y psicológico, lo que da paso a la generación de hipocondría, aparecen alteraciones en la personalidad del individuo, se alteran los mecanismos psicológicos de defensa, se genera un desequilibrio en las cuestiones de moral y emoción, se fomenta la depresión y la explosión emocional, asimismo, se afecta la autoestima.

Posteriormente, los efectos conductuales del estrés excesivo se observan cuando el individuo experimenta problemas en el área de lenguaje, falta de motivación al realizar metas, aumento de situaciones donde se retrasa o ausenta, predisposición al consumo de sustancias nocivas para la salud, los niveles de energía se ven alterados, hay falta de sueño, tendencias al culpar a otros por los

problemas propios, rechazo al actualizar la información que recibe, resolución de problemas a un nivel superficial, excentricidad y aparentes amenazas con destruir su vida.

1.2.3 El estrés como relación persona – entorno.

Travers y Cooper (1997) citando a Pearlin y cols., mencionan que el estrés no es un suceso, sino un proceso complejo, variado y desafiante a nivel intelectual. Resaltan la idea de que el estrés puede experimentarse en relación con fuerzas internas y externas que chocan y generan un desajuste, dando por hecho que este fenómeno resulta de la interacción de los individuos con su contexto.

El estrés, desde este enfoque, es concebido desde el punto en que los eventos externos estresantes generan un impacto superando la fuerza del sujeto para poder combatirlo, por lo tanto, se necesita de ambas variables (persona y contexto) para lograr la generación del estrés. La postura que toma el individuo al experimentar este fenómeno puede ocasionar una situación de ajuste. El sujeto en este caso es quien interpreta una situación como amenazante y se motiva para afrontarlo: huye o ataca. De acuerdo con Fisher, “los estados o estructuras mentales determinan la presencia o ausencia de estrés” (Travers y Cooper; 1997: 33).

Este modelo afirma que la persona tiene un papel sustancial en su contexto y el poder para modificar la forma en que los eventos actúan sobre ella. Todo esto se

encuentra mediado por sistemas cognitivos continuos, que a continuación se mencionan:

1. Valoración Cognitiva: la apreciación interna de lo que sucede, lo cual lleva al aprendizaje.
2. Experiencia: la captación del momento se determinará con base en los conocimientos que el sujeto tenga y las experiencias similares que haya experimentado previamente.
3. Exigencia: los niveles de demanda que requiere el sujeto según sus necesidades.
4. Influencia interpersonal: el nivel de estrés puede variar dependiendo de los individuos que estén acompañando al sujeto, y también pueden alterar la percepción que se tiene sobre el agente estresor.
5. Un estado de desequilibrio: cuando el individuo analiza la situación generadora de estrés, comienza a estructurar planes para afrontar el suceso, estas acciones pueden ser positivas y generar alivio, o ser negativas y potencializar aún más los efectos negativos.

La interpretación que el sujeto realice sobre el agente estresor o las situaciones que generan estrés, varían dependiendo del tipo e intensidad con que se experimentan los eventos, que también están condicionados por las estructuras cognitivas internas del individuo. “Cuando los recursos de la persona exceden a la carga del entorno, el estrés es bajo o inexistente. Las demandas se satisfacen fácilmente y la persona se siente confiada de poderlas atender. No obstante, cuando

los recursos de la persona son mucho más importantes que las exigencias, es probable que exista una demanda insuficiente – o demasiado poco – estrés y aparece el aburrimiento que, irónicamente se experimenta como nocivo o estresante.”(Lazarus y Lazarus; 2000: 282)

1.2.3.1 El concepto integrador de estrés.

El estrés es un término que no indica algo negativo o positivo, más bien, es una respuesta a una demanda, una condición que genera conductas inespecíficas dependiendo de cómo se presente.

Este fenómeno puede aportar a la vida del ser humano múltiples connotaciones dentro de las distintas áreas de su funcionamiento: en ocasiones puede alterar el funcionamiento sujeto de manera que se alcance un equilibrio organizacional interno; en otras situaciones lo empuja a la desestructuración o desajuste psicológico, debido a que éste no soporta la carga del estrés.

Con base en esto se define que 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).

Dentro de las revisiones científicas que se han realizado sobre el concepto del estrés, se han observado cuatro vertientes que analizan este fenómeno: en primer lugar, como respuestas provenientes de una situación; en una segunda perspectiva, como un grupo de conductas cotidianas que conllevan a la generación del mismo suceso; en tercer lugar, se puede encontrar este fenómeno como situaciones donde el individuo realiza un discernimiento, ejecuta acciones y combate problemáticas; por último, como una resolución final de todo este desarrollo.

Desde esta perspectiva se establece que el estrés es “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 eficazmente, y así permite al organismo actuar de una manera adecuada a la demanda” (Palmero y cols.; 2002: 424).

1.3 Los estresores.

Toda persona puede experimentar estrés en algún punto de su vida, esto es generado por distintos agentes, cualquier situación o idea que modifique lineamientos personales, puede considerarse uno de ellos. Cuando un individuo rompe con su sistematización diaria es debido a que algún estresor cambió esta modalidad de vida.

Palmero y cols. (2002, citando a Lazarus y Cohen) determinan que existen tres tipos de acontecimientos estresantes o estresores psicosociales:

1. Los cambios mayores o estresores únicos: son modificaciones bruscas o fuertes que alteran la estabilidad de las condiciones de vida o el entorno de cualquier individuo, grupo o sistema.
2. Los cambios menores o estresores múltiples: afectan sólo a determinados individuos o pequeños grupos y se caracterizan por ser determinantes y modificar la existencia de una persona.
3. Los estresores cotidianos o microestresores, que se relacionan con las situaciones, pensamientos o particularidades que generan estrés en el entorno cotidiano de las personas.

Después de identificar de manera general los acontecimientos y estresores más sobresalientes, se procederá a hacer una revisión más extensa de cada uno de ellos.

1.3.1 Estresores psicosociales: cambios mayores, menores y cotidianos.

De manera inicial, los cambios mayores se pueden observar cuando ocurren alteraciones extremas en la naturalidad de la vida de un individuo, un ejemplo de ello se puede observar cuando existen enfermedades graves, terremotos, cataclismos, entre otros. Todos estos sucesos generan que el individuo altere su ritmo de vida de manera inminente.

Este tipo de cambios tiene como particularidad el causar daño a un determinado grupo, población o territorio, aunque también puede presentarse en un solo sujeto, pero la forma en la que afecta es bastante intensa. También se pueden observar estos cambios en situaciones que se presentan en ciertos lapsos de tiempo, y que dan como resultado una desestructuración devastadora. “Estos cambios mayores serían los causantes de los patrones del estrés post-traumático cuyos factores se recogen en el DSM-IV (American Psychiatric Association).” (Palmero y cols.; 2002: 426).

De manera más precisa, los agentes que preceden a los estresores mayores pueden ser acontecimientos donde se involucre algún fallecimiento, daño letal, una preocupación excesiva o intensa, pérdida de la esperanza o un miedo terrible. Esta situación atormenta al sujeto de manera constante en formas distintas, pudiendo presentarse como pensamientos recurrentes al evocar el suceso, al entablarse conversaciones relacionadas con el tema o redundar constantemente en situaciones parecidas, también al experimentar sensaciones cuando se tienen conductas parecidas al suceso estresante. Posteriormente, se desea rehuir a cualquier elemento que permita evocar el agente estresor, haciendo que el individuo no desee analizar el suceso, reprimirlo, o caer en olvidos psicológicos para no pensar en la situación. Esto genera que él mismo se aíse y disminuya sus afectos.

Más adelante, el sujeto comenzará a experimentar alteraciones fisiológicas tales como insomnio, susceptibilidad, falta de estabilidad y sobresalto. Todas estas

situaciones se experimentan en un periodo mayor a 30 días. Las manifestaciones del estrés generan un desgaste en el acontecer diario del sujeto.

En relación con los cambios menores o estresores múltiples, son situaciones que el individuo no puede controlar o que están fuera de su alcance, como pérdidas económicas fuertes, fallecimientos, terminación de un empleo, entre otras. Todas estas circunstancias alteran o desequilibran la estabilidad diaria del sujeto.

Según Palmero y cols. (2002), las principales fuentes desencadenantes de estrés se corresponden con cambios en:

- Vida conyugal: compromiso, matrimonio, separación o muerte de alguno de los miembros de la pareja.
- La paternidad: tener hijos, relaciones conflictivas, o enfermedad de los mismos.
- Relaciones interpersonales: problemas en la interacción con amigos, vecinos o familiares cercanos.
- El ámbito laboral: problemas en el trabajo, escuela y casa.
- Las situaciones ambientales: cambios de residencia, amenazas a la integridad o inmigración.
- El ámbito económico: pérdida de dinero o cambio de estatus económico.
- Las cuestiones legales: demandas, pleitos, juicios o encarcelamientos.

- El propio desarrollo biológico: cambios evolutivos, pubertad, edad adulta, menopausia.
- Las lesiones o enfermedades somáticas: padecer alguna enfermedad, sufrir algún accidente o someterse a una cirugía.

Finalmente, los estresores cotidianos o microestresores son situaciones que alteran escasamente a los sujetos, pero aun así, causan desorden en la cotidianidad. Aunque estos estresores no sean de tanta relevancia como los mayores, ayudan al sujeto a estructurar continuamente su dinámica de funcionalidad; este tipo de estrés genera que el individuo mantenga una evolución constante, ya que lo estimula a cambiar su posición cotidianamente. Algunos estresores de esta naturaleza hacen referencia a temáticas como “responsabilidades domésticas, aspectos relacionados con la economía, el trabajo, los problemas ambientales y sociales, el mantenimiento del hogar, la salud, la vida personal, y por último, todo lo relacionado con la familia y los amigos.” (Palmero y cols.; 2002: 430).

1.3.2 Estresores biogénicos.

Además de la existencia de los estresores mencionados existen otros tipos de agentes que generan estrés en las personas. Los llamados estresores biogénicos hacen referencia a aquellas respuestas generadas por factores internos. “Los estresores biogénicos no utilizan los mecanismos de valoración cognitiva, y actúan directamente en los núcleos elicidores neurológicos y afectivos; por virtud de sus propiedades bioquímicas, inician directamente la respuesta de activación del estrés

sin el usual requisito del proceso cognitivo – afectivo.” (Palmero y cols.; 2002: 431).

Algunos tipos de estresores biogénicos pueden ser:

- Los cambios que ocurren en la adolescencia, modificaciones a nivel endócrino, cambios en la sexualidad, síndrome premenstrual, inestabilidad hormonal causada por partos o abortos y climaterio. Todas estas situaciones son generadoras de estrés.
- El ingerir medicinas, sustancias o drogas que puedan alterar el funcionamiento vital.
- Reacciones físicas por elementos externos como cambios en el ambiente o la naturaleza.
- El estrés generado por algún tipo de alergia derivada por algún factor fisiológico, debido a que hace que el sistema inmunológico gaste energía para combatir aquello que puede dañar al cuerpo.

1.3.3 Estresores en el ámbito académico.

Según Polo y cols. (citados por Barraza; 2005) algunos de los estresores académicos más conocidos son: exposición de trabajos, intervención en el aula (realizar o responder preguntas, participar en coloquios), realización de un examen, ir al despacho del profesor para tutoría, sobrecarga académica (excesivo número de créditos, trabajo obligatorio), masificación de aulas, competitividad entre compañeros y trabajar en grupo.

Autores como Barraza (2005) atribuyen el estrés dentro de los ámbitos escolares a factores como el exceso de tareas, la constitución física de las aulas, las intervenciones fuera de tiempo, la falta de motivadores, interacciones conflictivas con profesores o compañeros, exámenes y trabajos.

Los alumnos que inician un proceso escolar en una nueva escuela, comienzan a experimentar algunas cuestiones que aumentan su estrés, ya que tienen que modificar sus estilos de vida para adaptarse a las nuevas condiciones que la institución les requiera: probablemente haya cambios de residencia, o traslados de una localidad a otra para llegar a la escuela; la economía se afecta debido a gastos que el estudiante hace; hay necesidad de adaptarse a un nuevo lugar para vivir o el hecho de no estar con conocidos; concentrarse en los trabajos escolares y no descuidar las amistades; inclusive acciones como enamorarse o realizar planes para excursiones, pueden generar estrés.

El estrés puede ser negativo cuando frena las acciones del sujeto para realizar cambios en su vida; también cuando la activación psicofisiológica se excede, lo que consigo múltiples somatizaciones como cefaleas, gastritis, insomnio, inestabilidad emocional o irritaciones en áreas cutáneas. Además de afectar físicamente, la capacidad académica se ve alterada negativamente, ya que el proceso de aprendizaje se vuelve lento y ocurren olvidos al presentar exámenes, lo que genera a su vez negativos resultados.

Algunos autores como Polo y cols. (citados por Barraza; 2005) lograron identificar doce tipos de acciones específicas que desencadena el estrés académico, tales como:

1. Intranquilidad.
2. Taquicardia, agitación y dificultad para respirar.
3. Movimientos constantes de alguna parte del cuerpo, parálisis o torpeza del movimiento.
4. Se comienza a experimentar miedo.
5. Molestias estomacales.
6. Se recurre a aumentar el consumo de cigarro, alcohol o comida.
7. Ideaciones o emociones negativas.
8. Temblor en manos o piernas.
9. Tartamudeo o dificultad para expresarse.
10. Pensamientos de inseguridad.
11. Resequedad de boca y dificultades para tragar.
12. Evocación del llanto.

1.4 Procesos del pensamiento que generan el estrés.

El estrés visto desde el punto de vista psicológico, genera alteraciones a nivel del pensamiento. La realidad interna del sujeto que experimenta dicha condición, se ve distorsionada creando procesos disfuncionales en el pensamiento. La naturaleza de estas creencias irracionales es derivada de esquemas mentales aprendidos de

manera inadecuada y que se vuelven reiterativos cuando se experimentan situaciones estresantes.

Según Cungi (2007) los principales errores cognitivos son los siguientes:

- La inferencia arbitraria: consiste en establecer una determinada conclusión con falta de pruebas o también afirmar que los otros piensan algo sobre el sujeto.
- Abstracción selectiva: se refiere a extraer una información sobre un contexto sin reconocer todos los aspectos éste, generalizando toda la experiencia con base en una sola parte.
- Maximización y minimización: aumentar o disminuir el grado de evaluación sobre un suceso o pensamiento significativo, como consecuencia, la valoración se distorsiona. Cuando una persona experimenta cierto grado de estrés, tiende a minimizar sus logros y maximizar sus errores.
- La sobregeneralización: crear reglas o posturas a partir de un hecho particular y aislado, luego aplicar este pensamiento y generalizarlo a todo.
- La personalización: es una tendencia a atribuir o reducir los acontecimientos a uno mismo, aun cuando no haya conexión alguna entre ellos.
- Pensamiento dicotómico: es pensar en términos de extremos, o en dos categorías opuestas: todo o nada.

1.5 Los moduladores del estrés.

Según Palmero y cols. (2002), cuando un individuo experimenta estrés, utiliza sus herramientas psicológicas para afrontar las situaciones y las emociones derivadas del mismo. A esto se le llama estilos de afrontamiento.

En la actualidad se ha identificado una serie de agentes que condicionan el desarrollo del estrés, llamados moduladores, los cuales son elementos que modifican el curso y la magnitud del estrés en los individuos. Algunos son: el apoyo psicológico y social que se da a las personas cuando están en dificultades; las creencias o patrones que conllevan o inclinan a un sujeto a reconocer el estrés; otros de carácter individual como las percepciones, la competitividad del sujeto, la experiencia y la personalidad. “Estos moduladores existen aunque el individuo no esté sometido a estrés y le afectan probablemente siempre, pero en las situaciones de estrés pueden destacar por ser capaces de determinar a casi todos los elementos que constituyen el núcleo del estrés y, por tanto, también a sus consecuencias nocivas o beneficiosas” (Palmero y cols.; 2002: 527).

1.5.1 El control percibido.

Cuando se percibe a una agente estresor, el individuo puede analizar y decidir cuánto le podrá afectar éste, y que control se podrá ejercer sobre el mismo. Según Palmero y cols. (2002, citando a Fontaine y cols.), la percepción de control se entiende como una creencia general sobre el grado en el que uno mismo es capaz

de condicionar y llevar a cabo aquellas metas u objetivos deseados, regulando las dificultades que acaecen en el curso de su consecución y que influyen sobre la salud.

Este control puede ocasionar cambios en la manera en que el individuo actúa. Algunos estudios han demostrado que el control percibido está condicionado por todos los aprendizajes y la interpretación que el sujeto les da.

1.5.2 El apoyo social.

Las redes sociales de los individuos, representan un importante soporte para ellos cuando se encuentran bajo situaciones estresantes, en tanto ocasionan que los efectos de éstas disminuyan o se perciban menos amenazantes. Según Palmero y cols. (2002), el apoyo social puede reducir el impacto negativo de los sucesos vitales y otros agentes estresores por diversas vías:

1. Destruyendo o aminorando la intensidad con que se percibe el estresor.
2. Apoyando al sujeto a enfrentar el suceso generador de estrés.
3. Amortiguando el suceso estresor si éste ha generado. A esto se le denomina “buffering effects”, esto es, efectos de amortiguación. Éstos se encuentran relacionados con los recursos que el individuo posea.

Las redes sociales de apoyo del sujeto pueden traerle diferentes beneficios a su estabilidad emocional, a la manera en como controla su estrés y a la forma en como expresa sus sentimientos; también lo motiva a cuidar su salud, mejora su

sistema inmunológico e incrementa la motivación por vivir cuando existen enfermedades graves, obteniendo una mejora considerable de sí mismo.

1.5.3 El tipo de personalidad: A/B.

De acuerdo con Cascio y Guillen (2010), las observaciones clínicas han manifestado que existe cierto tipo de personas que están más expuestas a experimentar estrés con mayor facilidad, con un patrón de personalidad llamado tipo A.

Las personas con este patrón de conducta presentan peculiares características como una marcada competitividad personal y profesional. Esto hace que busquen con rapidez y facilidad puestos importantes o status altos. Si esto no se concreta en sus vidas, se altera su equilibrio emocional. Según algunos estudios, los individuos con este patrón están mayormente predispuestos a desarrollar enfermedades del corazón.

Según Travers y Cooper (1997) las personas con un patrón de personalidad tipo A pueden identificarse de la siguiente manera:

- Suelen estar impacientes todo el tiempo, terminan las palabras que otros quieren decir y tienden a apresurarlos para que hablen con mayor rapidez.
- Resaltan algunas palabras cuando hablan y suelen concluir sus oraciones con rapidez, dando a entender que su tiempo es muy valioso.

- Están en constante movimiento y realizan acciones básicas como el comer, caminar o alimentarse de forma rápida.
- Constantemente realizan varias actividades al mismo tiempo, a lo cual se le denomina acciones polifásicas.
- Se presentan automatismos o tics nerviosos.
- Experimentan en ocasiones el descanso como una pérdida de tiempo.
- Tienen una estricta organización de sus planes y un sentido crónico de la urgencia.
- Tienden a competir con individuos que también presentan el patrón de personalidad tipo A.

Según Travers y Cooper (1997) los individuos del tipo B se ven libres de estos rasgos, no sufren debido a la urgencia ni a la impaciencia, no albergan hostilidades injustificadas, pueden relajarse y hacerlo sin sentimiento de culpa.

Friedman y Rosenman (citados por Travers y Cooper; 1997) mencionan que realizaron estudios en los conceptos de los individuos con personalidad tipo A y sugirieron que las características emocionales y conductuales de ellos eran semejantes a las presentadas por pacientes que experimentaban “enfermedades debidas a estrés”, que eran dolencias coronarias cardiacas. A partir de esto, establecieron que había una intensa relación entre ambas.

El patrón tipo A no es considerado un componente de la personalidad, sino un conjunto de conductas libres, o sea, una manera que tiene la persona para combatir una situación. Esta forma de afrontamiento es un mecanismo de defensa cotidiano como resultado de situaciones individuales y externas.

Los individuos con personalidad tipo A estadísticamente muestran un aumento seis veces mayor de padecer una enfermedad cardiovascular que otras personas. “El riesgo de que una persona tipo A desarrolle alteraciones cardiovasculares es mayor que el asociado a la edad, a la presión sanguínea alta y al colesterol, y parece de la misma magnitud que el riesgo asociado a dichos factores tomados de forma conjunta”. (Cascio y Guillen; 2010: 188).

1.6 Los efectos negativos del estrés.

Como ya se mencionó durante este capítulo, el estrés puede beneficiar al individuo que lo presenta, al generar en él la motivación para realizar cambios en su vida. Sin embargo, las repercusiones que el estrés puede crear en la vida de los individuos son las más acentuadas y potencializadas debido a que las presiones sociales y ambientales de la cotidianidad, han aumentado con el paso del tiempo.

De acuerdo con Selye (citado por Ivancevich y Matteson; 1985), las repercusiones fisiológicas causadas por el estrés incluyen la alta presión sanguínea, enfermedades cardiovasculares, alteraciones en riñones, aparición de artritis, dolor a

nivel corporal, alergias, disfunciones sexuales, enfermedades digestivas y metabólicas y posiblemente cáncer.

Cuando el estrés aparece, ataca específicamente aparatos y órganos del cuerpo en forma sistemática, como en los siguientes casos:

- “La hipertensión: Es una enfermedad de los vasos sanguíneos, en la cual la sangre fluye a través de las arterias a presión elevada. Una de las respuestas del cuerpo a los estresores es comprimir las paredes arteriales, aumentando así la presión. Cuando pasa la alarma, la presión debe volver a la normalidad, pero si se prolonga el estrés, inclusive inconscientemente, la presión puede permanecer en niveles anormalmente altos.
- Las úlceras: Son lesiones inflamatorias en el recubrimiento del estómago o intestino y una de sus causas más conocidas es la variación de los niveles de cortisona. La fabricación de cortisona generalmente aumenta durante los periodos de estrés, que, cuando son prolongados, pueden crear fácilmente un ambiente interno perfecto para la creación de lesiones.
- La diabetes: es una enfermedad grave que implica deficiencias de insulina y que tiene como consecuencia que sus víctimas no puedan absorber suficiente azúcar de la sangre. El estrés incrementa el nivel de azúcar en la sangre, demandando incrementos en la producción de insulina. Si el estrés es persistente, el páncreas puede debilitarse, dando como resultado una deficiencia permanente de insulina.

- Las jaquecas: Son frecuentemente el resultado de la tensión muscular, que aumenta cuando estamos expuestos, a los estresores durante un periodo sostenido. Comúnmente, la jaqueca en sí misma es un estresor que conduce a una mayor tensión muscular, que a su vez aumenta la severidad y duración de la jaqueca.
- El cáncer: es uno de los conceptos más controvertidos de la categoría de las enfermedades de adaptación. Una teoría actual sobre el cáncer plantea que las células mutantes (cáncer) se están produciendo continuamente en el cuerpo, pero que normalmente son destruidas por el sistema inmunológico antes de que puedan multiplicarse y crecer. Se ha demostrado que las respuestas a los estresores traen como consecuencia pequeñas alteraciones bioquímicas en el sistema inmunológico. Algunos piensan que los cambios bastan para permitir la reproducción de pequeñas cantidades de estas células mutantes, que a su vez se convierten en tumores malignos.” (Ivancevich y Matteson; 1985: 106).

Después de haber realizado una revisión teórica del estrés en relación con su definición, enfoques, tipos, características constitutivas, así como consecuencias, se procederá a dar paso a la exposición del siguiente capítulo teórico que contiene esta investigación, en el cual se analizará la variable trastornos alimentarios.

CAPÍTULO 2

TRASTORNOS ALIMENTICIOS

En el presente capítulo se abordan de manera teórica los distintos conceptos, investigaciones y aportaciones científicas, acerca de los trastornos alimenticios, para ello se inicia por definir la caracterización de los trastornos alimenticios; posteriormente, se conceptualizaran específicamente cada uno de ellos; más adelante se analizará la esfera oroalimenticia, su organización y algunas de sus alteraciones; por otra parte, se revisará el perfil de personas con trastornos alimenticios y, por último, se expondrán las causas y factores predisponentes tanto individuales como familiares que desencadenan en un trastorno alimenticio.

2.1. Antecedentes históricos de la alimentación.

En la antigüedad la comida constituía un factor biopsicosocial importante debido a que representaba distintas connotaciones de poder y riqueza, o inclusive era asociado a rituales religiosos, en algunas celebraciones la acción de devolver la comida era llevado a cabo con el fin de ingerir alimentos nuevamente. Por otra parte, algunas religiones antiguas comenzaron a utilizar el ayuno con el fin de lograr una vida espiritual más profunda y expiar sus pecados. “Quizá la más famosa anoréxica de la historia es Catalina de Siena. Nacida en 1347, hija de artesanos acomodados, recibió una exquisita educación religiosa. A los siete años comenzó a rechazar la

comida, imponiéndose penitencias. Ya desde la adolescencia únicamente se alimentaba con hierbas y un poco de pan.” (Jarne y Talarn; 2000:141).

Existen documentos históricos que hablan acerca de los primeros indicios sobre los trastornos alimenticios, observados a través de casos de inanición provocada por repeler la comida, derivado de una vida de abstención y penitencia. Más adelante, las primeras investigaciones realizadas acerca del tema sobre los cuadros psicopatológicos que se encontraban, determinaron que los trastornos alimentarios procedían de situaciones psicológicas.

Lassage y Gull (citados por Jarne y Talarn; 2000) señalaban que las primeras teorías acerca del origen de los trastornos alimenticios señalan una afección en la glándula tiroides. Posteriormente comenzaron a asentarse hipótesis derivadas del psicoanálisis. Con el paso del tiempo, tanto el campo de la psicología como el de la medicina generaron una visión más general de la problemática, concluyendo que su etiología era resultado de una mezcla de variables tanto psicológicas como fisiológicas y sociales. Con base en lo anterior comenzaron los primeros tratamientos que abordaban estas esferas para lograr mejores resultados.

Años más tarde, en 1979, Russell analizó casos de personas que presentaban algunas conductas, como lapsos donde comenzaban a comer desesperadamente y posteriormente a esto, vomitaban; el autor relacionó estos comportamientos con la anorexia nerviosa, ya que algunos sujetos estudiados por él, presentaban estos síntomas, pero la enfermedad se desarrollaba más rápido, a esto “le denominó

bulimia nerviosa y sería una forma ominosa de evolución de la anorexia tal como la definió Russell.” (Jarne y Talarn; 2000: 142). Se entiende por ominoso algo abominable o despreciable.

2.2. Definición y características clínicas de los trastornos alimenticios.

Los diferentes estudios sobre el campo de los trastornos alimenticios han logrado identificar cuáles son aquellos de más relevancia y de mayor incidencia en la población mundial, en esta investigación se revisan los más importantes, los cuales son: anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, alteraciones que serán explicadas detalladamente; obesidad, la cual será definida, mas no tratada a profundidad; hiperfagia y su aparición en otras alteraciones, el vómito y su aparición en los trastornos alimenticios; para concluir, se dará una explicación de cómo se desarrollan dichas perturbaciones en la etapa de la infancia.

A partir de esto, se puede definir a los trastornos alimenticios como “alteraciones graves de la conducta alimentaria” (APA; 2002: 553)

2.2.1 Anorexia nerviosa

Según la APA (2002) la anorexia nerviosa se observa cuando el sujeto se rehúsa a tener un peso corporal adecuado y funcional. Se experimentan temores a ganar peso y la forma en la que el individuo se percibe la naturaleza de su cuerpo se distorsiona en relación con su forma o tamaño.

Las personas que experimentan este trastorno presentan algunas características como: desproporción del peso y altura, en ocasiones aquél aumenta y en otras disminuye; reducción de los alimentos en la dieta diaria, ansiedad de subir de peso o de ser obeso, chequeo constante de peso, alteraciones en la autoestima, suelen observarse constantemente al espejo para checar sus partes corporales negativas, en mujeres suele presentarse amenorrea. Generalmente el sujeto es consciente de su enfermedad, pero genera una negación sobre ella mediante historias que la encubran.

Existen dos subtipos de anorexia nerviosa, los cuales están condicionados por la presencia o ausencia de vómitos o atracones.

- Tipo restrictivo, donde el peso disminuye debido a que el sujeto come poco y acelera su actividad física, o hay ayuno.
- Tipo compulsivo/purgativo, en el cual utilizan casi siempre las purgas o atracones, vómitos y también se recurre al uso de laxantes.
- Anorexia nerviosa atípica: no cumple con todas las características clínicas; puede no presentar pérdida significativa de peso.

2.2.2 Bulimia nerviosa

Según Jarne y Talarn (2000) la bulimia nerviosa es un trastorno caracterizado por esquemas distorsionados de ingesta, en donde en ciertos lapsos se come

exageradamente, y posteriormente se recurre a métodos para eliminar lo ingerido, después de, esto el sujeto se experimenta emocionalmente alterado.

En este trastorno se experimentan distorsiones en el ámbito cognitivo en relación con la forma y el peso del cuerpo, además, existe una clara utilización de atracones y vómitos. “Se define atracón como el consumo a lo largo de un periodo corto de una cantidad de comida muy superior a la que la mayoría de los individuos comerían” (APA; 2002: 559). Generalmente los atracones, en el caso de la bulimia, suelen ser de comida que contiene una alta cantidad de calorías y carbohidratos.

Las personas que experimentan este trastorno viven emociones negativas en relación con la culpa que sienten por la realización de la conducta e intentan negar ésta. También existe una falta de control sobre los atracones, en ocasiones pueden ser exagerados o en un grado donde se experimentan sensaciones displacenteras. De igual manera, el vómito es utilizado como un medio compensatorio para tratar de deshacerse de la ingesta excesiva y para perder peso.

Según APA (2002) existen dos subtipos asociados con la bulimia nerviosa:

- Tipo purgativo: el individuo se provoca el vómito y se hace un uso inadecuado de laxantes, diuréticos y enemas durante el episodio.
- Tipo no purgativo: el sujeto utiliza otras técnicas compensatorias como el ayuno, el ejercicio excesivo, pero no hay vómitos ni uso de diuréticos o laxantes.

2.2.3 Obesidad.

Para Jarne y Talarn (2000), la obesidad puede ser considerada como un trastorno alimenticio debido a que altera las condiciones fisiológicas y psicológicas de la persona que la experimenta. En la antigüedad la obesidad no representaba repercusiones sociales negativas asociadas a la salud del individuo, debido a que era señalada como un símbolo de poder, belleza o posición social.

La obesidad se caracteriza en las personas cuando éstas poseen un cúmulo mayor al normal en los niveles de grasa corporal; cuando se excede este nivel pueden comenzar a afectarse los órganos y sistemas internos del ser humano e inclusive aparecen alteraciones psicológicas.

Esta problemática afecta a millones de personas a nivel mundial, y es un trastorno que avanza de manera sorprendente en la actualidad. Algunas situaciones sociales generan su aumento, como por ejemplo, el nivel socioeconómico, ya que este fenómeno tiene mayor incidencia en la población social baja.

2.2.4 Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas.

Para Castillo y León (2005) la hiperfagia se puede considerar como una obesidad reactiva, a la vez, representa una ingesta excedida como respuesta a situaciones alterantes, lo que da como resultado la obesidad. Estos eventos pueden

ser duelos, accidentes, operaciones y eventos que generan estrés en los sujetos, apareciendo particularmente en personas con tendencia a subir de peso.

Es necesario hacer una diferenciación entre este trastorno y la obesidad generada por situaciones psicológicas o de un carácter distorsionado en las relaciones interpersonales o de alteración de la autoestima; también se requiere señalar que es tal perturbación es distinta a la obesidad originada por el efecto secundario del uso de sustancias o medicamentos.

2.2.5 Vómitos en otras alteraciones psicológicas.

“Se les conoce también con el término de vómitos psicógenos e hiperémesis gravídica psicógena” (Castillo y León; 2005: 225). Se caracterizan por la incidencia constante de vómitos, los cuales no son provocados por el sujeto; son experimentados en situaciones de carácter psicológico, como en el caso de la hipocondría y en el embarazo.

También dentro de la gama de trastornos relacionados a los vómitos en otras alteraciones psicológicas, destaca el trastorno por atracón, que “se caracteriza por la aparición de atracones recurrentes, perdiendo el paciente el control sobre los mismos, sin conductas compensadoras típicas de la bulimia, por ejemplo, autoprovocación del vómito, el uso de laxantes, y/o diuréticos, el ejercicio físico excesivo, etc.” (Castillo y León; 2005: 229). Cuando el individuo concluye con la conducta, comienza a sentir inestabilidad emocional y alteraciones psicológicas,

ingiere alimentos de forma presurosa aunque no se tenga hambre y con una displacentera sensación de saciedad.

2.2.6 Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia.

“El CIE-10 hace referencia a un trastorno que se presenta por lo general en la infancia y en la niñez. La característica fundamental es que el niño rechaza los alimentos o presenta conductas muy caprichosas que se alejan bastante de lo que es una conducta alimentaria normal y lo hace frente a su cuidador habitual” (Castillo y León; 2005: 225).

Es importante que cuando se desea generar algún diagnóstico acerca de este tipo de trastornos, es necesario saber diferenciarlo de las cuestiones típicas de la edad, solamente en casos donde se altera la normalidad de la alimentación en infantes, se puede considerar trastorno alimenticio.

Para Jiménez (1997) existen algunas pautas que pueden determinar si existe incidencia de trastornos alimenticios en la infancia, como por ejemplo:

- Comportamientos disruptivos durante la comida y hábitos alimentarios inadecuados: en éstos se hace referencia a aquellos actos que interfieren el llevar a cabo las comidas de manera adecuada, se incluyen conductas como comer sin utensilios o con malos hábitos alimenticios.

- Rechazo de alguna clase de comida: se experimenta cuando el infante se niega a comer cierto grupo de alimentos que pueden ser benéficos para su salud, siempre y cuando no existan problemáticas físicas que le impidan hacerlo.
- Negación a tomar alimentos sólidos: se puede dar cuando el niño rechaza el comer alimentos con cierta dureza, de modo que prefiere ingerir alimentos de carácter líquido o con una consistencia menos sólida, esto le genera que se acostumbre o no que no se vea motivado adecuadamente para que mastique o ingiera algo con mayor consistencia.
- Ingesta de comida mezclada: ocurre cuando el menor sólo desea comer alimentos que se hayan revuelto con otros, esto debido a que el adulto que lo cuida realiza la unión de alimentos para que el niño este mejor alimentado, pero esto contribuye a que éste genere una costumbre negativa.
- Falta de apetito: generar que el infante coma aunque éste no tenga hambre puede modificar los patrones de ingesta naturales, derivando en problemas de alimentación.
- Tiempo de comida excesivo: cuando al menor se le otorga demasiado tiempo para ingerir sus alimentos, se puede alterar su proceso normal de alimentación, causando lentitud al ingerir los alimentos o poca motivación para comer.
- Los vómitos: cuando el menor comienza a vomitar los alimentos que ingiere, puede producirse como un acto para repeler la comida, aunque

también está asociado a respuestas ante eventos estresantes en el niño; también se tendrá que analizar si es derivado de alguna enfermedad.

Por su parte, Castillo y León (2005) mencionan que existen tres psicopatologías asociadas a los trastornos alimenticios, las cuales generan alteraciones en la normalidad de la ingesta de alimentos, éstas son:

- Pica o alotriofagia: ocurre cuando el individuo ingiere de manera insistente alimentos que no le benefician a su nutrición, por ejemplo, tierra, piedras, hielo o papel de baño.
- Rumiación o mericismo: se experimenta cuando el individuo vomita la comida y posteriormente, vuelve a ingerir el vómito.
- Potomanía: se trata de la recurrencia a tomar sustancias excesivamente, generalmente agua, con el propósito de sentirse llenos.

2.3 Esfera oroalimenticia en el infante.

Para Ajuriaguerra (1973), durante la infancia aparecen ciertos reflejos biológicos, como el automatismo oroalimenticio de succión y deglución, los cuales están conectados primordialmente con los órganos orales como el orificio bucal, los labios, mucosas intrabucales y lengua. Éstos están relacionados con las funciones de alimentación y por tanto, excitación en el área de la boca; por ejemplo, cuando se aplique un estímulo a la boca, ésta reaccionará y buscará succionar. Por tanto, la

esfera oroalimenticia comprende la gama de órganos y funciones que constituyen el acto de comer.

2.3.1 Organización oroalimenticia.

Cuando un individuo nace, se desarrollan mecanismos de comunicación primitivos que benefician su desarrollo durante los primeros meses de vida, tal es el caso de algunas respuestas como los reflejos orales, como cuando el niño tiene hambre, su organismo se activa, reacciona y busca el pecho materno.

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

Una gran cantidad de estudios destacan que la alimentación en el infante determinará gran parte de su desarrollo psicológico. Como lo explica M. Klein (citada por Ajuriaguerra; 1973), en determinadas circunstancias el niño sufrirá la falta de alimento debido a que la madre no desea darle pecho o por falta de leche materna, haciendo que el neonato catalogue a éste como un pecho malo, o al contrario,

cuando el menor recibe la cantidad adecuada de leche para saciar su hambre, lo percibirá como un pecho bueno. Esta interacción entre el pecho malo (aquél que causa frustración y molestia) y el pecho malo (aquél que satisface las necesidades adecuadamente) puede alterar la psique del infante, lo cual se podrá observar en la edad adulta.

2.3.2 Alteraciones de la esfera oroalimenticia.

Cuando la esfera oroalimenticia es disfuncional, comienzan a presentarse algunas alteraciones que modifican el curso natural de proceso de ingesta, generando una interrupción y un deterioro en el sujeto que la experimenta.

Para Ajuriaguerra (1973) existen diversas alteraciones de la esfera oroalimenticia. En el infante, se pueden observar casos como el de la anorexia esencial precoz, la cual tiene un origen neurológico y se muestra con conductas de poca motivación hacia la comida.

Otro tipo de alteración dentro de esta esfera es la anorexia del segundo semestre, que se origina por las interrupciones paulatinas de leche materna para combinarla con otros alimentos, al cambiar el régimen, el niño el niño puede experimentar dos tipos de anorexia: la inerte, que ocurre cuando el infante no desea el alimento, no coopera o no muestra disposición para comer, y por otro lado, la anorexia de oposición, que ocurre cuando el infante no desea comer y la hora de la

comida se convierte en un campo de batalla debido a que el niño realiza berrinches, grita o patalea para no ingerir el alimento.

Por su parte L. Kreisler (mencionado por Ajuriaguerra; 1973) distingue dos tipos de anorexias, las cuales se presentan en el segundo semestre de vida:

- La anorexia simple: ocurre como respuesta al quitar la alimentación del pecho materno al infante, al cambio del régimen de ingesta o a algún incidente patológico, causando una anorexia de origen fisiológico, esto da pie a que existan algunas peleas entre madre e hijo por la oposición del infante y el empeño de la ella en que éste se alimente.
- La anorexia compleja: el alimentarse se vuelve más complejo para el niño, y la comida ya no tiene interés para él; esta anorexia tiene su origen en la interacción madre-hijo, aunque no se deben descartar alteraciones orgánicas.

2.4 Perfil de la persona con trastornos de alimentación.

En ocasiones resulta complicado conocer cuáles son los elementos que conforman la naturaleza que rodea a un individuo que padece algún trastorno alimenticio, debido a que cuando es detectable, es porque ya ha causado algún daño en su constitución psicológica o ha perturbado su personalidad.

Costin (2003) menciona que existen algunos factores que predisponen a los individuos para que padezcan algún trastorno alimenticio, los cuales son:

1. Problemas con la autonomía: ocurre en individuos pertenecientes a hogares con una educación rígida, donde se ponen las expectativas de otros por delante de las de sí mismo, donde se educa para seguir estereotipos sociales de rectitud o adecuación a las normas sociales, generando así percepciones de ineficacia para cumplir las demandas de los demás. La dificultad para combatir estas situaciones o darles solución genera que la persona esté más susceptible a adquirir un trastorno alimenticio. Entonces se interpreta erróneamente la delgadez como un signo de ser especial; mientras que hacer dieta y bajar de peso constituyen indicadores de autocontrol.
2. Déficit en la autoestima: cuando una persona experimenta alteraciones en la autoimagen tienden a crear versiones distorsionadas del concepto de sí misma dando como resultado baja autoestima. Dentro de las sociedades, la manera en la que se cataloga la autoestima tiende a diferir, dependiendo de la cultura y de la percepción de los estereotipos de imagen y belleza, haciendo que, cuando no se cumplen estos parámetros, las personas construyan juicios sobre la apariencia y sobre lo que los demás consideran valioso, generando con esto que la figura sea un importante elemento para lograr insertarse socialmente y que el individuo tienda a sentir baja autoestima.

3. Camino a la perfección y el autocontrol: la creencia distorsionada de que todo lo que se hace es insuficiente, genera frustración y sentimientos de inutilidad, lo que a su vez crea una tendencia hacia el perfeccionismo; esto, si es llevado a los terrenos de la imagen y la belleza desencadena un deseo por poseer un determinado tipo de cuerpo idealizado entre los jóvenes, sin importar el costo que se tenga que pagar. Por otra parte, existe una tendencia muy evidente a tratar de controlar cada aspecto de la vida del individuo y, por consiguiente, el cuerpo no es la excepción, de modo que se compensan algunas situaciones a través del control sobre el peso, hasta que dicha medida los lleve a la destrucción.

4. Miedo a madurar: generalmente, los trastornos alimenticios se experimentan durante la pubertad y la adolescencia, etapas de grandes cambios en los aspectos físico, psicológico y social. Estas situaciones tienden a complicar la vida de los individuos. Las disposiciones naturales del cuerpo tienden a elevar el peso del sujeto, lo cual genera confusión de saber si se lograra actuar adecuadamente ante estos cambios.

“Otro aspecto de ese temor a crecer, de ese mantenerse como niños, es que conservan un pensamiento infantil que se mueve entre los extremos: bueno o malo, todo o nada, obeso o delgado” (Costin; 2003: 78-79).

2.5 Causas del trastorno alimenticio.

Como ya se ha mencionado anteriormente, se pueden enumerar diferentes causas que desembocan en la existencia de un trastorno alimenticio. Para poder analizar su etiología, es necesario realizar una revisión sobre los factores que predisponen a las personas a experimentarlos, dividiendo estos factores primordialmente en individuales, familiares y socioculturales.

2.5 Factores predisponente individuales.

Para Ogden (2005) existen algunas teorías que analizan la manera en que las personas eligen un estilo alimenticio particular, éste será determinado por el aprendizaje, las creencias, las actitudes y la constitución psicofisiológica de la persona. También el individuo realiza una elección peculiar de alimentos de acuerdo con ciertos criterios personales y al significado social que la comida le represente: identidad social, sexo, problemáticas, control de sí mismo, socialización, amor, poder, religión y naturaleza.

De acuerdo con lo anteriormente mencionado, Helman (citado por Ogden; 2005) propone un sistema de clasificación de las comidas, el cual se divide de la siguiente manera:

- Lo comestible de lo no comestible: comprende aquellas cosas que pueden ser parte de la alimentación adecuada y aquellas que no lo pueden ser.

- Comidas de clasificación religiosa: aquéllas que según algunas religiones puede considerarse santas, pecaminosas o desagradables, dependiendo del culto religioso.
- Comidas que resultan opuestas: alimentos calientes versus alimentos fríos, comidas que favorecen o ayudan en el alivio de ciertas enfermedades según su utilización o consumo.
- Alimentos que se utilizan como tratamiento para algunas enfermedades, pero que también son de ingesta cotidiana.
- Comidas utilizadas para la interacción humana, para crear interacciones culturales, sociales o familiares.

Por otra parte, Ogden (2005) menciona que cada comida que se elabora suele tener un significado simbólico de comunicación que transmite contenidos culturales en las distintas áreas de los individuos que los ingieren. La autora divide este sentido en tres grupos:

1. Identidad personal: expresa la relación que hay entre la comida y los contenidos internos de los individuos acerca de la cultura y personalidad de los mismos. También se analiza el vínculo existente entre la comida y la sexualidad, haciendo un énfasis en como algunos tipos de alimentos están asociados al sexo y a rituales ligados a este ámbito, inclusive esta relación destaca la importancia biológica de supervivencia, ya que ambos son instintos básicos.

Por otro lado se aborda la idea del control que se ejerce sobre la comida en relación con la culpa que desencadena cuidar el peso, en función de negarse ciertos alimentos para lograrlo, o se genera culpabilidad frente a comidas que representan placer, como por ejemplo, los alimentos afrodisiacos o de alto contenido calórico, que pueden desencadenar emociones negativas en los individuos que las ingieren. A la vez, se destaca el papel de las dietas, que son la expresión o representan un símbolo de autocontrol.

2. Interacción social: la hora de la comida tiende a utilizarse como un motivo de reunión y de comunicación, debido a que tiende a ser la ocasión perfecta para dialogar, llegar a tener acuerdos, dar noticias importantes o realizar celebraciones; también ciertos alimentos se relacionan con la unión, el cariño o emociones fraternales, aunque en algunas situaciones, el dar este tipo de alimentos que en ciertas culturas no son tan saludables puede generar conflictos entre la salud y el placer. Por otra parte, la comida representa para algunas culturas un símbolo de dominio o empoderamiento, ya que dependiendo del estrato o posición sociocultural las comidas más costosas, elegantes o de porción mayor tienden a ser para los miembros más altos de la familia, como por ejemplo, el padre de la familia, el patriarca o la persona que posea un puesto importante.
3. Identidad cultural: la comida representa un símbolo importante para todas las sociedades, debido a que permite conocer elementos de la naturaleza de las conductas de los sujetos en relación con su cultura, religión y

actitudes sociales. En algunos países, los ritos religiosos asociados a la comida son de gran importancia social, debido a que representan tradiciones antiguas que se han pasado de generación en generación y que en la actualidad son parte de la identidad de los pueblos.

Finalmente, Ogden (2005) destaca que el tamaño y la constitución fisonómica de los individuos generan estereotipos sociales que a su vez se asocian con ciertas cuestiones positivas o negativas, por ejemplo, cuando una persona tiene sobrepeso tiende ser relacionada con algunas ideas como la falta de popularidad, deficiencias emocionales, poco éxito y debilidad. Por el contrario, cuando una persona tiende a estar en forma o delgada, su persona es asociada a cuestiones de control, éxito, libertad y el ser atractivo socialmente.

2.5.2 Factores predisponente familiares.

Costin (2003) menciona que existen algunos factores presentados en el contexto familiar que tienen gran influencia en la aparición y desarrollo de los trastornos alimenticios, éstos son:

- Ausencia de comunicación dentro de la familia.
- Poca preparación para resolver situaciones problemáticas.
- Padres con tendencia a la sobreprotección.

- Familias que presentan estilos rígidos de educación, que son poco flexibles para hacer frente a situaciones nuevas y con poca experiencia para adecuar reglas a los cambios de etapas del desarrollo de los hijos.
- Familias con falta de límites generacionales.
- Padres que generan expectativas muy altas sobre el desempeño de sus hijos.
- Historial familiar con antecedentes de trastornos depresivos y alcoholismo.
- Familias donde se presentan casos de abuso sexual o físico.

Por su parte, Rausch (1996) distingue algunos factores que son predominantes en las familias de personas con trastornos alimenticios, tal es el caso de aquellos núcleos que tienden a frenar los impulsos agresivos u hostiles de los hijos, esto debido a la inexperiencia para manejar o resolver problemáticas, lo que genera que se traten de ocultar las mismas a través de una falsa ilusión de equilibrio. Otro factor determinante que comparten las familias donde hay presencia de estos trastornos, es el de la constante comparación que realizan los padres de sus hijos, con otros, con esto les crean baja autoestima y desequilibrio psicológico.

Otro elemento de relevancia en la dinámica de las familias con integrantes que presentan patologías de índole alimenticia, es el de las fronteras que se establecen en la interacción que ocurre entre los miembros, debido a que éstas pueden resultar confusas, alteradas o suelen ser poco flexibles, esto se expresa en situaciones donde se invaden los espacios normales de los integrantes de la familia o se establecen reglas acerca de los horarios, generando rigidez en las normas. Por otro

lado, también existe el fenómeno de las jerarquías alteradas, en donde no existen reglas específicas de acuerdo con la edad de los sujetos dentro de las familias, por ejemplo, hogares donde los hijos se hacen a cargo de responsabilidades que les corresponden a los padres.

Finalmente, Rausch (1996) menciona que otra situación importante que se desarrolla en el entorno familiar de individuos con trastornos alimenticios, es el de las fallas de control, situación que es visible cuando los padres tienden a generar un control excesivo sobre los hijos, o se mantienen relaciones demasiado cercanas entre los miembros, dando como resultado la falta de independencia, que a su vez desencadena el funcionamiento alterado de la conducta filial.

2.5.3 Factores socioculturales.

El contexto cultural y social es una determinante de gran relevancia para el surgimiento de trastornos alimenticios, ya que el ambiente condiciona al sujeto en algunos casos a padecer estas patologías. Según Costin (2003), existen algunos prejuicios socioculturales en los cuales se otorga un mayor valor a la delgadez y se desprecia a la obesidad, debido a que los modelos o estereotipos han cambiado y la gente interioriza estas ideas. En algunos países, la sociedad otorga un papel de relevancia a la mujer que representa un estereotipo físicamente atractivo, esto es reforzado por los mensajes de los medios de comunicación, los cuales mandan esta idea constantemente a través de sus anuncios, tal es el caso de las nuevas tendencias que plantean un modelo de mujer perfecta que puede resolver todos los

problemas y llenar todas las expectativas, dando como resultado que cada vez más mujeres luchen por llenar este hueco, aunque se tenga que recurrir a un trastorno alimenticio para lograrlo.

Para algunos países, la delgadez está tomando una gran relevancia social debido a que representa un indicador de estatus social, por lo menos en el primer mundo. “El perseguir la delgadez nunca llevo a la felicidad. De hecho, cuanto más grave es el trastorno de la alimentación, más difícil es lograr los objetivos personales de bienestar y seguridad. Esto lo experimentan y lo confiesan todas las jóvenes, desalentadas por la inutilidad de tanto esfuerzo.” (Costin; 2003: 65).

Por otra parte, Costin (2003) menciona que existe una serie de prejuicios sociales que pueden llevar a los sujetos a generar un control rígido sobre su peso y forma corporal, expresados en función de la percepción social de la obesidad, estas ideas se argumentan de la siguiente manera:

- El pensamiento de que la gente con obesidad tiende a ingerir una mayor cantidad de alimentos que la gente sin sobrepeso.
- La idea de que los obesos poseen más alteraciones emocionales o psicológicas, en comparación con las personas que no tienen obesidad.
- La tendencia a pensar que el exceso de peso en las personas, aumenta su mortalidad.

- La creencia de que algunos regímenes alimenticios dietéticos, al utilizarse por mucho tiempo, serán satisfactorios.

Finalmente, Ogden (2005) menciona un factor de índole social que es determinante para la aparición de trastornos alimenticios en las personas: la percepción de la imagen corporal, que puede definirse como el concepto que tienen las personas sobre su cuerpo, el cual es formado a nivel mental y que hace que los individuos generen actitudes o sentimientos acerca de sí mismos, y que bajo algunas circunstancias de percepciones culturales, hacen que éstas se vuelvan negativas y que el sujeto experimente insatisfacción de su cuerpo.

2.6 Percepción del cuerpo en el trastorno alimenticio.

Para Ogden (2005), las personas que experimentan un trastorno alimenticio poseen una imagen distorsionada de sus cuerpos, esto debido a algunas situaciones o perspectivas como las siguientes:

- 1) Percibir el cuerpo como si estuviera deformado: se tienen pensamientos negativos acerca de la constitución física del individuo, como si ésta fuera más grande de lo que en realidad es o como si distara mucho del estereotipo adoptado.
- 2) La existencia de una discordancia entre lo ideal y lo real en relación con el tamaño, forma o silueta corporal.

- 3) La calificación negativa de su cuerpo por parte del sujeto, el cual desaprueba la imagen de sí mismo; esto, según estudios realizados, lo experimentan más aquellas personas que realizan dietas.

Ogden (2005) menciona que el fenómeno de la insatisfacción corporal es una situación que genera alteraciones en varias áreas del acontecer biopsicosocial de los sujetos, afectando principalmente las siguientes:

- El género: las mujeres tienden a tener mayor preocupación por su imagen corporal o por algunas zonas de su cuerpo que, según ellas, no alcanzan la proporción ideal, en comparación con los hombres; éstos, por su parte, resultaron con menos insatisfacción en la forma de sus cuerpos, más bien lo que les preocupaba un poco era su estado físico, su fortaleza y volumen corporal.
- La edad: la población que más se ve afectada por la poca satisfacción con su cuerpo es la adolescente, aunque estudios recientes han demostrado que comienza a haber preocupación por parte de los niños. También los adultos mayores tienen una tendencia a preferir estar delgados, sólo una parte de la población joven estaba de acuerdo con la forma de su cuerpo.
- La sexualidad: el grado de aceptación corporal, para algunas investigaciones recientes, tiende a variar según la preferencia sexual, por ejemplo, las lesbianas tienden a no preocuparse tanto por su imagen corporal, mientras

que los hombres homosexuales suelen inquietarse un poco más por la apariencia física que los heterosexuales.

- **Carácter étnico:** algunos grupos raciales tienden a generar mayor inconformidad con el estado de sus cuerpos, por ejemplo, las mujeres adultas blancas, en comparación con las mujeres adultas asiáticas y negras. Aunque las niñas asiáticas y las de raza negra presentaban una propensión mayor a la delgadez.
- **Clase social:** estudios recientes han demostrado que las personas que sienten menos satisfacción por sus cuerpos son las pertenecientes a los estratos socioeconómicos altos.

“En resumen, podemos conceptualizar la insatisfacción corporal como una deformación del volumen corporal en comparación con una medida objetiva del volumen, como una discrepancia entre el ideal y la percepción del volumen corporal real o simplemente como los sentimientos y pensamientos negativos con respecto al cuerpo” (Ogden; 2005:105).

Como efecto de lo anterior, Ogden (2005) menciona que existen algunos factores que originan la falta de satisfacción en relación con el cuerpo, entre ellos, los de índole social y los de origen psicológico. Con respecto a los primeros, se distinguen tres elementos primordiales: los medios de comunicación, debido a que promocionan y crean una imagen del cuerpo ideal, relacionando todo con la delgadez; en segundo término está la cultura, debido a que como se mencionaba anteriormente, algunos grupos étnicos y estratos sociales tienden a tener mayor

descontento con el volumen o forma en sus cuerpos, debido a que algunas culturas tienden a copiar e implantar modelos corporales de otras; finalmente, la incidencia de la familia reside en que en algunos hogares, las madres que experimentan insatisfacción corporal tienden a transmitir estos patrones a las hijas.

En relación con los factores psicológicos, las ideologías culturales de la familia pueden afectar el grado en que los integrantes aceptan y valoran sus cuerpos o los desaprueban, también las interacciones entre los integrantes de las familias son un factor que desencadena en este mismo fenómeno, ya que algunas relaciones de apegos o de naturaleza patológica, alteran la percepción del sujeto y dan como resultado esta situación.

Finalmente, las consecuencias que trae consigo la insuficiente satisfacción corporal pueden presentarse a través de conductas relacionadas con el perder peso rápidamente, como el restringir los alimentos en la propia dieta, el realizar mayor ejercicio de lo comúnmente esperado o incurrir en operaciones estéticas para modificar su apariencia. En los peores casos la insatisfacción corporal puede culminar en patologías de la percepción del cuerpo, como es el caso del trastorno de la imagen corporal que en algunos sujetos se puede expresar en diferente manera: “La primera es perceptual, y se refiere al grado de exactitud o, en este caso, de no exactitud con que la paciente estima sus dimensiones corporales. La segunda implica el componente afectivo o emocional; se refiere a pensamientos y actitudes respecto al propio cuerpo e indirectamente al grado de satisfacción o insatisfacción con éste.” (Jarne y Talarn; 2000: 144).

2.7 Factores que mantienen los trastornos alimenticios.

Para Costin (2003) existen algunos elementos que pueden hacer que las patologías de índole alimenticia se extiendan o perduren con el paso del tiempo, a estos componentes les denominó factores perpetuantes, los cuales pueden dividirse en dos: las prácticas del control de peso y la obsesión por la dietas.

Para explicar el desarrollo de los conceptos anteriormente mencionados, se utilizó como ejemplo un experimento realizado en Estados Unidos, en el estado de Minnesota, alrededor de los años cuarenta, el cual se realizó para disminuir la cantidad de calorías que ingería un grupo de 36 sujetos masculinos. La investigación fue realizada en tres fases: la primera parte del análisis constó de dar porciones similares a las que regularmente comían los individuos y se checaba su respuesta conductual y alimenticia, en un periodo de tres meses. En la segunda etapa, la cual tuvo una duración de seis meses, los alimentos otorgados a la población estudiada se redujeron en un cincuenta por ciento, lo cual desencadenó que los integrantes del grupo perdieran hasta un veinticinco por ciento de su peso. Finalmente, en última parte del proceso, los sujetos volvieron a ingerir los mismos alimentos que ellos comían antes de iniciar el experimento.

A través del análisis de los resultados de la investigación, Costin (2003) menciona que la alimentación deficiente puede tener consecuencias en varias esferas de la vida del ser humano, particularmente en los aspectos: psicológico, cognitivo, social y fisiológico, que se explican de la siguiente manera:

- A nivel psicológico: a varios de los sujetos de la investigación anteriormente mencionada les ocurrió un desajuste emocional, su estado de ánimo se vio alterado, su autoestima decayó, sus pensamientos se volvieron negativos y obsesivos en algunos casos.
- De orden cognitivo: algunos de los individuos del experimento presentaron alteraciones en su capacidad para concentrarse y para generar comprensión, igualmente, sus estados de atención se vieron distorsionados.
- En relación con lo social: algunos integrantes del grupo comenzaron a volverse introvertidos y ensimismados, cuando antes eran personas sociales y expresivas, además, había una incomodidad al momento de tener actividades en conjunto con otros y sus intereses en relación con el área sexual y afectiva disminuyeron.
- En el área fisiológica: los participantes del evento sufrieron alteraciones en algunos órganos y sistemas de sus cuerpos. Por ejemplo: dolores de cabeza, complicaciones gástricas, alteración de los sentidos de la vista y audición, sensibilidad a elementos visuales, alopecia, dolores musculares, alteraciones metabólicas y cardiovasculares, sed intensa y entumecimiento de partes del cuerpo. “Es muy importante entender que cuando la ingesta es menor a la necesaria para el funcionamiento general del organismo, automáticamente y como una forma de adaptarse, el cuerpo va a quemar menos calorías por medio de la disminución del metabolismo basal, que es el que se ocupa de estas funciones mientras descansamos.” (Costin; 2003: 101).

Además, la autora citada menciona que cuando un régimen alimenticio se vuelve muy restrictivo, el individuo genera esquemas mentales que lo relacionan con la comida constantemente, generando hábitos y obsesiones en relación con la comida, lo cual genera una psicopatología. Por otra parte, se concluye en que la verdadera adicción está enfocada hacia la dieta, no hacia el alimento mismo, y que en ocasiones se realizan acciones incongruentes que vuelven la alimentación más rígida con tal de lograr resultados, aun cuando se pone en riesgo la salud de la persona.

2.8 Trastornos mentales asociados a los trastornos alimenticios.

Para Jarne y Talarn (2000) las patologías de índole alimenticia suelen aparecer dentro de diversos trastornos psicológicos, aunque su brote es efímero y en ocasiones desaparecen rápidamente, se pueden encontrar en distintas enfermedades como la esquizofrenia, fobias, manías, trastorno obsesivo – compulsivo, depresión y ansiedad.

Dentro de la esquizofrenia, mencionan los autores citados que los trastornos alimenticios se presentan a través de repeler la comida, en el caso de los pacientes con esquizofrenia catatónica. También en los sujetos delirantes existe rechazo alimenticio, ya que se tiene la idea de que la comida está envenenada, o tiene algo nocivo. En los individuos que poseen esta enfermedad a nivel crónico se presentan conductas donde aparecen patologías como la coprofagia y la pica.

Para Jarne y Talarn (2000), en los pacientes con fobias, las patologías alimenticias se observan en aquellas aversiones a ingerir cierto tipo de alimentos, al miedo a comer algo que pueda posteriormente causar asfixia, o a consumir cierta clase de comidas, ya sean sólidas o líquidas. En relación con los pacientes con manías, cuando ocurre una fase crónica de este trastorno, se puede perder la necesidad de comer por periodos prolongados de tiempo, o por el contrario, se puede pedir una cantidad exagerada de comida, aunque el acto de alimentación sea equilibrado. Dentro del trastorno obsesivo compulsivo, se pueden observar casos donde los individuos tienden a controlar meticulosamente las comidas que realizan, y también la aparición de ideas de suciedad y contaminación en alimentos puede alterar la ingesta normal. En relación con la depresión y ansiedad, serán explicadas en el posterior apartado.

Kirschman y Salgueiro (2002) mencionan que los trastornos alimenticios pueden observarse clínicamente como patologías multidimensionales, que pueden aparecer en ocasiones en conjunto con otras enfermedades, generando que su diagnóstico pueda llegar a ser complejo para los profesionales de la salud.

Un factor determinante dentro de las patologías de índole alimentaria, es la presencia de agentes neurobiológicos, los cuales son los responsables de la aparición de ansiedad o depresión dentro de los trastornos alimenticios, uno de ellos es el neurotransmisor llamado serotonina, la cual se relaciona con distintos síntomas psicológicos de estas alteraciones, como son los cambios emocionales, ideación suicida, impulsividad, violencia y ansiedad. De la misma manera, la serotonina actúa

como una barrera que frena algunas respuestas conductuales, a la vez, tiende a modular la conducta motriz en los individuos. Cuando se alteran de manera sináptica las vías centrales serotoninérgicas, se puede incurrir en ciertas conductas con atracones, purgas, depresión o desequilibrio emocional, presentes en pacientes con trastornos alimenticios.

2.8.1 Trastornos alimenticios y depresión.

Dentro de las investigaciones realizadas por Kirszman y Salgueiro (2002), estas autoras descubrieron que existen antecedentes que hablan de la anorexia nerviosa como una representación de melancolía en la pubertad, esto está sustentado por investigaciones realizadas por Freud. Posteriormente, en los años 40 comenzaron a presentarse los primeros casos donde se asociaba la anorexia nerviosa con la depresión.

Algunos estudios realizados como el realizado por Crisp (citado por Kirszman y Salgueiro; 2002), permitieron determinar que la depresión era un elemento secundario a los trastornos alimenticios debido a que con la aparición de estas patologías, el paciente desarrollaba síntomas de baja autoestima. Sin embargo, conclusiones tomadas por más estudios destacaron que muchas perspectivas apuntan a que sí existe un grado de correlación significativo entre las patologías de índole alimenticia y los trastornos afectivos (depresión). “Los trastornos alimenticios se ubican en un terreno invaluable para el estudio del diagnóstico de la depresión, puesto que van acompañados de cambios físicos. La inanición y también la

hiperfagia, aunque en menor medida, producen en sí mismas cambios fisiológicos y psicológicos que se asemejan a los que aparecen en la depresión” (Kirschman y Salgueiro; 2002: 125)

Por su parte, Casper (citado por Kirschman y Salgueiro; 2002) menciona que al realizar un contraste entre los síntomas psicológicos, fisiológicos, conductuales y emocionales encontrados en la anorexia nerviosa, frente a la depresión mayor, se encontraron las siguientes conclusiones:

- Los estados de disforia, el auto-reproche, la valoración negativa de sí mismo, las conductas obsesivas y el retraimiento en las relaciones interpersonales, eran síntomas encontrados en ambas patologías.
- Algunos síntomas físicos son parecidos en ambos trastornos, debido a que ocurre un adelgazamiento del peso corporal en los sujetos.

En relación con la bulimia nerviosa y la depresión mayor, no hay una clara correlación debido a que los síntomas resultaron ser, en algunos casos de pacientes estudiados, distintos o secundarios a las conductas bulímicas. Finalmente, se concluye que “los pacientes más adecuados para estudiar la vinculación entre trastornos de la alimentación y los trastornos del estado de ánimo, serían aquéllos con historia personal y familiar positiva para trastornos afectivos, aquéllos en los cuales el trastorno del estado de ánimo procede inmediatamente al trastorno alimentario, aquellas pacientes con anorexia crónica que no responden a

tratamientos habituales y aquellas pacientes con bulimia nerviosa que presentan rasgos de depresión atípica” (Kirschman y Salgueiro; 2002: 129).

2.8.2 Trastornos alimenticios y ansiedad.

Kirschman y Salgueiro (2002) mencionan que la ansiedad es un factor determinante dentro de los trastornos alimenticios, ya que según estudios realizados en personas con anorexia y bulimia nerviosa, primero se experimentaron síntomas de trastornos de ansiedad antes de diagnosticar una patología de índole alimenticia.

En los estudios realizados por Schwalberger (citados por Kirschman y Salgueiro (2002) en cuatro grupos de personas: con bulimia nerviosa, con trastornos de atracón, con trastorno de pánico y con fobia social, al correlacionar sus casos con la depresión, ansiedad y uso de sustancias, se generaron datos interesantes, como el hecho de que la mayoría de ellos experimentaron a lo largo de su vida mucha ansiedad y miedo intenso a la evaluación social.

Para Kirschman y Salgueiro (2002), las investigaciones realizadas sobre el efecto de la ansiedad en la alimentación han generado cuatro teorías para explicar la relación entre estos fenómenos:

- Teoría de la restricción: señala que los individuos que tienden a restringir sus alimentos, desarrollan pautas alteradas de alimentación debido a la ansiedad

que genera el tratar de generar un control sobre sí mismos. El estrés genera reacciones fisiológicas que dan como resultado la supresión del hambre.

- Modelo de límites: el alimentarse adecuadamente, genera pautas que mantienen al sujeto entre dos niveles: el hambre y la saciedad. Si no se experimentara cualquiera de éstos, la indiferencia sería un tercer nivel. “El modelo de los límites o fronteras sugiere que la supresión de la alimentación ejercida por la ansiedad o el estrés, se produce en individuos hambrientos o deprivados, pero no en aquellos que se encuentran en la zona de indiferencia.” (Kirszman y Salgueiro; 2002: 145).
- Teorías funcionales: estas teorías afirman que el alimentarse puede generar en el sujeto un estado de comodidad, ya que puede servir como un distractor ante sus problemáticas. Por lo tanto, el comer excesivamente puede servir como una acción para atribuir su malestar a la sobreingesta. Sin embargo, esta comodidad es temporal, debido a que después sobrevendrá de nuevo la insatisfacción y dará como resultado mayor ansiedad.
- Teoría de la ligadura a los estímulos externos: considera que la sobreingesta en personas con obesidad no es funcional, ya que en presencia de alimentos suculentos, llevará al dietante a comer excesivamente.

En conclusión, todas las teorías afirman que hay una relación muy estrecha entre los trastornos alimenticios y la ansiedad causada por distintos factores.

2.9 Tratamiento de los trastornos alimenticios.

Para abordar el tema del tratamiento para las patologías de índole alimenticio, es necesario reunir varios enfoques multidisciplinarios, los cuales aporten soluciones a los distintos factores biopsicosociales que engloban a esta enfermedad. Rausch (1997) menciona que la mayoría de las corrientes enfocadas al estudio del tratamiento plantean soluciones que integran una orientación de trabajo de un equipo de profesionales de la salud enfocados a modificar las connotaciones relacionadas al peso, figura y la cognición de los sujetos que enfrentan este padecimiento, así como realizar una exploración de su entorno.

2.9.1 Tratamiento de la anorexia nerviosa.

Para Jarne y Talarn (2000), un programa de tratamiento integral debe abordar distintos factores, desde múltiples puntos de vista como los siguientes:

- 1) Recuperación ponderal: se enfoca en generar una rehabilitación enfocada a corregir las pautas nutricionales, y a evaluar las secuelas psicológicas, sociales y familiares que la enfermedad dejó.
- 2) Tratamiento dietético: se realiza para determinar si el paciente necesita una dieta con el contenido adecuado de calorías y proteínas de acuerdo con sus necesidades nutrimentales.
- 3) Tratamiento psicológico: es un elemento primordial de la recuperación del sujeto, en ocasiones las intervenciones psicoterapéuticas en etapas

crónicas de la enfermedad resultan inútiles, sin embargo, el papel de la terapia de reforzamiento, algunas técnicas de relajación y las indicaciones psicoeducativas, aunadas a elementos retomados por la terapia cognitivo – conductual, son fundamentales para generar un cambio en la forma de pensar del paciente.

- 4) Tratamiento farmacológico: consiste en la administración de medicamentos que ayuden a contrarrestar los efectos físicos y psicológicos de la enfermedad.
- 5) Terapia familiar: la familia suele ser un factor determinante en el tratamiento debido a que es un apoyo y base que fortalecen la intervención, los integrantes deben ser conscientes de la naturaleza de la enfermedad y todas sus repercusiones, así como del tipo de tratamiento que será utilizado con el paciente.

2.9.2 Tratamiento de la bulimia nerviosa.

Para Jarne y Talam (2000), los objetivos terapéuticos del tratamiento de la bulimia nerviosa se pueden resumir de la siguiente manera:

- 1) Restablecimiento de los modelos de nutrición normal.
- 2) Recuperación física: estabilizar el peso, rehidratar y normalizar los electrolitos y corregir algunas anomalías físicas como el reflujo gástrico, daño en la mucosa digestiva, dilatación estomacal, deterioro dental e inflamación parótida.

- 3) Normalización del estado mental: restablecer el estado de ánimo, hacer intervención si se presentan trastornos de la personalidad, prohibir el abuso de sustancias y corregir la utilización de pensamientos erróneos.
- 4) Restablecer relaciones familiares: generar mayor participación, mejor comunicación y restablecimiento de modelos y roles dentro de la familia.
- 5) Corregir las pautas de interacción social alteradas: consiste en la aceptación de la enfermedad, afrontar fracasos, generar responsabilidad, vencer la impotencia y no buscar marcos sociales que denigren.

Para lograr que estos objetivos se logren adecuadamente, es necesaria la participación de un equipo multidisciplinario que evalúe el caso y puede determinar un tratamiento adecuado, además de que la familia es también un elemento primordial en el mismo.

De acuerdo con Rausch (1997), existen diversos tipos de enfoques psicoterapéuticos que pueden abordar las problemáticas presentadas dentro de los trastornos alimenticios, sin embargo, de acuerdo con estudios realizados al modelo cognitivo conductual, a la terapia familiar e individual, mencionan que estas alternativas han otorgado mayores resultados en la intervención de estas patologías:

- Modelo cognitivo conductual.

Rausch (1997) asevera que este tratamiento enfoca sus intervenciones al pensamiento, emoción y comportamiento manifiesto del paciente, propiciando con esto que el sujeto examine la validez de su creencia en el presente.

Bajo esta perspectiva psicoterapéutica se evalúa sistemáticamente si los procesos cognitivos del paciente son funcionales, el fin de modificar los inadecuados y encontrar otros que ayuden al sujeto a equilibrar su pensamiento.

- Terapia familiar.

El objetivo primordial de esta intervención consiste en modificar patrones alterados en las interacciones o estructura de la familia del paciente con trastornos alimenticios. Se analiza a la familia desde un enfoque biopsicosocial, en el cual se evalúa el funcionamiento, las respuestas, la viabilidad para lograr metas, adaptación a situaciones y lugares, la calidad en las relaciones, roles y funciones y finalmente, los subsistemas dentro de las familias. Una vez hecha esta evaluación, se comienza con la aplicación de técnicas.

- Terapia individual.

Una vez trabajado el ámbito familiar en terapia, el sujeto pasa a un tratamiento individual, la cual comienza con un interrogatorio minucioso acerca del paciente, aplicación de tests y exámenes clínicos para elaborar un diagnóstico acertado de la enfermedad. Posteriormente, se realiza un entrevista de devolución diagnóstica

donde se le explican al paciente los resultados de la evaluación. Una vez realizado esto, se determinará si es necesario hospitalizar o medicar. Un equipo multidisciplinario evalúa el caso y se establece un diagnóstico y un tratamiento.

Una vez analizados y expuestos los distintos aspectos que involucran los trastornos alimenticios, queda construido el marco teórico de esta investigación. A continuación se dará paso a revisar la metodología utilizada para la indagación de campo.

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Una vez expuesto el marco teórico, donde se realizó una descripción extensa de las variables de la investigación, se procederá, en primera instancia, a detallar el proceso metodológico empleado, para posteriormente describir los resultados obtenidos y las conclusiones a las que se llegaron de acuerdo con los objetivos planteados.

3.1 Descripción metodológica.

En el siguiente apartado se expondrán concretamente cada una de las estructuras utilizadas como soporte técnico de la investigación presente: el enfoque cuantitativo como lineamiento general, el diseño de investigación no experimental, la extensión de tipo transversal, el alcance correlacional y, finalmente, las técnicas e instrumentos utilizados en la recolección de datos.

3.1.1 Enfoque cuantitativo

En la presente indagación se tomó como estructura metodológica el enfoque cuantitativo, el cual, según Hernández y cols. (2010), posee las siguientes características:

- 1) Se plantea una problemática de manera específica y definida.
- 2) Se reúne literatura sobre el fenómeno a estudiar, se revisa a detalle y a partir de ello se construye un marco teórico, el cual representa una guía para el estudio, de lo cual se establecen hipótesis, las cuales serán sometidas a prueba a través de diseños de investigación apropiados, los cuales corroborarán si las hipótesis son viables en relación con la teoría que se sustenta: si no son viables, se descartan y, por el momento, también la teoría.
- 3) Se establecen las hipótesis de la investigación.
- 4) Se inicia la recolección de datos y se miden las variables a través de procedimientos estandarizados y aceptados por la comunidad científica.
- 5) Los datos obtenidos de la medición se expresan con números y deben analizarse a través de métodos estadísticos.
- 6) El proceso debe tener un control estricto para lograr que otras explicaciones distintas o rivales a la hipótesis que plantea el estudio, sean desechadas y se minimice el margen de error.
- 7) Los análisis cuantitativos se interpretan en relación con las hipótesis y la teoría que los fundamenta. Esta interpretación constituye una explicación de cómo los datos se contrastan con el conocimiento existente.
- 8) La investigación debe ser lo más objetiva posible, no se debe afectar por el investigador y sus creencias, deseos o tendencias.
- 9) Estos estudios siguen un patrón predecible y estructurado, se debe tener en cuenta que cualquier decisión que se realice en relación con el estudio debe ser antes de la recolección de datos.

- 10) Los resultados de la investigación se pretenden generalizar a través de lo encontrado en un grupo o segmento, denominado muestra, o una colectividad mayor, llamada universo o población. También se busca que los estudios efectuados puedan replicarse.
- 11) La finalidad de los estudios cuantitativos es intentar explicar y predecir fenómenos, buscando conexiones y particularidades entre los elementos, lo cual tiene como meta principal la construcción y demostración de teorías.
- 12) Los datos obtenidos de la investigación poseen estándares de validez y confiabilidad, y las conclusiones derivadas contribuirán a la generalización de conocimiento.
- 13) La investigación utiliza la lógica o razonamiento deductivo, que va desde la teoría y deriva en expresiones lógicas denominadas hipótesis, las cuales se someten a prueba.
- 14) La investigación cuantitativa pretende identificar leyes universales y causales.
- 15) La búsqueda cuantitativa se da en un ambiente externo al sujeto, esto le permite tanto conocer como reconocer la realidad con esta aproximación a la investigación.

3.1.2 Investigación no experimental.

Se puede definir a la investigación no experimental como los “estudios que se realizan sin manipulación deliberada de variables y en los que sólo se observan los

fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos” (Hernández y cols.; 2010: 149).

Dentro de los estudios no experimentales se observan situaciones o contextos ya existentes, y no ocurre la manipulación de variables, ya que no se controlan o se influye sobre las mismas, no hay condiciones o estímulos a los cuales se exponga la población estudiada, además, la investigación no experimental lleva un control menos riguroso que la experimental, asimismo, este diseño de investigación tiende a ser más natural o cercano a la realidad cotidiana.

A través de primeras observaciones de un fenómeno, se pueden comenzar a generar hipótesis y objetivos para constituir investigaciones de tipo no experimental, ya que en la investigación experimental esto sería imposible.

3.1.3 Diseño transversal.

“Los diseños de investigación transeccional o transversal recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado”. (Hernández y cols.; 2010: 151).

Podría decirse que en los diseños transeccionales se da un corte en el tiempo, donde se explora cómo afecta una variable a determinada población o grupo, a diferencia de los estudios longitudinales, donde durante un lapso prolongado se estudia un fenómeno para examinar sus cambios.

3.1.4 Alcance correlacional.

Según Hernández y cols. (2010), los estudios correlacionales tienen como propósito analizar la relación existente entre dos o más variables, para conocer en qué manera o grado una afecta a la otra, todo dentro de una población con características similares. El proceso para observar la correlación se da a través de la medición de cada una de ellas, en los resultados se puede observar si existe una posible vinculación de las mismas. Estas conexiones entre variables se sustentan a través de hipótesis, las cuales son sometidas a prueba.

“La utilidad principal de los estudios correlacionales es saber cómo se puede comportar un concepto o una variable al conocer el comportamiento de otras variables vinculadas. Es decir, intentar predecir el valor aproximado que tendrá un grupo de individuos o casos en una variable, a partir del valor que poseen en la o las variables relacionadas.” (Hernández y cols.; 2010: 82).

Las correlaciones entre variables pueden ser positivas o negativas; las primeras se dan cuando los valores o resultados de una variable que son altos, también aparecen altos en la segunda variable. Las negativas se dan cuando los resultados altos de una variable, aparecen bajos en la segunda variable analizada. También existen casos en los que no hay correlación entre variables, esto quiere decir que ambas siguen su curso natural sin afectarse una a la otra. Si están vinculadas y se conoce el grado en que una impacta a la otra, podrá determinarse el valor aproximado que tendrá en la población, al saber qué valor tiene la otra.

3.1.5 Técnicas de recolección de datos.

Las técnicas de recolección de datos usadas en esta investigación fueron de tipo estandarizado, estos recursos se caracterizan por poseer una validez y confiabilidad aprobada por la comunidad científica, además que son pruebas construidas por especialistas del área con la finalidad de medir determinadas variables. “En la actualidad existe una amplia diversidad de pruebas e inventarios desarrollados por diversos investigadores para medir un sinnúmero de variables. Estas pruebas tienen su propio procedimiento de aplicación, codificación e interpretación, además se encuentran disponibles en diversas fuentes secundarias y terciarias, así como en centros de investigación y difusión del conocimiento.” (Hernández y cols.; 2010: 22).

Para la medición de la variable estrés se utilizó la prueba CMAS-R (Escala de ansiedad manifiesta en niños, revisada), subtitulada “Lo que pienso y siento”, creada por Cecil R. Reynolds y Bert O. Richmond (1997). Éste es un instrumento de autoinforme que consta de 37 reactivos, diseñado para valorar el nivel y naturaleza de la ansiedad en niños y adolescentes de 6 a 19 años de edad. Esta prueba puede ser aplicada de manera individual o colectiva; las opciones de respuesta son “S” y “No”.

La prueba CMAS-R califica cinco puntajes. La puntuación de ansiedad total se basa en 28 reactivos de ansiedad. Éstos están divididos en tres subescalas: ansiedad fisiológica, inquietud/hipersensibilidad y preocupaciones sociales/

concentración. Los nueve reactivos que restan están destinados a medir el índice de Mentira del sujeto.

En relación con la confiabilidad de la prueba “Como una medida de consistencia interna de la CMAS-R se calculó el coeficiente alfa (Cronbach, 1984). Los valores obtenidos fueron similares a los hallados en la versión original: .76 para la puntuación de Ansiedad total (.82 para niñas y .70 para varones), .61 para Ansiedad Fisiológica, .66 para Inquietud/Hipersensibilidad y .58 para Preocupaciones sociales/Concentración.” (Reynolds y Richmond; 2011: 60) Tales coeficientes indican que el instrumento es confiable.

Dentro de la presente investigación se utilizó este instrumento para medir el estrés, debido a que la ansiedad es el principal indicador psicológico de este fenómeno.

Por otra parte, para la medición de la variable de trastornos alimentarios se utilizó el instrumento de evaluación EDI-2, Inventario de Trastornos de la conducta alimentaria, creado por David M. Gardner (1988).

Esta prueba fue creada con el fin de analizar y evaluar algunos síntomas que acompañan a la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. Este inventario fue diseñado para ser aplicado de manera individual o grupal, está compuesto por 11 escalas establecidas para detectar rasgos clínicamente relevantes en los casos de trastornos alimentarios, las cuales son: obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción

corporal, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva, miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad e inseguridad social. Las opciones de respuesta que da la prueba son “Nunca”, “Pocas veces”, “A menudo”, “Casi siempre” y “Siempre”.

La confiabilidad del instrumento fue obtenida por medio de un procedimiento estadístico del cual se obtuvo un coeficiente de consistencia interna denominado Alfa de Cronbach, con un índice de confiabilidad de 0.80, de igual manera, para concretar la validez de la prueba se realizaron cuatro procedimientos: validez de contenido, de criterio, concurrente y de constructo. El resultado del análisis concluye que la prueba posee la validez necesaria.

3.2 Población y muestra

Para Selltiz, “una población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones” (citado por Hernández y cols.; 2010: 174). Es decir, cuando se habla de este término se hace referencia a una agrupación que posee características específicas, las cuales, como es el caso, serán efecto de una investigación. En el presente apartado se procederá a realizar una descripción de la población, así como de la muestra donde se realizó el proceso de indagación.

3.2.1 Delimitación y descripción de la población.

La presente investigación se realizó en el Escuela Preparatoria Casa del Niño Padre Ochoa A.C., la cual está ubicada en Calle del Niño No. 11, en la colonia Casa

del Niño, en la ciudad de Uruapan, Michoacán, México. La institución cuenta con una población total de 410 alumnos que oscilan entre los 15 y los 18 años de edad, los cuales poseen un nivel socioeconómico medio. La gran mayoría de los estudiantes procede de la misma ciudad donde se encuentra la institución, el resto proviene de poblados cercanos a la misma.

3.2.2 Proceso de selección de la muestra.

En lo que concierne a la muestra, se puede definir como “un subconjunto e elementos que pertenecen a ese conjunto definido en sus características al que llamamos población” (Hernández y cols.; 2010: 175). Se puede decir que la muestra es una extracción que se realiza a un grupo para poder ser sometida a estudios o a la exposición de variables dentro de una investigación.

El tipo de muestra utilizado en este proceso fue de tipo no probabilístico o dirigido, el cual selecciona las unidades de análisis de acuerdo con los requerimientos del investigador y a los criterios de la investigación.

Para la presente investigación, se seleccionó a los alumnos del segundo semestre (primer año) de preparatoria, el cual posee un total de 136 alumnos de ambos sexos, los cuales al momento de la recolección de datos se encontraban cursando el ciclo escolar 2011-2012, y cuyas edades oscilan entre los 15 y los 17 años.

La muestra estuvo conformada de la siguiente manera: en el grupo “A” se requirió de 10 hombres y 34 mujeres, en el grupo “B” se tomaron 20 hombres y 20 mujeres, por último, en el grupo “C”, 24 hombres y 17 mujeres; en total, la muestra estuvo conformada por 54 hombres y 71 mujeres, dando un total de 125 individuos de entre los 15 y los 17 años.

3.3 Descripción del proceso de investigación.

El proceso de la indagación se dio en distintas etapas:

- 1) Se consideró importante realizar una investigación sobre el tema debido a que el fenómeno a estudiar, se comienza a presentar de manera alarmante dentro de la sociedad, además de que dentro de la población estudiada se han realizado pocas investigaciones sobre el tema.
- 2) Se seleccionó una institución donde se realizó la investigación. Primeramente, se solicitó el permiso a los directivos de la escuela para la selección de estudiantes, los cuales participarían en la investigación y en la aplicación de pruebas, enseguida se estableció una fecha para dicho suceso.
- 3) Se realizaron las hipótesis de investigación, así como los objetivos de la misma, los cuales pretendían verificar si existía una relación significativa entre las dos variables a estudiar.

- 4) Se elaboraron dos capítulos teóricos, en los cuales se estructuró la información de forma concreta con el fin de conocer la naturaleza de ambas variables y abordar sus principales elementos teóricos.
- 5) Se seleccionó la muestra: alumnos del primer grado de preparatoria (segundo semestre), a los cuales se les aplicaron dos pruebas, ambas de manera grupal, primeramente CMAS-R y posteriormente EDI-2. La aplicación tuvo un tiempo estimado de 40 minutos, la atmosfera del grupo fue tranquila.
- 6) Las pruebas aplicadas fueron calificadas y los datos obtenidos fueron sometidos a un análisis estadístico, para lo cual se requirió la ayuda del programa informático Microsoft Excel, con el cual se buscó conocer la correlación estadística entre ambas variables.

Una vez establecida la estructura metodológica de la investigación, así como los instrumentos de evaluación y la delimitación de la población y muestra, se procedió a realizar un análisis de los resultados, los cuales se presentan en el siguiente subtema.

3.4 Análisis e interpretación de resultados

En el presente apartado se da paso a la exposición de los resultados que arrojó el proceso de investigación general. La secuencia para su explicación se estructura de la siguiente manera: primeramente se analizan los referentes a la variable estrés, posteriormente se revisan los encontrados en la variable de trastornos alimenticios, finalmente se presentan los datos encontrados en la correlación para determinar el grado existente de la misma, y poder así realizar las interpretaciones psicológicas pertinentes.

3.4.1 El nivel de estrés en los alumnos de la preparatoria del Colegio Casa del Niño.

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

Respecto a los datos encontrados en la investigación, los cuales fueron obtenidos de la aplicación de la prueba CMAS-R, se encontró que el nivel de ansiedad total encontrado tuvo una media de 61. La media es una medida de tendencia central descrita por Hernández y cols. (2010) como la suma de un conjunto de datos dividida entre el número de medidas.

Por otra parte, al realizar un análisis de la mediana, que es definida como el valor medio de un conjunto de valores ordenados: el punto abajo y arriba del cual cae un número igual de medidas (Hernández y cols.; 2010), se obtuvo un resultado de 63.

De igual manera la moda, que es una medida que indica el valor ocurrido con mayor frecuencia en un conjunto de observaciones, según lo descrito por Hernández y cols. (2010), obtuvo un valor dentro de esta investigación de 84.

En relación con las medidas de dispersión, dentro de esta indagación se decidió analizar la desviación estándar, la cual muestra la raíz cuadrada de la suma de las desviaciones al cuadrado de una población dividida entre el total de observaciones (Hernández y cols.; 2010), la cual resultó con un valor de 25.

En relación con la segunda escala de ansiedad, medida por la prueba CMAS-R, denominada ansiedad fisiológica, de acuerdo con el proceso estadístico realizado se encontró con una media de 63, una mediana de 69, una moda de 34 y finalmente, una desviación estándar de 27.

Por su parte, dentro de la tercera escala de ansiedad que mide la prueba anteriormente mencionada, la cual lleva nombre inquietud/hipersensibilidad, se señala una media de 65, una mediana de 67, una moda de 72 y una desviación estándar de 23.

De igual manera, dentro de la escala preocupaciones sociales/concentración, se obtuvo una media de 48, una mediana de 45, una moda de 26, y una desviación estándar de 29.

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

Después de haber presentado los datos de las medidas de tendencia central y desviación estándar, se exponen a continuación los porcentajes presentados por sujetos con puntajes altos en cada escala, o sea, por arriba del percentil 70. De esta manera será posible ubicar dentro de las escalas, las que se encuentran con mayor cantidad de casos que llegan a ser preocupantes en relación con la problemática del estrés.

En relación con la escala de ansiedad total, el 38% de los alumnos se encontraron por arriba del percentil 70; dentro de la escala de ansiedad fisiológica, fue de 46%; en lo referente a inquietud/hipersensibilidad, el porcentaje fue de 48%; en relación con la escala de preocupaciones sociales/concentración, se obtuvo que un 30% de alumnos se encontraron arriba del percentil indicado.

De acuerdo con lo mencionado anteriormente, es posible afirmar que las áreas donde se encuentran los más casos preocupantes en relación con el nivel de estrés y sus indicadores psicológicos son dentro de las escalas de inquietud/hipersensibilidad

y ansiedad fisiológica. Estos datos se pueden analizar dentro de la gráfica correspondiente al anexo 2.

De esta manera se asevera que el nivel que presentan los estudiantes del segundo semestre (primer grado) de la escuela Preparatoria Casa del niño en relación con los indicadores de ansiedad, se encuentra de manera general en un nivel medio- alto. Lo cual resulta importante debido a que los fenómenos psicológicos asociados al estrés dentro de esta población tenderán a elevarse, dependiendo de los eventos estresantes que experimenten los estudiantes.

3.4.2 El nivel de los indicadores psicológicos de los trastornos alimenticios en los alumnos de la preparatoria del Colegio Casa del niño.

En relación con la segunda variable de la investigación, que son los trastornos alimenticios, se pueden identificar dos trastornos distintivos dentro de estas patologías: la anorexia y la bulimia.

Según la APA (2002), la anorexia nerviosa se observa cuando el sujeto se rehúsa a tener un peso corporal adecuado y funcional, experimenta temores a ganar peso y la forma en la que percibe su cuerpo se distorsiona en relación con su forma o tamaño.

Por otra parte, al hablar de bulimia nerviosa, Jarne y Talarn (2000) mencionan que es un trastorno caracterizado por esquemas distorsionados de ingesta, en los

cuales durante ciertos lapsos se come exageradamente, y después se recurre a métodos para eliminar lo ingerido, posterior a esto, el sujeto se experimenta alterado emocionalmente. En este trastorno se experimentan distorsiones a en el ámbito cognitivo en relación con la forma y el peso del cuerpo, además, existe una clara utilización de atracones y vómitos. Finalmente, se puede definir a los trastornos alimenticios como “alteraciones graves de la conducta alimentaria” (APA; 2002: 553).

Respecto a los resultados obtenidos dentro de las distintas escalas que aborda la prueba EDI-2 dentro de la población estudiantil de la escuela antes mencionada, a manera de resumen se pudieron observar los resultados que están concentrados en la siguiente tabla y de manera gráfica en el anexo 3.

Escala	Media	Mediana	Moda	Desviación estándar	Porcentaje de sujetos con puntajes por arriba del percentil 70
Obsesión por la delgadez	52	49	18	24	25%
Bulimia	62	57	47	19	29%
Insatisfacción corporal	56	56	56	24	31%
Ineficacia	52	55	18	24	27%
Perfeccionismo	71	76	76	24	54%
Desconfianza interpersonal	57	57	19	27	39%
Conciencia introceptiva	54	51	16	28	33%

Miedo a la madurez	69	72	65	25	58%
Ascetismo	60	61	51	26	40%
Impulsividad	61	63	57	25	44%
Inseguridad social	61	63	33	22	34%

En función de lo anterior, se puede observar que las áreas donde existen casos en los cuales los indicadores de los trastornos alimenticios son elevados, son en las escalas de miedo a la madurez, perfeccionismo e impulsividad. Dichos resultados pueden observarse mejor en el gráfico presentado en el anexo 4.

En relación con los resultados anteriormente expuestos, se puede afirmar que los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en los alumnos de la escuela preparatoria Casa del niño, se encuentran en un nivel general medio con tendencia a alto. Esto es relevante debido a que la mayoría de las escalas presentan un nivel medio, pero por arriba del percentil 50, que representa la mediana poblacional. Es importante destacar el índice de la escala de perfeccionismo, cuya media se calculó en el percentil 71, lo cual se interpreta por encima de los niveles normales; asimismo, es preocupante que en este indicador, el 58% de los sujetos muestra puntajes altos.

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

De acuerdo con distintos autores que han estudiado los fenómenos en los que se presenta la relación entre ambas variables estudiadas en la presente investigación, se destacan algunos estudios como el de Behar y Valdés (2009), cuyo objetivo era comparar la exposición a situaciones vitales estresantes, características psicológicas y conductuales en mujeres con y sin trastornos alimenticios, y correlacionar estrés y sintomatología alimentaria con las distintas variables. Los resultados obtenidos de tal acontecimiento fueron que las pacientes presentaron mayores niveles de estrés, principalmente por conflictos familiares y cambios de hábitos y perfeccionismo. En las estudiantes el estrés se relacionaba con la sensación de inutilidad, temor a madurar, conciencia introceptiva e insatisfacción corporal.

En relación con la presente investigación, la cual fue realizada con una muestra tomada de la escuela preparatoria Casa del niño, de la ciudad de Uruapan Michoacán, se encontraron los resultados siguientes:

En lo correspondiente al nivel de estrés y la escala de obsesión por la delgadez, existe un coeficiente de correlación de 0.23, según la prueba "r" de Pearson, lo cual denota que entre el estrés y la escala antes mencionada existe una correlación positiva débil, de acuerdo con la clasificación expuesta por Hernández y cols. (2010). Para conocer la influencia existente entre el nivel de estrés y la escala de obsesión por la delgadez, se obtuvo la varianza de factores comunes, en la cual a

través de un porcentaje se expone el nivel en que las variables presentan correlación. Para obtener el valor de la varianza se realiza un procedimiento en el cual se eleva al cuadrado el coeficiente de correlación obtenido mediante la “r” de Pearson (Hernández y cols.; 2010). El resultado obtenido de la varianza de factores fue de 0.05, lo cual afirma que entre el nivel de estrés y la escala de obsesión por la delgadez hay una relación de 5%. Hernández y cols. (2010) mencionan que el porcentaje de relación, para considerarse significativo, debe ser al menos de 10%, puede decirse entonces que no existe correlación significativa entre dichas variables.

Por otra parte, entre el nivel de estrés y la escala de bulimia, existe un coeficiente de correlación de 0.23, esto según la prueba “r” de Pearson, lo cual expresa que entre el estrés y la escala de bulimia existe una correlación positiva débil. En cuanto a la varianza de factores comunes que fue de 0.05, con ello se puede inferir que entre el estrés y la escala antes mencionada hay una relación del 5%, lo cual denota que no hay una relación significativa entre ambas variables.

En lo que respecta al nivel de estrés y la escala de insatisfacción corporal, se obtuvo un coeficiente de correlación de 0.32, lo cual expresa que entre ambas variables existe una correlación positiva media. En lo correspondiente a la varianza de factores comunes la cual obtuvo un resultado de 0.10, dando a entender que la relación entre estrés y la escala de insatisfacción corporal tienen una relación del 10%, de manera que sí existe una relación significativa entre ambas variables.

En relación con el nivel de estrés y la escala de ineficacia, se encontró un coeficiente de correlación de 0.47, esto indica que entre estas variables existe una correlación positiva media. En la varianza de factores comunes se obtuvo un resultado de 0.22, o sea, una relación existente entre ambas variables del 22%, con esto se indica que sí existe una correlación significativa entre dichas variables.

En el caso del nivel de estrés y la escala de perfeccionismo, se obtuvo un coeficiente de correlación de 0.28, lo cual permite aseverar que existe una correlación positiva débil entre estas variables. Dentro de la varianza de factores comunes se encontró con un 0.08, que se traduce como una relación del 8% entre el nivel de estrés y la escala perfeccionismo, lo cual da a entender que no existe una correlación significativa entre tales variables.

En lo que concierne al nivel de estrés y la escala llamada desconfianza interpersonal, el valor encontrado del coeficiente de correlación fue de 0.31, lo cual determina una correlación positiva débil entre estas variables, en lo que respecta a la varianza de factores comunes se obtuvo un valor de 0.09, hablado en porcentaje, se expresaría como un 9% de relación entre las variables antes mencionadas, por lo que no existe correlación significativa entre ellas.

Entre el nivel de estrés y la escala de conciencia introceptiva hubo un coeficiente de correlación de 0.45, lo cual se entiende como una correlación positiva media; dentro de la varianza de factores comunes se encontró un valor de 0.20, lo

cual se entiende como un 20% de relación entre ambas variables, lo que da como resultado una correlación significativa entre ambas variables.

En lo referido al nivel de estrés y la escala de miedo a la madurez, se halló un coeficiente de correlación de 0.21, lo cual define la relación entre ambas variables como una correlación positiva débil; el valor obtenido de la varianza de factores comunes fue de 0.05, esto arroja como resultado una relación entre variables del 8%, que indica una correlación no significativa.

Entre el nivel de estrés y la escala de ascetismo se encontró un coeficiente de correlación de 0.32, esto establece una correlación positiva media entre estas variables. El resultado obtenido de la varianza de factores comunes fue de 0.10, esto señala 10% de relación entre ambas variables, generando una correlación significativa de variables.

Entre el nivel de estrés y la escala de impulsividad, el valor del coeficiente de correlación de 0.30, esto se interpreta como una correlación positiva débil; en lo que respecta a la varianza de factores comunes, fue de 0.09, dicho índice denota una relación del 9% entre ambas variables, esto significa que no guardan una correlación significativa.

Finalmente, entre el nivel de estrés y la escala de inseguridad social, el coeficiente de correlación fue de 0.29, esto señala una correlación positiva débil; mientras tanto, la varianza de factores comunes encontrada fue de 0.08, esto

corroborar un nivel de correlación de 8%, de modo que no hay correlación significativa entre dichas variables.

Los resultados que se obtuvieron en lo referente a los niveles de correlación entre las escalas se pueden observar gráficamente en el anexo 5.

En relación con lo anterior se puede determinar que el nivel de estrés se relaciona de manera significativa con las escalas de insatisfacción corporal, ineficacia, conciencia introceptiva y ascetismo.

Por otra parte, en las escalas de obsesión por la delgadez, bulimia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, impulsividad e inseguridad social, no se encontró una correlación significativa.

En función de los resultados presentados, se puede confirmar la hipótesis de trabajo que señala lo siguiente: existe una relación estadísticamente significativa entre el nivel de estrés y los indicadores psicológicos de los trastornos alimenticios en los estudiantes de la Escuela Preparatoria Casa del niño, de la ciudad de Uruapan, Michoacán, para las escalas de insatisfacción corporal, ineficacia, conciencia introceptiva y ascetismo.

De la misma manera se confirma la hipótesis nula que enuncia lo siguiente: no existe una relación estadísticamente significativa entre el nivel de estrés y los indicadores psicológicos de los trastornos alimenticios en los estudiantes de la

Escuela Preparatoria Casa del Niño de la ciudad de Uruapan, Michoacán, para las escalas de obsesión por la delgadez, bulimia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, impulsividad e inseguridad social.

Una vez establecida la parte metodológica de la presente investigación, se presentan las conclusiones pertinentes.

CONCLUSIONES

Dentro de la presente investigación se pudo corroborar la hipótesis nula, para las escalas de obsesión por la delgadez, bulimia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, impulsividad e inseguridad social.

En contraparte, se corrobora la hipótesis de trabajo para las escalas de insatisfacción corporal, ineficacia, conciencia introceptiva y ascetismo.

De la misma manera, cada uno de los objetivos planteados en la investigación se cubrió satisfactoriamente de la siguiente manera:

Respecto a los objetivos 1,2 y 3 establecidos dentro de esta indagación, se puede mencionar que fueron cumplidos adecuadamente, ya que dentro del capítulo 1 se realizó un abordaje extenso de la naturaleza de la variable estrés, enfatizando sus causas, indicadores psicológicos y principales enfoques teóricos.

En relación con los objetivos de investigación 4,5 y 6, que estaban enfocados a la variable de los trastornos alimenticios, puede afirmarse que fueron profundamente cubiertos dentro del sustento teórico expuesto en el capítulo 2, en el cual se observan claramente análisis de las principales características, conceptos y teorías acerca de esta variable.

Finalmente en lo que concierne a los objetivos 7 y 8 de la investigación presente, los cuales se enfocan a la parte metodológica de la misma, se puede aseverar que fueron cabalmente cumplidos, ya que como se explica detalladamente en el capítulo 3, a través de la selección de una muestra, la aplicación de instrumentos de evaluación y el análisis de los resultados, pudieron hallarse resultados que permitieron identificar, evaluar y valorar el nivel en que ambas variables afectaban a la población que participó dentro de la indagación.

Una vez cumplidos los objetivos particulares de la investigación, puede establecerse que el objetivo general de la misma, también queda claramente cumplido debido a que a través de la exposición teórica de las variables y el proceso de selección y evaluación de la muestra, pudo finalmente establecerse si existía o no una correlación entre ambas variables.

Finalmente, una vez cumplidos los objetivos y respondidas las hipótesis de investigación, se procede a dar paso a las siguientes consideraciones:

Esta investigación dio origen a una serie de hallazgos teóricos, acerca de la naturaleza de las variables, que permitió conocer teorías y enfoques prácticos que complementaron la indagación en conjunto con la aplicación de pruebas y análisis de la muestra seleccionada, lo cual dio como resultado la generación de nuevos descubrimientos que permitan a la ciencia de la psicología conocer el comportamiento de dos variables dentro del contexto donde se llevó a cabo esta investigación.

Dentro de los resultados encontrados se logró reconocer una tendencia dentro de la población, donde la mayoría de los datos obtenidos de la aplicación de las pruebas, tanto estrés como trastornos alimenticios, muestran medias aritméticas que se elevan un poco más allá del percentil cincuenta, lo que significa que los niveles de ambas variables se encuentran altos debido a distintos factores, por lo tanto, la población de estudiantes del primer semestre de la escuela preparatoria Casa del Niño de Uruapan Michoacán, está expuesta a ser afectada por los distintos factores mencionados en las escalas y subescalas de las pruebas aplicadas.

Finalmente, es importante mencionar que esta investigación permitirá aportar información científica que facilite el continuar con las investigaciones que se han realizado en este contexto específico. Así como conocer el cómo afectan las variables de estrés y trastornos alimenticios a la población estudiada.

BIBLIOGRAFÍA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Jarne, Adolfo; Talarn, Antoni. (2000)
Manuel 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

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

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

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

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

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

Rodríguez García, Mehida Maheli. (2011)
Relación entre el nivel de estrés y los trastornos alimenticios en alumnos del Cetus
No.27 de Uruapan, Michoacán.
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.

MESOGRAFÍA

Barraza Macías, Arturo. (2005)

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

Revista PsicologíaCientífica.com, 7(9).

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

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

“Estrés y trastornos de la conducta alimentaria”.

Revista Chilena de Neuro-psiquiatría.

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

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

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

Revista 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 Coutiño, Berenice; Arias Ibáñez, Alba; Nuño Gutiérrez, Bertha. (s/f)

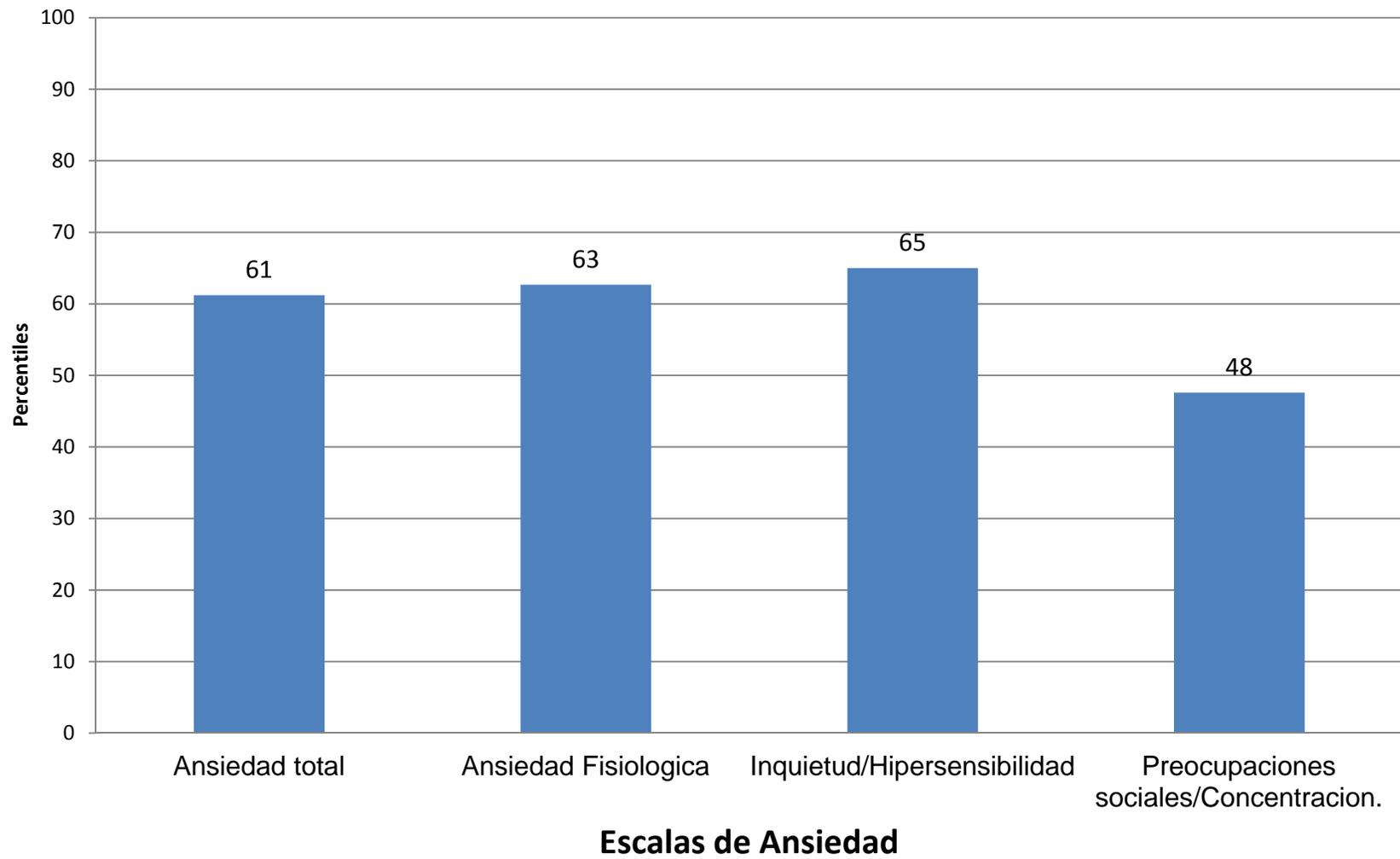
“Una aproximación a la estructura familiar de mujeres con anorexia y bulimia”.

Instituto Mexicano del Seguro Social.

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

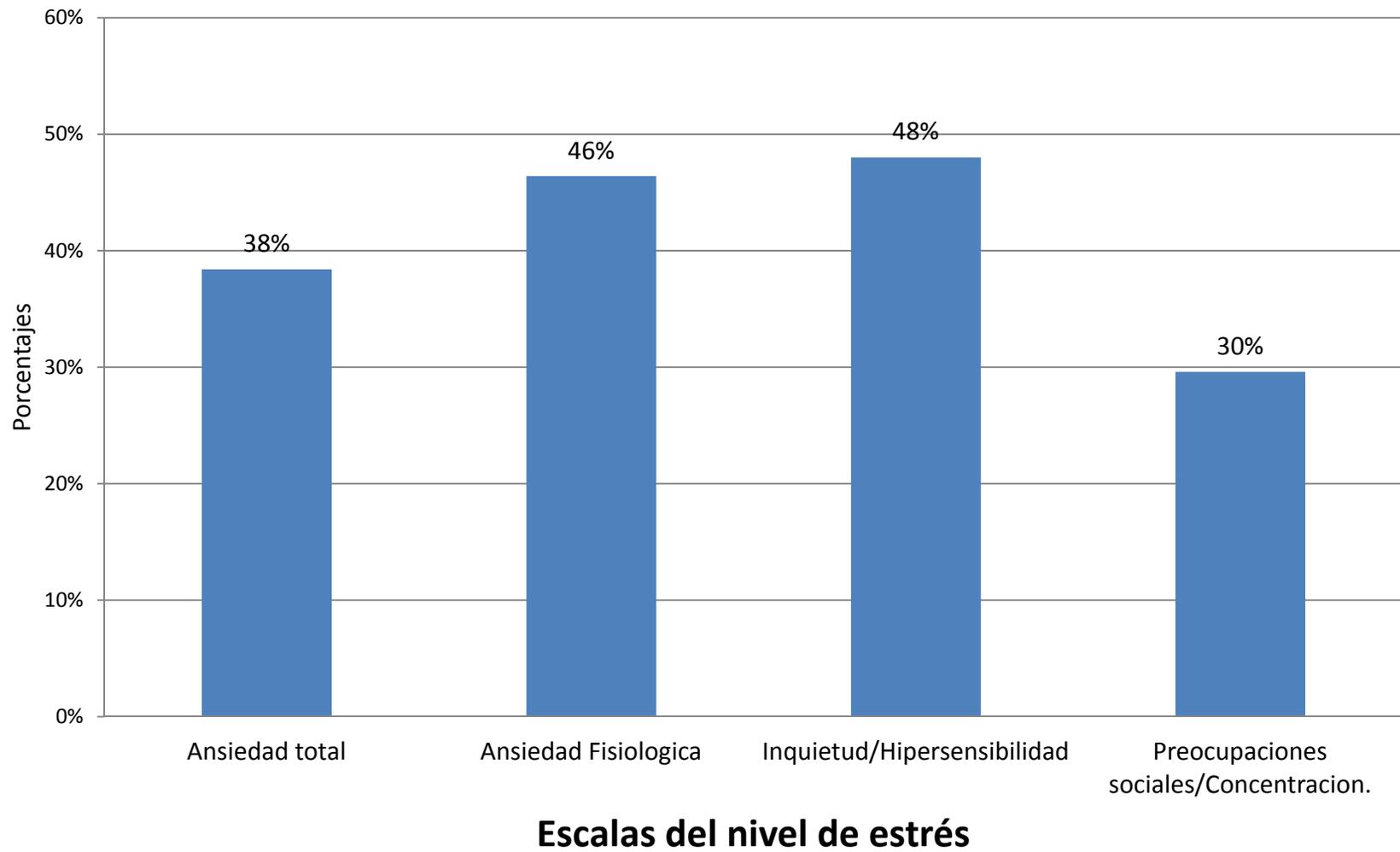
Anexo 1

Media aritmética de las escalas de ansiedad



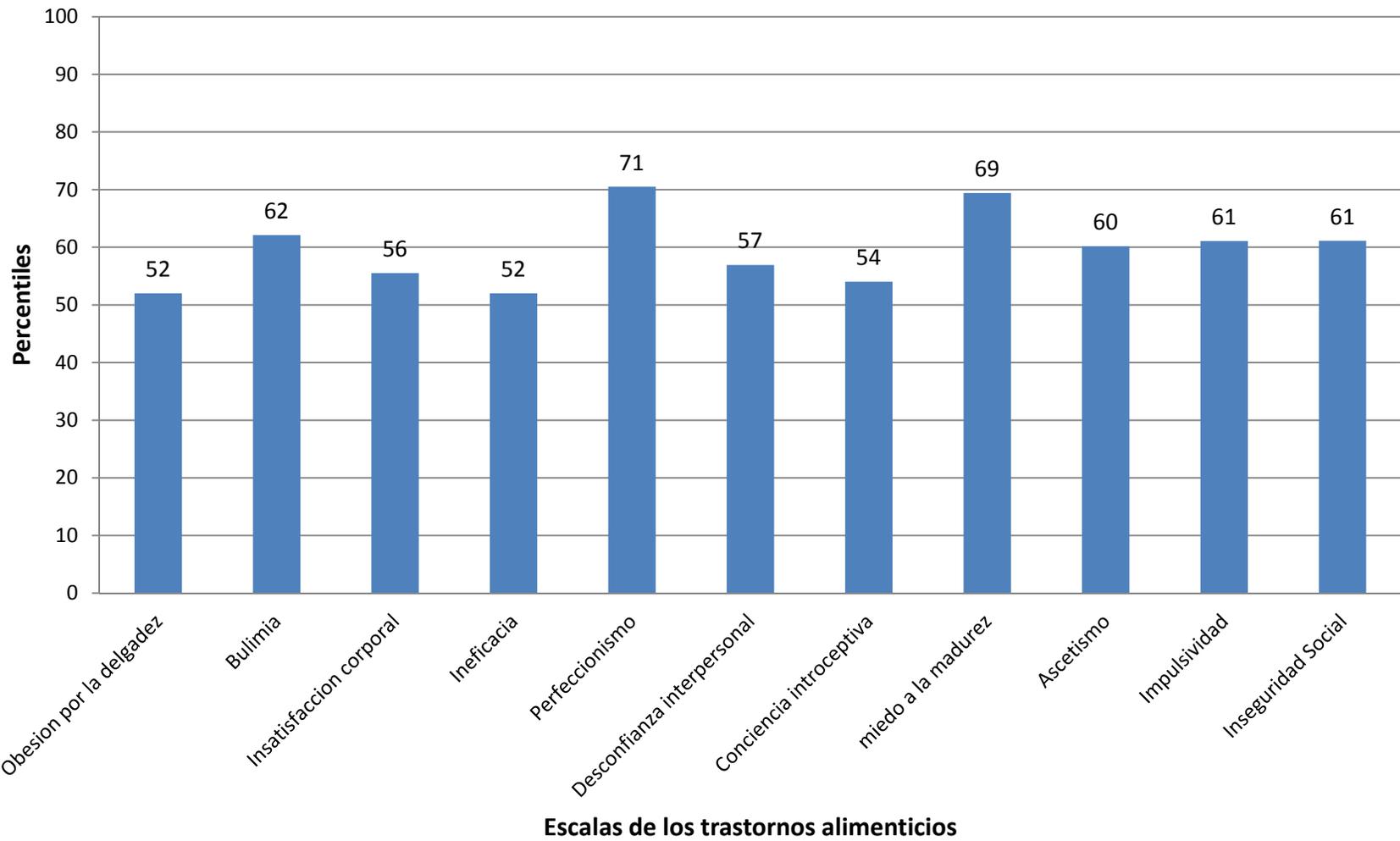
Anexo 2

Puntajes altos del nivel de estrés



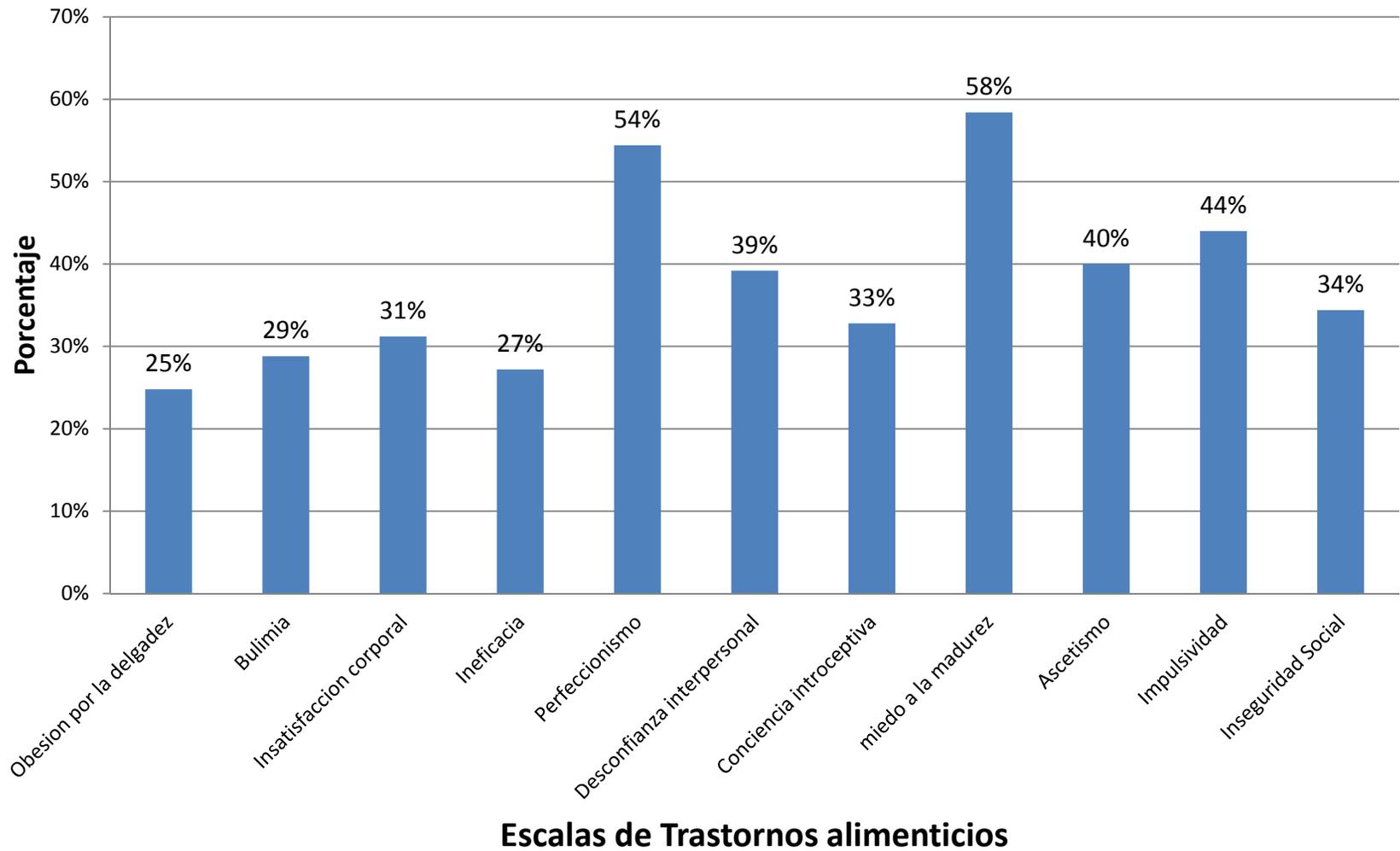
Anexo 3

Media Aritmética de las escalas de los trastornos alimenticios



Anexo 4

Puntajes altos en las escalas de los trastornos alimenticios



Anexo 5

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

