



UNIVERSIDAD DON VASCO, A.C.

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

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

*RELACIÓN ENTRE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y EL
ESTRÉS EN LOS ALUMNOS DE LA SECUNDARIA DON VASCO DE
URUAPAN, MICHOACÁN.*

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

Sergio Arroyo Chávez

Asesor: Lic. José de Jesús González Pérez

Uruapan, Michoacán, a 16 de enero de 2012.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

Introducción.

Antecedentes.	1
Planteamiento del problema	5
Objetivos.	7
Hipótesis.	8
Justificación.	10
Marco de referencia.	12

Capítulo 1. El estrés.

1.1. Antecedentes históricos del concepto.	13
1.2. Enfoques teóricos	15
1.2.1. El estrés como estímulo.	16
1.2.2. El estrés como respuesta.	17
1.2.3. El estrés como relación persona-entorno.	20
1.2.3.1. El concepto integrador del estrés.	23
1.3. Los estresores.	24
1.3.1. Estresores psicosociales: cambios mayores, vitales y cotidianos.	26
1.3.2. Estresores biogénicos.	31
1.3.3. Estresores en el ámbito académico.	33
1.4. Procesos del pensamiento que propician el estrés.	34
1.5. Los moduladores del estrés.	37
1.5.1. El control percibido..	38

1.5.2. El apoyo social.	39
1.5.3. El tipo de personalidad A/B.	40
1.5.3.1. La personalidad tipo A y problemas cardiacos.	43
1.6. Los efectos negativos del estrés.	45

Capítulo 2. Trastornos alimentarios.

2.1. Antecedentes históricos de la alimentación.	48
2.2. Definición y características clínicas de los trastornos alimenticios	50
2.2.1. Anorexia nerviosa.	53
2.2.2. Bulimia nerviosa.	55
2.2.3. Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas.	57
2.2.4. Vomito en otras alteraciones psicológicas.	58
2.2.5. Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia.	58
2.3. Esfera oroalimenticia en el infante.	59
2.3.1. Organización oroalimenticia.	60
2.3.2. Alteraciones en la esfera oroalimenticia.	61
2.4. Perfil de la persona con trastornos de alimentación.	63
2.5. Causas del trastorno alimenticio.	65
2.5.1. Factores predisponentes individuales.	66
2.5.2. Factores predisponentes familiares.	67
2.5.3. Factores socioculturales.	70
2.6. Percepción del cuerpo en el trastorno alimenticio.	71
2.7. Factores que mantienen los trastornos alimenticios.	73

2.8. Trastornos mentales asociados a los trastornos alimenticios.	74
2.8.1. Trastornos alimenticios y depresión.	75
2.8.2. Trastornos alimenticios y ansiedad.	76
2.9. Tratamiento de los trastornos alimenticios.	78

Capítulo 3. Metodología, análisis e interpretación de resultados.

3.1. Enfoque cuantitativo.	81
3.1.2. Diseño no experimental.	84
3.1.3. Estudio transversal.	85
3.1.4. Diseño correlacional.	85
3.1.5. Técnicas de recolección de datos.	86
3.2. Descripción de la población.	90
3.3. Descripción del proceso de investigación.	90
3.4. Análisis e interpretación de resultados.	93
3.4.1. Trastornos alimentarios en los alumnos del tercer grado de la secundaria Don Vasco.	93
3.4.2. El nivel de estrés en los alumnos de tercer grados de la secundaria Don Vasco.	97
3.4.3. Relación entre el nivel de estrés y los trastornos alimentarios en los alumnos de tercer grado de la Secundaria Don Vasco.	99
Conclusiones	105

Bibliografía	107
Otras fuentes de información	109
Anexos	

INTRODUCCIÓN

La presente investigación examina la correlación existente entre el estrés y los trastornos alimenticios, para lo cual se brinda un encuadre general previo.

Antecedentes

Según Caldera y cols. (2007), el término estrés fue sustraído de la física, por el estudiante de medicina Hans Selye, en el año de 1930, para delimitar los síntomas que padecían algunos de sus pacientes, tales como: cansancio, pérdida de apetito, baja de presión, entre otros. Para Selye no existía enfermedad que fuera la causante de toda la sintomatología presentada por los pacientes, por lo que denominó a ésta como el síndrome de estar enfermo, para posteriormente utilizar el término estrés biológico, y por último, su nombre actual: estrés.

De acuerdo con Palmero y cols. (2002) al usar la definición estrés en el ámbito de la salud física y mental, se altera la conceptualización de este término, por afianzarse a la connotación de las ciencias que se enfocan en su totalidad al aspecto humano. En la física, por otra parte, se puede definir al estrés como una fuerza que actúa sobre un objeto, y si ésta misma tiene la suficiente magnitud, puede provocar desde una simple deformación hasta la destrucción total de dicho material. Algo similar sucede cuando se le aplica estrés a una persona común, al serle aplicados estímulos estresantes, actúan en su personalidad de tal manera que su conducta se

ve alterada, ésta puede verse tan turbada que llega a afectar sus procesos normales de socialización y a perturbar áreas tales como: laboral, familiar, escolar, entre otras.

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

Los autores antes citados, al seguir haciendo investigaciones sobre el tema mencionado, con el paso del tiempo y los datos recabados, averiguaron que el estrés no es sólo el producto de enfermedades físicas, sino que descubrieron la importancia que posee el ámbito social, es decir, desde las exigencias morales, cívicas, ciudadanas, hasta las problemáticas que surgen en el entorno, que si bien no necesariamente son dirigidas intencionalmente hacia el sujeto, lo afectan a tal grado que puede surgir el estrés por causas indirectas a él.

De acuerdo con Caldera y cols. (2007), el estrés, como un tema estudiado por las ciencias médicas y sociales, tiene enfoques diferentes, pero que se complementan el uno al otro, ya que si se llega a detectar a una persona con estrés, y sus síntomas son totalmente físicos, se crea un diagnóstico con toda la caracterología orgánica, sin embargo, para corroborar esa hipótesis, es necesario también tomar en cuenta los generadores externos al estrés, es decir, las actividades laborales, familiares, sociales, entre otras, que en ocasiones son causantes de las consecuencias físicas.

“Existen dos perspectivas más: la primera se centra en la calidad o naturaleza del estrés, si es negativo, se le llama ‘distrés’ o positivo, denominado ‘eustrés’. El último enfoque, más reciente, integra un conjunto complejo de variables, construyendo multimodales que presentan visiones comprensivas más amplias y abarcadoras del tema” (Caldera y cols.; 2007: 80).

De acuerdo con Palmero y cols. (2002) la definición más acertada del estrés es la que proporciona y explica la Organización Mundial de la Salud (OMS), que enfatiza las reacciones fisiológicas que se activan en el momento justo cuando el sistema corporal del sujeto está listo para actuar a favor de su prevalencia.

En otro orden de ideas, el término anorexia proviene del latín *an*, prefijo restrictivo y *orexis*, apetito (es decir, sin apetito), mientras que el adjetivo *nervosa* expresa su origen psicológico. Estas raíces afirman que la anorexia es la falta de apetito (López y cols.; citados en el portal electrónico www.tallersur.com).

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 peso corporales. El vocablo bulimia se deriva del griego *bous* (buey) y *limos* (hambre), por lo que etimológicamente significa hambre de buey (López y cols.; www.tallersur.com).

Los autores mencionados citan a Mateo para retomar afirmaciones sobre la autoinanición y sus primeras apariciones registradas en el año 1873, cuando fue conceptualizada en el aspecto médico como la anorexia. En 1950, fue de igual forma añadida la bulimia a los trastornos alimentarios, ya que era fácil de distinguir en personas con sobrepeso por sus arranques de alimentación excesiva. Y a principios de los años 70's se relacionaron estos dos trastornos alimenticios, fueron los más estudiados y mencionados por su enfoque psicosocial y físico.

Según López y cols. (referidos en www.tallersur.com), la primera descripción clínica que se realizó sobre anorexia nerviosa fue hecha en 1694, y se le atribuyó a Morton. En 1874, Gull reafirmó y estableció formalmente el término anorexia nerviosa, y afirmaba también que esta enfermedad es padecida en su mayoría por adolescentes y mujeres.

Acorde con lo mencionado por los autores anteriores, la bulimia se ha mencionado a lo largo de la historia, sin embargo, los casos más comunes son en los que los sujetos no vomitan de forma cotidiana, sino que esporádicamente regurgitaban al comer demasiado, y cuando un sujeto lo hacía más comúnmente, su lapso de tiempo no era en sí, muy largo; cuando acontecía lo contrario, es decir, que sus ataques de bulimia eran llevados a cabo por un tiempo extenso, y si pasaban por esto, eran acompañados de otros padecimientos del paciente, como: depresión, ansiedad, trastornos afectivos, anorexia nerviosa, entre otros.

Planteamiento del problema

De acuerdo con lo mencionado anteriormente, se puede afirmar que la juventud de hoy en día tiende a mantener una preocupación excesiva hacia su aspecto físico, por lo que existen situaciones tan compulsivas en el afinamiento de su imagen corporal, que llegan a perder el control sobre varios de los aspectos que cuidan para su concepto personal, el más claro en ambos casos, es su nutrición, que protegen minuciosamente para no exceder la alimentación diaria que deben tener, esto según su percepción, ya que el consumo diario que tienen permitido, en ocasiones no es ni la mitad de lo que debería ingerir una persona con una alimentación saludable para su cuerpo, que aportara los nutrimentos necesarios.

En la etapa de la adolescencia, los individuos presentan mayor riesgo a ser persuadidos con facilidad, puesto que al tener tan poca experiencia de vida, aunado a sus cambios hormonales, físicos, psíquicos, sociales y familiares, son más proclives a desarrollar conflictos en su vida social, ya que, si son vulnerables a tener una estima baja, hay más facilidad para que se desarrolle algún trastorno alimentario; a esto se agrega la influencia del bombardeo de imágenes de los medios de comunicación, cuya función consiste en introyectarles la imagen del cuerpo socialmente aceptado.

También se forma una imagen clara en los grupos sociales existentes en las secundarias, donde el elitismo por el aspecto físico influye sobremanera en las

relaciones interpersonales, y puesto que el ser humano tiende al gregarismo, esto se ve claramente enfatizado en esos contextos, donde comienzan a afianzarse dichas relaciones. Por ende, si algún sujeto carece de ellas, se produce una retroalimentación negativa, condicionada por las socializaciones comunes; por consiguiente, su vida se vuelve más compleja al querer lograr la aceptación de las demás personas, y si su personalidad ya es propensa a la baja estima, se tiene como probable resultado un trastorno alimentario.

El distrés es otra de las causas más notables de los trastornos, debido a que al tener una respuesta negativa de sus iguales, el sujeto busca una salida fácil a todos los problemas que se le están presentando: opta por el camino de los trastornos, sin saber que éstos le causan daño, o si lo sabe, le interesa más acoplarse al mundo de los demás.

Anteriormente se ha mencionado a los medios masivos de comunicación, que son una parte importante del crecimiento de este problema, puesto que han globalizado la imagen del cuerpo perfecto; este planteamiento tan difundido es causa de muchas alteraciones en la realidad de estos jóvenes.

Las figuras públicas, como músicos, actores, pintores, deportistas, entre otros, son líderes a seguir, y muchos de ellos, sobre todo los más admirados, tienen un cuerpo atractivo para los jóvenes fáciles de persuadir, quienes se vuelven sus seguidores, ya que se les está vendiendo la idea de poder ser como sus ídolos si

siguen sus pasos, y claro, si es de una manera sana es totalmente aceptable, pero al convertirse en fanatismo por llegar a tener esa figura, surgen los trastornos ya mencionados.

Se cree que la suma de todas las nuevas experiencias que está viviendo el joven, como los ya mencionados problemas en el desarrollo de su gregarismo, las relaciones interpersonales básicas, el factor escolar, el ambiente familiar, el mundo en que se desarrolla el joven dentro de la conducta familiar, la facilidad que tiene para acoplarse a su medio, su carácter y temperamento, y otros más, dan la suma de dicho trastorno, por lo que se debe mantener una homeostasis física, social, personal, y otras más, para no desarrollar esta complicación.

Objetivos

Toda investigación tiene directrices que contribuyen a encaminar de manera adecuada los esfuerzos y recursos. Enseguida se enuncian los que guiaron al presente estudio.

Objetivo general

Determinar la existencia de la relación entre el estrés y los trastornos alimentarios en los alumnos del tercer grado de la Secundaria Don Vasco, de Uruapan, Michoacán, en la generación 2010-2011.

Objetivos particulares

- 1) Definir el término estrés.
- 2) Identificar las causas del estrés.
- 3) Identificar el cuadro caracterológico del estrés.
- 4) Identificar los principales enfoques teóricos del estrés.
- 5) Caracterizar los trastornos alimentarios.
- 6) Identificar las causas de los trastornos alimentarios.
- 7) Identificar las características psicológicas de los trastornos alimentarios.
- 8) Determinar la población que se ve más afectada por los trastornos alimentarios.
- 9) Medir el nivel de estrés de los jóvenes de tercer grado de la Secundaria Don Vasco.
- 10) Medir los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en los jóvenes de tercer grado de la Secundaria Don Vasco.
- 11) Establecer la relación estadística entre el estrés y los trastornos alimentarios, en los jóvenes de tercer grado de la Secundaria Don Vasco.

Hipótesis

La presente indagación pretendió confirmar una de las dos explicaciones tentativas que se plantean enseguida sobre la realidad de estudio.

Hipótesis de trabajo

El nivel de estrés tiene una relación significativa con los trastornos alimentarios en los alumnos de tercer grado de la Secundaria Don Vasco, en la generación 2010-2011.

Hipótesis nula

El nivel de estrés no tiene una relación significativa con los trastornos alimentarios en los alumnos de tercer grado de la Secundaria Don Vasco, en la generación 2010-2011.

Operacionalización de las variables de investigación

La variable estrés se identifica como el resultado que el sujeto obtenga en administración de la prueba CMAS-R, de los autores Reynolds y Richmond (2010), la cual está conformada por cuatro escalas, y una más que mide la mentira en el sujeto investigado.

Respecto a los trastornos alimentarios, esta variable se identifica por el puntaje que el sujeto obtenga en la aplicación de la prueba Inventarios de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2) de David M. Gardner (1998), la cual

ubica once escalas relacionadas con los rasgos psicológicos propios de los trastornos alimentarios.

Justificación

La psicología como ciencia del factor social, comprende el ambiente del desarrollo del ser humano, esto quiere decir que es la ciencia encargada de resolver y estudiar las problemáticas que afecten de manera de física, psíquica, social, entre otras, por medio de las teorizaciones y de acoplamientos de algunas otras situaciones similares; en este caso se añadirá un estudio más sobre el tema ya mencionado.

La escuela se verá beneficiada por la investigación debido a que tendrá información de un problema que ocurre con frecuencia en las instituciones de su nivel, y que está basada en su misma institución y con sus propios alumnos; por ende, resultará positivo poder manejar más fácilmente esa información frente al alumnado, a sabiendas de que se hayan presentado o no, tendencias a los trastornos alimentarios; al conocer las características de éstos, se encontraría la manera de reducir o evitar que se presenten.

La investigación en su parte final tendrá datos recabados de la institución, y teoría sobre el mismo tema, todo esto abocado a la escuela ya mencionada, la cual tendrá una copia de la investigación para que los alumnos, si lo solicitan, les sea

prestada. Para recabar información, y al lograr la comprensión del tema, se hará conciencia sobre lo probable que puede ser el padecer de estrés y/o trastornos alimentarios.

Para los padres, o la familia en general, ayudará esta investigación, en el caso de que quieran adquirir más información sobre el tema si su familiar está presentando la caracterología ya mencionada, o tal vez sólo como consulta académica, y por lo tanto, hacerse conscientes de que podría existir alguna alteración en la conducta de su hijo; si sucediera esto, les sería de mayor facilidad ayudar al adolescente para llevar un proceso clínico adecuado, que lo adapte sanamente al sistema.

Marco de referencia

La investigación sobre el tema del estrés y su relación con los trastornos alimentarios, será basada en la mayor parte de la investigación por el aspecto teórico, pero las aplicaciones de la parte empírica serán realizadas en la Secundaria Don Vasco, donde se concentran adolescentes de entre 11 y 15 años, que en total suman 289, y 20 docentes que imparten las clases con profesiones diversas, como normalistas, licenciados, ingenieros, entre otros.

La institución se encuentra ubicada en la calle Cuauhtémoc no. 6, en el Barrio de San Miguel, de la Ciudad de Uruapan. Esta escuela, tenía varios años de antigüedad, sin embargo, se cierra; posteriormente se vuelve a abrir a partir del año 1991.

La infraestructura de la escuela cuenta con un pequeño número de instalaciones, que son: un edificio, dos canchas deportivas, un área verde y cuatro oficinas.

CAPÍTULO 1

ESTRÉS

El estrés es una de las variables a estudiar en esta investigación, por lo que es indispensable estructurar un sustento teórico, para lo cual fue necesario revisar la literatura científica que describe este fenómeno.

Con el fin anteriormente indicado, se presenta este capítulo donde se hablará de los antecedentes históricos del concepto, los distintos enfoques que se han presentado, los agentes que producen su presencia, así como los demás fenómenos que inciden en la experiencia subjetiva de los individuos sobre este tema.

1.1 Antecedentes históricos del concepto

“La palabra ‘estrés’ proviene del latín *stringere*, que significa presionar, comprimir, oprimir. Posteriormente este término empezó a utilizarse en la física y la metalurgia para referirse a la fuerza que se aplica a un objeto y mediante el cual es posible deformarlo o romperlo. Con este mismo significado paso 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” (Sánchez; 2007: 14-15).

Según Lazarus y Lazarus (2000) el estrés como definición tiene relativamente poco tiempo de habersele tomado importancia. A partir de la Segunda Guerra Mundial se comienza a tomar interés por el tema; quienes se mostraban más interesados por aprender sobre dicha cuestión, eran los estudiosos de la sociología, psicología y biología.

“El estudio científico del estrés fue iniciado por el austriaco-canadiense Hans Selye, cuyas investigaciones le permitieron identificar una reacción inespecífica, fisiológica, adaptativa frente a cualquier impacto ejercido sobre el organismo por una amplia gama de estímulos heterogéneos que provocan variaciones de tipo endocrino” (Sánchez; 2007: 15).

De acuerdo con Lazarus y Lazarus (2000), el estrés a partir de los años sesenta y setenta del siglo pasado, tuvo un gran desarrollo en su teorización, por el notable interés de los investigadores en las alteraciones de la conducta y las razones de la misma en el ser humano. Al paso del tiempo se han ido añadiendo más teorías sobre el tema, una de ellas, que es muy acertada, pero muy poco conocida o apoyada por la personas en general, es que el estrés puede ser utilizado de manera positiva; si se sabe cómo conseguirlo, ayudará sobremanera a la motivación laboral y personal, entre otras.

Bernard (citado por Sánchez; 2007), habla del proceso en que una persona asimila la existencia de un mundo social, y al serle aplicados estímulos intencionales,

se verá afectado en las socializaciones normales. Años más tarde Selye se encarga de denominar a estos estímulos y respuestas, como estrés; si éste mismo actúa negativamente, se corre el riesgo de afectar la homeostasis física, es decir, la salud se vería decaída.

“En 1931 Cannon propuso el término ‘homeostasis’ para designar los procesos fisiológicos coordinados que mantienen constante el medio interno mediante numerosos mecanismos fisiológicos” (Sánchez; 2007: 16).

Cannon (citado por Sánchez; 2007), explica que cuando un sujeto recibe estímulos inesperados, que lo sobresalten, y su reacción sea instantánea, tendrá una conducta defensiva u ofensiva; esta explicación permitió facilitar la conectividad de lo psicológico y lo biológico, en relación con el tema.

“En 1939 Cannon adoptó el término estrés, introducido por Selye, para referirse a los factores que podrían provocar un debilitamiento de los mecanismos homeostáticos a los cuales definió como ‘niveles críticos de estrés’.” (Sánchez; 2007: 17).

1.2. Enfoques teóricos

Las diferentes perspectivas bajo las cuales se ha examinado el estrés, pueden ser agrupadas en tres tipos: como estímulo, como respuesta y como interacción

entre la persona y su entorno. Cada enfoque de los mencionados se describirá enseguida.

1.2.1. El estrés como estímulo

La salud y la enfermedad siempre han tenido una relación muy directa, según Travers y Cooper (1997), incluyendo el hecho de que ambas condiciones se ven fácilmente afectadas por los factores externos al sujeto. En el siglo V a. de C. Hipócrates afirmaba que el medio ambiente de una persona repercutía notablemente en su salud.

Como lo afirma el autor citado, la presión administrada a una persona lo afectará emocional y físicamente. Si estos mismos estímulos externos son aplicados durante un tiempo prolongado, será factible que la ansiedad aumente hasta afectar el estado anímico del sujeto.

Holmes (citado por Travers y Cooper; 1997) afirma que el nivel de toxicidad que tienen los estresores, varía en función de la importancia que éstos tienen para el individuo. Los estímulos estresantes más comunes para una persona serían el factor ambiental, social, psicológico, económico, físico, y cada uno de ellos tiene un valor simbólico subjetivo en cada sujeto.

“Un elemento inherente en esta teoría del estrés es que cada individuo posee un nivel de tolerancia que es superable, y que este ‘pasarse de la raya’ puede provocarle unos daños temporales o permanentes. Esto también subraya el hecho de que un individuo está expuesto siempre a multitud de presiones, y puede denominarlas con bastante efectividad, si bien basta un suceso insignificante para ‘desequilibrar la balanza’ entre una actitud resolutive y un completo hundimiento potencial” (Travers y Cooper; 1997: 32).

El investigador antes mencionado hace la división del estrés en positivo y negativo. Cuando se habla del “eustrés”, se afirma que ayuda en la motivación y desarrolla el cambio en la mejora del sujeto, y cuando se refiere al “distrés”, se hace la aclaración de que existen síntomas indeseables, y es dañino para la salud del individuo.

El tema central del modelo basado en los estímulos (la identificación de las distintas fuentes del estrés), describe cuatro tipos de estrés que puede experimentar el individuo: exceso de estrés o “hiperestrés”; defecto del estrés o “hipoestrés”; estrés nocivo o “distrés” y estrés conveniente o “eustrés” (Travers y Cooper; 1997).

1.2.2. El estrés como respuesta

Desde esta perspectiva se considera al estrés, según el modelo basado en la respuesta, como una variable dependiente, es decir, descrita en términos de la

reacción que tiene la persona frente a algún estímulo amenazador o desagradable. Tal como sugiere Fisher, “se puede deducir que una persona se ha visto expuesta a condiciones estresantes si manifiesta indicios de tensión” (citado por Travers y Cooper; 1997: 29).

Schuler (referido por Travers y Cooper; 1997) afirma que existen tres tipos de estrés: físico, psicológico y conductual. Se cree que estas tres clases son independientes cada una de la otra, pero en realidad se manifiesta una interrelación entre ellas.

De acuerdo con Fontana (1992) cuando el estrés sobrepasa los límites de una persona, ésta se ve afectada psicológicamente, puesto que se deteriora su adaptabilidad y se reduce la capacidad de poder mejorar en aspectos de su vida que lo requiera; el sentimiento de inutilidad es muy común, a tal grado que sus metas se vuelven inalcanzables.

“Hans Selye, quien hizo mucho por centrar la atención de médicos, psicólogos en los efectos del estrés, popularizó el síndrome de adaptación general (GAS; por sus siglas en inglés, *general adaptation syndrome*), como modelo de nuestra reacción ante los estresores. Éste reconoce tres factores en nuestra respuesta, a saber:

“La reacción de alarma

La etapa de resistencia

Etapa de agotamiento” (Fontana; 1992: 10).

El estrés como respuesta no era un concepto nuevo: “originalmente un modelo biológico, considera que estas tres fases ilustran lo que se acaba de decir acerca de las respuestas fisiológicas ante el estrés. El organismo se alerta (reacción de alarma), se desencadena la actividad autónoma (la etapa de resistencia) y si esta actividad dura demasiado se produce el daño y ocurre el colapso (etapa de agotamiento)” (Fontana; 1992: 11).

De acuerdo con el autor anterior, este modelo biológico también es de gran utilidad para la comprensión del aspecto psicológico, puesto que si el individuo es más susceptible a ciertos estresores, éstos tendrán mayor influencia en el sujeto, por lo tanto, éste utilizará sus procesos cognitivos para la comprensión del objeto estresante. Todo esto lleva al siguiente punto, que es el enfrentamiento al estresor por medio de la racionalización del mismo, sin embargo, si dicho reto se prolonga durante mucho tiempo, se acaba por entrar al punto del colapso psicológico, esto no se dará instantáneamente: es de forma progresiva.

“Debido a los vínculos estrechos entre la fisiología y la psicología, las fases fisiológicas A, B y C pueden corresponder casi exactamente con las fases psicológicas A, B y C para la mayoría de las personas. La energía fisiológica y la energía psicológica no son distintas entre sí. Entre más agotamiento físico sentimos

por el estrés, nos sentiremos con más agotamiento psicológico y viceversa, sólo unos cuantos individuos se rinden psicológicamente tan pronto como sienten los primeros signos de deterioro fisiológico, aunque también, en el otro extremo, sólo unos cuantos continúan activos, incluso más allá de la etapa de colapso físico, impulsados únicamente por lo que llamamos fuerza de voluntad” (Fontana; 1992: 12).

Los efectos psicológicos del estrés dentro de la fase B, es decir, en la resistencia, se pueden ver claramente a través de varios aspectos relacionados con la motivación y el rendimiento del sujeto, es decir, en esta etapa se hacen cuestionamientos internos como: qué tanto va a resistir el cuerpo esta fatiga, para qué le va a funcionar el trabajo que le causa el estrés, y qué tanta necesidad tiene por enfrentarse a nuevos retos, todo esto es mencionado por Fontana (1992). Los efectos nocivos del estrés se presentan notoriamente en la última fase, que es la del agotamiento, y ésta tiende a variar mucho en una persona a otra.

1.2.3. El estrés como relación persona-entorno.

Gracias a los estudiosos actuales del estrés, este fenómeno se ha ido conociendo y sus enfoques se han ampliado, con esto se quiere decir que ya no es considerado sólo como un estímulo o como una respuesta, sino que se incorporan estos modelos para crear un proceso más complejo del estrés, según Travers y Cooper (1997).

Según los autores anteriores, los investigadores encargados del tema ahora se fundamentan en el modelo de interacción entre el estímulo y la respuesta, y a raíz de esto, conceptualizan al estrés como una relación directa entre la persona y su entorno. Dicho esto, se sabe que las personas tienen ciertas reacciones ante su medio y, a su vez, influyen en él; en resumen, se puede decir que la definición más sencilla y clara del estrés, sería el nivel adaptativo que tiene una persona hacia su medio ambiente; si esta experiencia es negativa, habrá una vivencia estresante, y viceversa.

De acuerdo con Travers y Cooper (1997), el estrés se presenta en un sujeto cuando sus situaciones aversivas llegan al grado máximo de resistencia, cuando su capacidad de entereza se desmorona; al suceder esto, el mismo sujeto va adquiriendo experiencia en la modificación de sus conductas para reaccionar favorablemente ante una situación estresante, e inclusive se puede alterar el entorno para evitar los disgustos que generen el estrés.

“Se admite que ‘los estados o estructuras mentales determinan la presencia o la ausencia del estrés’ (Fisher, 1986). En otras palabras, lo que importa es la percepción que tiene el individuo del estímulo estresante, no tanto la existencia objetiva de éste” (Travers y Cooper; 1997: 33).

Según menciona Lazarus (citado por Travers y Cooper; 1997), los conceptos cognitivos que forman parte del sujeto, serán los responsables de la presencia de

estrés en él; ese modelo toma al individuo como una variante más dentro de su entorno, y éste mismo evalúa qué afectara más su condición del estrés.

En resumen, el estrés no es sólo un estímulo ambiental o una respuesta frente a las exigencias del entorno, sino un concepto dinámico y relacional, en el cual se produce una interrelación por un conjunto complejo de procesos cognitivos constantes. Hay cinco aspectos principales del modelo cognitivo que se han de considerar en cualquier estudio que se haga sobre el estrés:

- 1) Valoración cognitiva: es la percepción subjetiva de la situación que conduce a la experiencia.
- 2) Experiencia: se trata de que la percepción de la situación o el suceso dependerá de las prácticas del individuo, es decir, de su familiaridad con esta situación, su interacción anterior con ella y su aprendizaje preparatorio (capacidad real). Los éxitos o fracasos pasados también determinan este aspecto (refuerzo de la experiencia anterior).
- 3) Exigencia: esto incluye los requerimientos y las capacidades, tanto reales como percibidas. Esta percepción de las exigencias queda reforzada por la necesidad del individuo, sus deseos y su nivel de estimulación inmediata.
- 4) Influencia interpersonal: la forma de percibir una fuente potencial de estrés depende en gran medida de la presencia o ausencia de otra persona, que influirá en la experiencia subjetiva del estrés, en las conductas de respuesta y superación; este factor puede ser tanto positivo como perjudicial.

- 5) “Un estado de desequilibrio: cuando tiene lugar un estado de desequilibrio entre la exigencia que se percibe y la capacidad percibida de superar esa demanda, se generan las estrategias de superación, que tienen en cuenta las consecuencias pasadas de tales acciones (las positivas restauran el equilibrio, las negativas potencian aún más la situación negativa)” (Travers y Cooper; 1997: 34).

De acuerdo con estos autores, las situaciones estresantes para un sujeto no son estáticas, sino que se encuentran en un cambio constante tanto en el sujeto como sus respuestas.

1.2.3.1. El concepto integrador del estrés

Una definición que englobe los aspectos anteriormente expuestos puede ser la siguiente:

“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).

1.3. Los estresores

Para Lazarus y Folkman (citados por Palmero y cols.; 2002) el estrés es una conexión directamente observable entre una persona y su entorno, este sujeto será el valorador de qué tan benéfica es esa relación situacional para su bienestar o si la vive como una experiencia dañina. Todas las vivencias que un sujeto experimenta son capaces de crear estrés, y éstas mismas son imprescindibles; siempre se estará enfrentando con nuevos acontecimientos, su perspectiva se modificará en función de la etapa de desarrollo en que se encuentre, por ende, cada experiencia diferente irá creando nuevas maneras de subsistir, y al igual que se van generando las reacciones, también se van adoptando necesidades cotidianas.

Palmero y cols. (2002) mencionan que la teoría del estrés se ha estudiado suficientemente, sus proposiciones se van clasificando para la comprensión más clara, dicho esto, es de mayor facilidad comprender los cambios en la vida de una persona, y como éstos alteran su nivel de estrés, dependiendo de su percepción en cada momento estresante, ya sea de forma positiva y deseada, o negativamente, de modo que sea un estímulo no deseado.

Palmero y cols. (2002) insisten en crear una clasificación de los diferentes estresores, con sus descripciones más específicas, desde las características físicas, perceptivas, entre otras, sin olvidarse de que estos estímulos son meramente

psicosociales, se hacen las conceptualizaciones con base en el cambio que produce cada situación.

Lazarus y Lazarus (2000) hablan de tres tipos de acontecimientos estresantes o estresores psicosociales, en función de la intensidad de los cambios que se producen en la vida de una persona:

Los cambios mayores, o estresores únicos, que hacen referencia a cataclismos, y cambios dramáticos de las condiciones en el entorno de la vida de las personas y que habitualmente afectan a un gran número de ellas.

Los cambios menores o estresores múltiples, que afectan sólo a una persona o a un pequeño grupo de ellas, que corresponden con cambios significativos y con trascendencia vital.

“Los estresores cotidianos, microestresores, que se refieren al cúmulo de molestias, imprevistos y alteraciones de las pequeñas rutinas cotidianas” (Palmero y cols.; 2002: 425).

Según estos autores, se tiene que añadir un cuarto tipo a los anteriores, el cual no pasa en ningún momento por el camino de la psicología, éste será llamado estresor biogénico; por sus orígenes fisiológicos, turba solamente a los procesos orgánicos. Esta tipología se describe enseguida con mayor detalle.

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

Los cambios mayores, según Palmero y cols. (2002), suelen afectar equitativamente a personas solas o a grupos pequeños, sin que tenga la mayor importancia el número de sujetos que se encuentren involucrados dentro de la problemática que causa el estrés psicosocial; una vez explicado esto, se pueden ejemplificar estas perturbaciones en la conducta con hechos que sucedan repentinamente como los desastres naturales, terremotos u otro tipo de estímulos negativos, como sería la privación de la libertad. Lo que estas circunstancias tienen en común es el efecto traumático que causan en la gente, y que perdura durante un tiempo prolongado que perturba el comportamiento.

Palmero y cols. (2002) mencionan que el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) cuenta con un cuadro caracterológico que hace una clara enfatización en cuales son los cambios mayores para la generación de un estrés post-traumático, a continuación se explicarán algunos de ellos: problemas para conciliar el sueño, explosiones de ira, dificultad para conservar la concentración, preocupación excesiva, vigilar constantemente y sobresaltos dramatizados.

Por lo general este cuadro sintomatológico se prolonga más de un mes. Todas las afirmaciones hechas en este escrito son causantes de malestar clínico y ocasionan menoscabos en actividades significativas de la vida.

El segundo tipo de estresores psicosociales son los cambios vitales, o acontecimientos vitales estresantes, que hacen referencia a ciertas circunstancias que pueden hallarse fuera de control del individuo, como es el caso de la muerte de un ser querido, una amenaza a la propia vida, una enfermedad incapacitante o la pérdida del puesto de trabajo; o también a otros tipos de acontecimientos que están fuertemente influidos por la propia persona, como es el caso de los divorcios, tener un hijo o someterse a un examen importante.

“Existe una serie de áreas en la vida de la persona en las cuales los cambios o alteraciones tienen una trascendencia vital, y por tanto, son altamente significativas; aunque éstas son más específicas de cada persona que en el caso de los cambios mayores” (Palmero y cols.; 2002: 427).

Las principales fuentes desencadenantes de estrés se corresponden con cambios en:

- La vida conyugal: este aspecto abarca toda la extensión de la palabra matrimonio, es decir, también incluye las vidas extramatrimoniales de los integrantes de la pareja, así como la enfermedad o fallecimiento de alguno de ellos o la separación.
- La paternidad: el hecho de ser padre o madre, y si existe una relación nada favorable entre padres e hijos, o la enfermedad de alguno de ellos.

- Las relaciones interpersonales: la interacción saludable o desfavorable con el patrón del trabajo, o la dificultad para resolver problemas que se tienen con los amigos, familiares, entre otros.
- El ámbito laboral: que incluye desde el trabajo fijo, hasta la escuela, y la preocupación por tener todo resuelto al momento adecuado, como se debe hacer, así como tareas domésticas y problemas en cada una de las áreas mencionadas.
- En las situaciones ambientales, se habla del cambio de residencia, o las amenazas hacia la integridad personal.
- El ámbito económico incluye el cambio repentino del estrato social por dificultades financieras.
- Las cuestiones legales: abarcan situaciones como la detención imprevista, juicios o pleitos.
- El propio desarrollo biológico: el progreso del proceso evolutivo de la vida, los cambios hormonales, como la pubertad, la menopausia, entre otros.
- Las lesiones o enfermedades somáticas, padecer de alguna enfermedad o someterse a alguna operación.
- Otro tipo de estrés psicosocial podría ser generado por una violación, un embarazo no deseado o una persecución.

En el caso de los niños y adolescentes, se tienen que agregar algunos otros factores que afectan severamente a la conducta que proyecta alguno de los mencionados, algunos de los que se pueden mencionar son: la relación de pareja

que llevan los padres, ésta es una exposición clara a la agresión dentro de la familia, que denota la malformación del comportamiento; otra, sería la enfermedad mental o física de alguien de la familia nuclear o que mantenga una relación cercana; otra más puede ser la falta de interés en la relación por parte de los miembros de la familia, es decir, que los padres no tuvieran control sobre los hijos, al igual que una sobreestimulación, falta o anormalidad en la estimulación cognitiva social; un factor más puede consistir en una situación anormal dentro de la familia, como problemas por custodia, visitas controladas, cohabitar con una familia adoptiva, entre otras más, todo esto según Palmero y cols. (2002).

El tercer grupo de estresores psicosociales, que son los microestresores o estresores cotidianos, aluden a los pequeños problemas que se presentan a diario en una vida común, según afirman Palmero y cols. (2002), y que si bien no tienen mucho poderío en relación con las problemáticas más grandes, sí son más frecuentes. Se pueden mencionar algunos ejemplos de ellos, como alguna discusión con la pareja, convivir con un fumador desconsiderado, entre otras. A pesar de su poca fuerza experiencial, estos estresores son los causantes de las adaptaciones de un sujeto a su medio, y de su estado de salud, es decir, se van acumulando las pequeñas irritaciones que aparecen durante un tiempo determinado, hasta colmar su capacidad de resistencia, y de esa manera lo fuerzan a adaptarse a su medio.

“Algunas de las características objetivas que con frecuencia presentan los estresores cotidianos son las siguientes: implican un cambio o novedad en la

situación ambiental. Se perciben como situaciones en las que se da una falta de informaciones para tomar decisiones, o una imprevisibilidad de la situación. Se produce un estado de incertidumbre. Existe una ambigüedad de la situación o, por el contrario, una sobrecarga de información. Puede haber una ausencia o disminución en las habilidades o repertorio de comportamientos para afrontar la situación que se presente. Incluso, puede ocurrir una alteración en las condiciones biológicas del organismo por efecto de drogas, condiciones ambientales, etc.”(Palmero y cols.; 2002: 430).

Lazarus y Folkman (citados por Palmero y cols.; 2002) hablan de temáticas más domesticas en cuanto a los microestresores: aluden a problemas en los aspectos social o laboral, entre otros. Se dice que existen dos categorías para focalizar estas alteraciones del estrés:

- Las contrariedades, que hacen referencia a problemas más cotidianos de la vida, como la pérdida de algún objeto, o el atascamiento en el tráfico, o contratiempos que provocan un malestar emocional, como la discusión con el jefe del trabajo o los malentendidos con algún familiar.
- Las satisfacciones son todo lo contrario al aspecto anterior, es decir, afectan positivamente a la conducta del sujeto, son experiencias favorables.

1.3.2. Estresores biogénicos.

Este tipo de estresores toma su lugar en la clasificación de acuerdo con su origen. “Everly (1989) plantea una diferenciación en los desencadenantes del estrés en dos grandes tipos: los estresores psicosociales, y los estresores biogénicos. Los estresores son sucesos medioambientales reales o imaginarios que configuran las condiciones para elicitar la respuesta de estrés. La mayoría de los estresores a los que nos enfrentamos son psicosociales, por lo que se puede decir que el estrés reside en el ojo de quien lo contempla” (Palmero y cols.; 2002: 431).

Sin embargo, los anteriores no son los únicos estresores a los que se debe enfrentar el ser humano: según Palmero y cols. (2002) también existen los biogénicos, los cuales afectan directamente a la activación del estrés.

De acuerdo con los autores anteriores, estos estresores activan automáticamente los núcleos neurológicos, es decir, no tienen que pasar por el filtro del área cognitiva afectiva, ya que son más directos por sus propiedades químicas. A continuación se ejemplificarán algunos de ellos.

Un ejemplo de estresores biogénicos lo constituyen los cambios hormonales de la pubertad, que comienzan a hacerse más notorios para el adolescente y las personas que lo rodean; al presentarse alteraciones físicas, sus órganos sexuales empiezan a ser funcionales, todo esto afecta emocional, psicológica y socialmente al

individuo. El síndrome premenstrual para las jóvenes que han comenzado la pubertad, es un factor importante para su acomodación dentro de algún grupo de su salón, ya que sus hormonas femeninas, el estrógeno y progesterona, son causantes de esas alteraciones en su comportamiento. En muchas de las mujeres, estas alteraciones hormonales tan repentinas pueden causar un episodio de sobreestrés.

Posterior al parto también ocurren cambios hormonales tan marcados que alteran de una manera especial la conducta de la mujer; se añade también el caso de algún aborto; la menopausia es también causante de sobreestrés.

Los niveles de estrés también son influidos por la ingestión de algunas sustancias químicas, como por ejemplo, anfetaminas, la fenilpropanolona, la cafeína, la teobromina, la teofilina o la nicotina. La misma reacción puede ser provocada por ciertos estímulos físicos, como el dolor, calor o frío extremo, entre otros.

Para finalizar, existe también el estrés alérgico; en este sentido, las alergias son una parte defensiva del organismo para proteger al cuerpo, pero ésta necesita de mucha fuerza del sistema para llevar a cabo todas sus funciones, en consecuencia, el cansancio en el sistema inmunológico causa estrés.

1.3.3. Estresores en el ámbito académico

Según Polo y cols. (citados por Barraza; 2003), los estresores más comunes en los alumnos son: exposiciones, responder preguntas en el aula, hacer un examen, sobrecarga académica, competitividad, entre otros.

Entre los estresores académicos se pueden identificar: “exceso de responsabilidad, interrupciones del trabajo, ambiente físico desagradable, falta de incentivos, tiempo limitado para hacer trabajos, problemas o conflictos con los profesores y/o compañeros, evaluaciones, tipo de trabajo que se pide” (Barraza; 2003: s/p, en www.revistaelectronicadepsicologiacientifica.com).

Según Barraza (2003) con el ingreso y permanencia a la escuela aparecen nuevos ciclos en la vida del sujeto que pueden provocar el estrés en el estudiante, por ejemplo: abandonar la casa de los padres, recorrer muchos kilómetros diariamente, ser autosuficiente económicamente, estar atento en los aspectos básicos de su vida, relaciones interpersonales, trabajos escolares o responsabilidades extras; también se incluyen aspectos positivos, como una pareja estable que le facilite la vida y le guste su compañía, o bien, un viaje; aunque todos son cambios agradables, también imponen cierta presión.

“De acuerdo con Hernández, Polo y Poza (1991) existen 12 tipos de respuestas de estrés académico:

- Me preocupo.
- El corazón me late muy rápido y/o me falta aire y la respiración es agitada.
- Realizo movimientos repetitivos con alguna parte de mi cuerpo, me quedo paralizado o mis movimientos son torpes.
- Siento miedo.
- Siento molestias en el estómago.
- Fumo, bebo, o como demasiado.
- Tengo pensamientos o sentimientos negativos.
- Me tiemblan las manos o las piernas.
- Me cuesta expresarme verbalmente o a veces tartamudeo.
- Me siento inseguro de mí mismo.
- Se me seca la boca y tengo dificultades para tragar.
- Siento ganas de llorar” (Barraza; 2003: s/p, en la página electrónica www.revistaelectronicadepsicologiacientifica.com).

1.4. Procesos del pensamiento que propician el estrés.

Dentro de los procesos automáticos se encuentran también las distorsiones cognitivas, que son parte del procesamiento automático, y que independientemente de lo irracionales que sean, casi siempre son creadas por la persona. Estos pensamientos deformados tienden a ser reiterativos, inciden directamente en una capacidad para evaluar adecuadamente la situación y por tanto, disminuyen la

efectividad del procesamiento controlador del estrés. Las distorsiones más frecuentes son, según Palmero y cols. (2002), las siguientes:

- a) El filtraje: en el cual, el sujeto tiende a poner su más alto grado de atención sólo a un punto en específico, sin darse cuenta de que existen muchos otros detalles alrededor de la situación, esto hace que pierda el verdadero enfoque de la inquietud, puesto que alguno de los detalles que el sujeto se haya saltado podría tener un alto grado de valencia experiencial, dado que este detalle pudo haber sido el más importante de toda la vivencia.
- b) La sobregeneralización: aquí el sujeto toma una pequeña referencia de alguna experiencia con recuerdos nocivos para su salud física o mental, y la evita compulsivamente, aunque esta no sea una razón justificada para ello, puesto que llega a tal grado de encajonarse en su mundo, que limita su vida.
- c) La interpretación del pensamiento: en ella comienza a querer interpretar todo lo que lo está rodeando, desde las personas con las que socializa, hasta la manera en que éstos mismos reaccionan con la presencia del sujeto; crea juicios sobre la gente y trata de descifrar qué significado tiene el comportamiento de sus compañeros de conversación.
- d) La polarización y la visión catastrófica: en este proceso los pensamientos sobre algo o alguien, asume una posición extremista, no existe para el sujeto un parte media de las cosas, es decir, o algo es muy positivo, o es

muy dañino, por esto mismo se da el catastrofismo: cuando ocurre algo malo, y se ve como la mayor de las desgracias.

- e) La falacia de control: dentro de la cual existen dos maneras en que un sujeto distorsione su percepción sobre sí mismo: se puede percibir como débil y controlado, o como el que puede hacer todo lo que se proponga, y que todo gira a su alrededor.
- f) El razonamiento emocional: en este paso la persona tiende a recrear fielmente su emoción, es decir, si se siente como un perdedor, realmente se ve como si lo fuera.
- g) La falacia de cambio: aquí la persona siempre tiene la creencia de que su felicidad radica en los demás, es decir, si convence a los demás de hacer lo que él desee; suele usar varias tácticas para conseguir esto, como exigir, ocultar información, negociar, entre otras.
- h) La culpabilidad; es notorio cuando se ve a una persona que siempre está culpándose sobre acontecimientos de los que tal vez no fue responsable; siempre quiere que las personas estén bien, hasta trata de complacerlas si algo sale mal, y siempre se siente culpable si la consecuencia no es la esperada.
- i) El tener razón: estas personas son obstinadas en sus creencias, en su realidad, siempre tienen el conocimiento acertado, y si existe alguna otra idea sobre lo mismo, la suponen errada; tienden a no dejar que nuevas informaciones los ilustren, suelen ser ignorados.

- j) La personalización: en esta etapa, el individuo tiene en su mente que las personas siempre hablan de él, y se compara con los demás, claro, con mayores capacidades y aptitudes; siempre se perciben como los protagonistas del evento, en su realidad, son los líderes.

1.5 Los moduladores del estrés.

El individuo hace uso de sus recursos personales y sociales para afrontar el estrés y las emociones, estas estrategias dependen de las características de la situación y de las propias particularidades del individuo (estilos de afrontamiento).

“Existe una serie de factores que influyen considerablemente en el estrés, los denominados moduladores, es decir, factores imprescindibles para determinar y predecir cuál será el curso del proceso de estrés y sus repercusiones sobre la salud; existen moduladores de carácter social, como el apoyo que puede recibir una persona en dificultades y las pautas culturales que canalizan y predisponen la apreciación de las fuentes del estrés, y otros de carácter personal como la creencia, las competencias, la experiencia y los rasgos de 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 benéficas” (Palmero y cols.; 2002: 527).

1.5.1. El control percibido.

Este factor se entiende “como una creencia general sobre el grado en el que uno mismo es capaz de controlar y lograr aquellas metas u objetivos deseados, regulando las dificultades que acaecen en el curso de su consecución (Fontaine, McKenna y Cheskin, 1997) influye sobre la salud” (Palmero y cols.; 2002: 528).

Según Fernández (citado por Palmero y cols.; 2002), cuando un sujeto cree tener el control total sobre algo, aunque no sea así, es bastante probable que no vaya a recibir efectos negativos de estrés, por tener esa idea clara en su registro.

El control percibido, de hecho, se ha comprobado con anterioridad: en una investigación hecha con los soldados norteamericanos, en la guerra de Vietnam, se llevaron a cabo pruebas, antes y después de los combates, y pese a tener bajas considerables, el hecho de creer en su victoria afectó positivamente su triunfo, según Bourne (citado por Palmero y cols.; 2002).

Otro de los factores mencionados por Palmero y cols. (2002) es el entrenamiento recibido por los soldados, es decir, a éstos, al haber tenido instrucciones previas respecto a lo que iba a suceder, y cómo debían actuar, les era más fácil intervenir, o reaccionar de la forma adecuada para sobrevivir en el campo de batalla.

1.5.2. El apoyo social

“Por su parte, el apoyo social (los recursos aportados por los otros individuos) juega un papel de mediador entre los sucesos vitales y la enfermedad, reduciendo el impacto del estrés. De modo general se entiende que un bajo nivel de apoyo social está relacionado con un incremento en la vulnerabilidad para la enfermedad física y mental” (Palmero y cols.; 2002: 529).

Según los autores anteriores, el apoyo social es muy efectivo para prevenir las enfermedades físicas, pues ayuda mucho la compañía para el relajamiento de la persona, por lo tanto, es más sano, elimina el impacto del estrés, ayuda a un sujeto a afrontar problemas cotidianos y amortigua sus dolores emocionales.

Según Cascio y Guillén (2010) el apoyo social se ha definido como esas provisiones que aportan las personas con las que se suele participar activamente en una comunidad, es decir, amigos, familiares, conocidos y compañeros; facilitan la vida gracias a su camaradería, el cual ayuda a concebir el estrés de una manera más sutil. En cuanto el modo de apoyo social en a la salud y el estrés, se han expuesto dos modelos que se explican claramente a continuación:

- a) La hipótesis del efecto indirecto o protector.
- b) La hipótesis del efecto directo o principal.

En el primer caso, según Cascio y Guillén (2010), se hace una explicación clara acerca de cómo afecta el apoyo social dentro de la vida de un sujeto, es decir, cuando éste padece de estrés, el apoyo que le aportan las personas que lo rodean es de vital importancia para superar ese problema, pero dicho esto, también se tiene que hacer la aclaración de que los sujetos que reciban poco apoyo, también tendrán una adaptación de menor facilidad al estrés. Esta teoría también acepta el hecho de que al recibir bastantes estímulos positivos, al sujeto le afectarán emocionalmente menos los estresores impuestos por el medio ambiente, es decir, no aparecerán tantas respuestas al estrés.

La hipótesis de efecto directo o principal, por otro lado, expresa que el apoyo incrementa la salud en un individuo, sin que dependa mayormente del estrés aplicado al mismo. Según Cascio y Guillén (2010), si es más positiva la estimulación por parte de las personas al sujeto, éste tendrá un equilibrio psicológico más adecuado; si esto no sucede, él mismo facilitara la aparición de los trastornos.

1.5.3. El tipo de personalidad A/B

Según Travers y Cooper (1997), la conducta es una de las partes más importantes para filtrar el estrés, con esto se quiere decir que el comportamiento que tenga una persona afectará de gran manera la respuesta que tenga el sujeto mismo al estrés.

“A finales de los años 50, los cardiólogos de Friedman y Roseman (1959) observaron que sus pacientes con enfermedades coronarias compartían un patrón de conducta similar y unas reacciones emocionales que ellos denominaron conducta del Tipo A (TAB), descrita como «un complejo de acción-emoción». Este patrón de conducta implica hostilidad, agresividad, competitividad y un sentido de una urgencia; los pacientes pueden ser también intolerantes, exigentes y orientados al éxito de sus objetivos. Sus características más evidentes son la prisa y una forma de hablar acelerada, movimientos rápidos, un sentimiento de culpa o inquietud cuando no están trabajando o se relajan, y una disposición por lo general impaciente. A los individuos del Tipo A no les gusta que les impidan superar rápidamente los obstáculos que se encuentran en su camino” (Travers y Cooper; 1997: 91).

Según Travers y Cooper (1997), la manera más fácil de identificar a una persona del tipo A es mediante las características siguientes: tratan de apresurar las tareas, inclusive cuando están en una conversación hablan bastante rápido, y hacen parecer que están apresurando a los demás integrantes de la charla, de esta manera también repiten las palabras en ocasiones; añadiendo una parte más, suelen terminar las frases de las demás personas.

Sumado a lo anterior, se indica que estos individuos poseen una habilidad muy peculiar, la cual es poner bastante énfasis a algunas palabras mencionadas por ellos, y que tienen un gran valor dentro del mensaje; también al finalizar una frase dicen la última palabra con mucha más rapidez que las primeras, esto significa que

tienen una prisa demasiado explícita, no quieren perder el tiempo hablando con alguien más. Tienen a moverse, comer y hacer todo rápido, a decir verdad, ése es su objetivo: ir haciendo todo más rápido.

Para estos sujetos el tiempo es bastante valioso, por lo cual a veces están realizando dos acciones al mismo tiempo; contantemente, mientras están en alguna actividad recreativa, suelen pensar en algún tema contrario a lo que están viviendo, como la escuela, el trabajo, entre otros, a esto se le llama actividad polifásica, es la característica más habitual de la personalidad tipo A.

También se les reconoce por la presencia de tics nerviosos, o la manera de enfatizar lo que dicen, golpeando la mesa, o estar con los puños cerrados. Les deleita que la conversación gire en torno a ellos, y siempre están intentando que esto suceda, pero si no se consume, entonces fingen escuchar y siguen pensando en sí mismos. Casi siempre tienen un sentimiento de culpabilidad al querer relajarse durante unas cuantas horas; no captan la belleza o sabiduría que se puede observar y conseguir en un día.

Cada vez intentan organizar más cosas, en menos tiempo. Una de las características de la personalidad del tipo A también es la de tener un sentido crónico de la urgencia, es decir, no cuentan con nada que pueda destruir sus planes, no se sienten atraídos por gente de su mismo tipo de personalidad, es más: siempre están

compitiendo entre ellos mismos y se vuelve una situación muy hostil y de mucha competitividad (Travers y Cooper; 1997).

Por otra parte, los de tipo B son más relajados, no se sienten culpables por ello, ni presentan impaciencias, urgencias, ni guardan hostilidad injustificada, son libres debido a su naturaleza aliviada.

1.5.3.1. La personalidad tipo A y problemas cardiacos.

En la década de los cincuenta del siglo pasado, dos investigadores del padecimiento de las arterias coronarias se asociaron con el Harold Brunn Institute for Cardiovascular Research (Instituto de Investigaciones Cardiovasculares Harold Brunn) empezaron a desarrollar un método para predecir la enfermedad de las coronarias, con base en las respuestas conductuales a los estímulos ambientales. De esta investigación surgieron los tipos de personalidad A y B, que son bastante conocidos.

Según Friedman y Roseman (citados por Ivancevich y Matteson; 1985), el tipo de personalidad A, se caracteriza por ser una persona que constantemente quiere lograr muchas más actividades en menos tiempo; se vuelve incesante y crónico este problema, aunque haya circunstancias o personas que impidan esto, siempre quiere llegar a su objetivo rápidamente.

Según Ivancevich y Matteson (1985), muchos autores asumen que el estrés y la personalidad del tipo A, son sinónimos, ya que suponen personas que constantemente están bajo muchos estresores, en contraparte con los de tipo B, que rara vez se alteran o sufren estrés. Y también se piensa que estas últimas personas no tienen planes a cumplir, sin embargo, esta aseveración es totalmente errada, ya que sí las tienen, sólo que al contrario del tipo A, buscan caminos que no maltraten sus procesos psicológicos ni dañen su físico. Una idea errónea que se tiene, es que tipo A es igual a estrés, y B es falta de estrés, esto es algo exagerado, ya que cada uno de ellos sí lo presenta, dependiendo las circunstancias.

Según Ivancevich y Matteson (1985) se puede asegurar que sí existe una mayor prevalencia de enfermedades cardíacas en personas que son del tipo A, sin embargo, no se puede hacer una generalización, debido a que muchos investigadores médicos han realizado estudios que abarcan este tema. A continuación se mencionará una de las investigaciones directamente relacionadas:

De acuerdo con Ivancevich y Matteson (1985) un estudio de grupo colaborador occidental, se llevó a cabo el estudio en 11 compañías con más de tres mil empleados, ésta fue una investigación longitudinal, ya que se hizo por tres años, averiguando cuales de esos empleados eran del tipo A y cuáles del tipo B; después de transcurridos los años, el 77% de los que habían sufrido alguna enfermedad cardíaca eran los del tipo A. Este estudio se llevó a cabo en los años sesentas.

1.6. Los efectos negativos del estrés

De acuerdo con Ivancevich y Matteson (1985) las respuestas negativas del estrés, son las formas del organismo para adaptarse a lo que le está afectando emocional o físicamente, y lo irónico de esta verdad, es que es aquello que se quiere mejor, es lo que los limita, ya que al querer mantener una homeostasis adecuada, su poca capacidad para adaptarse, hace que ese equilibrio buscado se fracture.

A continuación se presentaran algunas de esas respuestas mal emitidas del sistema:

- a) La hipertensión: la sangre fluye a través de las arterias cuando se presenta algún estresor, éstas mismas se contraen aumentando así la presión sanguínea; si ésta se alarga, puede provocar niveles increíblemente grandes de presión.
- b) Las úlceras: son lesiones inflamatorias dentro del intestino o estómago, este padecimiento está totalmente relacionado con el estrés, ya que al aparecer éste, se desborda la cortisona, lo cual crea un ambiente perfecto para estas lesiones si se extienden durante mucho tiempo.
- c) La diabetes: sus víctimas carecen de la capacidad de absorber el azúcar de su sangre, y cuando el estrés aumenta el nivel de esta sustancia, el cuerpo no es capaz de crear la suficiente insulina; si esto se prolonga, puede haber un daño permanente en la secreción de insulina del sujeto.

- d) Las jaquecas: son el resultado de la tensión muscular, como respuesta a algún estresor que permanezca durante un tiempo extenso, se produce la jaqueca, y a su vez, ésta produce más rigidez, la cual aumenta el dolor, y así progresivamente.
- e) El cáncer: es la enfermedad más debatida en la teoría de adaptación, el cuerpo continuamente crea las células mutantes que inician el cáncer, sin embargo, el sistema inmunológico las va destruyendo; cuando existen muchos estresores, éstos obstruyen el trabajo de destruir las células cancerígenas; cuando pasa eso, podrían convertirse en tumores malignos.

Es posible dar otros ejemplos, pero el objetivo no es ser exhaustivo, sino proporcionar una base para ampliar la comprensión del lector en el sentido de que el daño fisiológico puede crecer, por lo menos parcialmente, a partir de un proceso que empezó psicológicamente. No se sugiere en lo absoluto que las enfermedades de adaptación son inducidas únicamente por el estrés, o inclusive, que se basan primordialmente en él; pocos investigadores científicos, ya sean médicos o conductuales, tratarían de plantear este caso. No obstante, sí existe una relación entre el estrés y dichos padecimientos.

Para concluir el capítulo se puede plantear que el estrés es un fenómeno que se presenta en la actualidad con mayor frecuencia en los individuos, sin embargo, esta experiencia no necesariamente representa algo negativo para ellos, puesto que

también puede ser un incentivador de la acción. Lo anterior implica que su estudio se debe enfocar no sólo en el sentido de enfermedad o trastorno.

A continuación se abordará la otra variable de investigación, con la cual se pretende sustentar teóricamente los diferentes aspectos relativos a los trastornos alimentarios.

CAPÍTULO 2

TRASTORNOS ALIMENTARIOS

En este capítulo se hablará acerca de los trastornos alimentarios. La perspectiva se enfocará a explicar que son todos éstos y cómo se presentan en una persona, el desarrollo que tienen, como afecta tanto al enfermo como a sus familiares, es decir abarcará todo los puntos posibles de este tipo de problemas, se hablará desde la historia que tienen estos problemas, hasta su tratamiento.

2.1. Antecedentes históricos de la alimentación.

“Desde la antigüedad, en la historia de nuestra cultura encontramos conductas alimentarias desordenadas. Antaño, los banquetes donde se comía de forma desmesurada tenían, antes que nada, un carácter social de demostración de poder y, en ocasiones, un marcado simbolismo sagrado; durante estos agasajos, el vómito era un procedimiento usual para volver a comer” (Jarne y Talarn; 2000: 141).

En la cultura de la religión cristiana la regurgitación era muy común, ya que tenían una simbología muy clara en el aspecto de la elevación espiritual por medio del sacrificio infringido por la misma persona, el ayuno era considerado como un rechazo hacia el mundo, mayormente practicado por los primeros cristianos y los místicos, esto dicho por Jarne y Talarn (2000).

Según los autores citados, no todos los casos de anorexia eran comprendidos como una vida de sacrificio espiritual, sino que también se encontraban temas clínicos de ello, lo que llamo la atención a la gente, fue una época donde la alimentación era exagerada y el que alguien se negara a comer, era visto con extrañeza, por la improbabilidad de que alguien pudiera sobrevivir sin alimentarse como lo hacían.

En el año de 1873, los médicos Europeos Gull y Lassège, crearon los cuadros caracterológicos para diferenciar los casos de anorexia; estos investigadores no descubrieron ninguna causa orgánica de la anorexia, por ello, se inclinaron a pensar que las razones de dicha patología tenían una etiología psicógena.

Los cuadros descritos por Gull y Lassège, son similares a los que existen hoy en día, si bien con algunos avances más, dicen Jarne y Talarn (2000) que con el tiempo se estipularon teorías psicológicas que daban explicaciones claras del por qué aparecían estos trastornos alimentarios en una persona, más en la corriente psicoanalítica; al paso del tiempo se ha ido aclarando mucho más este tema, y por lo tanto, las disciplinas encargadas del estudio de dicho tópico, tienen como fin realizar constantes investigaciones para los sujetos que padecen estos trastornos.

“Russell, en 1979, describió un cuadro caracterizado por episodios de ingesta voraz y conductas de purga posteriores que consideraba vinculado a la anorexia nerviosa, ya que algunas pacientes anoréxicas evolucionaban tórpidamente en su

trastorno e iniciaban entonces conductas de ingesta voraz y de purga; le denominó *bulimia nerviosa* y sería una forma ominosa de evolución de la anorexia, tal como la definió Russell. Ello supone un *continuum* entre las dos formas clínicas, ya que incluso en las pacientes que no tienen antecedentes clínicos de anorexia nerviosa, Russell considera suficiente la presencia de síntomas subclínicos para justificar el *continuum*" (Jarne y Talarn; 2000: 142).

2.2. Definición y características clínicas de los trastornos alimenticios.

Según la APA (2002), los trastornos alimentarios más comunes y de los que se tiene más información detallada, son la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa; cada una de ellas tiene características diferentes, aunque comparten ciertas percepciones, es decir, el sujeto que presente alguna de estas problemáticas percibirá a su organismo como inadecuado, ya que alteran su visión frente al espejo y le otorgan una imagen deformada de su cuerpo, aun cuando éste se encuentre en un buen estado, de modo que se va deteriorando poco a poco por los rituales nada saludables de alimentación del sujeto. Es muy común que estos sujetos presenten actividades compensatorias, como regurgitar su alimento si presentan bulimia, o la utilización de diuréticos; por otra parte, quienes presentan anorexia nerviosa utilizan dietas muy rigurosas para evitar el aumento de peso, pero éstos no son los únicos trastornos que se presentan: también existen la pica o la rumiación, entre otros.

Las personas suelen preocuparse demasiado por su apariencia física, mucho más que por su estado de salud, y es que la mayoría de ellas practican algún deporte más para perder peso y tener una buena figura, que para mantener su cuerpo y mente en un pleno estado de salud.

“Existe una alteración de la percepción del peso y de la silueta corporales (Criterio C). Algunas personas se encuentran «obesas», mientras que otras se dan cuenta de que están delgadas, pero continúan estando preocupadas porque algunas partes de su cuerpo (especialmente el abdomen, las nalgas y los muslos) les parecen demasiado gordos. Pueden emplear una amplia variedad de técnicas para estimar el tamaño y el peso de su cuerpo como son el pesarse constantemente en una báscula. La medida de las diferentes partes del cuerpo obsesiva o mirarse repetidamente al espejo para observar las zona consideradas «obesas», el nivel de autoestima de las personas que sufren este trastorno depende en gran medida de la forma y el peso del cuerpo. Consideran un logro perder peso y un signo de extraordinaria autodisciplina; en cambio, ven el aumento de peso como un fracaso inaceptable de autocontrol. Algunas personas son conscientes de su delgadez, pero niegan que esta pueda tener implicaciones clínicas graves” (APA; 2000: 554).

En el mismo orden de ideas, “dentro de las dos clasificaciones que existen sobre enfermedades mentales, CIE-10 y DSM-IV, la primera agrupa los trastornos de la conducta alimentaria en:

- Anorexia nerviosa.
- Anorexia nerviosa atípica.
- Bulimia nerviosa.
- Bulimia nerviosa atípica.
- Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas.
- Vómitos en otras alteraciones psicológicas.
- Trastornos de la conducta alimentaria de la infancia.
- Dificultades y malos cuidados alimentarios.
- Anorexia o disminución del apetito sin especificar.
- Pica en la infancia.

En el caso del DSM-IV, la clasificación queda así establecida:

- Trastornos de la conducta alimentaria:
 - Anorexia nerviosa.
 - Bulimia nerviosa.
 - Trastornos de la conducta alimentaria no especificados, incluye el trastorno por atracón.
- Trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria en la infancia o niñez:
 - Pica.
 - Trastornos de rumiación.
 - Trastornos de la ingestión alimentaria en la infancia o la niñez” (Castillo y León; 2005: 223-224).

Las dietas mal estructuradas para una baja de peso suelen causar enfermedades en las personas, por lo que si se hará algún tipo de régimen alimenticio, la opción más recomendable es asistir con un especialista.

2.2.1. Anorexia nerviosa

La anorexia nerviosa es un trastorno de conducta alimentaria, el cual ataca principalmente a las ganas de una persona por comer, es decir, inhibe el hambre del sujeto de forma psicológica, tratando de hacer creer al organismo de que no tiene apetito.

“Las características esenciales de la anorexia nerviosa consisten en el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, es un miedo intento a ganar peso y una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo. Además, las mujeres afectas de este trastorno, aunque hayan pasado por la menarquia, sufren amenorrea” (APA; 2002: 553).

Expresa la APA (2002) que la pérdida de peso en personas que padecen este trastorno es muy lenta, a pesar de que los primeros alimentos que anulan de su dieta son los que contienen más calorías. La mayoría de los pacientes terminan con una alimentación muy restringida, y otros medios para la baja de peso, como serían el vómito, el uso desmesurado de laxantes y diuréticos, entre otros. El mayor temor que estas personas tienen es el subir de peso, y a pesar de que sus tácticas tienen un

resultado en la eliminación de la grasa corporal, estos maximizan ese temor y lo vuelven algo compulsivo, y mientras más peso pierden, más miedo es el que tienen de ganarlo.

En el mismo sentido, existe una alteración en la percepción que tienen estas personas sobre su cuerpo, ya que a pesar de estar delgadas, ellas se perciben como obsesas; por otro lado, están quienes saben que están delgados, pero aun así tienen una preocupación excesiva por ciertas partes de su cuerpo en las que tienden a acumular grasa.

Según la APA (2002) la anorexia nerviosa se puede ver más claramente en las sociedades más industrializadas, en donde el alimento es una necesidad que no está ausente en casi ningún sector de esta misma cultura, varios ejemplos de ellos es que, en estos países se presenta más ese problema: Estados Unidos, Canadá, Europa, Australia, Nueva Zelanda y Sudáfrica. De la prevalencia en otras culturas sobre este trastorno es muy vaga la información que se tiene. Si un sujeto que radica en algún país donde no vivan esta realidad, se muda a uno donde la belleza lo es todo, y ésta se basa en la esbeltez, entonces será más fácil que sea persuadido para convertirse en anoréxico.

“Es necesario considerar otras causas posibles de la pérdida de peso, sobre todo si hay características atípicas (como el inicio de la enfermedad después de los 40 años). En las enfermedades médicas (p. ej. enfermedad digestiva, tumores

cerebrales, neoplasias ocultas, síndrome de inmunodeficiencia adquirida) puede producirse una pérdida de peso importante, pero las personas con estos trastornos generalmente no tienen una imagen distorsionada del cuerpo ni un deseo de adelgazar más. El síndrome de la arteria mesentérica superior (caracterizado por vómitos pos-pandriales secundarios a obstrucción intermitente de vaciamiento gástrico) debe diferenciarse de la anorexia nerviosa, aunque este síndrome aparece algunas veces en individuos que presentan aquella (debido a su emancipación)” (APA; 2002: 557).

Este es un tipo de anorexia nerviosa atípica, ya que si bien el sujeto presenta falta de apetito, ésta puede ser provocada por alguna otra enfermedad del organismo; se puede diferenciar fácilmente debido a que en la anorexia atípica no se presenta la amenorrea ni hay una visión deformada de su cuerpo, refieren Castillo y León (2005).

2.2.2 Bulimia nerviosa

La bulimia nerviosa es un trastorno alimentario que se caracteriza por el consumo de una gran cantidad de alimentos en un corto tiempo, para tener una rápida satisfacción del individuo que lo padece, sin embargo, poco tiempo después esa gratificación se convierte en una malestar psicológico y físico, por lo que expulsa todo, lo cual puede hacer de varias maneras, como el vómito o las purgas.

“Las características esenciales de la bulimia nerviosa consisten en atracones y métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso. Además, la autoevaluación de los individuos con esta enfermedad se encuentra excesivamente influida por la silueta y el peso corporales. Para poder realizar el diagnóstico los atracones y conductas compensatorias inapropiadas deben producirse al menos un promedio de dos veces a la semana durante un periodo de 3 meses” (APA; 2002: 554).

Un atracón se define como la ingesta excesiva de alimento, en un tiempo muy corto, también debe tenerse en cuenta el contexto en el cual el sujeto se alimenta de esta manera, ya que si es un aniversario, o alguna fecha festiva, se puede decir que es una conducta totalmente normal, según la APA (2002); por otra parte, a pesar de que en los atracones se ingiere todo tipo de comida, la que más se consume en esos momentos es la que contiene más proteínas calóricas, como dulces o helados.

Los vómitos recurrentes pueden causar muchas otras alteraciones médicas y dentales en las personas que padecen esta enfermedad. En las mujeres se altera su ciclo menstrual, éste es un efecto claro de cómo este trastorno afecta nutricional y emocionalmente a una joven según la APA (2002). También existe una bulimia nerviosa atípica, en la que también se presentan los arranques de ingerir alimentación excesiva, sin embargo en este caso puede que no haya una baja excesiva de peso, ni siquiera una considerable, aunque se realicen purgas o vómitos, según mencionan Castillo y León (2005).

El trastorno por atracón es un problema que se debe solucionar lo más rápido posible, ya que afecta sobremanera al paciente en diversos escenarios: médico, psicológico, psiquiátrico, social, escolar, laboral, entre otros. Dicha perturbación se caracteriza por exceder su alimento en muy poco tiempo como medio de satisfacción, pero que a causa de exagerar la velocidad en que se hace la digestión, aunado al reproche por ingerir tanta comida, se llega a la regurgitación de todo lo consumido, ya que a veces el individuo lo hace sin siquiera tener hambre, de acuerdo con lo que aseveran Castillo y León (2005).

2.2.3 Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas

Según Castillo y León (2005) , la hiperfagia se presenta como el resultado de algún acontecimiento negativo que haya vivido el sujeto, como por ejemplo, algún accidente, la pérdida de algún familiar cercano o amigo, y como una respuesta más a todo esto, se genera la obesidad en el sujeto.

Pero tampoco se puede afirmar que el total de las personas con sobrepeso en el mundo sean el resultado de un momento estresante, ya que en muchas de las ocasiones el ser obeso es el factor principal para que los otros signos de algún trastorno alimentario se presenten, también se puede tomar en cuenta la gordura por efecto secundario de algún tratamiento farmacológico.

2.2.4. Vomito con otras alteraciones psicológicas.

De acuerdo con Castillo y León (2005), en este trastorno se producen vómitos con cierta continuidad sin que sean provocados, aparecen generalmente en cuadros disociativos, en embarazos y en las personas con hipocondría, que es también uno de los varios síntomas que presenta el sujeto.

2.2.5. Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia.

Los trastornos en la infancia se pueden tomar con un poco menos de severidad, pero si con una gran importancia, ya que son indicios de lo que puede suceder si el sujeto no es atendido con asertividad.

La CIE-10 (citada por Castillo y León; 2005) explica lo que es este tipo de trastorno: para comenzar el niño no quiere aceptar la comida o algún contacto con ella, aunque sea proporcionada por su cuidador habitual; el infante se nota muy encaprichado, hasta fuera de lo normal, por lo que no debe confundirse con situaciones más cotidianas; también puede deberse a alguna enfermedad orgánica. De igual manera, se debe poner importancia en el peso del niño, ya que si por varios meses está aumentando y disminuyendo, puede ser indicio de este trastorno. Los aspectos con los que se hará el diagnóstico diferencial serán: trastornos en los que el niño come bien con adultos distintos a su cuidador habitual, enfermedad orgánica suficiente para explicar el rechazo a la comida, anorexia y trastornos de la conducta

alimentaria, trastorno psiquiátrico más amplio, pica, trastorno de la conducta alimentaria por malos tratos.

Según Jiménez (1997) , es muy común que los padres de familia confundan estos padecimientos, ya que muchas de las veces son conductas de rebeldía por parte del niño, al no querer aceptar las normas y conductas que debe tener para su edad, y aún quiere estar rodeado de juguetes, por lo que se debe ir con un especialista, ya que de lo contrario podría empeorarse el problema, porque los padres tratan de mejorar el escenario con sus técnicas y las de sus conocidos, sin embargo, los trastornos alimentarios como bulimia nerviosa, anorexia nerviosa, pica, entre otras, debe ser atendidas por una persona especializada.

2.3. Esfera oroalimenticia en el infante.

Todo ser humano siente cierto placer al alimentarse, y esto es por varias razones, una de ellas es la satisfacción oral que se produce al roce de los labios con algún alimento u objeto que reduzca la ansiedad oral, entonces al momento de alimentarse se tienen que cubrir algunos aspectos para que esta actividad sea la adecuada para el niño, como por ejemplo alimentarse a un horario fijo, agradable ambiente familiar a la hora de la comida, la comunicación adecuada entre los padres, además de otras, todo esto según Ajuriaguerra (1973).

2.3.1. Organización oroalimenticia

De acuerdo con Thomas (Citado por Ajuriaguerra; 1973), el reflejo de succión en el niño aparece muy tempranamente, así como el de deglutir la comida, la lengua siente satisfacción al probar alimentos azucarados, lo que le provoca movimientos más prolongados y la succión será más larga.

Dice Laforgue (citado por Ajuriaguerra; 1973) que cuando el niño nace ya presenta reflejos oroalimenticios, y ésta es su única conexión con el mundo, aunque aún no tiene un sentido de cariño o sentimental, ya que el niño sólo ve a su madre como un medio para alimentarse, es decir, él la ve como madre-comida, si bien tiempo después comenzará a enamorarse de su progenitora.

El manejo de la de la actividad oral principalmente desemboca en la satisfacción o en la nutrición biológica normal, también tiene una valencia de apropiación de algún valor, para el infante, juegos de labios, entro otros, afirma Ajuriaguerra (1973).

La reacción infantil de contacto-apropiación está dirigida en el niño, según Ajuriaguerra (1973), por la boca, y debido a la inexperiencia que esta área presenta, tiene la mayor parte de su capacidad restringida, no obstante, es la parte que auxiliará más en la parte investigativa del infante, esto durará sólo mientras el niño ya

pueda ver imágenes más claras y darse cuenta de que existen más personas en el mundo.

El niño, al tener por herramienta de experimentación principal los labios, es el área que más utiliza, conoce y trata de satisfacerse por medio ellos; al ser el pecho su medio de alimento y, a la vez, una conexión con la madre, ésta misma puede convertirse en una asociación negativa o favorable hacia la gratificación oral dependiendo de la madre y su conexión con el infante.

“Desde la primera experiencia habida en la alimentación, el hecho de perder y recuperar el objeto querido (pecho ‘bueno’) será fundamental en la vida emocional del niño, quien agradecerá tanto el objeto que proporciona el alimento como el alimento mismo. En cuanto dador de algo agradable, será amado y considerado como ‘bueno’ y en cuanto frustración será odiado y considerado como ‘malo’. La manifiesta dualidad entre pecho ‘bueno’ y pecho ‘malo’ tiene por origen en parte la no integración del Yo, su entrecruzamiento dentro del Yo y en su relación con el objeto” (Ajuriaguerra; 1973: 180).

2.3.2. Alteraciones en la esfera oroalimenticia

Según Levesque (citado por Ajuriaguerra; 1973), en ocasiones anormales aparece una anorexia esencial precoz en el niño, puede ser desde un día hasta unas semanas; es más común en niños bajos de peso, muy despiertos o nerviosos; suele

sucedir que en un principio se vean reacios a consumir alimento, sin embargo, con el paso del tiempo su comida empieza a ser más equilibrada.

Este autor también habla de una anorexia del segundo semestre, es más común que la anterior, y se da alrededor del quinto y octavo mes, cuando se está empezando a bajar en el pequeño el consumo de leche y la comida sólida se está introduciendo en su dieta normal.

De acuerdo con Ajuriaguerra (1973) existen dos tipos de anorexia en el comportamiento infantil, las cuales son:

- 1) La anorexia inerte: cuando el niño no coopera, no se interesa, ni nada por comer, incluso puede salirse lo poco que ha ingerido por la comisura de los labios.
- 2) Anorexia de oposición: el niño se niega rotundamente a comer valiéndose de todas sus habilidades, el llanto, rechazo y demás, se entabla una verdadera lucha entre padre e hijo para que éste coma, por lo general el niño sale victorioso en su guerra y el padre, fatigado.

El principal puente entre una madre y su bebé recién nacido es la alimentación, y si ésta no es del todo una experiencia positiva para el niño, se convertirá en una aceptación total y una negación del infante hacia la madre; dependiendo de lo ya mencionado, si el niño rechaza la comida es una clara

manifestación de su personalidad, la cual puede ser reprimida por el adulto si este mismo no la comprende dice Ajuriaguerra (1973).

En el segundo semestre del nacimiento del niño Kreisler (citado por Ajuriaguerra; 1973) distingue estos tipos de anorexia:

- 1) La anorexia simple: al comienzo se puede confundir con un destete normal, cuando el niño está cambiando su alimento, y lo trata de aceptar poco a poco, sin embargo, esta perturbación contiene características más marcadas, y cuando la madre se impone drásticamente frente al niño, él termina por oponerse totalmente. No se considera una pérdida de apetito, solo una rebeldía infantil.
- 2) La anorexia compleja: se caracteriza por tener la misma sintomatología anterior, pero ésta es más aferrada y hay la evitación de completar los tratamientos que les presentan. El niño manifiesta una oposición muy marcada a comer, los casos más graves de anorexia suponen problemas interpersonales con la madre.

2.4 Perfil de la persona con trastornos de alimentación.

“No es fácil describir ‘el perfil’ de una persona en riesgo de desarrollar un trastorno de la alimentación, o de su familia, porque en general uno comienza a observarlos a partir de que el trastorno del comer ya se ha instalado. Los trastornos

del comer afectan tanto a la personalidad que se vuelve difícil separar los rasgos característicos de la persona que los que aparecen como resultado una vez que se instala el trastorno del comer” (Costin; 2003: 69).

En un estudio realizado en los años 40's se descubrió que las dietas muy restrictivas provocaban cambios importantes en la conducta del sujeto, al igual que los trastornos como la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, como son el presentar cierta aberración hacia la comida, pero a medida que el sujeto se va recuperando de su trastorno, éste se va disolviendo, según Costin (2003).

Cuando la seguridad de una persona depende totalmente de lo que piensa sobre él, el mundo que lo rodea, dice Costin (2003), se vuelve una gran batalla para el individuo, ya que al parecer nunca deja conforme a esa gente, siempre termina dudando sobre sus capacidades personales.

Por lo general, los jóvenes que padecen estos trastornos, están viviendo etapas en su vida en las cuales se están dando muchos cambios emocionales, como mudarse de ciudad, de colonia, la relación con los padres. Costin (2003) refiere que estos problemas normales, se vuelven muy confusos para el sujeto, por lo que tiene dificultades para resolverlos, y la manera más sencilla que encuentra es el autocontrol, pero para estas personas eso significa mantener una dieta especial, sin sobrepasarse de los límites, que visto objetivamente, son demasiado excesivos, el

individuo busca que su cuerpo sea una arma de defensa psicológica contra los conflictos que lo están atacando.

Las personas generan una idea de cómo deberían verse frente a los demás, y también sobre cómo se perciben ellos, si estas percepciones no concuerdan, se pueden producir problemas en la autoestima, que por definición es la aceptación que tiene una persona por ella misma, y cuando menos se parezca al ideal de persona que quieren ser, su autoestima será cada vez más baja, según Costin (2003).

Es bastante común que las personas que llevan este proceso de restricción tan extremo, no sólo lo hagan en la alimentación, sino que tratan de controlar todo su cuerpo, conductas, emociones, entre otras cosas, muy a su manera, pero cuando se desploma todo ese control, se vuelve en su contra ese mismo sistema de defensa y se convierte en una patología severa.

2.5. Causas del trastorno alimenticio

Los trastornos alimentarios tienen diversas procedencias, muchas de ellas son de índole psicológica, puesto que el estado emocional de una persona es un factor de gran importancia para su aceptación corporal, las inseguridades que tiene ese individuo también se añaden a las causas, aunque también se debe saber que este tipo de enfermedades también tienen predisposición biológica, ya que existen ciertos químicos en el cerebro que estimulan la aparición de ansiedad o compulsión, lo que

hace que una persona sea más vulnerable a algún problema de tipo alimenticio, aunque los factores sociales y familiares tienen gran relevancia en la aparición de estas enfermedades, según Odgen (2005)

2.5.1. Factores predisponentes individuales

A continuación se explicarán algunas de las razones que tiene una persona para padecer de este tipo de trastornos, con énfasis en lo subjetivo, ya que se manifestarán las explicaciones de ciertos tipos de pensamiento que puede haber en la personalidad del individuo.

Según Odgen (2005), las teóricas psicológicas que explican el por qué una persona decide elegir cierta dieta, o algún tipo de alimentación, son muy persuasivas para modificar la conducta alimentaria de un sujeto, enfocándose más en los aspectos de las creencias, actitudes y el aprendizaje.

De acuerdo con Jarne y Talarn (2005), las personas no eligen su comida simplemente por el hecho de alimentarse, y cuanto de ese alimento es el que necesitan, también existe la causa social, es decir, la simbología que se le da a cierto tipo de alimento, y su consumo como una tradición cultural.

La comida, por estar en todos lados donde se vaya, con la familia, con los amigos, al trabajo, se convierte en una de las situaciones que se comparte con una

parte importante de las personas conocidas, por lo tanto, tiene numerosas connotaciones y simbologías dependiendo del momento y el estilo de comida que sea, ésta puede significar tristeza, festejo, júbilo, costumbres, éxito, entre muchas más simbologías. Es una forma de expresión para aquellos que la consumen y también para quienes la preparan.

La comida facilita información sobre la identidad personal y actúa como una comunicación de necesidades internas, conflictos internos y el sentido del yo. Actividades como cocinar a diario, comprar alimentos, estudiar economía del hogar, en las escuelas se han considerado tradicionalmente como actividades femeninas, como muestran los estudios transculturales, las revistas, los libros de cocina, la publicidad y los estudios sobre parejas recién casadas. Los significados individualizados de la comida están, pues, íntimamente ligados a la identidad de género y a la idea de ser mujer (Odgen; 2005).

“En particular, la comida representa la sexualidad, los conflictos entre culpabilidad y placer, comer y negación, y una expresión de autocontrol” (Odgen; 2005: 67).

2.5.2. Factores predisponentes familiares

En este título se hablará de cómo afecta la familia la aparición de alguno de los trastornos alimentarios mencionados, y es que la familia, al ser la primera relación

real que tiene el sujeto con el mundo, conlleva una capacidad informativa y emocional muy vasta, que si está mal enfocada, puede generar problemas en la personalidad del joven.

Algo que se suele preguntar con mucha continuidad es si la familia provoca el problema o si es una víctima más del mismo. Se puede afirmar que en el contexto sociocultural como el familiar, son factores muy reales para este problema, ninguno de ellos, por separado, lo puede explicar en su totalidad, en vez de ello, se tienen que congregar estos elementos y estructurar una explicación más clara del problema. Cuando en una familia alguno de los miembros padece algún trastorno, todo el núcleo se ve afectado aunque no sea el provocante de la problemática, según Rausch (1997).

En las mujeres es más común que la presión social sea una variable con más importancia para el inicio de algún trastorno alimentario, mientras que en los varones es más común que aparezca por causas familiares, indica Rausch (1997).

La variable de tener padres separados o aún casados no es muy significativa para este tipo de trastornos.

Existe un mayor daño en los procesos afectivos, cuando uno de los padres padece de alcoholismo, esto a su vez puede generar bulimia en la hija o hijo, aunque

la mayoría de las veces las madres de los afectados culpan a la obesidad por el trastorno de su hijo, asevera Rausch (1997).

Las familias que presentan una hostilidad inhibida suelen ser captados como un grupo armonioso, a pasear de no serlo, pues su problema radica en saber diferenciar los problemas que se presentan, y según Rausch (1997), por ende no se ven resueltos, lo que causa una relación intrafamiliar muy rígida.

“Lo que sí es innegable es que las familias tienden a reflejar en pequeño los conflictos sociales más amplios, o las actitudes e ideologías imperantes en cada época social, los miembros de cada familia reproducen en sus vidas individuales los valores que absorbieron durante el crecimiento” (Costin; 2003: 82).

“Los grupos humanos, en general, y las familias, en particular, establecen fronteras entre sus miembros. Éstas no son más que reglas que determinan en cada momento quién participa de cada interacción y de qué modo. Hay fronteras individuales y otras que demarcan el territorio de más de una persona, por ejemplo, la pareja parental. Las fronteras claras marcan espacio que permiten anticipar el lugar de cada uno en una determinada situación. Son sin difusas, se produce una intrusión física y mental en el espacio del otro” (Rausch; 1996: 54).

2.5.3. Factores socioculturales

Sobre este rubro, Costin(2003) hace una aclaración respecto a que la mayoría de las personas no empiezan a hacer una dieta por su salud, tener colesterol normal, regular la presión o circunstancias similares, sino por reducir sus tallas, ya que éstas tienen un valor social más valorado, pues las personas obesas son las menos atractivas ante los demás. Y es que estas personas tienen una filosofía algo interesante: la cual consiste en que morirse es una desgracia, pero ser gordo es una vergüenza.

Según Costin (2003), existen muchos factores que facilitan la aparición de un trastorno alimentario en una persona, y no es que estos mismos componentes sean los causantes del mismo, sino que simplemente vuelven más vulnerable a un sujeto que tenga predisposición a padecer estos problemas. No se puede afirmar que sólo uno de los elementos dañinos afecte tan severamente como para ser el único, es la suma de varios de ellos lo que realmente ayuda a provocar estos trastornos.

Afirma Costin (2003) que mientras la problemática no se vaya atendiendo como se debe, arraigando de manera cada vez más profunda dentro del sujeto, por lo que se debe actuar al momento, si no, ésta va a perdurar por mucho tiempo en la vida de la persona afectada.

Expresa Costin (2003) que el peso tiene un significado muy importante en el plano social, ya que la esbeltez puede mantener a las interesadas en un alto estatus socioeconómico, según se ha vendido esta idea en todas las revistas especializadas en la moda y vida femenina.

Todo este problema se da más en los países con mayor industrialización, sobre todo en el mundo occidental, pero también existen algunas seguidoras de este problema en el mundo oriental. En donde se más se registran mujeres que padecen de este trastorno es en las clases media y alta, pues en las bajas no existe esa necesidad, y si se ha presentado sujetos de esta franja social que la padecen, de alguna forma están en conexión con personas de estatus socioeconómicos más altos (Costin; 2003).

2.6. Percepción del cuerpo en el trastorno alimenticio

Schilder (citado por Ogden; 2005) menciona el concepto que se le da a la imagen corporal, la cual define como aquella percepción que tiene una persona por su mismo aspecto físico. En otros lugares esta definición también puede ser utilizada como los límites que una persona se forma a sí misma sobre aspectos tales como el atractivo, el peso, la figura, y esta misma situación puede ser tomada como un problema, en el momento en que existe tanta preocupación sobre los mismos, si se añade que los medios masivos de comunicación hacen una gran aportación para la existencia de este problema, puesto que las revistas enfocadas a la belleza, en sus

artículos llegan a tener nombres demasiado sugerentes hacia el repudio contra la gente obesa, si bien esto es manejado como un simple anuncio publicitario.

Las marcas relacionadas totalmente con la belleza u opinión pública tienen bases fundamentadas totalmente en el verse atractivos hacia el público, el problema de esto es la forma en que venden su idea, pues implantan conceptos tales como que la gordura es igual a infelicidad y que producen enfermedades, pero la realidad es que se generan más el querer reducir esas tallas de una forma nada saludable por la presión que ejercen esas ideas mercadológicas utilizadas por esos sellos nacionales e internacionales, todo esto de acuerdo con lo que menciona Ogden (2005).

Según esta autora, existen tres perspectivas diferentes de cómo un sujeto puede interpretar a su cuerpo como una imagen corporal deformada, es decir, el sujeto cree que tiene más peso del que realmente posee; el joven, al parecer, manifiesta alucinaciones visuales y kinestésicas, pues al admirar y sentir su cuerpo con más grasa corporal de la que realmente posee, comienza una alteración psicológica más grave que se tiene que atender a la brevedad posible.

Otra forma de tener una imagen deformada del cuerpo sería como discrepancia del ideal, es decir, el sujeto piensa que está un poco pasado de peso; ésta es un poco más común y sana, pues el individuo no convierte este pequeño sobrepeso en una obsesión compulsiva. Por último, como respuestas negativas al

cuerpo, es decir, al individuo no le gusta su cuerpo en absoluto, cada detalle lo concibe como aversivo a su vista, pues ha deformado totalmente su visión corporal, haciendo una discrepancia entre el modo en que es realmente y como se ve, haciendo también una idealización sobre cómo debería de verse y cuánto debería pesar para tener el cuerpo ideal.

2.7. Factores que mantienen los trastornos alimenticios

Costin(2003) menciona que para que se puede ver una mejora en las personas que presentan este problema alimentario, es necesario conocer los problemas físicos, y los emocionales, además de entender la correlación que existen entre ellos, de esa forma se puede normalizar a una persona con este problema.

Mientras exista una dieta demasiado rigurosa que esté utilizando el individuo, va a provocar una subalimentación, la cual a su vez es la causante de que el estado anímico del sujeto se afecte negativamente, y por lo tanto, tampoco hace un esfuerzo físico, lo cual logra un estado emocional muy decaído del paciente, al lograr que esta misma dieta se vea menos extrema, y que tenga una alimentación balanceada, el individuo comenzará a mejorar sus actitudes, y sus fuerzas volverán poco a poco, conforme el organismo se va recuperando (Costin; 2003).

2.8. Trastornos mentales asociados a los trastornos alimenticios

Según Kirschman y Salgueiro (2002) no se puede hacer una clara definición de trastornos mentales presentes en el tema explicado a lo largo de este capítulo, puesto que son varias las probables causas de una y la otra, por ende no se puede saber si una condición estimula a otra. Con base en este razonamiento, se puede hablar de comorbilidad, que por definición es la aparición de dos o más trastornos o problemas médicos al mismo tiempo en un sujeto, esto se aplica únicamente a este tipo de problemas, ya que si se trata de síntomas, no se le definiría como tal, dicho esto, también se debe aclarar que el hecho de que una patología aparezca, no significa que realmente esté en el individuo, ya que podría ser una representación de algún otro conflicto que tenga la persona.

Este término también se puede aplicar cuando una persona es diagnosticada con más de un trastorno, pero sin presentar toda la sintomatología de algún cuadro donde se le diagnostique.

A continuación Kirschman y Salgueiro (2002) presentan varios diagnósticos que pueden presentarse en los trastornos de alimentación, asimismo, se hará una diferenciación entre la anorexia nerviosa y la bulimia:

“Los diagnósticos más a menudo asociados a la anorexia nerviosa aguda son: en el tipo restrictivo: depresión, distimia, ansiedad, trastorno obsesivo compulsivo

(43% para depresión mayor y trastorno de pánico –algunos estudios dan valores de 60-80% en pacientes crónicos; 54% para fobia social y 14% para trastorno obsesivo compulsivo); en el tipo bulímico: abuso de sustancias. Muchos pacientes tienen más de un diagnóstico” (Kirschman y Salgueiro; 2002: 113).

Lilenfeld (citado por Kirschman y Salgueiro; 2002), menciona que también se pueden presentar algunas patologías dentro de la familia del sujeto que haya tenido o tenga algún trastorno de alimentación, las cuales pueden ir desde tener ellos mismo ese tipo de trastornos, o depresiones mayores o menores, trastornos de ansiedad, entre otros.

En el siguiente apartado se hará una explicación breve acerca de cómo están relacionados los alimentos con la depresión, y si alguno de ellos se la respuesta del otro, o simplemente tiene una relación que no es causa-efecto.

2.8.1. Trastornos alimenticios y depresión.

Según Kirschman y Salgueiro (2002), antes se tomaba a la anorexia nerviosa como una expulsión totalmente normal de la melancolía común que se presenta en la pubertad, es decir, que era vista como una característica más de los púberes, se relacionaba con el intento del joven por resolver sus conflictos personales de la edad.

Al hablar de la bulimia nerviosa, se dice que pueden existir también trastornos del sueño en las personas que padecen este problema, los cuales son onda lentas al momento de estar dormidos, sonambulismos, entre otras, señalan Kirschman y Salgueiro (2002).

“¿De qué manera el estado de ánimo negativo desinhibe la restricción dietaria? Gran parte de la literatura examina los efectos de estados anímicos transitorios sobre el procesamiento de información. En este sentido, la captación cognitiva hecha momento a momento por los pacientes con bulimia nerviosa sobre su éxito en el mantenimiento de los estándares dietarios está medida por el humor, con las siguientes premisas:

- Humor positivo, en el tiempo que precede al consumo de una comida las lleva a evaluar su estado dietario como exitoso, mantenido.
- Humor negativo, en el tiempo que precede a un atracón las lleva a evaluar que el estado dietario ha sido infringido, y por lo tanto el atracón aparece” (Kirschman y Salgueiro; 2002: 128).

2.8.2. Trastornos alimenticios y ansiedad.

“Los estudios de comorbilidad resultan métodos muy útiles para explorar la naturaleza de extensión de la ansiedad entre pacientes con trastornos alimentarios. En un trabajo de Schwalberger y otros (1992) se comparan cuatro grupos de

pacientes: con bulimia nerviosa, con trastornos por atracón, con trastornos de pánico y con fobia social, en relación a la comorbilidad con depresión, ansiedad y abuso de sustancias. Los resultados fueron los siguientes:

- El 75% de los pacientes con bulimia nerviosa y el 63% con trastorno por atracón, presentaron uno o más diagnósticos de trastornos de ansiedad.
- El diagnóstico de trastorno de ansiedad más frecuente fue trastorno de ansiedad generalizada y fobia social.
- El trastorno de ansiedad precedía en por lo menos un año al trastorno alimentario.
- El 40% de los pacientes con bulimia nerviosa, el 27.3% de los obsesos con trastorno por atracón, el 25% de los pacientes con trastorno de pánico y el 25% de los pacientes con fobia social cumplían los criterios para depresión mayor o distimia” (Kirschman y Salgueiro; 2002: 128).

Según las autoras citadas, cuando el trastorno obsesivo-compulsivo se presenta también en el trastorno alimentario, pueden constituir una perspectiva desde la que se puede hacer un análisis del caso, la primera sería que los trastornos alimenticios son una variante que surge a partir del obsesivo-compulsivo; la segunda sería que ambos problemas tienen sus raíces muy separadas, por lo cual ninguna provoca a la otra a su aparición; la tercera consistiría en hacer una comparación entre estas dos perturbaciones, observando las similitudes y las diferencias que presenta la una de la otra.

Un estudio realizado en el año 1986 por los investigadores Travers, Cooper y Fairbun, arrojó los datos de que una persona que presenta alteraciones en sus conductas alimentarias, tiene un 80% más de probabilidad de tener ideas obsesivas y rumiación del pensamiento, según Kirszman y Salgueiro (2002).

Las autoras anteriores afirman que un gran número de las personas que padecen algún trastorno alimentario, han experimentado una desesperante fobia social a través de su vida, y que algunos de ellos han podido superarla por medio de este trastorno, sin embargo, es un peso muy grande por cargar, ya que la presión social que siente la persona, se percibe como excesiva, por lo que llega a desplomarse conductualmente y tener los trastornos alimentarios o de ansiedad, esto se da más en las mujeres.

2.9. Tratamiento de los trastornos alimenticios

Cualquiera de las medidas para tratar estos padecimientos implica normalizar la dieta del individuo trastornado, pues al hacer que éste vuelva a tener una alimentación equilibrada, sus funciones orgánicas comenzarán a rehabilitarse, así como los problemas psicológicos, sin embargo, éstos tardarán un poco más en volver a la normalidad (Jarne y Talarn; 2000).

La recuperación psicológica es un tanto más difícil, pues que las jóvenes que padecen esta trastorno y que se encuentran en etapas muy avanzadas de la

enfermedad, se muestran reacias al tener alguna charla con cualquier psicoterapeuta, por lo que se utilizan métodos terapéuticos en los que no está presente necesariamente algún psicólogo o psiquiatra, es decir, dentro de sus dinámicas para recuperar el peso y la adecuada alimentación se están desarrollando técnicas terapéuticas para el mejoramiento del sujeto.

Según Jarne y Talarn (2000), dicho todo esto se tiene que hacer la aclaración de los puntos a revisar para el tratamiento, como los conflictos interpersonales que mantiene la joven con las personas que la rodean, por ende, también la seguridad que tiene sobre ella misma, pues de ésta depende su autoestima, la cual es una parte muy importante en la vida de una persona, así como modificar esa percepción distorsionada que tiene sobre su cuerpo.

La corriente cognitivo-conductual ha tenido buenos resultados, esta teoría define a los trastornos alimentarios como la unión de muchos reforzadores positivos hacia la delgadez, en combinación con estímulos aversivos que provocan ansiedad. Con esta terapia se pretende lograr que el sujeto no coma por la ansiedad de pensar en el subir de peso, utilizando igualmente estímulos positivos en el individuo para que haya una mejora en su alimentación, según Jarne y Talarn (2000).

En el plano farmacológico también existen métodos para eliminar este trastorno, la sustancia activa que contiene es ciproheptadina, esta medicina provoca hambre inevitable a la persona que la consume, y esta acción se valora sólo como

una ayuda para las terapias psicológicas, de acuerdo con lo que menciona Jarne y Talarn (2000)

A decir de estas autoras, en tiempos pasados a las jóvenes que presentaban algún tipo de trastorno alimentario manejado en esta investigación, se les alejaba de su familia, sin embargo con el tiempo se han ido eliminando esas técnicas, y se empieza a atender a la familia dentro de las terapias para la unificación de la misma y el mejoramiento más fácil de la joven.

De esta manera se concluye el capítulo relativo a los trastornos alimentarios y, con él, se da cumplimiento al marco teórico, de modo que en el capítulo siguiente se expondrán las actividades metodológicas necesarias para consumir los objetivos del estudio que fueron planteados inicialmente.

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Este capítulo está dividido en dos partes, en la primera se hará la descripción metodológica y en la segunda se presentaran los resultados.

En cuanto a la descripción metodológica se explicará el enfoque adoptado, que es el cuantitativo, posteriormente se expondrá el estudio de tipo transversal para posteriormente presentar el alcance correlacional no causal y finalmente se caracterizará el tipo de hipótesis.

3.1. Enfoque cuantitativo

El enfoque cuantitativo se caracteriza por lo siguiente:

1. El investigador realiza los siguientes pasos para hacer un estudio con enfoque cuantitativo, de acuerdo con Hernández y cols. (2006):
 - a) Plantea un problema de estudio delimitado y concreto. Sus preguntas de investigación tratan sobre problemáticas muy concretas.
 - b) Al haber planteado la problemática, se realiza una investigación sobre trabajos anteriores acerca del tema que se va a indagar; a esto se le conoce como la revisión de literatura.

- c) Sobre la estructura de la literatura estudiada, se realiza más investigación del tema, que será llamado marco teórico, información que ha de guiar todo el trabajo de tesis.
 - d) Posterior a conocer esta teoría se realizan las hipótesis, las cuales se van a corroborar o a refutar, según sea el caso.
 - e) Se ponen a prueba esas mismas hipótesis, con el diseño de investigación adecuado. Al poder comprobar que la hipótesis de trabajo es correcta, se ponen más puntos a favor de la misma; si es incorrecta, se buscan mejores explicaciones y se crean nuevas hipótesis. Al ser correcta la hipótesis, la teoría esta mejor cimentada, y viceversa.
 - f) Para que una teoría se pueda decir que es irrefutable, se deben tener los datos estadísticos que se obtuvieron de las personas, situaciones y fenómenos presentados en el proceso de investigación.
2. “Las hipótesis (por ahora denominémoslas creencias) se generan antes de recolectar y analizar datos. Por esto se explica que las hipótesis se establecen previamente” (Hernández y cols.; 2006: 5).
3. “La recolección de datos se fundamenta en la medición (se miden variables o conceptos contenidos en las hipótesis). Esta recolección o medición se lleva a cabo al utilizar procedimientos estandarizados y aceptados por una comunidad científica. Para que una investigación sea creíble y aceptada por otros investigadores, debe mostrarse que se siguieron tales procedimientos. Como en este enfoque se pretende medir,

los fenómenos estudiados deben observarse o medirse en el 'mundo real' (perdón por la necesidad de redundancia)" (Hernández y cols.; 2006: 5).

4. "Debido a que los datos son producto de mediciones, se representan mediante números (cantidades) y se deben analizar a través de métodos estadísticos. Dicho de esta manera, las mediciones se transforman en valores numéricos (datos cuantificables) que se analizarán por medio de la estadística" (Hernández y cols.; 2006: 6).
5. En el proceso de la investigación debe buscarse el mayor nivel de control posible, para lograr que propuestas diferentes a las que se tienen presentadas en la hipótesis sean contradichas.
6. Cuando un investigador está trabajando en algún tema, debe ser lo más objetivo posible, esto implica que sus creencias, miedos, emociones, entre otros aspectos, no afecten en ninguna perspectiva lo que está investigando.
7. "Los estudios cuantitativos siguen un patrón predecible y estructurado (el proceso) y se debe tener en cuenta que las decisiones críticas son efectuadas antes de recolectar los datos" (Hernández y cols.; 2006: 6).
8. "Al final, con los estudios cuantitativos se pretende explicar y predecir los fenómenos investigados, buscando regularidades y relaciones causales entre elementos. Esto significa que la meta principal es la construcción y demostración de teorías (que explican y predicen) (Hernández y cols.; 2006: 6).

Una vez descrito el enfoque, se describe en el siguiente punto la investigación no experimental.

3.1.2. Diseño no experimental

“Podría definirse como la investigación que se realiza sin manipular deliberadamente variables. Es decir, se trata de estudios donde no hacemos variar en forma intencional las variables independientes para ser su efecto sobre otras variables. Lo que hacemos en la investigación no experimental es observar fenómenos tal como se dan en su contexto natural, para después analizarlos” (Hernández y cols.; 2006: 205).

En cambio cuando se produce un experimento, se aplican los estímulos necesarios para adquirir y analizar los datos recogidos a partir de las respuestas que tengan los sujetos hacia las variables aplicadas, por medio de situaciones controladas aplicadas objetivamente por los investigadores. Es decir, se construye toda una serie de situaciones que llevan cierta secuencia, con un fin predeterminado, el cual es conocer los efectos que producen los estímulos aplicados a los sujetos (Hernández y cols.; 2006).

Mertens (citado por Hernández y cols.; 2006), explica que las investigaciones con un diseño no experimental son las más apropiadas cuando se realizan

investigaciones en donde al manipular las variables, pueda afectar psicológica, médica o socialmente a los individuos con los que se está realizando el trabajo.

3.1.3. Estudio 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 (o describir comunidades, eventos, fenómenos o contextos). Es como tomar una fotografía de algo que sucede” (Hernández y cols.; 2007: 142).

Dentro de este tipo de estudio se pueden hacer las investigaciones en grupos, sub-grupos, o individualmente, desde eventos pequeños hasta aquellos en los que haya una gran cantidad de individuos; se pueden estudiar reacciones ante ciertos estímulos, como pueden ser emociones, situaciones, pero lo que más debe enfatizarse es que sólo se puede hacer en el momento esa extracción y análisis de datos.

3.1.4. Diseño correlacional

El propósito de este tipo de diseño es establecer y definir los vínculos que existen entre dos variables. Todos los enlaces identificados en las investigaciones

correlacionales son analizados por separado, creando hipótesis a partir de esos enlaces y poniéndolas a prueba, explican Hernández y cols. (2007).

“La correlación puede ser positiva o negativa. Si es positiva significa que sujetos con altos valores en una variable tenderán a mostrar altos valores en la otra variable. Por ejemplo, quienes estudian más tiempo para el examen de estadística tenderán a obtener una calificación más alta en el examen. Si es negativa, significa que los sujetos con altos valores en una variable tenderán a mostrar bajos valores en la otra variable” (Hernández y cols.; 2007: 64).

3.1.5. Técnicas de recolección de datos

Las técnicas de recolección de datos utilizadas para esta investigación fueron pruebas estandarizadas, que son aquellas que tienen un procedimiento específico para su aplicación, así como para la recolección e interpretación de datos.

“En la actualidad existe una amplia diversidad de pruebas e inventarios desarrollados por diversos investigadores para medir gran número de variables. Estas pruebas tienen su propio procedimiento de aplicación, codificación e interpretación, y se encuentran disponibles en diversas fuentes secundarias y terciarias, así como en centros de investigación y difusión del conocimiento. Hay pruebas para medir habilidades y aptitudes (como habilidad verbal, razonamiento, memoria, inteligencia, percepción, habilidad numérica), la personalidad los intereses,

los valores, el desempeño o, la motivación, el aprendizaje, la clínica laboral en una organización, la inteligencia emocional, etc.” (Hernández y cols.; 2007: 220).

Hernández y cols. (2007) puntualizan que cuando se va a hacer la utilización de una prueba estandarizada, se tiene que hacer una selección de la misma, en función de que haya sido ya adaptado el contexto de la investigación. En caso de elegir una prueba que no esté ajustada al contexto, se tiene que hacer una adaptación y aplicación de pruebas piloto, se debe asegurar que estas pruebas serán válidas y confiables para la investigación.

Para la medición de la variable independiente estrés se empleó el test psicológico denominado Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños – Revisado (CMAS-R), diseñada por los autores Cecil R. Reynolds y Bert O. Richmond (2010).

La CMAS-R subtitulada “Lo que pienso y siento”, es un instrumento de autoinforme que consta de 37 reactivos, diseñado para valorar el nivel y naturaleza de la ansiedad de niños y adolescentes de 6 a 19 años de edad. Este instrumento puede aplicarse ya sea de manera individual o a grupos de personas; el sujeto responde a cada afirmación encerrando en un círculo la respuesta “Sí” o “No”, según corresponda. En un esfuerzo para proporcionar más introspección clínica en las respuestas del individuo, la CMAS-R brinda cinco puntuaciones, la total indica la ansiedad que presenta el sujeto en términos generales; se presentan además cuatro puntuaciones que corresponden a las sub-escalas denominadas: ansiedad

fisiológica, inquietud/hipersensibilidad, preocupaciones sociales/concentración y mentira. Las puntuaciones elevadas indican un alto nivel de ansiedad o mentira en las sub-escalas anteriores.

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

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

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

Por otro lado, en apoyo a la validez concurrente y discriminante se observó una correlación de 1.69 entre la ansiedad total de la CMAS-R y la puntuación Rasgo del Inventario de ansiedad estado – rasgo de Spielberger.

Para la medición de la variable de trastornos alimentarios se utilizó la prueba EDI-2 (Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria), el autor es David M. Gardner (1998). Esta prueba evalúa los síntomas que normalmente acompañan a la anorexia nerviosa y a la bulimia nerviosa.

El tipo de aplicación puede ser desde individual hasta colectiva; el tiempo de aplicación no es limitado, normalmente se lleva 20 minutos; es aplicable a partir de los 11 años; está constituido por un total de 91 reactivos y evalúa once escalas: obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva, miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad e inseguridad social.

Los estudios de confiabilidad se realizaron a partir de la evaluación de la consistencia interna con la prueba Alfa de Cronbach con resultados superiores a 0.80. Se realizaron además estudios de validez de contenido, de criterio y de constructo, obteniendo resultados satisfactorios.

Los reactivos se contestan en una escala de 6 puntos, donde las opciones de respuesta son: nunca, pocas veces, a veces, a menudo, casi siempre y siempre.

3.2. Descripción de la población.

La población según Selltiz “es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones” (citado por Hernández y cols.; 2006: 303).

La población que se utilizó son los alumnos del tercer grado de la Secundaria Don Vasco, en la generación 2011, los alumnos que están en este grado escolar tienen entre 14 y 15 años de edad.

El estatus socio-económico que tienen la mayor parte de las familias de los alumnos, es medio o medio alto, por lo que ninguno o muy pocos, son los alumnos que trabajan por la tarde. Al ser esta una escuela con inspiración cristiana, se sabe que la mayoría de los alumnos con los que se trabajará, son integrantes de la religión católica.

Los padres de familia de estos alumnos, por lo general tienen puestos de trabajo como ejecutivos de alguna empresa, o son los dueños de sus propios negocios, las llamadas empresas familiares o micro-empresas.

3.3. Descripción del proceso de investigación

La investigación acerca de la relación que existe entre los trastornos alimentarios y el estrés en adolescentes de la Secundaria Don Vasco, se llevó a cabo

con bases inicialmente teóricas, las cuales fueron expuestas por separado, primeramente explicando varias teorías manejadas por diversos autores en el capítulo primero, el cual aborda el estrés y por ello, se hace una explicación detallada acerca de cuáles son los factores que detonan el estrés, y como afectan en diversas áreas de interés para un sujeto.

Dando continuidad a la investigación, se comienza a realizar la segunda parte de la misma, en la que se encuentra bastante teoría de apoyo que habla acerca de los trastornos alimentarios, igualmente, se consultan a varios autores para integrar los supuestos que ellos manejan dentro de sus textos.

Al finalizar la parte teórica de esta investigación se comienza a indagar sobre las pruebas psicométricas que tengan mayor relación con esta tesis, es decir, se buscó implementar los tests que pudieran recabar los datos más confiables para la búsqueda práctica, de cada uno de los temas a correlacionar.

Se acordó utilizar las pruebas psicométricas EDI-2 y CMAS-R, las que fueron aplicadas a la población seleccionada al inicio de esta tesis, los alumnos del tercer grado de la Secundaria Don Vasco. Antes de poder hacer alguna aplicación al alumnado, el investigador se dirigió primeramente con los directivos del lugar, los cuales dieron acceso total y sin problema alguno para ejecutar la aplicación de las dos pruebas a los alumnos.

La primera prueba aplicada fue el EDI-2, el 31 de mayo de 2011, la cual se aplicó a los tres grupos, del tercer grado. Los alumnos se mostraron interesados en saber acerca de qué era la prueba, algunos de ellos lo infirieron fácilmente.

La segunda prueba aplicada fue el CMAS-R, el 15 de junio siguiente. Los alumnos nuevamente aceptaron fácilmente contestar todas las preguntas que contiene dicho test, y como en la ocasión pasada también se mostraron con mucho interés sobre lo que medía esta prueba.

Al finalizar todas las aplicaciones de los adolescentes se procedió a calificar una por una, con la mejor precisión del investigador para evitar posibles alteraciones en el análisis de resultados, al concluir estas evaluaciones se procedió a efectuar el análisis de la información estadística, incluyendo el cálculo de la correlación de los datos recabados con las pruebas. Los resultados de este análisis se presentan a continuación.

3.4 Análisis e interpretación de resultados

Este apartado se estructura en tres categorías de análisis, con el fin de que pueda ser entendido con mayor claridad. Primeramente se analizan por separado las variables, para posteriormente examinar su interrelación.

3.4.1. Trastornos alimentarios en los alumnos de tercer grado de la Secundaria Don Vasco

De acuerdo con lo señalado por la APA (2002) los trastornos alimentarios más comunes y que de los que se tiene más información detallada, son la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa; cada uno de ellos tiene características distintivas, aunque comparten ciertas percepciones, es decir, el sujeto que presente alguna de estas problemáticas percibirá a su organismo como inadecuado, ya que se altera su visión frente al espejo, lo que genera una imagen deformada de su cuerpo, aun cuando éste se encuentre en un buen estado, por lo que se van deteriorando poco a poco por los hábitos alimentarios del sujeto. Es muy común que estos sujetos presenten actividades compensatorias, como regurgitar su alimento en caso de presenta bulimia, o la utilización de diuréticos. Por otra parte, quienes presentan anorexia nerviosa utilizan dietas muy rigurosas para evitar el aumento de peso, pero éstos no son los únicos trastornos que se presentan: también existe la pica o la rumiación, entre otros.

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

En la escala de obsesión por la delgadez se encontró una media de 59.04. La media aritmética es la medida de tendencia central que muestra la suma de un conjunto de datos divididos entre el número de medidas (Hernández y cols.; 2006).

Asimismo, se logró obtener la mediana, la cual es la medida de tendencia central que muestra el valor medio del conjunto de valores ordenados (Hernández y cols.; 2006). El valor de la mediana fue 57.

La moda es el dato que se presenta con mayor frecuencia en un conjunto de medidas. En la escala mencionada se identificó que este dato es el puntaje 52.

De la misma forma se obtuvo el valor de una medida de dispersión, específicamente de la desviación estándar, que muestra la raíz cuadrada del promedio de la suma de las desviaciones al cuadrado de un conjunto de datos (Hernández y cols.; 2006). El valor que se obtuvo de esta medida es de 22.36.

Los datos que se adquirieron en la medición de la escala de obsesión por la delgadez en los alumnos de la Secundaria Don Vasco, se muestran en el anexo 1.

En la escala de bulimia se encontró una media de 61.13, una mediana de 67, una moda de 46 y una desviación estándar de 15.75. Los datos obtenidos en la medición de este atributo en los alumnos de la Secundaria Don Vasco, se muestran en el anexo número 2.

En la escala de insatisfacción corporal se encontró una media de 39.18, una mediana de 30, una moda de 6 y una desviación estándar de 28.75. Los datos obtenidos en esta medición, se aprecian en el anexo número 3.

En la escala de ineficacia se encontró una media de 44.79, una mediana de 40, una moda de 40 y una desviación estándar de 17.09. Los datos obtenidos en la medición de la escala mencionada, en los alumnos de la Secundaria Don Vasco, se muestran en el anexo número 4.

En la escala de perfeccionismo se encontró una media de 61.92, una mediana de 67, una moda de 46 y una desviación estándar de 25.09. Los datos obtenidos al respecto se muestran en el anexo número 5.

En la escala de desconfianza interpersonal se encontró una media de 64.04, una mediana de 69, una moda de 60 y una desviación estándar de 23.91. La información derivada de dicha medición, se puede consultar a detalle en el anexo número 6.

En la escala de conciencia introceptiva se encontró una media de 50.76, una mediana de 51, una moda de 22 y una desviación estándar de 26.54. Los datos obtenidos en esta medición se encuentran en el anexo número 7.

En la escala de miedo a la madurez se determinó una media de 79.01, una mediana de 88, una moda de 92 y una desviación estándar de 23.39. Los datos obtenidos a este respecto, se aprecian en el anexo número 8.

En la escala de ascetismo se encontró una media de 60.76, una mediana de 63.5, una moda de 57 y una desviación estándar de 28.88. Los datos así obtenidos se presentan en el anexo número 8.

En la escala de impulsividad se encontró una media de 73.74, una mediana de 87.5, una moda de 41 y una desviación estándar de 23.40. Los datos obtenidos en la medición de esta escala en los sujetos de estudio, se muestran en el anexo número 10.

En la escala de inseguridad social se encontró una media de 59.42, una mediana de 62, una moda de 62 y una desviación estándar de 27.13. La información obtenida sobre la inseguridad social en los alumnos examinados, se muestra en el anexo número 11.

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

Como dato relevante, en los resultados de las pruebas se alcanza a percibir que en ninguna de las escalas están cerca de llegar al percentil 70, por el contrario, están muy por debajo de este promedio. Se puede afirmar entonces que el nivel que presentan los indicadores de trastornos alimentarios en los alumnos del tercer grado de la Secundaria Don Vasco, se encuentran por lo general en un nivel bajo.

3.4.2 El nivel de estrés en los alumnos de tercer grado de la Secundaria Don Vasco

“La palabra ‘estrés’ proviene del latín *stringere*, que significa presionar, comprimir, oprimir. Posteriormente este término empezó a utilizarse en la física y la metalurgia para referirse a la fuerza que se aplica a un objeto y mediante 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” (Sánchez; 2007: 14-15).

Respecto a los resultados obtenidos en la escala CMAS-R sobre los indicadores del estrés, mostrados en puntajes percentilares, se encontró lo siguiente:

En la escala de ansiedad total se encontró una media de 42.65, una mediana de 45.5, una moda de 50 y una desviación estándar de 26.64. Los datos obtenidos en la medición de esta variable en los alumnos de la Secundaria Don Vasco, se detallan en el anexo número 13.

En la escala de ansiedad fisiológica se encontró una media de 44.15, una mediana de 40, una moda de 33 y una desviación estándar de 30.40. Los datos obtenidos a este respecto, en los alumnos de la Secundaria Don Vasco, se muestran en el anexo número 14.

En la escala de inquietud/hipersensibilidad se encontró una media de 50.03, una mediana de 53, una moda de 53 y una desviación estándar de 26.62. Los datos así obtenidos en los sujetos de estudio, se pueden consultar de manera pormenorizada en el anexo número 15.

En la escala de preocupaciones sociales se encontró una media de 35.40, una mediana de 30, moda de 30 y una desviación estándar de 23.45. Los datos que se adquirieron en esta medición en los alumnos de la Secundaria Don Vasco, se muestran en el anexo 16.

Se presentan también los porcentajes de sujetos que obtuvieron puntajes altos en la escala de ansiedad, esto es, por arriba del percentil 70, de esta forma, es posible ubicar el porcentaje de casos preocupantes por su nivel de ansiedad. Sin embargo, el porcentaje fue de 0% de sujetos por arriba del percentil 70.

De acuerdo con estos resultados se puede afirmar que los niveles de estrés en los alumnos del tercer grado de la secundaria Don Vasco se encuentran en general, en un nivel bajo.

3.4.3. Relación entre el nivel de estrés y los trastornos alimentarios en los alumnos de tercer grado de la Secundaria Don Vasco

Diversos autores han afirmado la relación que se da entre los trastornos alimentarios y el estrés. Existen estudios como el de Caldera y cols. (2007), en los cuales se estudia el estrés, o el de López y cols. (2006) en el cual se estudian los trastornos de alimentación. Aunque no se detectó un estudio en el que se aborde el vínculo entre ambas variables, se puede afirmar que existe el interés por este tipo de fenómenos sociales.

En la investigación que se realizó con los alumnos de la Secundaria Don Vasco, se hallaron los siguientes resultados:

Entre el nivel de estrés y la escala de obsesión por la delgadez existe un coeficiente de correlación de 0.05 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre el estrés y la escala de obsesión por la delgadez existe una ausencia de correlación, de acuerdo con la clasificación de correlación que proponen Hernández y cols. (2006).

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

El resultado de la varianza fue de 0.00, lo que significa que entre el estrés y la obsesión por la delgadez no hay correlación. Con lo anterior se puede corroborar que no existe una correlación significativa entre dichas variables en los alumnos de la Secundaria Don Vasco.

Estos resultados se observan gráficamente en el anexo 18.

Entre el nivel de Estrés y la escala de Bulimia existe un coeficiente de correlación de 0.07. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.00, lo que significa que entre estos atributos hay una relación de 0%.

Con lo anterior se puede corroborar que existe una ausencia de correlación entre el estrés y la bulimia en los alumnos de la Secundaria Don Vasco. Estos resultados se muestran en el anexo 19.

Entre el nivel de estrés y la escala de insatisfacción corporal existe un coeficiente de correlación de 0.06. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.00 lo que significa que entre tales características hay una relación de 0%.

Con lo anterior se puede corroborar que existe una ausencia de correlación entre el estrés y la insatisfacción corporal en los alumnos de la Secundaria Don Vasco. Estos resultados se muestran en el anexo 20.

Entre el nivel de estrés y la escala de ineficacia existe un coeficiente de correlación de -0.06. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.00, lo que significa que entre estas variables hay una relación de 0%.

Con lo anterior se puede corroborar que existe una ausencia de correlación entre el estrés y la ineficacia en los alumnos de la Secundaria Don Vasco. Estos resultados se muestran en el anexo 21.

Entre el nivel de estrés y la escala de perfeccionismo existe un coeficiente de correlación de -0.16. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.03, lo que significa que entre tales atributos hay una relación del 3%.

Con lo anterior se puede corroborar que existe una correlación negativa débil entre el estrés y el perfeccionismo en los alumnos de la Secundaria Don Vasco. Estos resultados se muestran en el anexo 22.

Entre el nivel de estrés y la escala de desconfianza interpersonal existe un coeficiente de correlación de -0.14. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.02, lo que denota que entre dichas variables hay una relación del 2%.

Con lo anterior se puede corroborar que existe una correlación negativa débil entre el estrés y la desconfianza interpersonal en los alumnos de la Secundaria Don Vasco. Estos resultados se aprecian en el anexo 23.

Entre el nivel de estrés y la escala de conciencia introceptiva existe un coeficiente de correlación de 0.06. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.00, lo que significa que entre tales atributos hay una relación de 0%.

Con lo anterior se puede corroborar que existe una ausencia de correlación entre el estrés y la conciencia introceptiva en los alumnos de la Secundaria Don Vasco. Estos resultados pueden consultarse en el anexo 24.

Entre el nivel de estrés y la escala de miedo a la madurez existe un coeficiente de correlación de -0.06. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.00, lo que permite afirmar que entre dichas características hay una relación de 0%.

Con lo anterior se puede corroborar que existe una ausencia de correlación entre el estrés y el miedo a la madurez en los alumnos de la Secundaria Don Vasco. Estos resultados se presentan a detalle en el anexo 25.

Entre el nivel de estrés y la escala de ascetismo existe un coeficiente de correlación de -0.07. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.01, lo que significa que entre tales variables hay una relación del 1%.

Con lo anterior se puede corroborar que existe una ausencia de correlación entre el estrés y el ascetismo en los alumnos de la Secundaria Don Vasco. Estos resultados se asientan en el anexo 26.

Entre el nivel de estrés y la escala de impulsividad existe un coeficiente de correlación de -0.06. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.00, lo que hace posible aseverar que entre estos atributos hay una relación de 0%.

Con lo anterior se puede corroborar que existe una ausencia de correlación entre el estrés y la impulsividad en los alumnos de la Secundaria Don Vasco. Estos resultados se muestran en el anexo 27.

Entre el nivel de estrés y la escala de inseguridad social existe un coeficiente de correlación de -0.07. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.00, lo que significa que en este caso hay una relación de 0%.

Con lo anterior se puede corroborar que existe una ausencia de correlación entre el estrés y la inseguridad social en los alumnos de la Secundaria Don Vasco. Estos resultados se muestran en el anexo 28.

Los resultados anteriores permiten afirmar que no existe influencia significativa entre el nivel de estrés y los trastornos alimentarios, en los sujetos estudiados.

CONCLUSIONES

En torno al acatamiento de los objetivos particulares, se afirma que se cumplieron todos, puesto que se definió claramente el concepto de lo que es el estrés, se identificaron sus principales causas, se identificó el cuadro caracterológico de esta variable y los principales enfoques teóricos con los que se aborda. Todo esto se puede ver claramente en el primer capítulo de esta investigación, ya que se llevaron a cabo varias lecturas en las que se recabo la información más acertada con base en lo dicho anteriormente.

En el segundo capítulo se observa fielmente como se cumplieron los objetivos relativos a caracterizar los trastornos alimentarios, identificar sus causas y características psicológicas, así como determinar la población que se ve más afectada por los trastornos alimentarios, todos estos aspectos se aprecian en el segundo capítulo.

El objetivo particular enfocado a la medición del estrés en los estudiantes de la Secundaria Don Vasco, se alcanzó gracias a la administración del test psicométrico denominado CMAS-R “lo que pienso y lo que siento”. Por otro lado, el propósito referido a la evaluación de los trastornos alimentarios se cumplió favorablemente debido a la aplicación de la prueba psicológica conocida con el nombre de EDI-2.

Con la consecución de los objetivos particulares permitió de manera lógica el cumplimiento del objetivo general enunciado en la introducción del presente estudio.

Con todos los resultados que se obtuvieron en las aplicaciones de los tests antes mencionados, se corrobora la hipótesis nula, esto quiere decir que no existe una correlación significativa entre el estrés y los trastornos alimentarios en los alumnos de tercer grado en Secundaria Don Vasco.

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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

OTRAS FUENTES DE INFORMACIÓN

Hemerografía

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

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

Revista Educación y Desarrollo. Octubre-Diciembre 2007. Pp.77-82.

Artículos de Internet

Barraza Macías, Arturo. (2003)

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

Revista electrónica de psicologiacientifica.com

<http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologiapdf-19-caracteristicas-del-estres-academico-de-los-alumnos-de-educacion-media-superior.pdf>

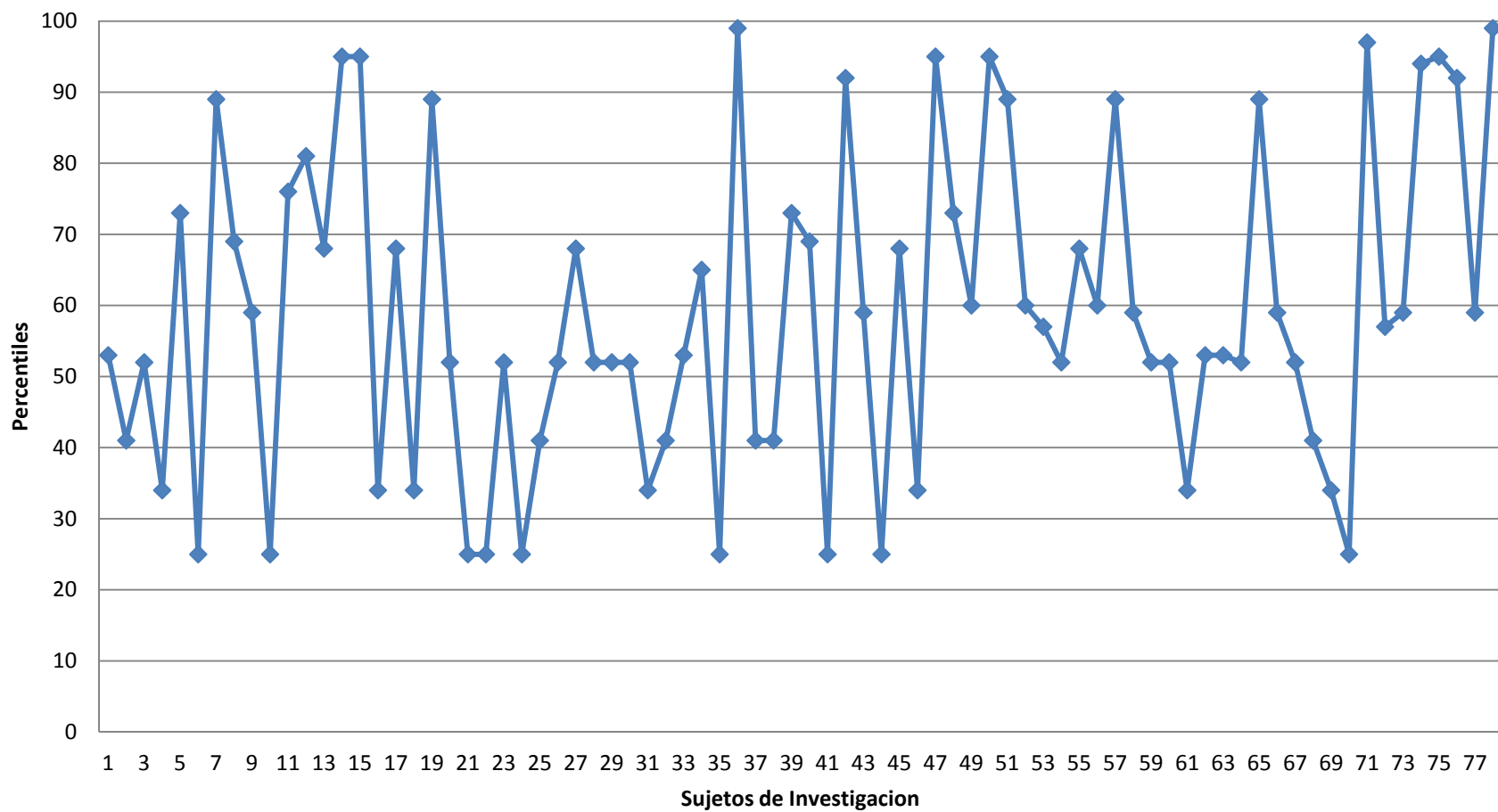
López Coutiño, Berenice; Arias Ibáñez, Alba; Nuño Gutiérrez, Bertha. (2006)

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

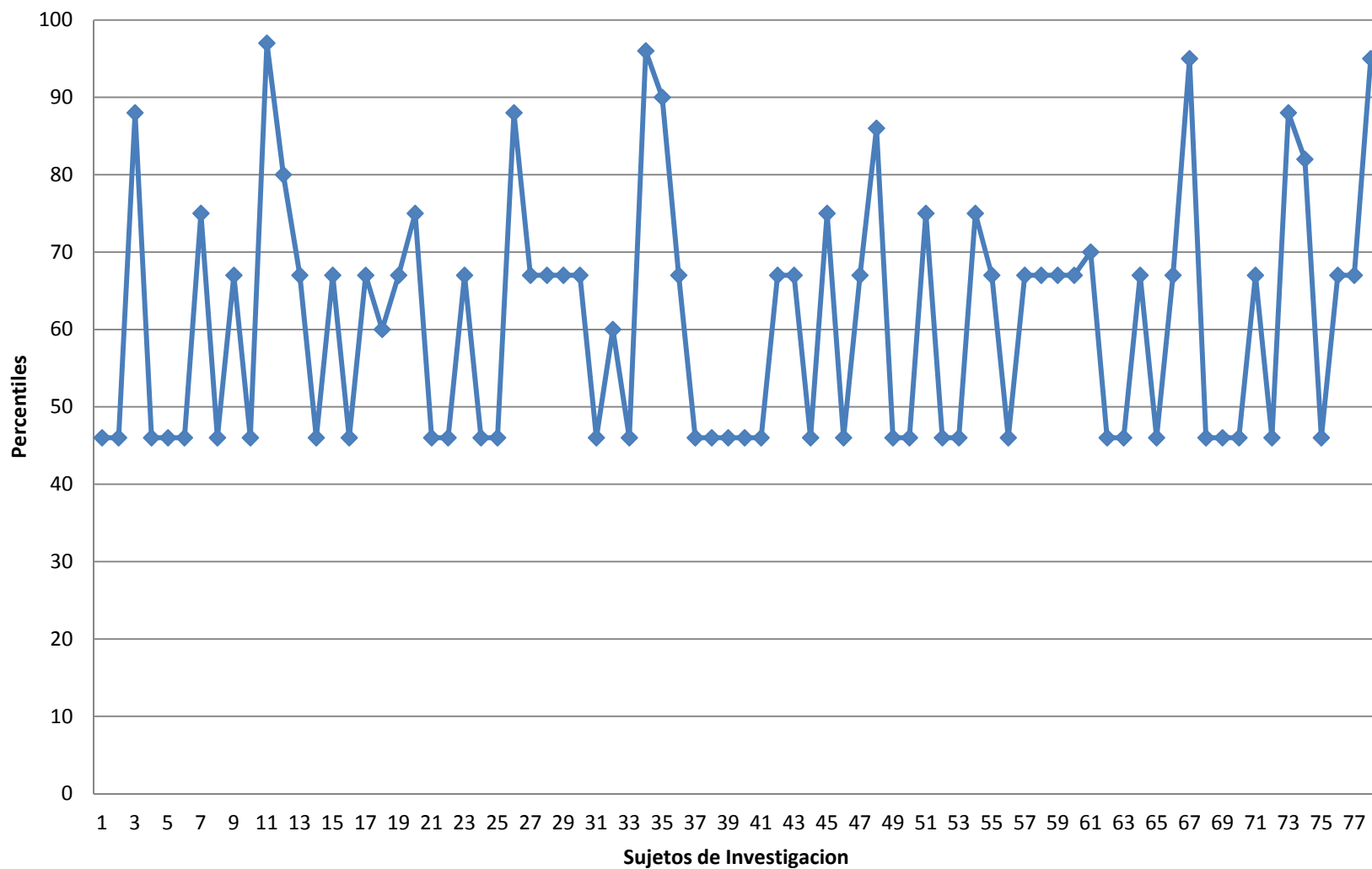
<http://www.tallersur.com/adolesc/libros/libroanorexia.pdf>

Anexo 1

Percentiles de la escala de Obsesion por la delgadez

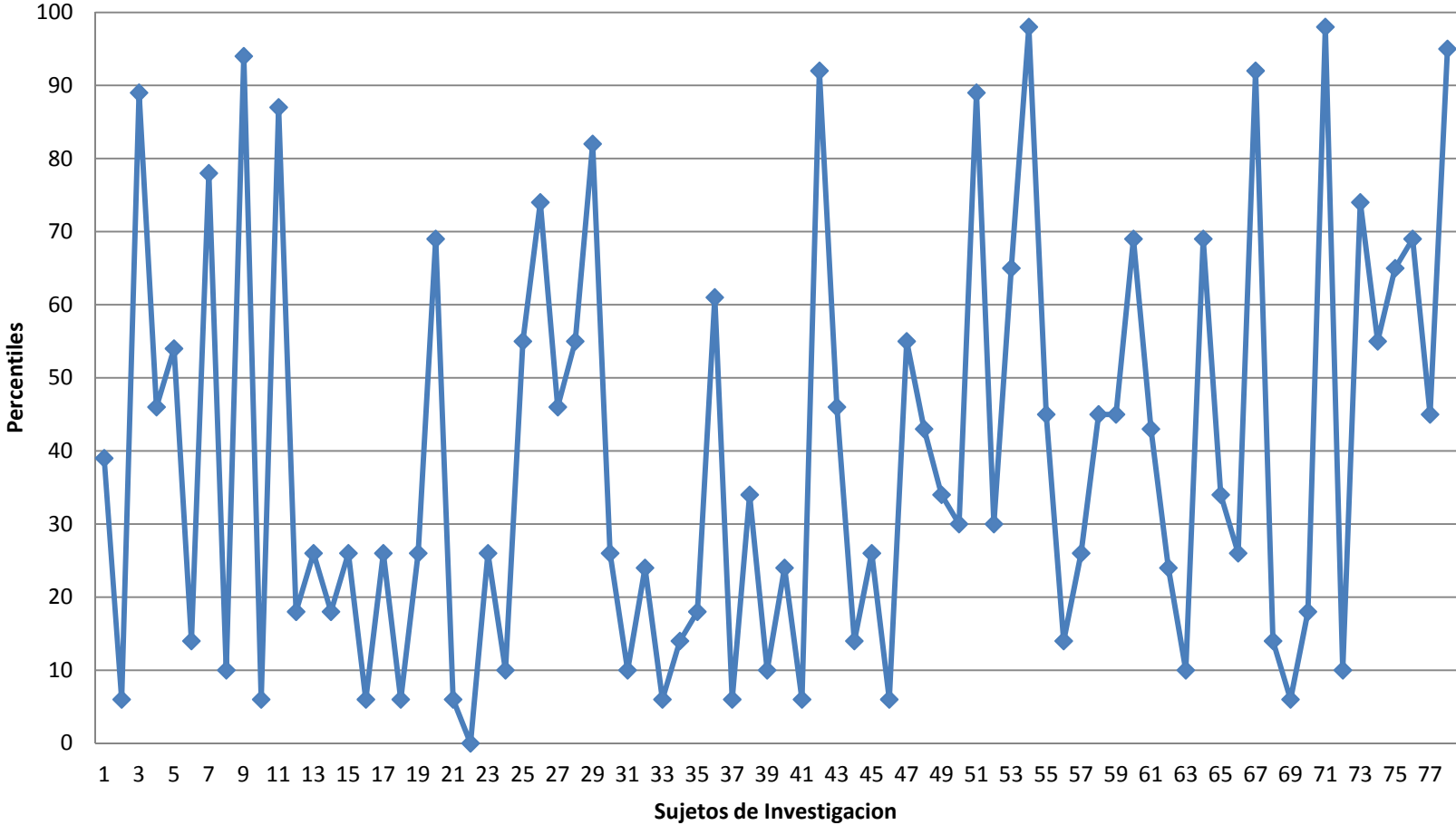


Anexo 2 Bulimia

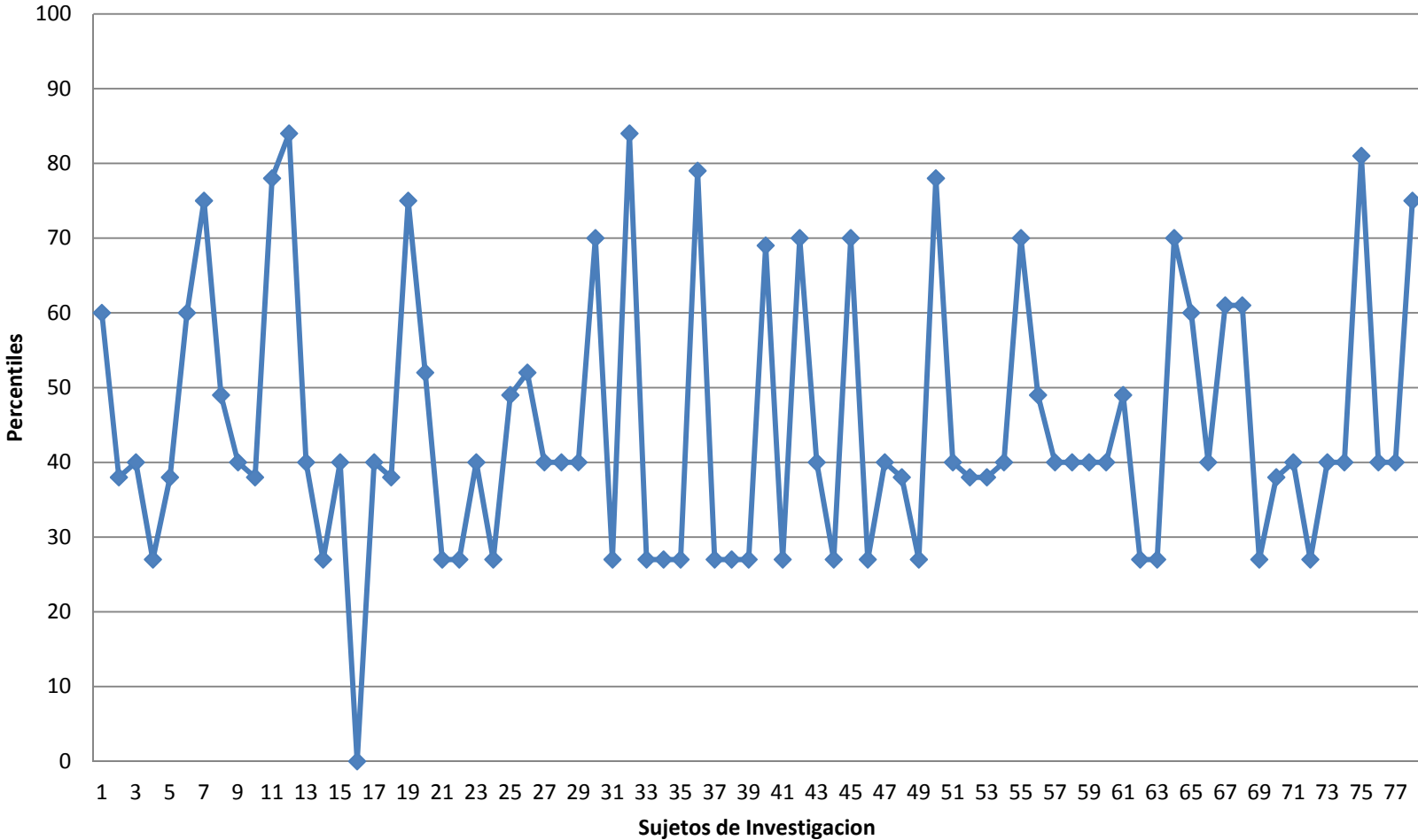


Anexo 3

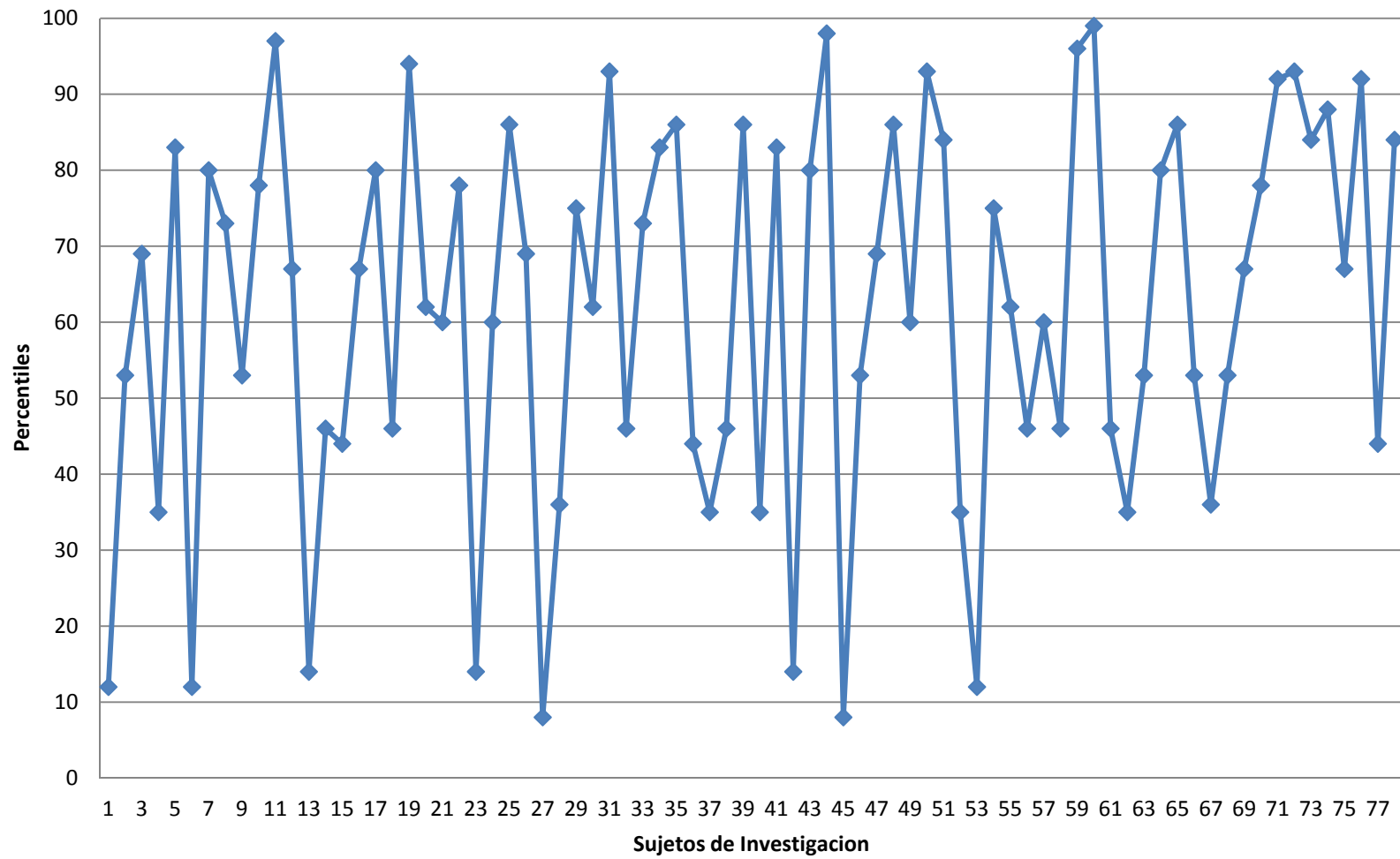
Insatisfaccion corporal



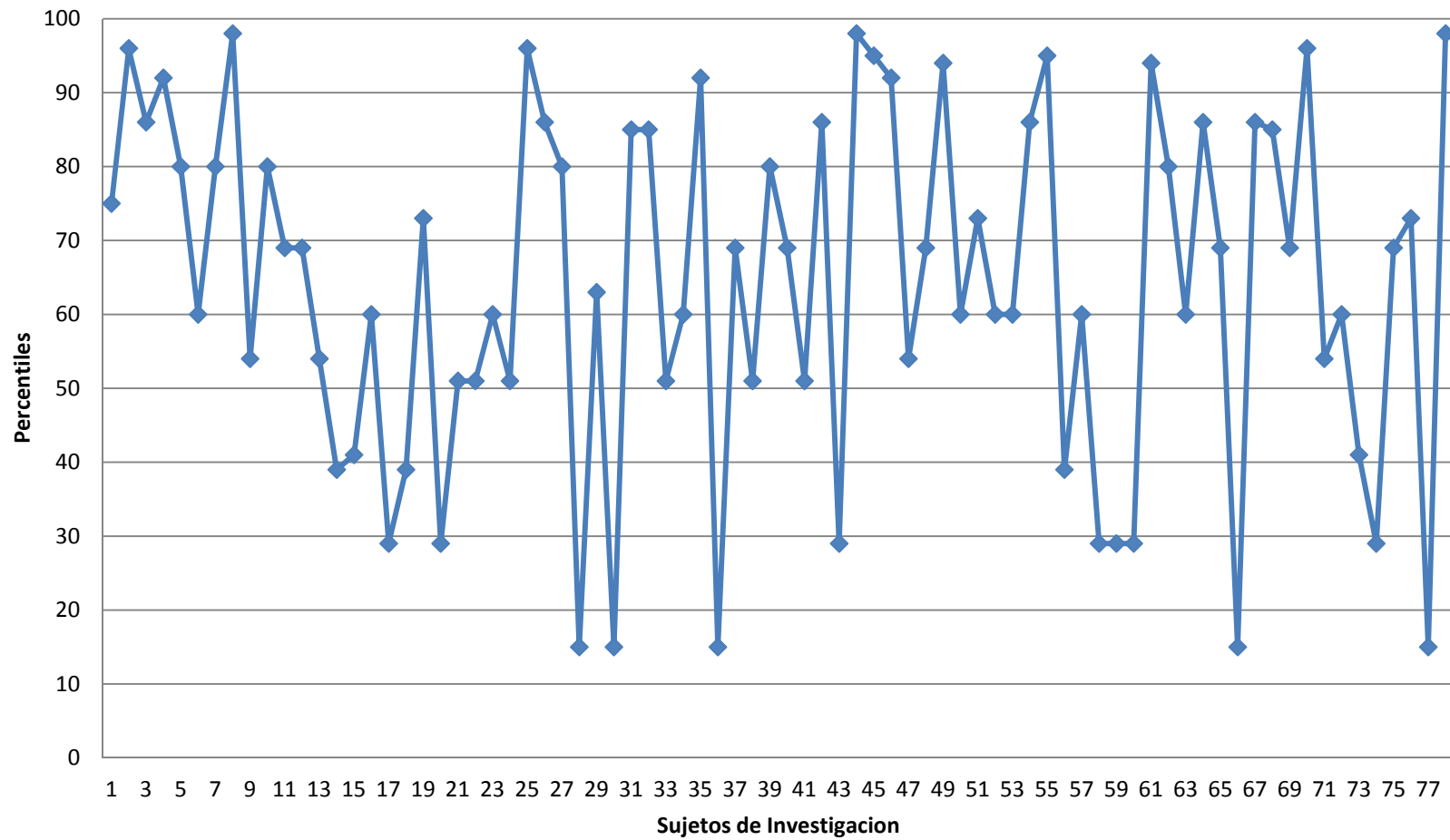
Anexo 4 Ineficacia



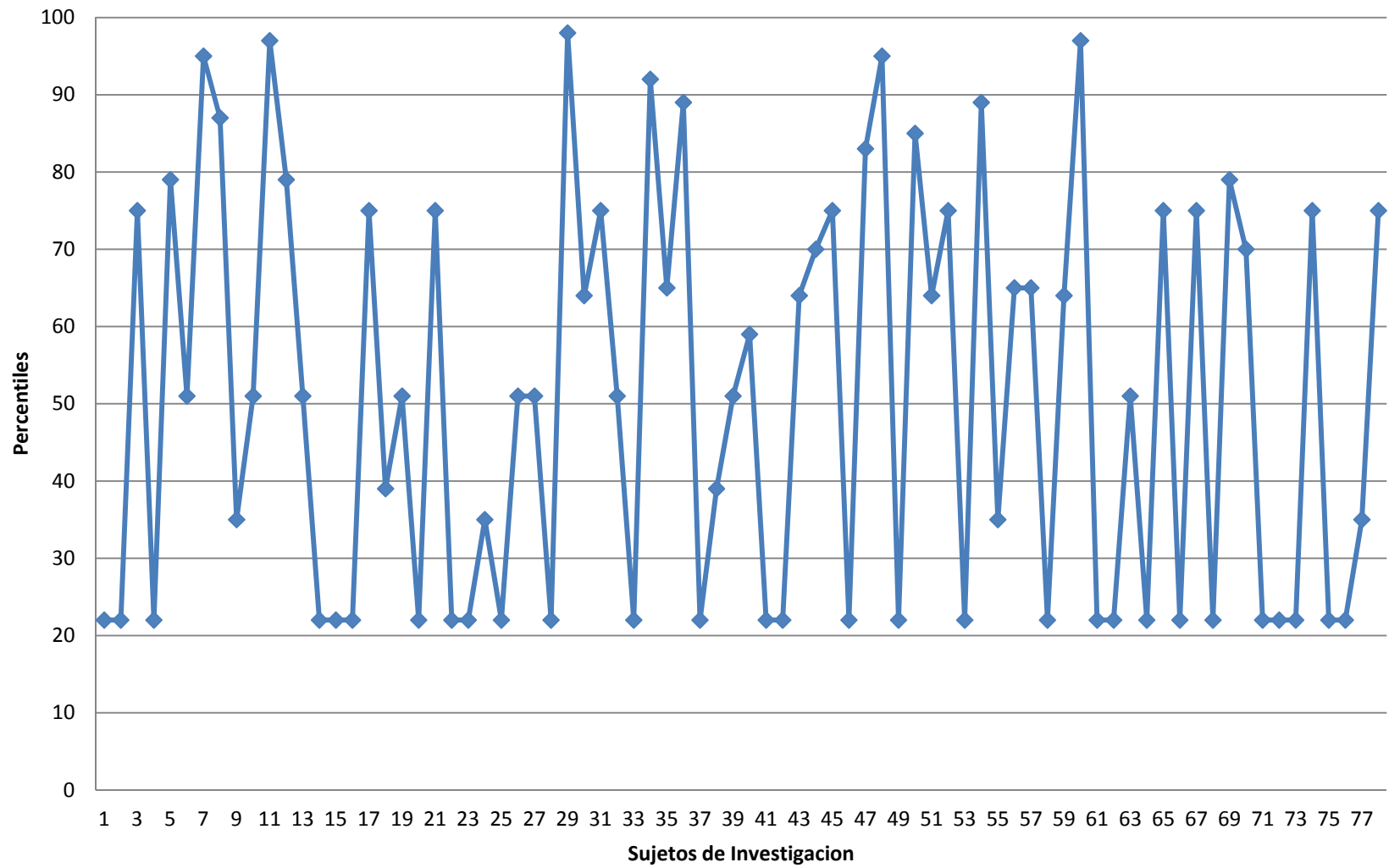
Anexo 5 Perfeccionismo



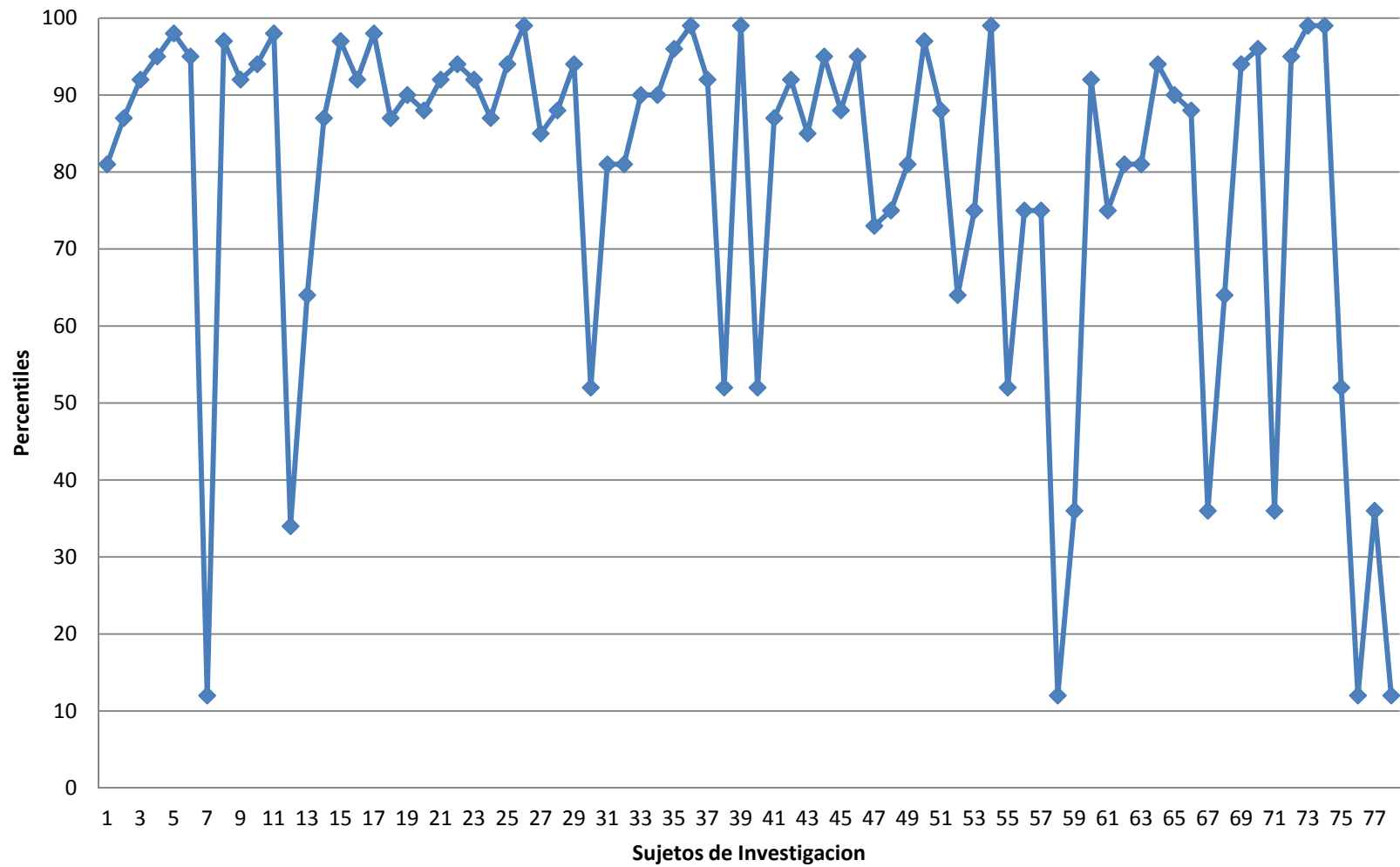
Anexo 6 Desconfianza Interpersonal



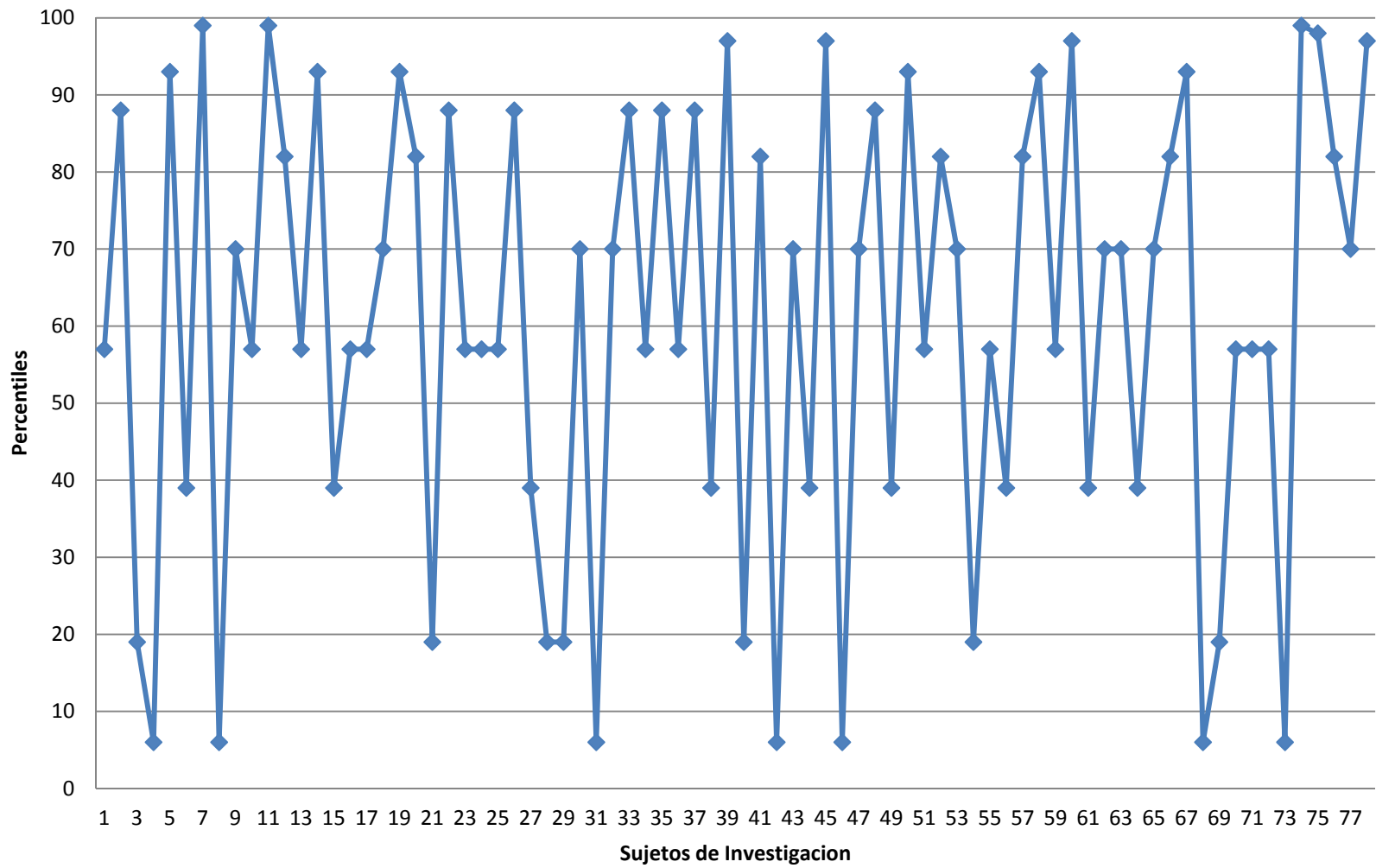
Anexo 7 Conciencia Introspectiva



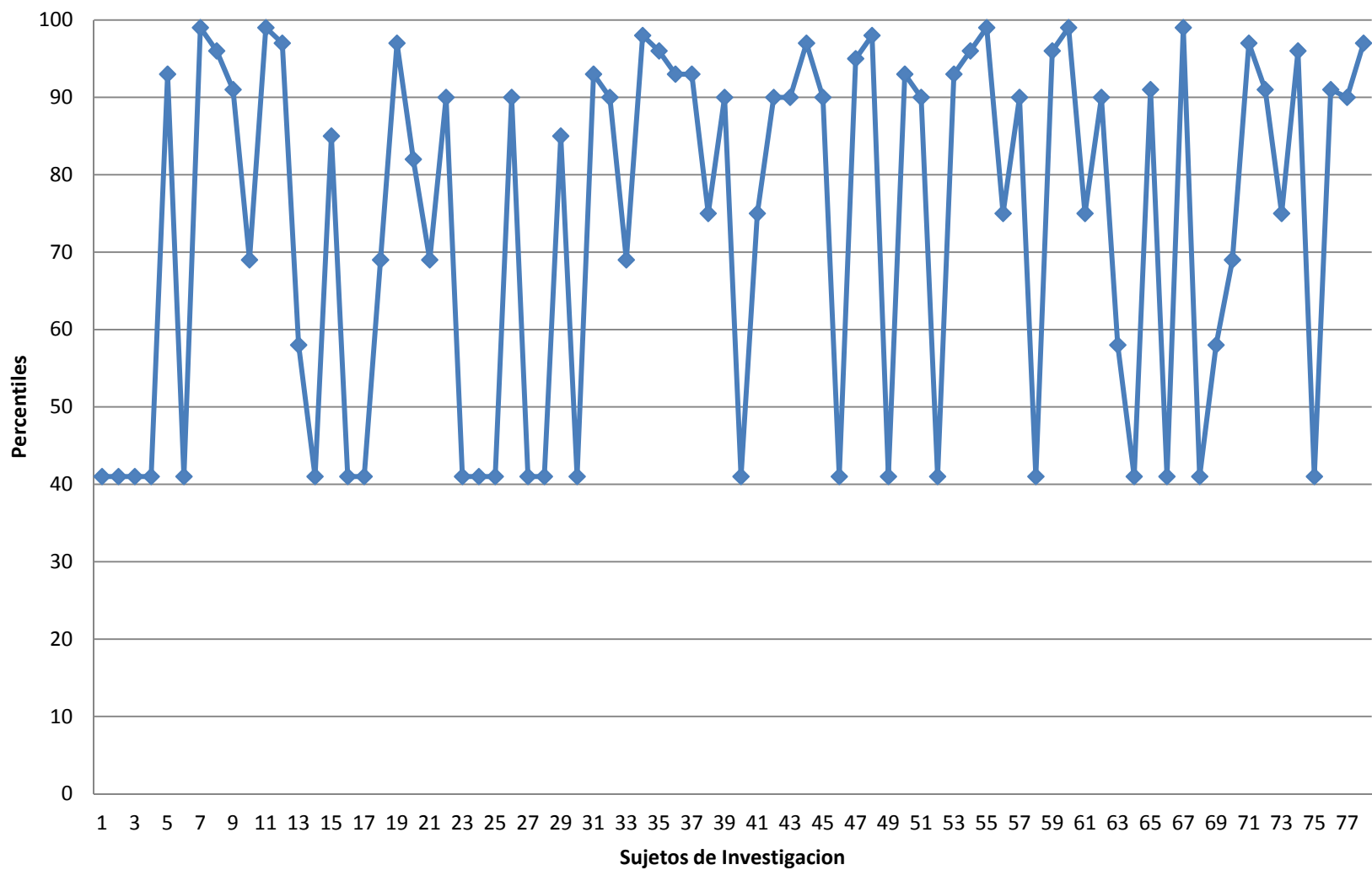
Anexo 8 Miedo a la Madurez



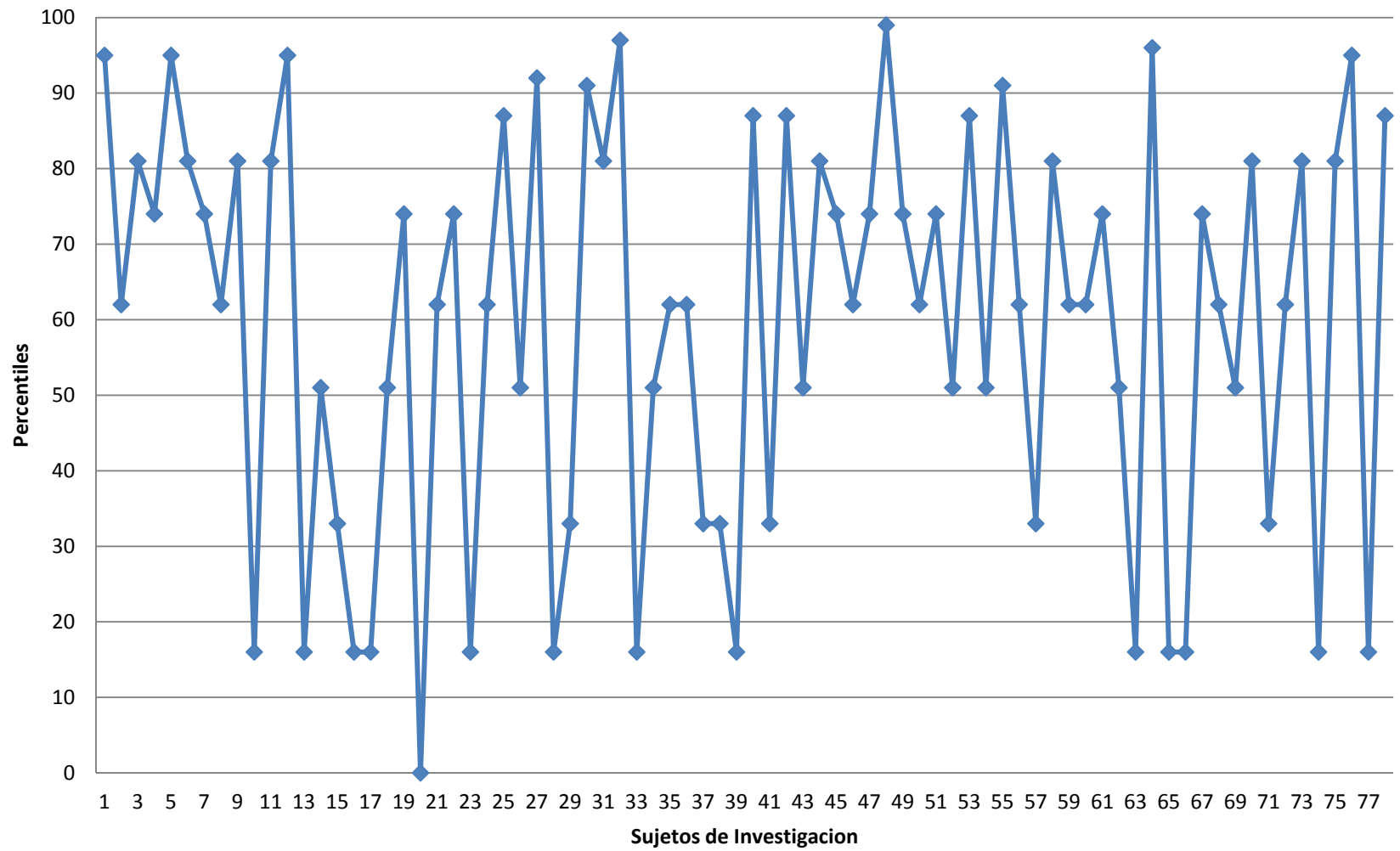
Anexo 9 Ascetismo



Anexo 10 Impulsividad

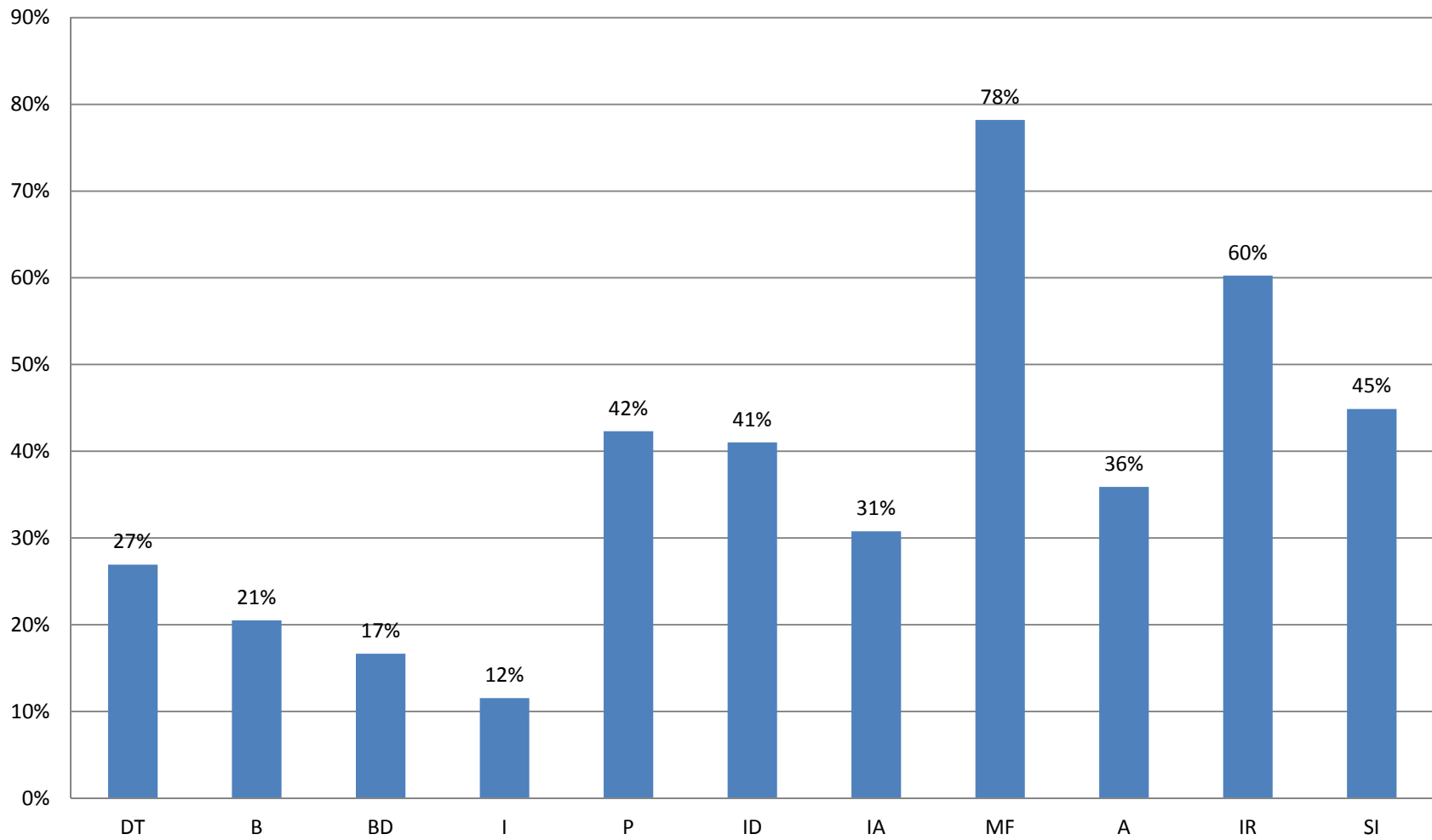


Anexo 11 Inseguridad Social

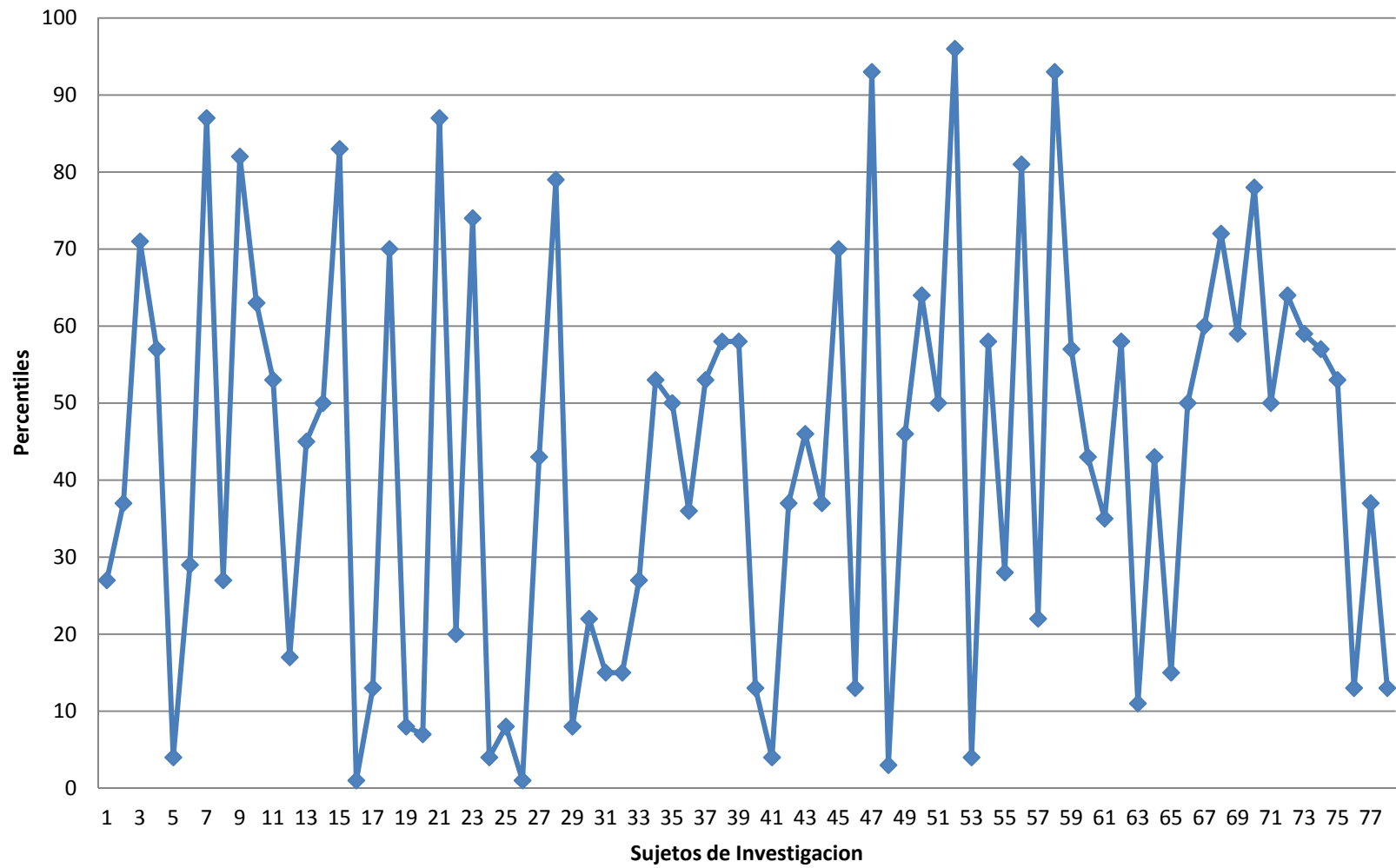


Anexo 12

Porcentaje de sujetos con puntaje alto

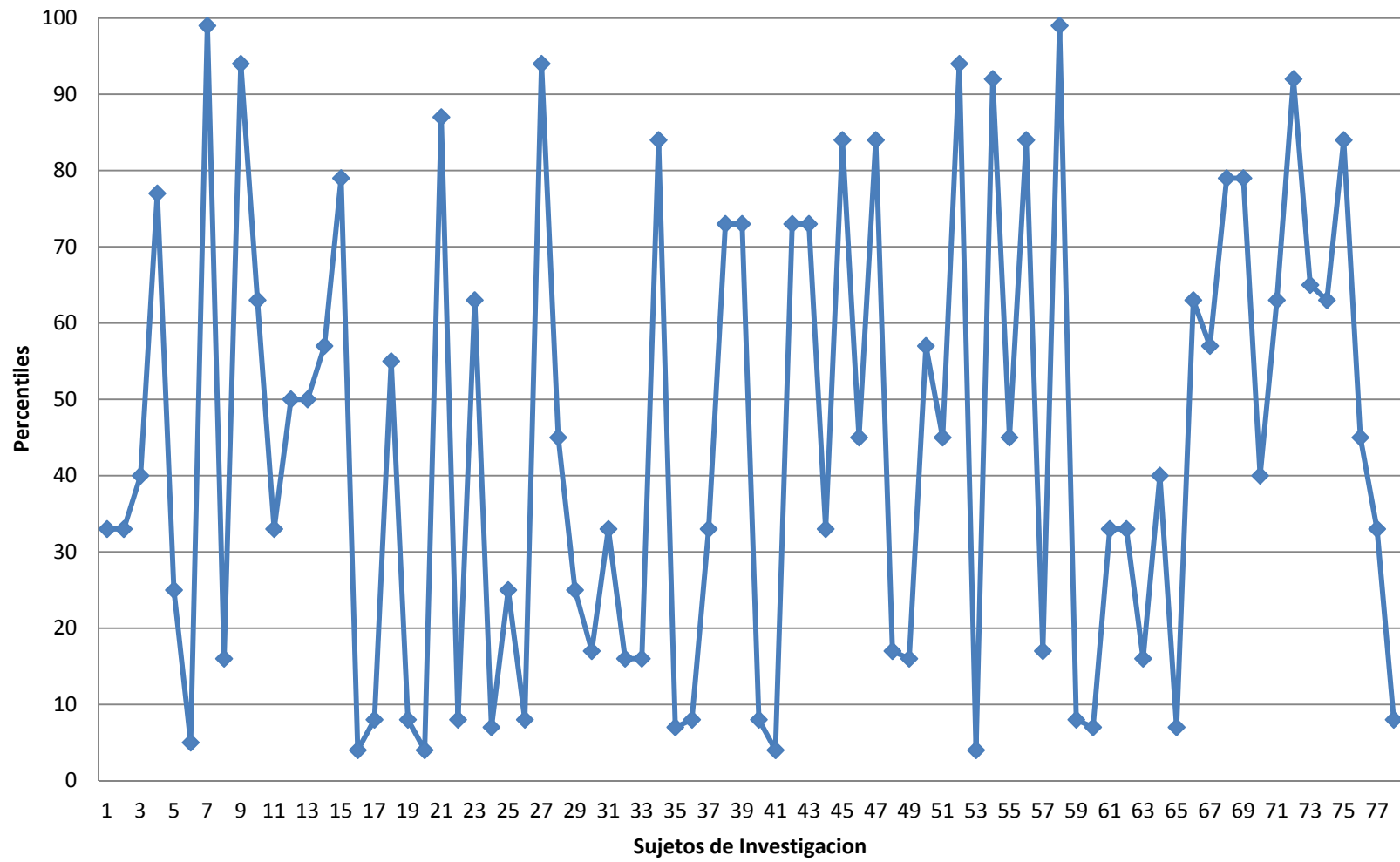


Anexo 13 Ansiedad total



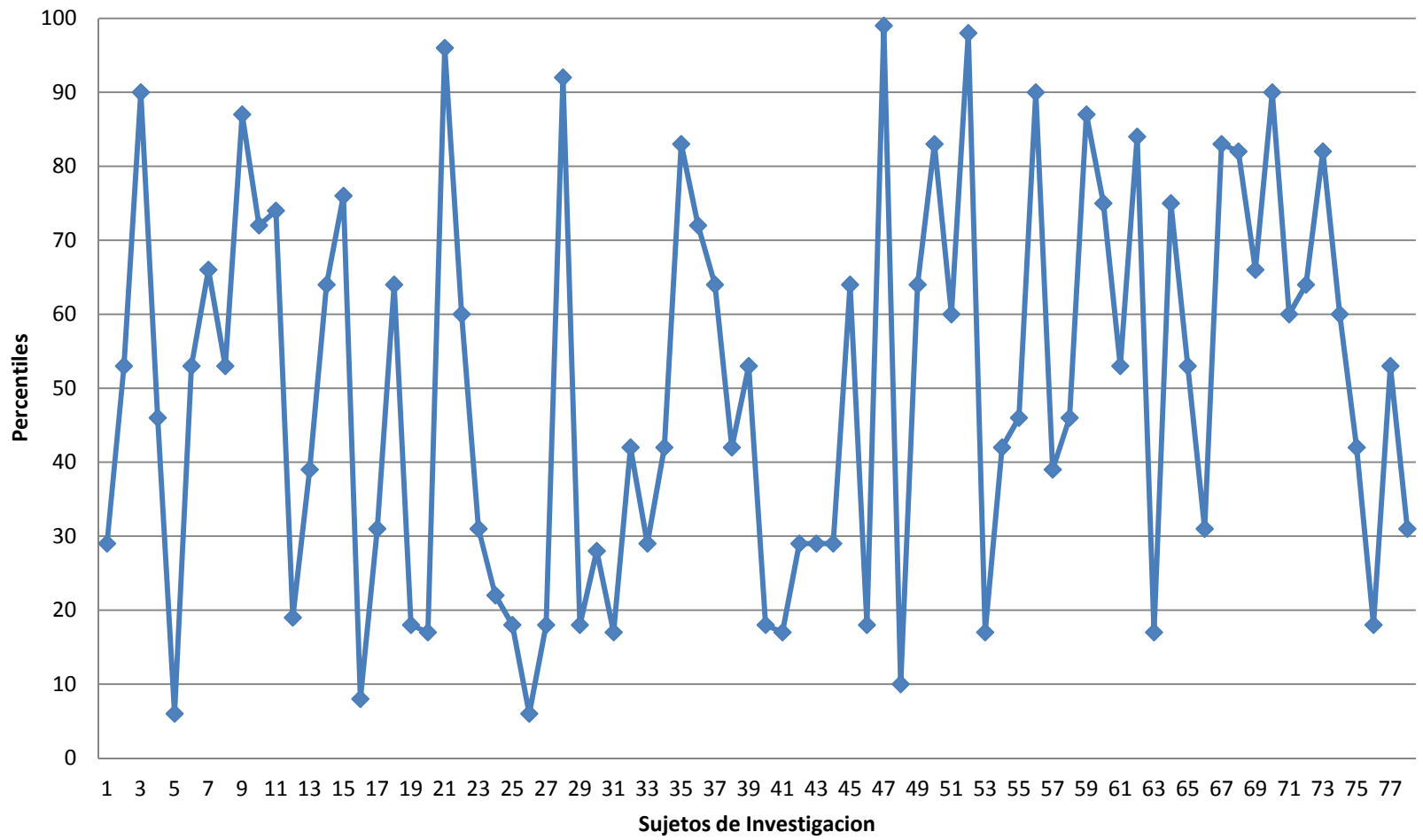
Anexo 14

Ansiedad fisiologica



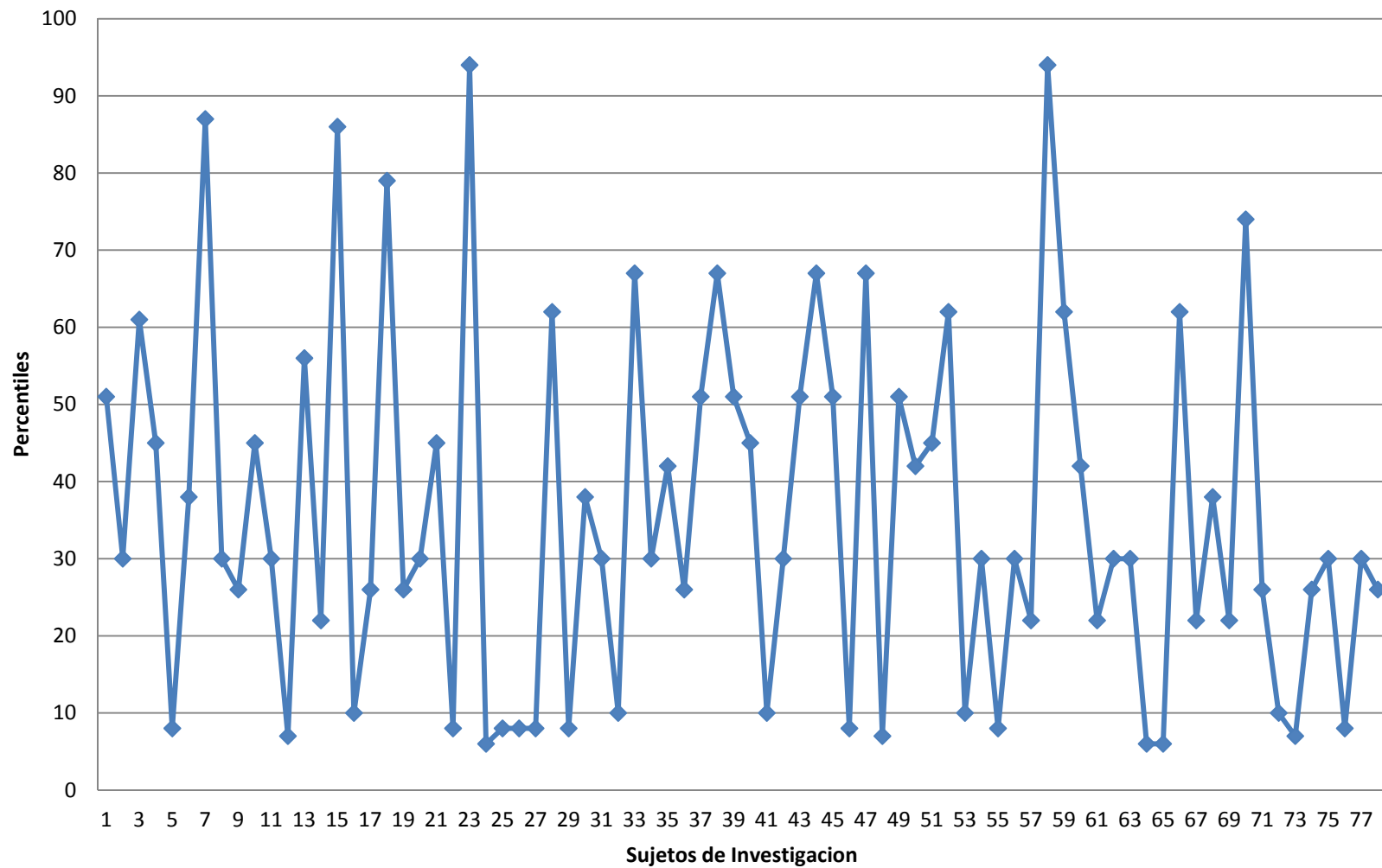
Anexo 15

Inquietud/Hipersensibilidad



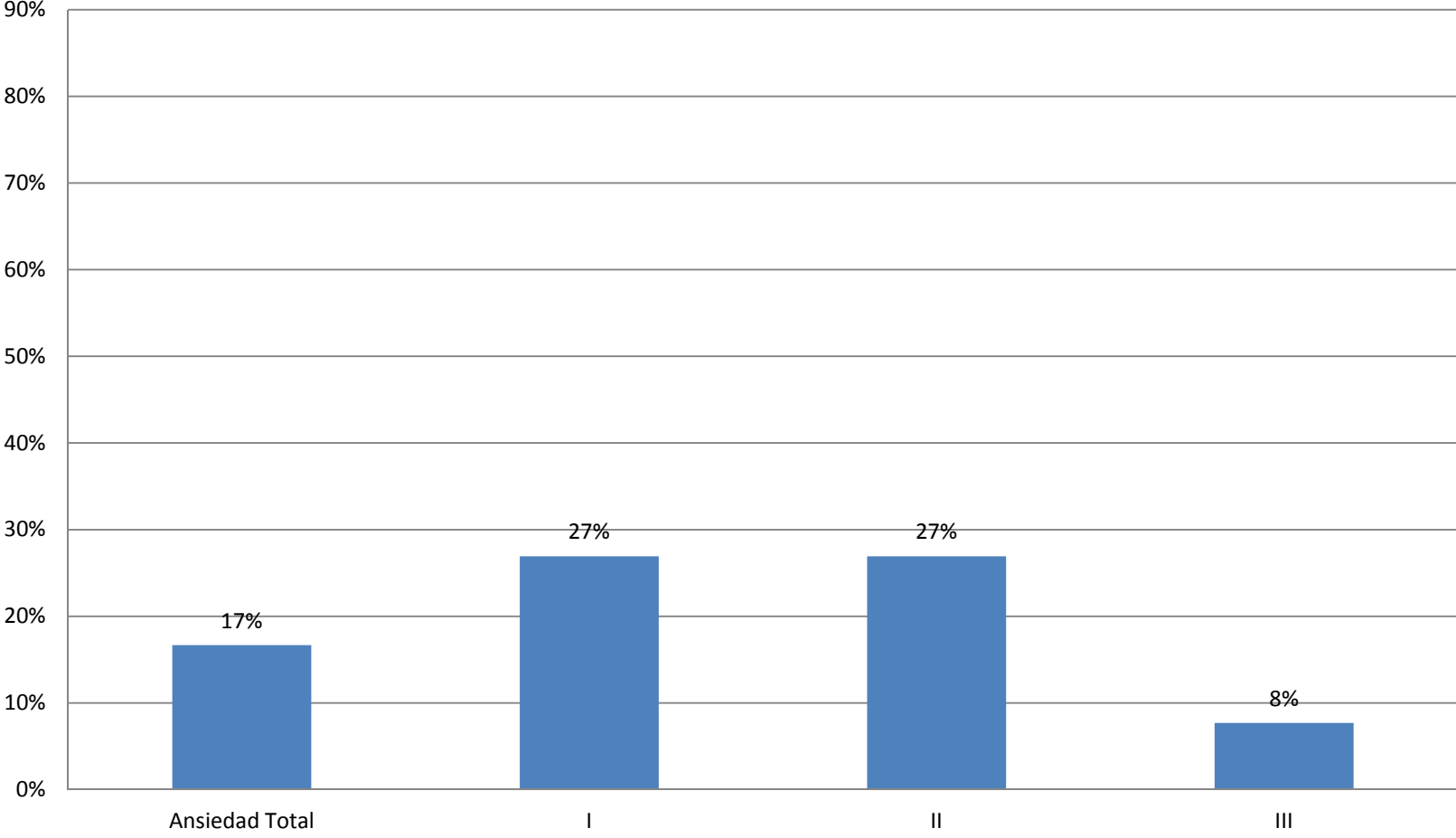
Anexo 16

Preocupaciones sociales



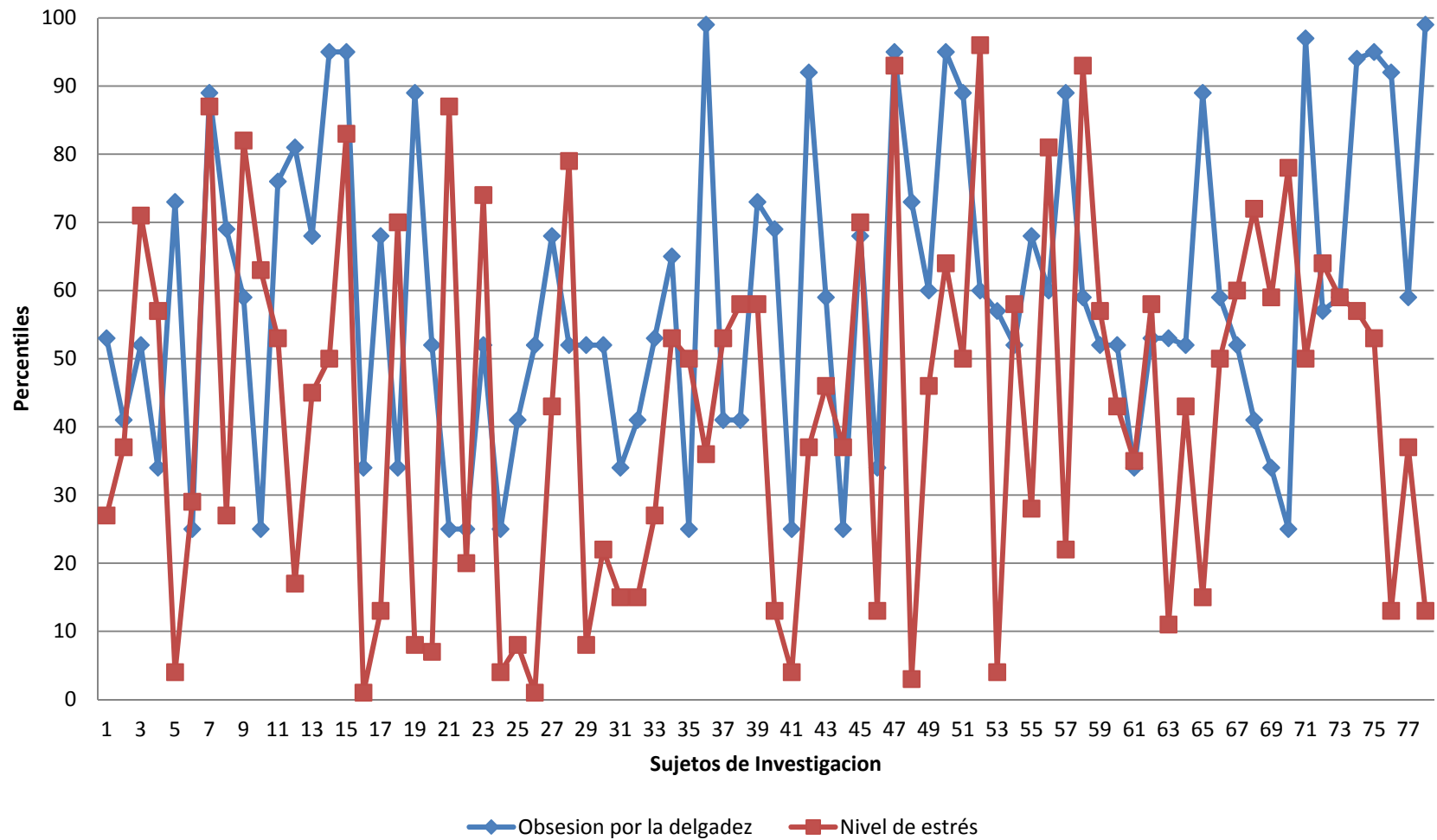
Anexo 17

Porcentaje de sujetos con puntaje alto



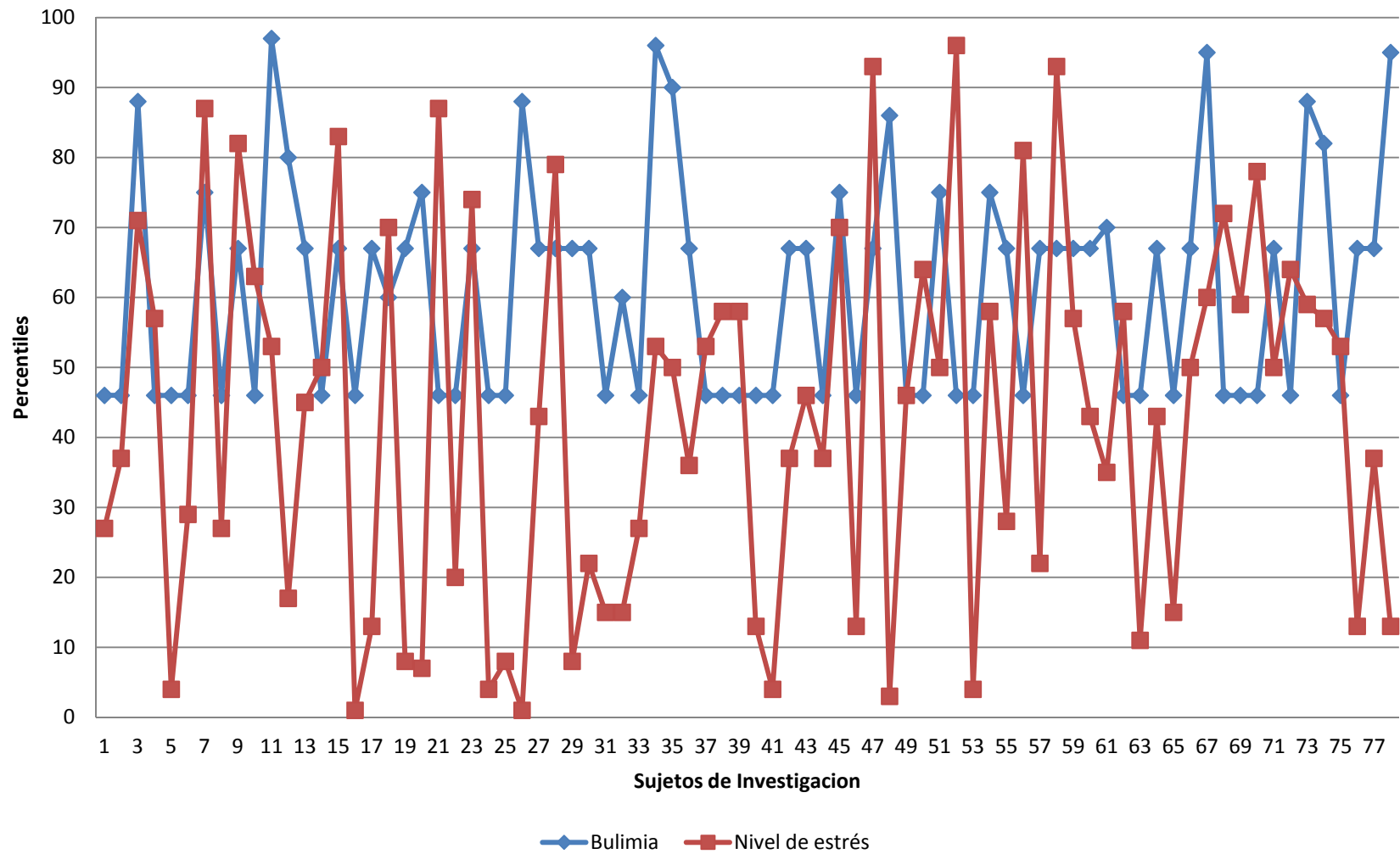
Anexo 18

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



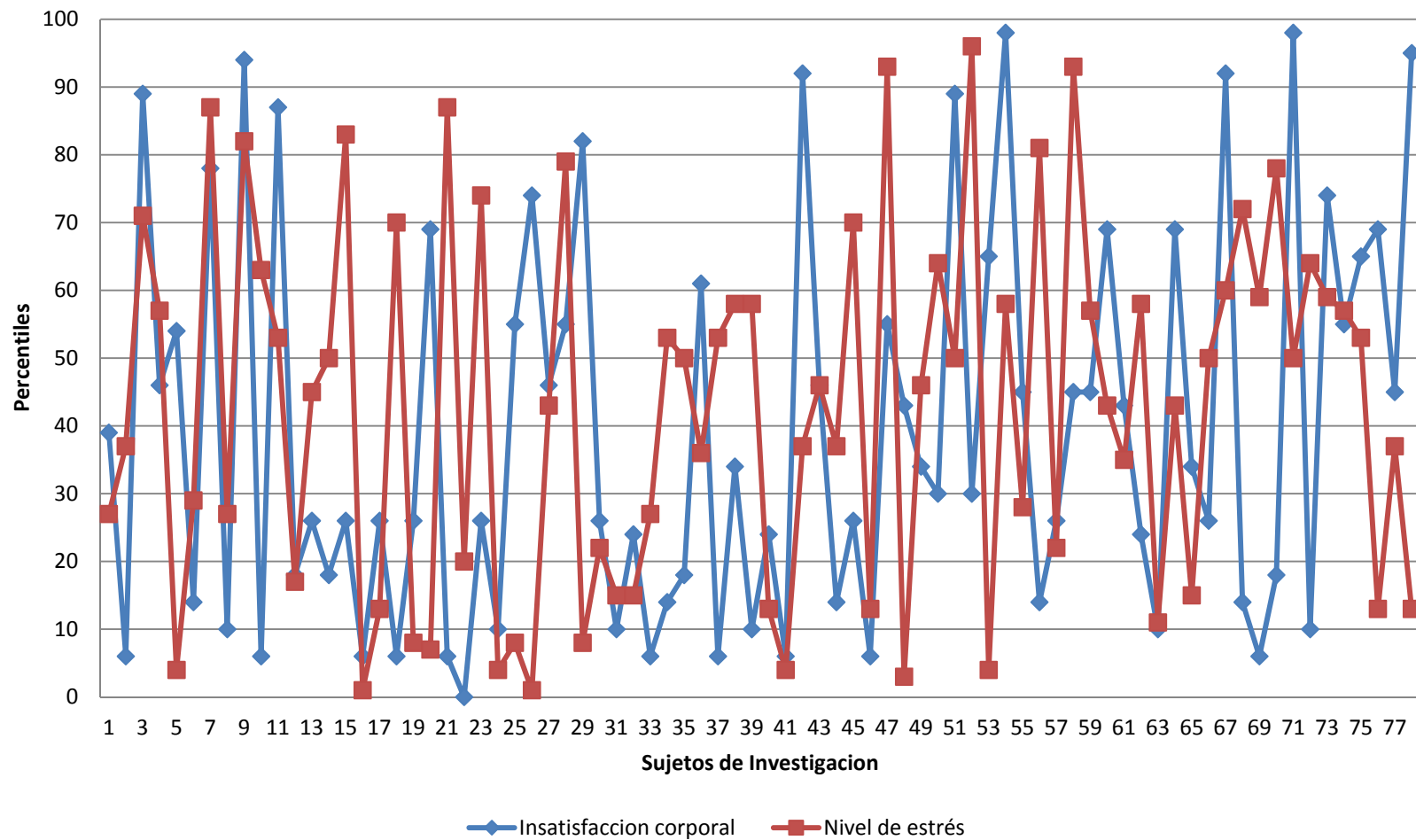
Anexo 19

Correlacion entre el nivel de estrés y la Bulimia



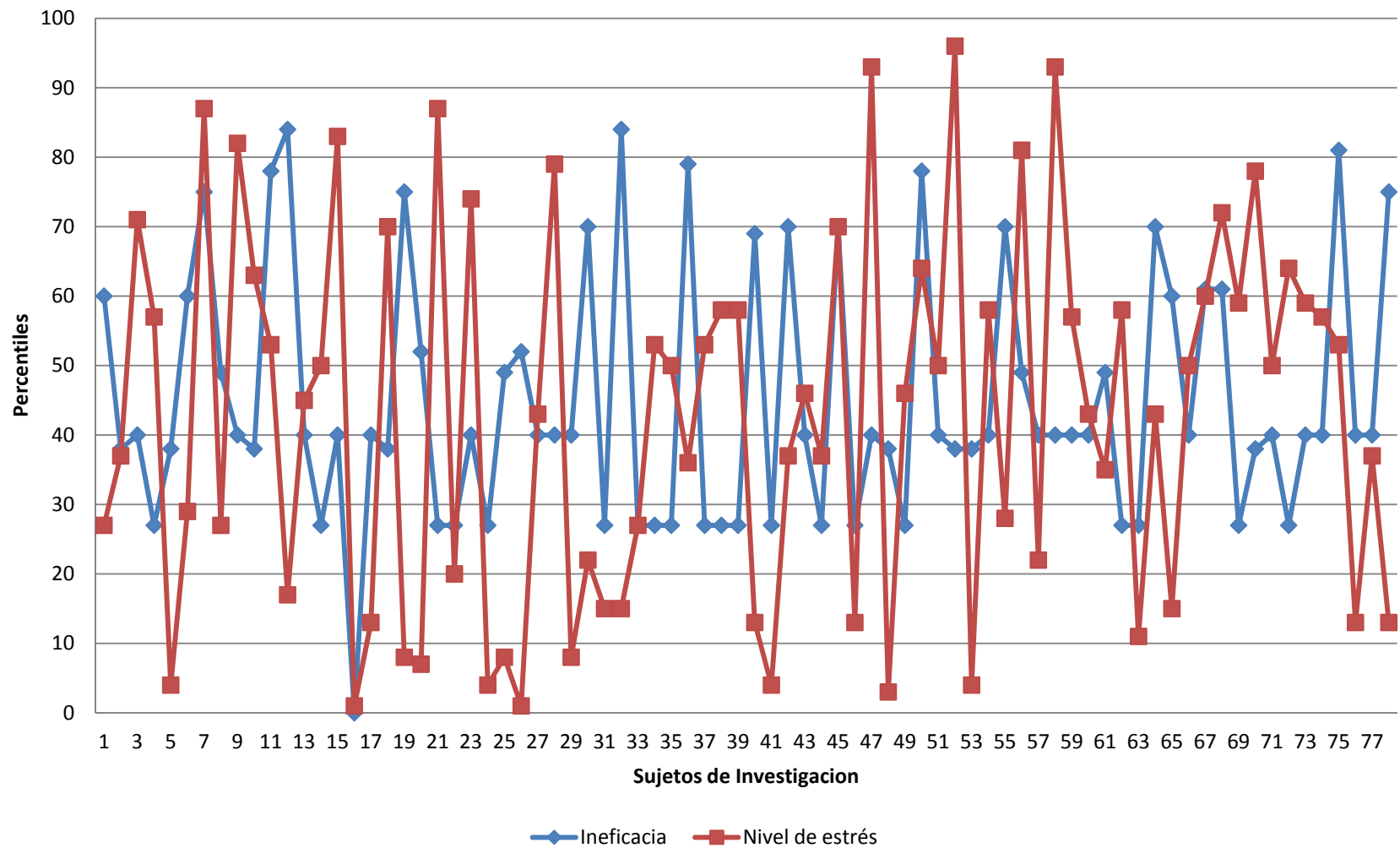
Anexo 20

Correlacion entre el nivel de estrés e insatisfaccion corporal



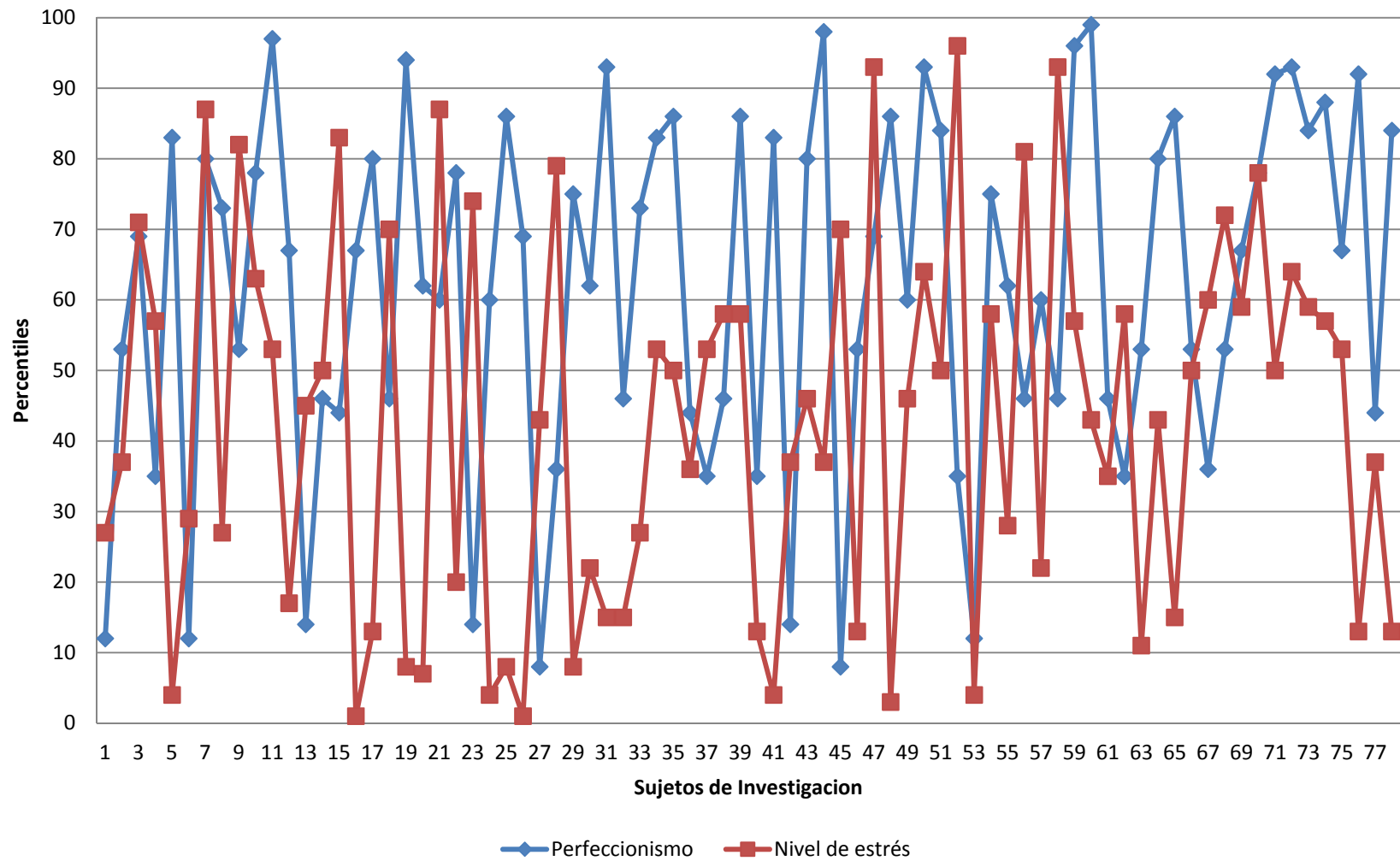
Anexo 21

Correlacion entre el nivel de estrés e ineficacia



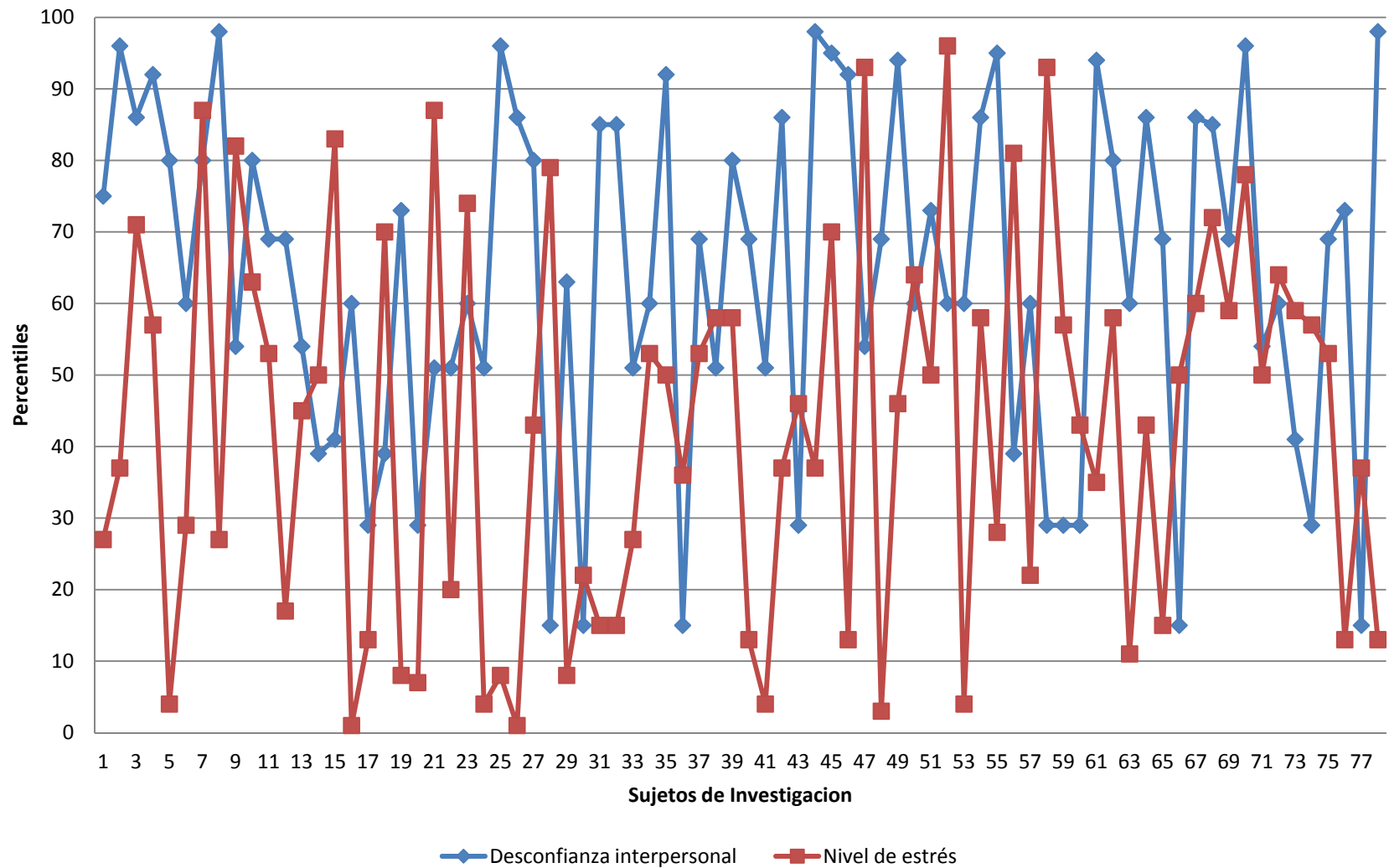
Anexo 22

Correlacion entre el nivel de estrés y perfeccionismo



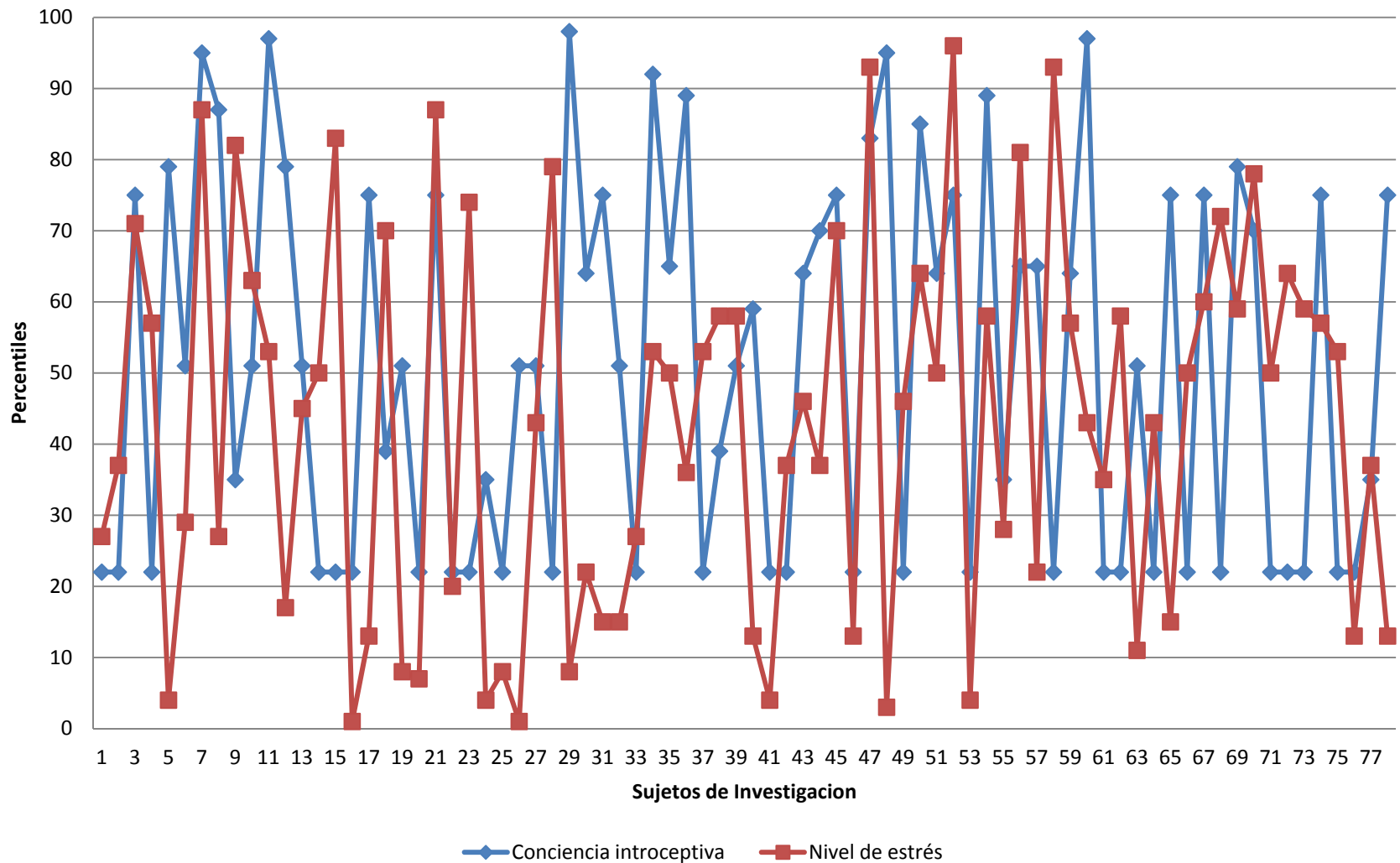
Anexo 23

Correlacion entre el nivel de estrés y desconfianza interpersonal



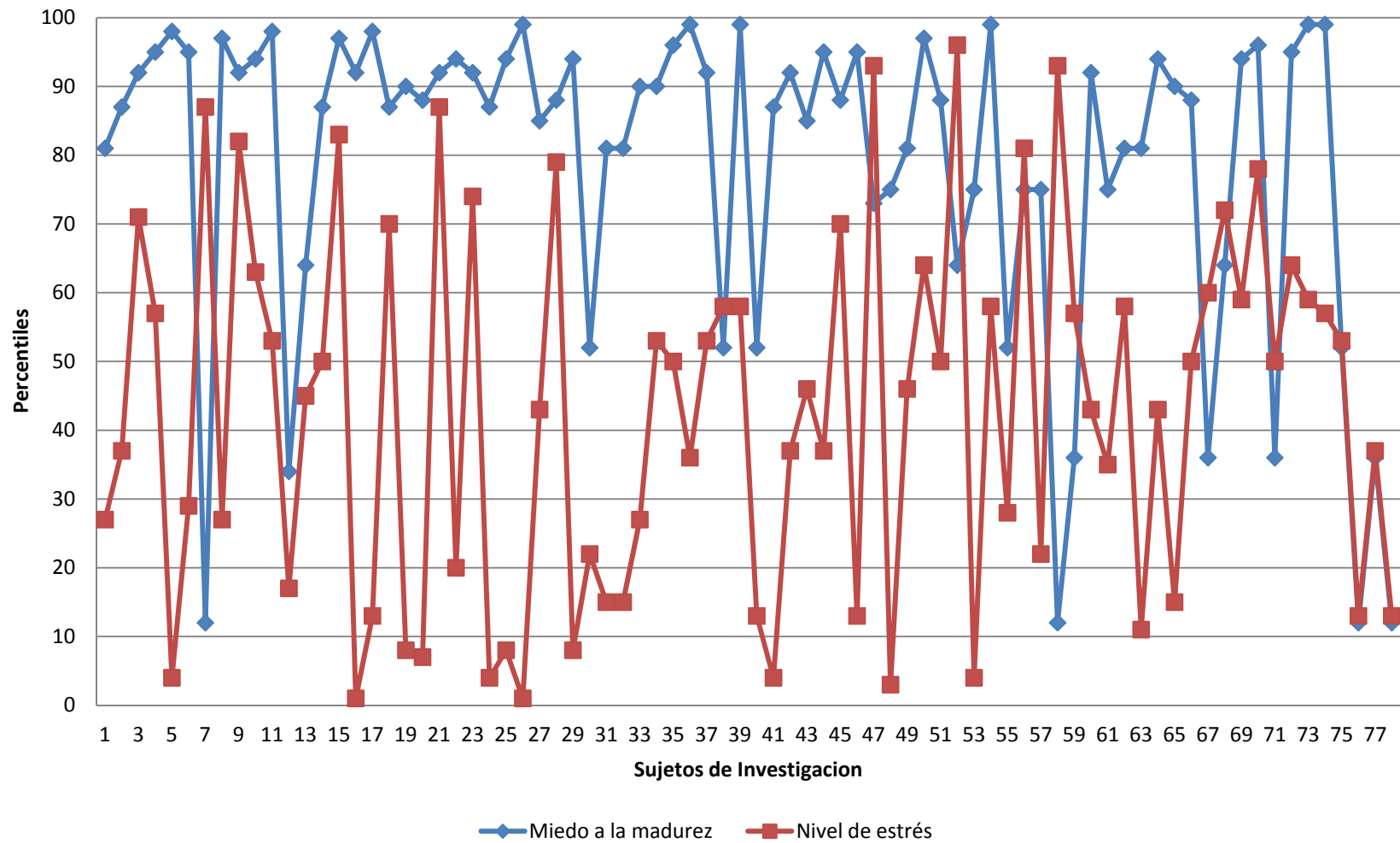
Anexo 24

Correlacion entre el nivel de estrés y conciencia introceptiva



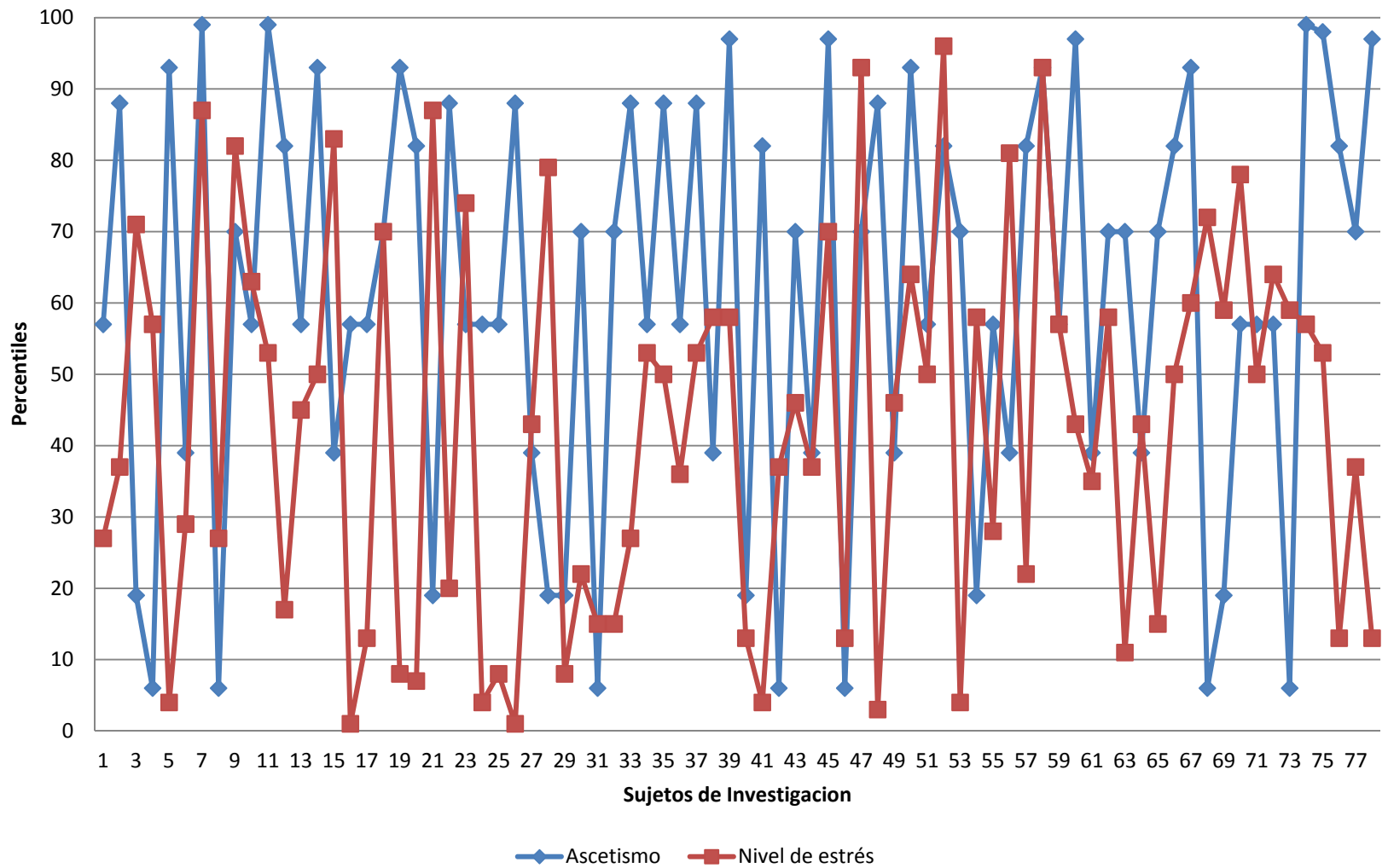
Anexo 25

Correlacion entre el nivel de estrés y miedo a la madurez



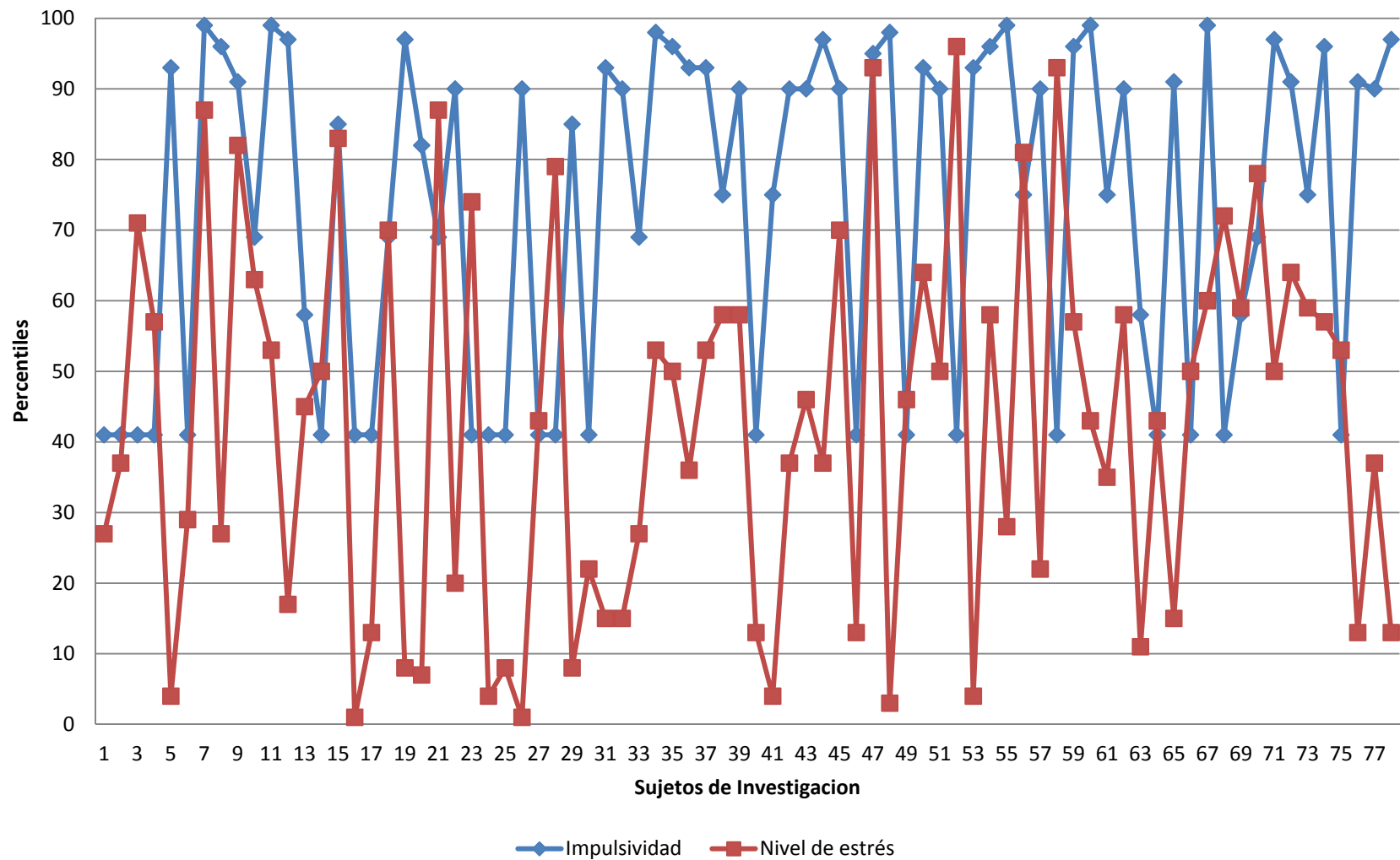
Anexo 26

Correlacion entre el nivel de estrés y ascetismo



Anexo 27

Correlacion entre el nivel de estrés e impulsividad



Anexo 28

Correlacion entre el nivel de estrés e inseguridad social

