



**UNIVERSIDAD
DON VASCO**

UNIVERSIDAD DON VASCO, A.C.

Incorporación No. 8727-25 a la
Universidad Nacional Autónoma de México.

Escuela de Psicología

**RELACIÓN ENTRE EL ESTRÉS Y LOS TRASTORNOS
ALIMENTARIOS EN LOS ALUMNOS DEL INSTITUTO TECNOLÓGICO
SUPERIOR DE COALCOMÁN, MICHOACÁN.**

Tesis

para obtener el título de:

Licenciada en Psicología

Diana Elizabeth Gutiérrez Magaña

Asesor: Lic. Héctor Raúl Zalapa Ríos

Uruapan, Michoacán. A 17 de agosto de 2013.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

Introducción.

Antecedentes.	2
Planteamiento del problema	5
Objetivos.	7
Hipótesis.	8
Justificación	9
Marco de referencia.	10

Capítulo 1. El estrés.

1.1. Antecedentes históricos del estrés.	13
1.2. Tres enfoques teóricos del estrés.	16
1.2.1. Estrés como estímulo.	17
1.2.2. Estrés como respuesta.	18
1.2.3. Estrés como relación persona-entorno.	21
1.3. Los estresores.. . . .	23
1.3.1. Estresores psicosociales: cambios mayores, menores y cotidianos.	25
1.3.2. Estresores biogénicos.	29
1.3.3. Estresores en el ámbito académico.	30
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. Personalidad tipo A y problemas cardíacos.	41
1.6. Los efectos negativos del estrés.	43

Capítulo 2. Trastornos alimentarios.

2.1. Antecedentes históricos de la alimentación.	46
2.2. Definición y características clínicas de los trastornos alimentarios.	48
2.2.1. Anorexia nerviosa.	48
2.2.2. Bulimia nerviosa.	51
2.2.3. Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas.	54
2.2.4. Vómitos en otras alteraciones psicológicas.	55
2.2.5. Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia.	55
2.3. Esfera oroalimenticia en el infante.	58
2.3.1. Organización oroalimenticia.	59
2.3.2. Alteraciones en la esfera oroalimenticia.	60
2.4. Perfil de la persona con trastornos alimentarios.	62
2.5. Causas del trastorno alimenticio.	63
2.5.1. Factores predisponentes individuales.	64
2.5.2. Factores predisponentes familiares.	66
2.5.3. Factores socioculturales.	68
2.6. Percepción del cuerpo en el trastorno alimenticio.	70
2.7. Factores que mantienen los trastornos alimentarios.	72
2.8. Trastornos mentales asociados a los trastornos alimenticios.	73
2.8.1. Trastornos alimenticios y depresión.	75

2.8.2. Trastornos alimenticios y ansiedad.	76
2.9. Tratamiento de los trastornos alimenticios.	77

Capítulo 3. Metodología, análisis e interpretación de resultados.

3.1. Descripción metodológica.	79
3.1.1. Enfoque cuantitativo.	80
3.1.2. Investigación no experimental.	81
3.1.3. Diseño transversal.	82
3.1.4. Alcance correlacional.	83
3.1.5. Técnicas de recolección de datos.	84
3.2. Descripción de la población y muestra.	86
3.2.1 Población.	87
3.2.2. Muestreo.	87
3.3. Descripción del proceso de investigación.	88
3.4. Análisis e interpretación de datos.	91
3.4.1. Estrés en los alumnos del ITSC.	91
3.4.2. Indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios.	95
3.4.3. Relación entre el nivel de estrés y los trastornos alimentarios.	99
Conclusiones.	104
Bibliografía.	106
Mesografía.	108
Anexos.	

INTRODUCCIÓN

En la presente investigación se habla sobre dos factores muy mencionados en la vida actual: el estrés y los trastornos alimentarios, por ello, es importante conocer su evolución histórica, lo cual incluye el momento que estos términos comenzaron a utilizarse; asimismo, se maneja información de investigaciones anteriores para saber qué se ha descubierto acerca de dichas variables.

De la misma manera, se hará un planteamiento del problema para conocer la problemática actual, como posteriormente, la definición de las variables.

También se plantea un objetivo general y varios particulares, los cuales se cumplieron en el curso de esta investigación. Del mismo modo, en un apartado se justifica la importancia de esta investigación, a quiénes beneficia, qué impacto podrá tener en la sociedad, entre otros argumentos.

Por último, se realiza una descripción de la institución en la cual se realizó la investigación; esto incluye su estructura, misión, visión, la ubicación geográfica, así como la población atendida.

Antecedentes

El término estrés proviene de la física y la arquitectura, se refiere a la fuerza que se aplica a un objeto y que puede deformarlo o romperlo. Este término se dio a conocer en la psicología en el año de 1956 por el fisiólogo canadiense Hans Selye (referido por Cano; s/f, en www.ucm.es).

El estrés en la física de los materiales, se utiliza para referirse a “la fuerza que actúa sobre un objeto y que, al rebasar una determinada magnitud, produce deformación, estiramiento o destrucción del objeto” (Palmero y cols.; 2002:424).

Cano (www.ucm.es) define al estrés como el proceso principal ante un conjunto de demandas que provienen del ambiente y que recibe el individuo, a las cuales se debe dar una respuesta adecuada, poniendo en marcha los recursos de afrontamiento de cada persona.

Por otra parte, acerca de los trastornos alimentarios no se han encontrado muchos antecedentes, pero se localizó un término manejado por Zagalaz y cols. (2002, referidos en www.rieoei.org), quienes mencionan que los llamados comúnmente trastornos alimentarios, son de hecho perturbaciones de la conducta que tienen relación con la alimentación y que se les conoce como desórdenes o trastornos del comer, de la ingesta, alimenticios, de la conducta alimentaria, entre otras.

Un trastorno de la alimentación muy común en la actualidad es la anorexia, que García (retomado por Zagalaz y cols.; 2002, en www.rieoei.org) define como la falta de apetito, aunque en la actualidad se ha dado a conocer como anorexia nerviosa, la cual consiste en un trastorno del comportamiento alimentario que se caracteriza por la pérdida significativa de peso, habitualmente fruto de la decisión voluntaria de adelgazar.

Por otro lado, de acuerdo con Toro y Vilardell, la bulimia “describe a quienes la padecen como comedoras compulsivas, que se provocan el vómito tras la ingesta para acallar su conciencia que les demanda mantenerse delgadas” (citados por Zagalaz y cols.; 2002, en www.rieoei.org).

Asimismo, al indagar acerca de estudios realizados, se encontró un artículo de investigación que incluía las dos variables a estudiar, la cual se realizó en Santiago de Chile en el año 2009 por Behar y Valdés, con el nombre de “estrés y trastornos de la conducta alimentaria”.

En este estudio, las autoras tomaron como muestra a 50 pacientes que presentaban perturbaciones alimentarias y a 50 universitarias sin presencia de este trastorno. A los sujetos se les administró una entrevista estructurada, que incluía información básica como la edad, talla, peso actual y peso ideal; adicionalmente, se les aplicaron cuatro instrumentos, los cuales fueron: Test de Actitudes Alimentarias, Inventario de Desórdenes Alimentarios, Escala de Autoevaluación del Estrés y Cuestionario de la Figura Corporal.

Los resultados arrojados fueron que las mujeres con patología alimentaria experimentan mayor nivel de estrés acumulado, y un mayor número de eventos estresantes durante los últimos doce meses antes del trastorno.

Para concluir, según Behar y Valdés (2009), las pacientes que presentaban trastornos en la conducta alimentaria se caracterizaron por presentar mayores niveles de estrés durante el año previo al inicio del trastorno, medidos mediante la frecuencia de eventos estresantes, en comparación con las estudiantes sin el trastorno.

Por otro lado, se encontró otro artículo publicado en la revista Salud Uninorte con estas mismas variables con el título de “Asociación entre percepción de estrés y riesgo de trastorno de comportamiento alimentario”, en el año 2009, por Bustos y cols. (2011).

Esta investigación tenía como objetivo conocer la asociación entre percepción de estrés y riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en mujeres universitarias de Bogotá, Colombia. Los investigadores diseñaron un estudio transversal, en el cual participaron estudiantes adultas de la universidad, a la población se le aplicó la Escala de Estrés Percibido y el cuestionario SCOOF para riesgo de trastornos de la conducta alimentaria.

En esta investigación participaron 175 mujeres, de las cuales un grupo de 26 casos presentó alta percepción de estrés y 27 personas, riesgo de trastorno de la

conducta alimentaria; se observó una asociación significativa entre estas dos variables.

De acuerdo con la Revista Salud Uninorte (2011), los resultados fueron que existe una asociación entre alta percepción de estrés y TCA en mujeres estudiantes de una universidad pública de Bogotá.

Una vez revisados estos estudios, se logra observar que sí existen estudios previos acerca de estas dos variables, por ello se hace aún más interesante esta investigación, ya que al final se logrará ver si la hipótesis planteada inicialmente, se acepta o se rechaza, y dado que resulta de gran importancia concientizar sobre la gravedad de la problemática en la actualidad, enseguida se hablará acerca de ello.

Planteamiento del problema

Los trastornos alimentarios han existido desde hace mucho tiempo, sin embargo, su prevalencia está aumentando de una manera considerable.

En la actualidad, es muy común que en los adolescentes se presente una excesiva preocupación por la imagen física, afectando con más frecuencia a las mujeres, lo que da como resultado los llamados trastornos alimentarios, entre los cuales los más comunes son anorexia y bulimia.

Algunos autores mencionan al estrés como un factor importante que ha llegado a desencadenar algún tipo de trastorno alimentario, por lo que surge en los investigadores la necesidad de indagar en este tema, examinando la relación entre estas dos variables.

En el Instituto Tecnológico de Coalcomán, Michoacán, los profesores han observado en algunos alumnos conductas preocupantes como el estrés, y los trastornos alimentarios. Es inquietante para los docentes el descubrir estas conductas, por lo que llama la atención que sean investigadas.

Es de gran importancia el indagar acerca de este tema, ya que conforme avanza el tiempo, es más notorio el aumento de esta problemática, resulta necesario averiguar qué las está originando.

En función de lo anterior, surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Existe relación significativa entre el estrés y los trastornos alimentarios en los alumnos del Instituto Tecnológico Superior de Coalcomán, Michoacán, en el ciclo escolar 2012-2013?

Objetivos

En este apartado se presentan los objetivos: uno general, que responde al tema de investigación, y varios particulares, los cuales se van alcanzando durante la recolección de información teórica y de campo.

Objetivo general

Establecer la relación que existe entre el estrés y los trastornos alimentarios en los alumnos del Instituto Tecnológico Superior de Coalcomán, Michoacán, en el ciclo escolar 2012-2013.

Objetivos particulares

1. Definir el término estrés.
2. Definir los factores que originan el estrés.
3. Conceptualizar los tipos de trastornos alimentarios.
4. Describir los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios.
5. Medir el nivel de estrés en los alumnos del Instituto Tecnológico Superior de Coalcomán.
6. Cuantificar los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios del Instituto Tecnológico Superior de Coalcomán.

Hipótesis

A partir del planteamiento del problema de investigación y de los objetivos, surgieron las siguientes explicaciones tentativas.

Hipótesis de investigación

Existe relación significativa entre el estrés y los trastornos alimentarios en los alumnos del Instituto Tecnológico Superior de Coalcomán, Michoacán, en el ciclo escolar 2012-2013.

Hipótesis nula

No existe relación significativa entre el estrés y los trastornos alimentarios en los alumnos del Instituto Tecnológico Superior de Coalcomán, Michoacán, en el ciclo escolar 2012-2013.

Operacionalización de las variables de investigación

El nivel de estrés se identificó de acuerdo con los resultados obtenidos mediante la aplicación del instrumento psicométrico denominado Escala de Ansiedad Manifiesta en Adultos (AMAS-C), diseñada por los autores Reynolds y cols. (2007). Esta prueba está orientada a la detección y evaluación de la ansiedad en estudiantes universitarios,

en consecuencia, incluye un número de reactivos que se dirigen de manera específica a la ansiedad ante los exámenes.

En la variable de trastornos alimentarios se consideraron como puntajes los obtenidos por el sujeto en el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2) del autor David M. Gardner (1998). Este instrumento está conformado por 11 escalas que representan los principales síntomas que normalmente acompañan a la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa.

Justificación

En la vida actual, se presentan en la sociedad varias conductas alarmantes, entre ellas, dos que en la presente investigación se analizan, las cuales son el estrés y los trastornos alimentarios en los jóvenes.

La presente investigación beneficiará al Instituto Tecnológico Superior de Coalcomán, ya que en este caso, es la institución donde se tomó la población para ser estudiada.

De manera directa, beneficiará a los docentes, ya que en esta investigación se dan a conocer los indicadores psicológicos que presentan las personas con trastornos alimentarios, por lo cual, los profesores y los mismos alumnos podrán detectar estos indicadores fácilmente y asimismo, apoyar al alumno que esté presentando algún problema alimenticio.

Por otro lado, los alumnos del mismo instituto serán beneficiados con esta investigación, ya que de acuerdo con los resultados reflejados, se podrá hacer conciencia de esta problemática que cada vez es mayor.

Esta investigación traerá consigo un beneficio para los psicólogos, ya que se está realizando un aporte a la psicología, en un tema en el cual es necesaria su participación. Los profesionistas antes mencionados conocerán más a fondo acerca de la problemática y les servirá como guía al momento de trabajar con una persona que presente un problema de esa índole.

Del mismo modo, los padres de familia se verán beneficiados con esta investigación, ya que su información les será muy útil para detectar si sus hijos presentan trastornos alimentarios y así, poder actuar rápidamente ante esto.

Por último quien también se verá beneficiada con este trabajo es la sociedad en general, ya sea para conocer más acerca de este tema, y de ese modo poder detectar si a su alrededor se encuentran casos que presenten esta problemática.

Marco de referencia

La presente investigación se llevó a cabo en el Instituto Tecnológico Superior de Coalcomán, el cual está ubicado en la Avenida Tecnológico N° 371, colonia La Parota, en Coalcomán de Vázquez Pallares, Michoacán.

Este instituto es una escuela pública que tiene como misión formar profesionales de licenciatura y postgrado para la comunidad productiva, promoviendo e impulsando la investigación científica y el desarrollo tecnológico en la región. También cuenta con una visión, la cual es ser una institución con espíritu emprendedor dentro del sistema de educación superior tecnológica, donde tienen como espíritu emprendedor desmenuzar la institución en empresas pequeñas, incitándolas a pensar de manera independiente y competitiva.

Su filosofía institucional, la cual se encuentra reflejada en el logo del Instituto, que es: “Sé sabio, sé libre”.

El plantel inició hace 4 años, a partir de marzo del 2008, ofreciendo primeramente y hasta ahora, dos carreras, las cuales son Ingeniería en Desarrollo Comunitario e Ingeniería en Sistemas Computacionales.

El tecnológico atiende a alumnos de bajos recursos, ya que se encuentra en una zona de muy alta marginación. El recibe a una población 30% indígena de las costas de Michoacán, ofreciendo gratuitamente hospedaje y alimentación a quienes no cuentan con recursos necesarios para estudiar.

Actualmente, el instituto cuenta con un total de 267 alumnos aproximadamente, y 21 docentes con distintas profesiones tales como: Ingenieros en Sistemas Computacionales, Ingenieros Mecánicos, Ingeniero Bioquímico, Ingeniero Químico

Farmacobiólogo, Ingeniero Industrial, Odontólogos, Biólogos, Licenciados en Derecho, Licenciados en Pedagogía, entre otras profesiones.

Actualmente en la república mexicana se encuentran establecidos 249 Tecnológicos, el de Coacomán es uno de ellos; lleva poco tiempo pero se espera con el tiempo ir creciendo, ya que hasta ahora ha tenido bastante población, lo cual no es obstáculo para que los alumnos tengan una adecuada atención.

El tecnológico cuenta por ahora con un solo edificio de dos pisos, con un total de ocho salones para impartir clases, un área de computo, un laboratorio y una biblioteca. En cuanto al personal, cuenta con un director y un subdirector de academia, en el área de administración cuenta con 24 oficinas para los respectivos puestos, como son planeación y vinculación, desarrollo académico, recursos humanos, psicología, entre otros.

Finalmente, se hace mención de las cuatro áreas verdes con las que cuenta a su alrededor, una cancha que puede ser utilizada para voleibol y futbol, una cocina y varios comedores, así como dos cooperativas.

CAPÍTULO 1

EL ESTRÉS

En la actualidad el ser humano se ha acostumbrado a vivir con estrés, ya que en la vida cotidiana existen varios factores que lo provocan y son difíciles de evitar. El estrés se da como interacción entre la persona y el entorno, es por eso que a continuación se presentarán los antecedentes de este fenómeno, los enfoques bajo los cuales se estudia y los factores estresores, entre otros subtemas.

1.1. Antecedentes históricos del estrés.

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

Por otro lado Lazarus y Lazarus (2000), ilustran que la palabra estrés se comenzó a emplear ocasionalmente en el siglo XIV; en esa época significaba dureza, momentos de angustia, adversidad o aflicción. Del mismo modo, en el siglo XVII el físico y biólogo Robert Hooke consiguió darle mayor importancia al término cuando intentó ayudar a los ingenieros a diseñar estructuras hechas por el hombre, por ejemplo los puentes, ya que deben soportar pesadas cargas, resistir las embestidas de los tiempos, terremotos y otras fuerzas de la naturaleza que los podrían derrumbar.

El análisis de Hooke influyó mucho en la manera de definir la tensión en fisiología, sociología y psicología. El estrés se convirtió en el término que define una exigencia del entorno sobre un sistema biológico, social y psicológico, que sería similar a la carga que un puente podría soportar.

La idea que Hooke planteó resultó tener gran importancia para los psicólogos, puesto que la capacidad que los metales tienen para soportar cargas es equivalente a la capacidad que las personas tienen para tolerar el estrés.

Por otro lado Bernard (retomado por Sánchez; 2007) demostró que la naturaleza le obsequia genéticamente mecanismos a los seres vivos para enfrentar las contingencias del ambiente externo. Este médico francés descubrió que si cualquier cambio externo podía modificar o perturbar al organismo, los seres vivos poseen la capacidad para mantenerse estables aunque haya modificaciones en su exterior.

Asimismo, el fisiólogo estadounidense Cannon propuso el término homeostasis en el año de 1922, el cual utilizó para designar los procesos fisiológicos coordinados que mantienen constante el medio interno mediante numerosos mecanismos fisiológicos. De este mismo modo, fue este autor quien planteó que los eventos inesperados que provocan emociones llegan a desencadenar una respuesta de ataque o de fuga, lo cual permitió identificar la relación entre lo psicológico y lo biológico.

Otra aportación muy importante acerca del estrés fue la del autor Selye en 1936, cuando descubrió que una persona estresada presenta una reacción inespecífica, fisiológica, adaptativa frente a cualquier impacto ejercido sobre él por una amplia gama de estímulos diferentes que provocan variaciones de tipo endocrino, a dicha reacción le llamó síndrome general de adaptación.

Asimismo, Selye descubrió que la persona con estrés presentaba las siguientes reacciones: “las pupilas se agrandan para mejorar la visión y el oído se agudiza; los músculos se tensan para responder a la amenaza, y las frecuencias cardíaca y respiratoria aumentan de manera que la sangre es bombeada en forma más abundante y rápida para aumentar la llegada de oxígeno a las células y favorecer las respuestas al peligro” (Sánchez; 2007: 15).

Por otro lado, durante la Primera Guerra Mundial las crisis emocionales se explicaban desde una perspectiva neurológica y no psicológica, eran atribuidas a la conmoción de los proyectiles, ya que se pensaba que lo que producía daño al cerebro era el ruido que estos generaban. Durante la Segunda Guerra Mundial las autoridades castrenses notaron que los soldados se derrumbaban emocionalmente en el combate militar, a la crisis le llamaban fatiga de combate o neurosis de guerra, lo que ya implicaba una explicación psicológica.

Así fue como las autoridades comenzaron a preocuparse por el estrés que se fue presentando durante la Segunda Guerra Mundial, este padecimiento hacía que los soldados se sintieran desmoralizados y se escondieran del enemigo en vez de

atacarlo. De este modo, Lazarus y Lazarus (2000) decidieron investigar y llegaron a la conclusión que el estrés también era aplicable a muchas situaciones de la vida diaria, como lo son el matrimonio, el crecimiento, asistir a la escuela, pasar un examen, enfermar, entre otras.

Por último cabe mencionar que el estrés es una respuesta natural a las exigencias de la vida y no es completamente perjudicial; probablemente se está haciendo demasiado hincapié en su lado negativo, es por ello que se debe hacer notar todas sus implicaciones.

1.2. Tres enfoques teóricos del estrés.

A continuación se hablará acerca del estrés visto por tres enfoques, los cuales son: como variable dependiente, es decir, como respuesta; como variable independiente o como estímulo y como enfoque interactivo. Los tres puntos de vista hablan del mismo tópico, pero cambian en las definiciones y en las metodologías empleadas para estudiar este fenómeno.

1.2.1. Estrés como estímulo.

De acuerdo con Travers y Cooper (1996), el estrés como estímulo es la manera de considerar a este fenómeno, que relaciona la salud y la enfermedad con algunas condiciones que se presentan en el entorno del individuo.

El estrés como estímulo es una forma temprana de enfocar dicha condición como variable independiente y utiliza un simple modelo estático para explicar sus principales propuestas. Este punto de vista sostiene que las diferentes características ambientales molestas inciden sobre el individuo de una forma disruptiva, lo cual provoca cambios sobre éste.

“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 dominarlas con bastante efectividad, si bien hasta un suceso insignificante para <<desequilibrar la balanza>> entre una actitud resolutive y un completo hundimiento potencial”. (Travers y Cooper; 1996: 32).

Por otro lado Cano (www.ucm.es) menciona que en la vida se presentan grandes acontecimientos que generan estrés como estímulo, como lo son los acontecimientos vitales, catastróficos, incontrolables, impredecibles, como muerte de un ser querido, separación, enfermedad o accidente, despido o ruina económica. Todos estos casos tratan de situaciones de origen externo al propio individuo, por otro lado, el autor habla acerca del estrés con los pequeños contratiempos, que son

acontecimientos vitales menores como el trabajo, las relaciones sociales, entre otros; por último, al estrés como estímulos permanentes, los cuales son estresores menores que permanecen estables en el medio ambiente, con una menor intensidad pero mayor duración, como el ruido, la muchedumbre o la contaminación.

1.2.2. Estrés como respuesta.

Travers y Cooper (1996) consideran el 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 un estímulo amenazador o desagradable.

Antes de la concepción del estrés como estímulo, en los años cincuenta se habían investigado las respuestas fisiológicas no específicas de un organismo ante situaciones estresantes, a las cuales Seyle denominó síndrome de adaptación general en la cual se incluían tres fases: alarma, resistencia y agotamiento. (www.ucm.es).

Por otro lado, Seyle, retomado en la revista Sociedad Española para el estudio de la ansiedad y el estrés (www.ucm.es), consideraba que cualquier estímulo podría convertirse en un estresor siempre que generara una respuesta inespecífica o de reajuste en el organismo, pero él mismo no incluía los estímulos psicológicos como agentes que generaran estrés, hoy en día se sabe que los estímulos emocionales llegan a provocar reacciones muy fuertes.

En el mismo sentido, otro autor comenta que “ciertos niveles de estrés parecen ser psicológicamente benéficos. Agregan interés a la vida, nos ponen alertas, nos ayudan a pensar más rápido, a trabajar de modo más intenso y nos alientan a sentirnos útiles y apreciados, con un propósito definido para nuestra vida y objetivos precisos por alcanzar. Sin embargo, cuando el estrés va más allá de los niveles óptimos, agota nuestra energía psicológica, deteriora nuestro desempeño y a menudo nos deja con un sentimiento de inutilidad y subestima, con escasos propósitos y objetivos inalcanzables” (Fontana; 1992: 10-11).

Por otro lado este mismo autor enlista los efectos que se dan cuando se presenta el estrés excesivo y los divide en tres apartados, los primeros son los efectos cognoscitivos (tienen que ver con el pensamiento y el conocimiento), los emocionales (tienen que ver con los sentimientos, emociones y la personalidad) y los efectos conductuales generales (tienen que ver los con factores cognoscitivos y emocionales).

Los efectos cognoscitivos son: decremento del periodo de la concentración y atención, aumento de la distractibilidad, deterioro de la memoria a corto y a largo plazo, incertidumbre en la velocidad de respuesta, aumento de la frecuencia de errores, deterioro de la capacidad de organización y de la planeación a largo plazo, aumento de los delirios y de los trastornos del pensamiento.

Los efectos emocionales son: aumento de la tensión física y psicológica, aumento de la hipocondría, aparecen cambios en los rasgos de personalidad, aumento de los problemas de personalidad existentes, debilitamiento de las restricciones

morales y emocionales, aparecen la depresión y la impotencia, adicionalmente, hay pérdida repentina de autoestima.

Los efectos conductuales generales son: aumento de los problemas del habla, disminución de los intereses y el entusiasmo, aumento del ausentismo, incremento del consumo de drogas, descenso de los niveles de energía, alteración de los patrones del sueño, aumento del cinismo acerca de los clientes y de los colegas, se ignora a la nueva información, las responsabilidades se depositan en los demás, se resuelven los problemas a un nivel cada vez más superficial y aparecen patrones de conducta excéntricos, incluso pueden hacerse amenazas de suicidio.

Estos efectos pueden variar de una persona a otra; muy pocas personas, aun extremadamente estresadas, presentarán todos los efectos, el grado de gravedad variará según el organismo de cada sujeto, la aparición de estos síntomas significa que el individuo ha alcanzado o está a punto de llegar a la fase peligrosa del síndrome de adaptación general.

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

La mayoría de quienes trabajan en el área de la investigación ya no toman al estrés como un fenómeno estático, como una respuesta ni como un estímulo, sino como un proceso complejo que incorpora a los dos modelos antes mencionados.

Cooper y cols. (retomados por Travers y Cooper; 1996), mencionan que un gran número de investigadores que trabajan tomando como base estos modelos, conceptualizan al estrés como una interacción o transacción entre la persona y su entorno, estos teóricos admiten que la persona influye en su entorno y reaccionan ante él, y que esto da como resultado el grado de adaptación entre la persona y su entorno.

Un ejemplo muy claro para entender el estrés está en la siguiente situación “Imaginemos una báscula médica en la que el peso del cuerpo se mide en un lado contra unas barras metálicas de un peso determinado en el otro lado. Se añaden o quitan pesos hasta que la báscula está equilibrada, lo que significa que usted y los pesos están en equilibrio; esto le dirá cuánto pesa en ese momento. De manera similar, cuando las exigencias del entorno se convierten en demasiado pesadas para los recursos del individuo, la báscula implícita no está equilibrada y se inclina hacia el lado del entorno. Cuando mayor el desequilibrio, más alto el estrés. Cuando los recursos de la persona exceden a la carga del entorno, el estrés es bajo o inexistente” (Lazarus y Lazarus; 2000: 282).

De otro modo, cuando los recursos con los que cuenta la persona son mucho más importantes que las demandas del entorno, es posible que exista un requerimiento

insuficiente y aparece el aburrimiento, que se puede experimentar como nocivo y, a la vez, estresante.

Normalmente los humanos se sienten por encima de las exigencias de la vida, no obstante, en el transcurso de la vida, es probable que existan momentos en que la capacidad de afrontamiento de cada persona esté debilitada, debido a una enfermedad, fatiga, o que han vivido una época de demandas excesivas. Como un ejemplo de esto, después de dormirse, muchas personas despiertan a las 3 o 4 de la madrugada y comienzan a especular con los problemas que deben solucionar al día siguiente. Pueden pasar varias horas pensando en esas tareas, todavía cansados o somnolientos, las exigencias les parecen ser más graves de lo que pueden manejar. Los pensamientos no deseados siguen interfiriendo en su mente hasta que finalmente, vuelven a dormirse justo antes de que suene el despertador... o eso es lo que parece.

Cabe mencionar que la cantidad de estrés no se define por las demandas por sí mismas, sino en relación con los recursos que se tienen para enfrentarse a ellas, ambos son temas que se definen subjetivamente (Lazarus y Lazarus; 2000).

1.3 Los estresores.

Durante la actualidad y desde hace tiempo atrás, se viene presentando el estrés, lo que es sinónimo de un cambio. Cualquier circunstancia que genere una modificación en la rutina de la vida es causa de estrés, no importa si se trata de cambios positivos o perjudiciales, aun cuando se encuentra a la persona esperada, eso genera estrés.

De acuerdo con Palmero y cols. (2002), aun los cambios imaginarios provocan estrés, que son esos pensamientos denominados preocupaciones. Cuando hay temor de que no alcanzará el dinero para pagar la renta de la casa, o si existe preocupación de ser agredido, eso también es estrés; si se cree que habrá un aumento de sueldo, eso también es estrés. En suma, no importa si la situación es positiva o negativa, real o imaginada, cualquier cambio produce estrés.

Por otro lado, Lazarus y Folkman comentan que “el estrés es una relación particular entre la persona y el entorno, que es evaluado por este como amenazante o desbordante de sus recursos, y que pone en peligro su bienestar” (Palmero y cols.; 2002: 425).

Estas características del entorno o estímulos generadores de estrés, se consideran generalmente como acontecimientos con los que tropieza la persona a diario, acontecimientos que provocan cambios en la vida de las personas, rompen sus automatismos y generan nuevas condiciones y necesidades ante las cuales la persona debe valorar su forma de responder.

Cabe realizar diferentes clasificaciones de los estresores en función de los criterios descriptivos, características físicas, perceptivas; sin embargo, ya que la inmensa mayoría de las situaciones son de origen psicosocial, se ha venido clasificando por el tipo de cambios que se producen en las condiciones de vida y que afectan precisamente a las propias condiciones psicosociales de la persona.

Lazarus y Cohen (retomados por Palmero y cols.; 2002), hablan de tres tipos de estresores psicosociales en función de la intensidad de los cambios que se producen en la vida de una persona: los primeros son los cambios mayores, los cuales también denominan estresores únicos, que hacen referencia a desastres y cambios dramáticos de las condiciones en el entorno en la vida de las personas y que normalmente afectan a un gran número de ellas.

Los cambios menores, por su parte, son también denominados estresores múltiples, estos afectan solo a unas personas o a un pequeño grupo de ellas, y corresponden a cambios significativos y con trascendencia vital para las personas.

Los terceros son los estresores cotidianos o microestresores, que se refieren a la multitud de molestias, imprevistos y alteraciones en las pequeñas rutinas cotidianas; además, habría que añadir un cuarto tipo, que son los estresores biogénicos, los cuales alteran directamente el proceso de activación fisiológica sin la mediación de los procesos psicológicos que a continuación se explican más a fondo.

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

En este subtema se hablará primeramente de los cambios mayores, que son los que se refieren a cambios extremadamente drásticos en la vida de la persona, tales como: verse sometido a una situación agresiva; ser víctima de la violencia o del terrorismo; sufrir importantes problemas de salud, que impliquen por ejemplo cirugías, enfermedades terminales, el desarraigo y la migración; catástrofes de origen natural, como terremotos, inundaciones o cataclismos. En general, las situaciones altamente traumáticas.

De acuerdo con Palmero y cols. (2002), una característica que define a este tipo de estresores es su potencial capacidad para afectar a un amplio número de personas, aunque también pueden afectar a una sola o a un pequeño número de ellas, si bien el número de afectados no altera de forma significativa la capacidad perturbadora de tales acontecimientos. Del mismo modo, se trata de hechos que pueden ser duraderos, como lo son ir a prisión, o que pueden ocurrir de forma sumamente rápida, como los temblores o huracanes; lo que tienen en común todos estos son el efecto traumático, cuyas consecuencias se mantienen en el tiempo de forma prolongada.

Son estos cambios mayores los causantes de los patrones de estrés post-traumático, cuyos principales factores definitorios se enlistan en el DSM-IV y son los siguientes:

- Haber estado expuesto a un acontecimiento caracterizado por muertes o amenazas para la integridad física, o haber respondido con intenso temor, desesperanza u horror.
- Este suceso estresor se re-experimenta de forma persistente, por lo menos en alguna de las siguientes formas: recuerdos desagradables, recurrentes e invasores del suceso. En el caso de niños de corta edad, estos recuerdos pueden presentarse en forma de juegos repetitivos en los que se expresan temas o aspectos relacionados con el suceso estresor.
- Se produce una evitación activa y persistente de los estímulos asociados con el estresor, o una falta de capacidad general de respuesta, puestas de manifiesto por lo menos por varios de los siguientes fenómenos: esfuerzos para evitar los pensamientos o las sensaciones asociadas con el suceso estresante, para evitar las actividades o las situaciones que provocan el recuerdo del suceso estresante.
- Todas estas alteraciones provocan malestar clínico o deterioro en otras actividades importantes en la vida de la persona (Palmero y cols.; 2002).

En segundo lugar se encuentran los acontecimientos vitales estresantes, que hacen referencia a circunstancias que pueden hallarse fuera de control de la persona, como es el caso de la muerte de un ser querido, una amenaza a la propia vida, una enfermedad incapacitante o la pérdida de un puesto en el trabajo, o también otros acontecimientos que influyen en la propia persona, como es el caso de los divorcios, tener un hijo o someterse a un examen importante.

Palmero y cols. (2002) mencionan que existe una serie de áreas en la vida de las personas, en las cuales los cambios o alteraciones tienen una trascendencia vital y por lo tanto, son altamente significativas. Las principales fuentes desencadenantes de estrés se corresponden con cambios en:

- La vida conyugal.
- La paternidad.
- Las relaciones interpersonales.
- El ámbito laboral.
- Las situaciones ambientales.
- El ámbito económico.
- Las cuestiones legales.
- El propio desarrollo biológico.
- Las lesiones o enfermedades somáticas.
- Otros tipos de estrés psicosocial.

En el caso de niños o adolescentes, existen otros factores familiares además de los anteriormente citados, entre los cuales hay que considerar las siguientes fuentes de estrés:

- Relaciones frías y distantes entre los padres.
- Relaciones hostiles.

- Trastornos mentales o somáticos en los miembros de la familia.
- Comportamiento frío y distante en las relaciones padre-hijos.
- Intrusismo padres-hijos (meterse en la vida de los hijos).
- Débil o insuficiente control paterno.
- Estimulación cognitiva o social insuficiente.
- Situación familiar rara (como alguna problemática de los padres, familia adoptiva, pérdida de miembros de la familia, entre otras).

Por último, se tienen los estresores cotidianos o microestresores, que son acontecimientos de poca notoriedad pero de alta frecuencia, se trata de aquellas circunstancias que pueden irritar o perturbar en un momento dado, como convivir con un fumador desconsiderado o pelear con la pareja. Aunque las molestias que se sufren a diario sean mucho menos dramáticas que los cambios mayores o menores, aquellas pueden ser incluso más importantes que estos en el proceso de adaptación y de conservación de la salud.

Lazarus y Folkman, en 1989, daban un ejemplo de estresores cotidianos que solían afectar a las personas, ellos hacían referencia a temáticas relacionadas con: “las responsabilidades domésticas, aspectos relacionados con la economía, el trabajo, los problemas ambientales y sociales, el mantenimiento del hogar, la salud, la vida personal y, por último todo lo relacionado con la familia y los amigos” (Palmero y cols.; 2002: 430).

1.3.2. Estresores biogénicos.

Los estresores de esta índole son los que actúan directamente, causando o desencadenando la respuesta del estrés, “ya que no utilizan los mecanismos de valoración cognitiva, sino que actúan directamente en los núcleos elicidores neurológicos y afectivos, por virtud de sus propiedades bioquímicas inician directamente la respuesta de activación del estrés sin el requisito del proceso cognitivo-afectivo” (Palmero y cols.; 2002:431).

Un ejemplo de este tipo de estresores son: cambios hormonales en el organismo, como las modificaciones que se dan en la pubertad y que son importantes causas de estrés, ya que el cuerpo del adolescente cambia de forma, sus órganos sexuales comienzan a funcionar y nuevas hormonas comienzan a ser segregadas. El síndrome premenstrual para las mujeres que ya han pasado la pubertad representa también una potencial causa de estrés en los días que anteceden en la aparición de la menstruación, en muchas mujeres el estrés causado por este desequilibrio hormonal es suficiente para causar un episodio de sobre-estrés.

El post-parto después del embarazo es otro momento en el que los niveles de hormonas cambian dramáticamente; después del parto o de un aborto, el cambio en el perfil hormonal puede causar un episodio de sobre-estrés, asimismo, afecta cuando se presenta el climaterio, la menopausia o la desaparición de la menstruación, ya que se presentan debido al cambio de hormonas.

Otro factor que influye en este apartado es la ingestión de determinadas sustancias químicas, tales como las anfetaminas, la fenilpropanolona, la cafeína, la teobromina, la teofilina o la nicotina. Por último, está el estrés alérgico, ya que las reacciones alérgicas son naturales en el mecanismo de defensa del organismo. La alergia es una fuente de estrés que requiere de grandes cambios de energía por parte del sistema inmunológico para luchar contra aquello que el cuerpo considera peligroso.

1.3.3. Estresores en el ámbito académico.

Ingresar a una institución educativa, mantenerse como alumno regular y aun egresar de ella, suele ser una experiencia estresante para el alumno. A continuación se enlistan algunos estresores durante el ámbito académico en la etapa de estudiante.

Hernández, Polo y Poza (1996), enlistan una serie de factores que generan estrés en el estudiante a la hora de realizarlos y son:

- Exposición de trabajos.
- Intervención en el aula (formular o responder preguntas).
- Realización de un examen.
- Ir a la oficina del profesor para tutoría.
- Sobrecarga académica (excesivo número de créditos, trabajo obligatorio).
- Masificación de las aulas.

- Competitividad entre compañeros.
- Trabajar en grupo.

Por otro lado, Barraza (2003) enlista otros estresores, los cuales son:

- 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.

Después, con la entrada y permanencia en la universidad se presentan algunas circunstancias que contribuyen a que aparezca el estrés en el estudiante, estas son:

- Dejar la casa de los padres.
- Tener que viajar diariamente muchos kilómetros.
- Hacerse cargo de la economía.
- Compartir vivienda o bien, vivir solo.
- Atender responsabilidades académicas, las clases y las relaciones personales.

- Eventos positivos, como enamorarse o preparar un viaje, que aunque agradables, también agregan cierta tensión.

Por otro lado es importante conocer cuando el estrés académico comienza a afectar y hace que la persona sea disfuncional, esto pasa cuando ya no permite responder de la manera que se quiere, y para la cual se ha preparado, de otra manera, cuando se sostiene el estado de alerta por más tiempo del necesario para responder a las demandas, esto deriva en múltiples síntomas como:

- Dolores de cabeza.
- Problemas gástricos.
- Alteraciones en la piel (acné).
- Alteraciones del sueño.
- Inquietud.
- Dificultad para concentrarse.
- Cambios en el humor, entre otros.

Asimismo, Hernández, Polo y Poza (1991: s/p) comentan que existen doce tipos de respuestas de estrés académico:

1. “Me preocupo.
2. El corazón me late muy rápido y/o me falta aire y la respiración es agitada.

3. Realizo movimientos repetitivos con alguna parte de mi cuerpo, me quedo paralizada o mis movimientos son torpes.
4. Siento miedo.
5. Siento molestias en el estómago.
6. Fumo, bebo, o como demasiado.
7. Tengo pensamientos o sentimientos negativos.
8. Me tiemblan las manos o las piernas.
9. Me cuesta expresarme verbalmente o a veces tartamudeo.
10. Me siento inseguro de mí mismo.
11. Se me seca la boca y tengo dificultades para tragar.
12. Siento ganas de llorar.”

1.4. Procesos del pensamiento que propician al estrés.

Para iniciar este subtema se hablará del autor Albert Ellis, quien fue retomado por Powell (1998: 93-97), ya que identificó las distorsiones del pensamiento que generan estrés. A continuación se expondrán las principales:

1. *Debo obtener el amor y la aprobación de todas las personas de mi comunidad, especialmente de las que son más importantes para mí.*

Cualquier objetivo inalcanzable, que lo deje a uno solo con la posibilidad de fracasar, es irracional. Nadie podrá jamás obtener amor y aprobación universales. Mientras más se esfuerce una persona por alcanzar tal objetivo, más ansiosa, frustrada y autodestructiva llegará a ser.

2. *Debo ser perfectamente competente, suficiente y exitoso en todo logro antes de poder pensar en mí mismo como una persona valiosa.*

Esta distorsión tiene otro objetivo imposible de alcanzar, solo puede orillar a la persona a realizar un esfuerzo excesivo y una actividad inquieta, un temor constante al fracaso y un complejo de inferioridad.

3. *No tengo control sobre mi propia felicidad. Mi felicidad está bajo el control completo de las circunstancias externas.*

Ellis (referido por Powell; 1998) menciona que esto es una mentira que el sujeto sostiene para evitar los desafíos y la responsabilidad, en ocasiones es más fácil ser un mártir que reexaminar la propia situación y hacer lo que pueda.

4. *Mis experiencias pasadas y los eventos en mi vida han determinado mi vida y mi comportamiento presente. No es posible erradicar la influencia del pasado.*

Es verdad que los humanos son criaturas de hábitos y que volver a aprender es difícil. Este tipo de aceptación pasiva o de determinismo a menudo se emplea para evadir el desafío del cambio.

5. *Existe solo una solución perfecta para cada uno de mis problemas. Si no la encuentro, será devastador para mí.*

No es verdad que exista una solución perfecta para cada problema en la vida, más aún, fracasar en el intento de resolver un problema con una solución perfecta, no es catastrófico.

6. *Las situaciones peligrosas o temibles causan una gran preocupación. Debo pensar constantemente en las posibles calamidades y estar preparado para lo peor.*

El engaño envuelto en este pensamiento irracional es que la preocupación y la expectativa ansiosa ayudan de alguna manera.

7. *Debería depender de los demás y debo tener a alguien más fuerte que yo en quien pueda apoyarme.*

Esta distorsión es una exageración grave de la dependencia, conduce a una vida en la que uno es cuidado por los demás, lo que reemplaza a la independencia, la autodeterminación y la expresión de uno mismo.

8. *Si mi vida no funciona de la manera en que yo la había planeado, será realmente terrible. Cuando las circunstancias funcionan mal, es una catástrofe.*

Esta es una actitud terriblemente irracional, porque las situaciones rara vez funcionan exactamente como se planearon desde un principio, esta actitud invita a la frustración como un estado normal.

9. *Es más fácil evitar ciertas dificultades y responsabilidades que enfrentarlas.*

La irracionalidad de esta idea radica en que ignorar y evitar una tarea o una responsabilidad, es a menudo más doloroso y fatigante que hacer lo que se requiere sin postergarla.

10. *Algunas personas son malas, crueles e infames, deberían ser acusadas y castigadas.*

Esta idea asume que la persona tiene la habilidad de juzgar la responsabilidad, la conciencia y el conocimiento de los demás, lo que pudiera parecer doloso, puede ser resultado de la demencia o de la ignorancia.

11. *Uno debería preocuparse mucho por los problemas y las perturbaciones de los demás.*

La irracionalidad es una actitud que reside en la propia auto-destructividad e impaciencia excesiva por hacer propios los problemas de los demás.

Ellis (retomado por Powell; 1998), cataloga estos once conceptos erróneos principales en tres categorías, que son un equivalente general de las cinco categorías descritas anteriormente en este libro: las cuales son: el yo, los demás, la vida, el mundo y Dios.

1.5. Los moduladores del estrés.

En la vida existen una serie de factores que influyen considerablemente en el estrés, los denominados moduladores, es decir, son los factores imprescindibles para determinar y predecir cuál será el curso del proceso del estrés y sus repercusiones sobre la salud.

Según Palmero y cols. (2002), existen moduladores de carácter social, como es el apoyo que puede recibir una persona cuando se encuentra en dificultades, y las pautas culturales que canalizan y predisponen la apreciación de las fuentes de estrés, así como otros de carácter personal como las creencias, las competencias, la experiencia y los rasgos de personalidad.

1.5.1. El control percibido.

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

Un estudio demuestra claramente como el control percibido y sus efectos están determinados por la información disponible y su procesamiento. Hace varios años se realizó un estudio sobre los niveles de cortisol en soldados que se encontraban en situación de guerra (altos niveles de cortisol incrementan el nivel de glucosa y el metabolismo general, permitiendo mantener altos niveles de actividad a costa, entre otros efectos, de un decremento de la competencia inmune).

Los resultados de este estudio, demostraron que el entrenamiento recibido por los soldados les proporcionó eficaces estrategias de afrontamiento y altos niveles de percepción de control sobre la situación; se les manifestó que si seguían las instrucciones recibidas durante el periodo de entrenamiento, saldrían con vida del combate. Otros factores incrementaron la percepción del control: habían fortificado sus posiciones y comprobado armas.

Sin embargo, tanto los oficiales como los operadores de radio tenían tal cantidad de información sobre la gravedad de la situación real, suministrada por la inteligencia militar, que las estrategias de afrontamiento no les fueron tan efectivas, siendo menor su percepción de control y, por tanto, sus niveles de cortisol fueron significativamente superiores a la de los soldados. (Martínez-Sánchez, en Palmero y cols.; 2002).

1.5.2. El apoyo social.

Como apoyo social se entiende que son las provisiones instrumentales o expresivas, reales o percibidas, aportadas por la comunidad, las redes sociales y los amigos íntimos.

Por su parte Palmero y cols. (2002), comentan que el apoyo social son los recursos aportados por los otros al individuo, estos juegan un papel de mediador entre los sucesos vitales y la enfermedad, reduciendo el impacto del estrés. De otro modo, se entiende que un bajo nivel de apoyo social está relacionado con un incremento en la vulnerabilidad para la enfermedad física y mental.

La integración del sujeto dentro de redes sociales puede aportarle beneficios directos relativos a la autoestima, la percepción de control, la expresión del afecto, y el empleo del sistema de atención sanitaria y para finalizar, la mejora de la salud física y mental.

El apoyo social presenta dos efectos: el directo y el indirecto. El apoyo social como efecto directo fomenta la salud y el bienestar personal, independientemente del nivel de estrés: a mayor nivel de apoyo social menor malestar psicológico, a menor nivel de apoyo social, mayor malestar psicológico.

En el apoyo social como efecto indirecto, los estresores sociales solo tienen efectos negativos en la persona que tiene poco apoyo social; sin estresores sociales

el apoyo social no mejora el bienestar, solo protege a las personas de los efectos negativos del estrés.

Por último, vale la pena mencionar que el apoyo social puede disminuir la percepción de amenaza, redefine la propia capacidad de respuesta y evita así la presencia de estrés.

1.5.3. El tipo de personalidad: A/B

En los años 50 se creó una teoría llamada “Tipo de personalidad A y B”, que describe patrones de comportamiento diferentes, el tipo de personalidad en relación con el estrés se caracteriza mediante el empleo de técnicas de gran escala (cuantitativas) y entrevistas personales de profundidad.

Esta teoría describe a las personas de tipo A, como: impulsivos, poseen orientación competitiva, son impacientes con los demás, pocas veces acuden al médico, no disponen de tiempo para hacer ejercicio, no sienten interés por los eventos sociales o convivencias.

En cambio, el tipo de personalidad B tiene comportamientos diferentes en estos casos: reaccionan de manera pausada, dedican tiempo al ocio recreativo, son pacientes y escuchan a los demás, les agrada dar y recibir afecto de los demás y gustan de la convivencia social.

A continuación se desarrollará más a fondo la personalidad de tipo A, debido a que esta investigación trata acerca del estrés y en este caso es dicha clase de personalidad la que lo presenta más.

1.5.3.1. Personalidad tipo A y problemas cardiacos.

Travers y Cooper (1996), describen a la personalidad de tipo A mediante las siguientes características: tienden a sentir o a manifestar ante otros una impaciencia frente al ritmo que van los acontecimientos, y les resulta especialmente difícil no apresurar la forma de hablar de los demás, poseen el hábito de enfatizar explosivamente ciertas palabras clave en su forma de hablar sin que haya necesidad, de igual manera, suelen decir las últimas palabras de cada frase con mucha mayor rapidez que las primeras.

Además de lo anterior, tienden a moverse, caminar y comer rápidamente, a menudo procuran hacer dos o más actividades a la vez, tales como pensar en un tema completamente distinto mientras escuchan a otra persona.

Tienden a hacer girar la conversación en torno a ellos y a las situaciones que les interesan, si esta estrategia no funciona, entonces fingen escuchar, pero en realidad siguen preocupados con sus propios pensamientos. Casi siempre se sienten culpables cuando intentan relajarse o no hacer nada durante algunas horas.

Intentan organizar más tareas a la vez en menos tiempo. No se sienten atraídos por los de su mismo tipo, de hecho cuando se encuentran con otro miembro del tipo

A, intentar competir con él o desafiarle, una situación que tiende a despertar todos sus sentimientos hostiles y competitivos.

Por otro lado, en los años 50's, Friedman y Rosenman, identificaron a un tipo de paciente al que denominaban tipo A, y mencionaban que las personas tipo A tienden tanto a padecer problemas cardiacos como a morir antes que los que no la poseen de manera enfática.

Para finalizar este subtítulo valdría la pena mencionar que las personas tipo A tienen la misma capacidad de provocar enfermedades cardiacas que los factores de edad, presión sanguínea alta y colesterol tomados en conjunto.

1.6. Los efectos negativos del estrés.

El estrés muchas veces trae consigo efectos secundarios, estas secuelas se pueden presentar al experimentar o después de experimentar estrés, los efectos son tanto emocionales, como mentales e incluyen enfermedades en el propio cuerpo.

Las enfermedades originadas por el estrés, no son el resultado directo de algún agente externo, como por ejemplo una infección, sino del intento imperfecto del propio cuerpo por hacer frente a la amenaza planteada por uno o más agentes externos.

Ivancevich y Matteson (1985) mencionan cinco principales enfermedades que llegan algunas veces como resultado por el estrés, estas son:

1. La hipertensión: es una enfermedad en los vasos sanguíneos en la cual la sangre fluye a través de las arterias a presión elevada. Cuando pasa la alarma, la presión debe volver a la normalidad, pero si el estrés se prolonga, inclusive inconscientemente, la presión puede permanecer en niveles anormalmente altos.
2. Las úlceras: son lesiones inflamatorias en el recubrimiento del estómago o intestino y una de sus causas más conocidas es la variación de los niveles de cortisona, la fabricación de esta sustancia generalmente aumenta en los periodos de estrés, que cuando son prolongados, pueden generar un ambiente interno perfecto para crear lesiones.
3. La diabetes: es una grave enfermedad que implica deficiencias de insulina y que tiene como consecuencia que sus víctimas no puedan absorber suficiente azúcar de la sangre, el estrés incrementa el nivel de glucosa, demandando incrementos en la secreción de la insulina, si el estrés es persistente, el páncreas puede debilitarse, dando como resultado una deficiencia permanente de insulina.

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

Es por eso que se debe tener en cuenta que el daño fisiológico puede aumentar por lo menos parcialmente, partiendo de un proceso que empezó psicológicamente, aunque esto no significa que estas enfermedades se van a presentar por el simple hecho de presentar estrés, o incluso que se basan principalmente en este para presentarse; no obstante, el estrés desempeña un papel importante en este sentido.

CAPÍTULO 2

TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Los trastornos alimentarios se presentan cuando una persona no recibe la ingesta calórica que su cuerpo requiere para funcionar de acuerdo con su edad, estatura y ritmo de vida. Los principales trastornos que se abordarán a continuación son la anorexia y la bulimia.

2.1. Antecedentes históricos de la alimentación.

Desde tiempo atrás, en la historia de la cultura se han encontrado conductas alimentarias desordenadas, como por ejemplo, los banquetes que se tenían donde la gente comía de manera desmesurada, esto era con un carácter social de demostración de poder, en ocasiones durante estos banquetes el vómito era un procedimiento usual para volver a seguir comiendo.

Por otro lado, los primeros cristianos y los místicos practicaban el ayuno como una manera de penitencia, lo que era una expresión del rechazo del mundo, un medio para conseguir un estado espiritual más elevado. Hasta el día de hoy, ha existido la historia de una mujer llamada Catalina de Siena, que es la más famosa anoréxica de todo este tiempo. Nacida en 1375, hija de artesanos acomodados, recibió una exquisita educación religiosa.

Esta mujer comenzó a rechazar la comida imponiéndose penitencias a la edad de siete años, en la adolescencia únicamente se alimentaba de hierbas y un poco de pan

Además, Gull y Lassege en 1873 “hicieron descripciones completas de cuadros anoréxicos. Gull, un experto clínico, constató la inexistencia de patología orgánica que justificara la clínica anoréxica y se inclinó desde el principio por una etiología psicógena” (Jarne y Talarn; 2000: 142).

En 1967, una joven llamada Marthe Taylor presentó un cuadro de debilidad que despertó la curiosidad de la gente, más adelante esta misma joven llegó a presentar ausencia de su menstruación (amenorrea), restringiendo todavía más la alimentación y vomitando lo poco que comía. Según unos registros, la paciente pasó más de un año subsistiendo con bebidas azucaradas.

Los cuadros descritos por estos autores son muy parecidos a los que se presentan en la actualidad, aunque ha ido variando la interpretación etiopatogénica.

Por otro lado, 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 rápidamente en su trastorno e iniciaban entonces conductas de ingesta voraz y de purga, a las cuales denominó bulimia nerviosa, y sería una forma fatal de evolución de la anorexia, tal como la definió Russell.

2.2. Definición y características clínicas de los trastornos alimenticios.

Un concepto creado por Zagalaz y cols. (2002) refiere que los llamados comúnmente trastornos alimentarios, son de hecho trastornos de la conducta que tienen relación con la alimentación y que se les conoce como desórdenes o trastornos del comer, de la ingesta, alimenticios, de la conducta alimentaria, entre otras.

A continuación se abordan los trastornos alimentarios más comunes, su definición, así como sus características clínicas.

2.2.1 Anorexia nerviosa.

Se sabe que una gran parte de la población femenina tiene actitudes anormales delante de la alimentación ante el deseo de perder peso; mantener la figura a toda costa y una excesiva credibilidad otorgada a los mensajes de los medios de comunicación, son la causa principal de este aumento.

Según la APA (American Psychological Association; 2002), las características diagnósticas de la anorexia nerviosa consisten en el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, se da un miedo intenso a ganar peso y una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo.

La persona que presenta anorexia mantiene un peso corporal por debajo del nivel normal mínimo para su edad y su talla. Si la anorexia nerviosa se inicia en la

niñez o en las primeras etapas de la adolescencia, en lugar de perder peso puede haber aumento, debido a que está en crecimiento.

Generalmente, en las anoréxicas la pérdida de peso se consigue mediante una disminución en la ingesta total, a pesar de que los individuos empiezan por excluir de su dieta todos los alimentos con alto contenido calórico, la mayoría de estas personas acaban con una dieta muy restringida, limitada a solo unos alimentos.

En este mismo trastorno se utilizan otras maneras de perder peso, como lo son las purgas, vómitos provocados, uso inadecuado de laxantes y diuréticos, el ejercicio excesivo entre otras. Las personas con este trastorno tienen un miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obesas, este miedo generalmente no desaparece aunque el individuo pierda peso, este miedo va aumentando aunque el peso vaya disminuyendo.

Por otro lado, por parte de las personas que presentan el trastorno de anorexia, existe una alteración de la percepción del peso y de la silueta corporal, algunas se encuentran obesas mientras que quienes las rodean, las perciben delgadas, pero continúan estando preocupadas porque algunas partes de su cuerpo, especialmente el abdomen, las nalgas, y los muslos, les parecen demasiado gordas.

Otra característica es que la autoestima se ve afectada, ya que 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 aumentar de peso

como un fracaso inaceptable, algunas personas son conscientes de su delgadez, pero niegan que esta pueda tener implicaciones clínicas graves.

Asimismo, cuando el trastorno se presenta en niñas se da la amenorrea (desaparición de menstruación), debido a niveles anormalmente bajos de estrógenos, entonces la amenorrea es consecuencia generalmente de la pérdida de peso, pero en una minoría de casos la precede. En niñas prepuberales la anorexia nerviosa puede retrasar la aparición de la menarquía.

Es raro en este trastorno que una mujer se queje por su pérdida de peso, normalmente las personas en esta situación no tienen conciencia de su alteración, la niegan y pueden decir historias poco creíbles acerca de su delgadez, es por eso que en el momento que se atienden, es necesario obtener información de los padres o de otras fuentes, con el fin de evaluar el grado de pérdida de peso y otras características de esta enfermedad.

Por otro lado el DSM IV-TR (APA; 2002), describe dos subtipos para especificar la presencia o la ausencia de atracones o purgas durante la anorexia nerviosa, los cuales son:

- Tipo restrictivo: este subtipo describe cuadros clínicos en los que la pérdida de peso se consiguen haciendo dieta o realizando ejercicio intenso. Durante los episodios de anorexia nerviosa, estos individuos no recurren a atracones ni purgas.

- Tipo compulsivo/purgativo: se utiliza cuando el individuo recurre regularmente a atracones, purgas o ambos. La mayoría de los individuos que pasan por los episodios de atracones también recurren a purgas, provocándose el vómito o utilizando diuréticos, laxantes o enemas de una manera excesiva.

2.2.2 Bulimia nerviosa

Otro trastorno que también tiene prevalencia en la actualidad es la bulimia nerviosa, que consiste en atracones y en métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso, para poder realizar el diagnóstico de este trastorno, los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas deben producirse por lo menos dos veces a la semana, durante un periodo de 3 meses.

Asimismo, la APA (2002), define atracón como el consumo excesivo de alimentos que la mayoría de las personas consumirían, lo que se calificaría como consumo excesivo en una comida habitual puede considerarse normal si se produce en una celebración o aniversario.

Los atracones no tienen por qué producirse en un solo lugar, por ejemplo, un individuo puede iniciar comiendo en un restaurante y continuar después en su casa, si bien no se considera atracón el ir picando pequeñas cantidades de comida a lo largo del día. A pesar de que el tipo de comida que se consume en los atracones puede ser variado, generalmente se ingieren más dulces y alimentos de alto contenido calórico, como helados y pasteles.

Los individuos que padecen este trastorno sienten vergüenza de su conducta en intentan ocultar los síntomas, las personas que realizan atracones generalmente lo hacen a escondidas o lo más disimuladamente posible. Los atracones pueden durar hasta que el individuo ya no pueda más, incluso hasta que llegue a sentir dolor.

A este tipo de conducta lo pueden llegar a desencadenar estados de ánimo disfóricos, las situaciones interpersonales estresantes, el hambre intensa secundaria a una dieta severa, o los sentimientos relacionados con el peso, la silueta y los alimentos. Los atracones pueden reducir la disforia de manera transitoria, pero después suelen provocar sentimientos de autodesprecio y estado de ánimo depresivo.

A medida de que la enfermedad progresa, los atracones ya no se caracterizan por una sensación aguda de pérdida de control, sino por conductas de alteración de control, ya sea la dificultad para evitar los atracones o para terminarlos, la alteración del control asociada a los atracones no es absoluta, por ejemplo, un individuo puede continuar comiendo aunque suene el teléfono, pero en el momento en que alguien entra a la habitación, para.

Por otro lado el DSM IV-TR (APA; 2002), marca en uno de los criterios de bulimia, que muchos de los individuos usan diversos métodos para intentar compensar los atracones, el más habitual es la provocación de vómito, este método lo emplean un 80 o 90% de los sujetos que acuden a los centros clínicos para recibir tratamiento.

Los enfermos acaban generalmente por tener la necesidad de provocarse el vómito y después pueden hacerlo sin provocárselo. Otras conductas que utilizan para purgarse son el uso de laxantes y diuréticos, aproximadamente un tercio de estas personas toman laxantes después de los atracones.

Asimismo, en la bulimia también existen dos subtipos para determinar la presencia o ausencia del uso regular de métodos con purga, con el fin de compensar la ingestión de alimento durante los atracones, estos son:

- Tipo purgativo: este subtipo describe cuadros clínicos en los que el enfermo se ha provocado el vómito y ha hecho uso de laxantes, diuréticos y enemas durante el episodio.
- Tipo no purgativo: este subtipo describe los cuadros clínicos en los que el enfermo ha empleado otras técnicas compensatorias inapropiadas, como ayunar o practicar ejercicio intenso, pero no se ha provocado el vómito ni ha hecho uso de laxantes, diuréticos o enemas durante el episodio.

Asimismo, para finalizar con el tema de la bulimia, cabe mencionar un dato importante, el cual es que los individuos que la presentan se encuentran normalmente dentro del margen de peso considerado normal, a pesar de que algunos presentan ligeras desviaciones por encima o por debajo de la normalidad. El trastorno puede aparecer en individuos obesos, algunos datos sugieren que antes de presentar el trastorno, los sujetos tienen más probabilidad de mostrar sobrepeso que la gente sana.

2.2.3 Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas

La hiperfagia se trata de un término recogido por el CIE-10 que se refiere a “la ingesta excesiva como una reacción a acontecimientos estresantes y que da lugar a la obesidad. Duelos, accidentes, intervenciones quirúrgicas y acontecimientos emocionalmente estresantes pueden dar lugar a una ‘obesidad reactiva’ en especial en pacientes predispuestos a la ganancia de peso” (Castillo y León; 2005: 225).

Este trastorno se debe diferenciar de las situaciones en las que el paciente sufre una obesidad y esta desencadena falta de confianza en las relaciones interpersonales, de baja autoestima y situaciones en las que la obesidad es el resultado de efectos secundarios de tratamientos farmacológicos.

2.2.4. Vómitos en otras alteraciones psicológicas.

Castillo y León (2005) reconocen a este término como vómitos psicógenos e hiperémesis gravídica psicógena, en esta pueden aparecer vómitos repetidos, no autoprovocados, en cuadros disociativos o en la hipocondría, como uno de los muchos síntomas corporales experimentados, así como en el embarazo, en donde factores emocionales pueden facilitar la aparición de vómitos o náuseas recurrentes.

2.2.5. Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia.

En este caso, el CIE-10 hace referencia a un trastorno que se presenta por lo general en la infancia y en la niñez, la característica fundamental es que el niño rechaza los alimentos o presenta conductas muy caprichosas que se alejan de lo que es una conducta alimentaria normal y lo hace frente a su cuidador habitual.

Por lo tanto, Castillo y León (2005) mencionan que para diagnosticar este trastorno, habrá que descartar que se deba a una enfermedad orgánica, no se debe confundir con los pequeños caprichos o variaciones de alimentación que se dan en la infancia. Todas estas dificultades en la alimentación del niño son normales, pero si su grado supera alarmantemente ese rango de normalidad, si las características de dicha dificultad son cualitativamente anormales, o si el niño tiene una tendencia clara a ganar o perder peso en un periodo de al menos un mes, se debe pensar que se está ante un trastorno.

Se deben revisar algunos aspectos para realizar un análisis, los trastornos con los cuales se establece un diagnóstico diferencial son:

- 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 otros trastornos de la conducta alimentaria.
- Trastorno psiquiátrico más amplio.

- Pica.
- Trastorno de la conducta alimentaria.

Por otro lado, Castillo y León (2005) describen otros trastornos que se dan en la infancia, los cuales se encuentran a continuación:

- Rechazo alimentario: se trata de un síntoma que puede aparecer en múltiples patologías psiquiátricas, una de ellas puede ser la anorexia nerviosa. En sus primeras etapas, la paciente no pierde el apetito pero rechaza la comida, no siempre es fácil darse cuenta de este síntoma, ya que lo disimulan dando como pretexto molestias intestinales.
- Pica o alotriofagia: la pica se trata de un trastorno de la conducta alimentaria en la que el sujeto ingiere de forma persistente sustancias no nutritivas, por ejemplo, la tierra, desconchones de pintura, entre otras.
- Rumiación o mericismo: se trata de un trastorno poco frecuente que aparece entre los tres y los doce meses, consiste en la regurgitación repetida de la comida ingerida, se acompaña por la pérdida o incapacidad para ganar el peso esperado para la edad del niño, ya que la comida es expulsada o en otras ocasiones, de nuevo deglutida.
- Potomanía: esta se trata de la ingesta excesiva de líquidos, habitualmente agua. Siempre que se encuentra con esta patología es necesario hacer un diagnóstico diferencial con la diabetes insípida.

Por otro lado, Jiménez (1997) considera importante incluir otros problemas que también pueden darse con bastante frecuencia en los trastornos de conducta infantil, estos son:

- Comportamientos disruptivos durante la comida y hábitos alimentarios inadecuados: con esto se refiere a la costumbre de comer de pie o levantándose continuamente de la silla.
- Rechazo de alguna clase de comida: consiste en el rechazo de algún tipo de alimento, es un comportamiento frecuente en la infancia. Puede incluso llegar a ser un comportamiento normal, ya que todos se niegan algún día a ingerir algún tipo de comida.
- Negación a tomar alimentos sólidos: este es otro tipo de rechazo poco frecuente que se da hacia los alimentos consistentes. El niño tan solo accede a ingerir alimentos líquidos o semilíquidos.
- Ingesta de comida mezclada: este consiste en que solo se trata de comer aquellos alimentos que están triturados y con mezcla de sabores.
- Falta de apetito: el niño experimenta cambios de apetito durante los primeros años de vida, cuando llega a la edad escolar, se produce un incremento de apetito.
- Tiempo de comida excesivo: efectivamente, es normal que los niños empleen más tiempo que los adultos en comer, solo cuando ese tiempo es realmente excesivo, y ello depende de la edad del niño y del momento de la

comida, se puede hablar que se está delante de un problema que requiere intervención de los adultos.

- Los vómitos: es un problema que también se da en la infancia, aunque con menor frecuencia. Los vómitos pueden producirse como rechazo a la comida, que puede deberse a cualquiera de los motivos expuestos más arriba. Sin embargo, una causa muy conocida para el profesional, por la frecuencia con la que se da, es la escuela.

2.3. Esfera oroalimenticia en el infante.

Las zonas que rodean el orificio bucal, especialmente labios, mucosas intrabucales y lengua, tienen una representación cortical sumamente extensa, “entre la representación cortical y la periférica existen síntomas intermedios de capital importancia para la alimentación oral. Se han observado importantísimas alteraciones de la actividad oral tras practicar una ablación lateral en el rinencéfalo en regiones que interesan los núcleos de las amígdalas, la corteza piriforme y el sector rostral del hipocampo” (Ajuriaguerra; 1973: 177).

2.3.1. Organización oroalimenticia.

Asimismo, Ajuriaguerra (1973) menciona que en la serie de reflejos humanos, el automatismo oroalimenticio de succión y deglución aparece muy tempranamente, los movimientos de succión labial, provocados al tocar con los dedos, existen ya desde el nacimiento, la misma lengua se mueve hacia el objeto excitante; colocando azúcar

en este, se provocarán movimientos prolongados, el orificio bucal se estrechará y la succión será más intensa.

Por consiguiente, desde muy temprano se observa ya un reflejo oroalimenticio y una orientación hacia la fuente de excitación, como reacción oral aparece una de las primeras formas de relación con el mundo externo, aunque todavía no sea una auténtica relación objetal. La madre aun no es objeto amado, sino una dependencia infantil, la madre es alimento.

La actividad oral es fuente de satisfacción y necesidad biológica de nutrición, es también una fuente de contacto mediante la apropiación de un objeto externo consistente en coger y dejar, un juego de labios o mordiscos, de ingurgitación y regurgitación.

El acto de tetar no responde exclusivamente a la satisfacción que le produce el comer, sino que procura un auténtico placer, aunque no vaya acompañada de comida, el hecho de chupar el pulgar muestra que el niño hace funcionar el automatismo succionador para lograr un placer cuando no tiene a su alcance el seno materno.

2.3.2. Alteraciones en la esfera oroalimenticia.

Durante la infancia se pueden presentar también algunos tipos de trastornos en la alimentación, como lo son: la anorexia del recién nacido, la anorexia esencial precoz es relativamente rara, podrá aparecer en las primeras semanas de vida, o incluso el

primer día. En opinión de J. Levesque, es la auténtica anorexia del recién nacido, muestra de una especial constitución neuropática.

La anorexia del segundo semestre es más frecuente, aparece entre el quinto y el octavo mes, al suprimirse paulatinamente la leche e ir diversificando el régimen, cuando todavía es lábil el apetito y se producen grandes cambios en el desarrollo infantil.

La anorexia inerte es cuando el niño no tiene iniciativa ni coopera, a veces ni siquiera ingiere, se le escapa la leche por la comisura de los labios o incluso vomita la poca que haya podido tomar, y por otro lado Cathala (retomado por Ajuriaguerra; 1973), menciona que la anorexia de oposición reacciona de manera casi caracterial ante la comida, con chillidos, agitación, intensa rotación tónica, no queriendo comer, rechazo, vómitos, métodos de que se vale para rechazar la comida que le ofrecen los padres. El niño entabla una auténtica lucha de la que saldrá parcialmente victorioso y el adulto, siempre agotado.

Por otro lado, está la anorexia simple, que al comienzo semeja una reacción de destete, ante el cambio de alimentación o ante un incidente patológico benigno o de carácter serio, causante de una pasajera anorexia orgánica que, a su vez, da origen a una interreacción entre la madre, en imponerse, y el niño en franca oposición.

Asimismo, Ajuriaguerra (1973) señala otro tipo de anorexia llamada compleja, caracterizada por la intensidad de los síntomas y por la resistencia a los tratamientos

habituales; el niño manifiesta en su actuación que la comida no le interesa, y surge la pregunta de si no se habrá alterado el mecanismo del hambre.

Para finalizar este subtema se describirá la anorexia de la segunda infancia, la cual suele seguir a las anteriores, que pertenecen a la anorexia de la primera infancia, pero también suele darse en niños que se han alimentado con normalidad en su primer año y cuyos mecanismos de rechazo son causados tras cierta ritualización de su comida en el ambiente familiar. Esta es más bien una oposición a la rigidez paterna, o bien un acto de elegir caprichosamente la comida, con indicios fóbicos.

2.4. Perfil de la persona con trastornos de alimentación.

Resulta complejo describir el perfil de una persona en riesgo de desarrollar un trastorno de la alimentación, o de su familia, porque en general se comienza a observar a partir de que dicha perturbación ya se ha instalado. Los trastornos del comer afectan tanto la personalidad, que se vuelve difícil separar los rasgos característicos de la persona, de los que aparecen como resultado una vez que se instala el trastorno del comer.

Costin (2003) describe los factores individuales más comunes en las personas afectadas por un trastorno de la alimentación, estos son:

- Problemas con la autonomía: una posible predisposición a los trastornos de la alimentación es la dificultad que tienen ciertas personas para funcionar de una forma separada de la familia o de otros patrones externos. Estos son jóvenes que viven muy pendientes de lo que otros esperan de ellos, de cumplir con los ideales de sus padres, o de darles satisfacción adecuada, les deja poco margen de seguridad para desarrollar su pensamiento personal o para plantearse tareas propias en su etapa de crecimiento.
- Déficit en la autoestima: las personas desarrollan imágenes sobre sí mismas y fabrican su propio concepto acerca de quiénes son, el grado en que el individuo se acepta a sí mismo es conocido como autoestima. Cuanto menos parecido a lo que la persona considere como ideal, es el concepto que tiene de sí misma, más baja estará su autoestima.
- Camino a la perfección y autocontrol: la tendencia al perfeccionismo es bastante común entre las jóvenes con trastornos del comer, el sufrimiento y la sensación de ineficacia las hace muy exigentes, a tal punto que nunca sienten que lo que hacen es suficientemente favorable, si no realizan las actividades a la perfección.
- Miedo a madurar: los trastornos de la alimentación se desarrollan por lo general en el periodo que va desde la pubertad, pasando por la adolescencia, hasta la juventud, de hecho es un periodo donde se presentan numerosos cambios a nivel físico, emocional y social. Algunos jóvenes sienten que son poco hábiles para convivir con estos cambios, que no tienen recursos o que nadie los ayuda a transitarlos.

2.5. Causas del trastorno alimenticio.

En la actualidad existen diferentes causas que hacen que se dé un trastorno alimentario, este puede ser generado por factores psicológicos, sociales o interpersonales.

Costin (2003) menciona que existen diferentes factores que inciden para que alguien tenga un trastorno de la alimentación, pero ninguno de ellos es en sí mismo suficiente. Se necesita de una combinación de los distintos componentes, que adquiere características particulares en cada caso, más que pensarlos como factores distintivos que causan un trastorno del comer, es adecuado verlos como factores que hacen que una persona sea más vulnerable para desarrollarlo.

Cabe aclarar que predisponer significa preparar con anticipación una situación o el ánimo para un fin; precipitar es despeñar, derribar de un sitio alto, arrojarse a hacer o decir algo con arrebatos y sin prudencia, acelerar; perpetuar es hacer perdurable una circunstancia, dar a las situaciones duración extensa, incesante, eterna, sin fin.

2.5.1. Factores predisponentes individuales

Algunos de los factores predisponentes individuales que influyen en las personas para generar un trastorno alimentario son el aprendizaje, las creencias, las actitudes y la constitución psicofisiológica de la persona. Algunos de los factores que señala Ogden (2005), que influyen en la persona con trastornos alimentarios, son:

- La comida como afirmación del yo: la comida facilita información sobre la identidad personal y actúa como una comunicación de necesidades internas, conflictos internos y el sentido del yo.
- Comida y sexualidad: algunos alimentos se relacionan con el sexo; los anuncios y los helados ofrecen un producto como una vía para la satisfacción sexual, con frecuencia el chocolate se consume de forma erótica.
- Comer frente a la negación: la comida es también un foro para muchos conflictos interpersonales, uno de ellos se produce entre la conducta de comer y la negación.
- Culpabilidad frente a placer: algunos alimentos como el chocolate y los pasteles se asocian también con un conflicto entre el placer y la culpabilidad.
- La comida y el autocontrol: la comida representa también el autocontrol o la pérdida de control, el ayuno y la negación a comer provocaban una reacción de asombro.
- La comida como interacción social: el significado se ha estudiado también desde el contexto de su consumo y del lugar central que ocupa en la interacción social, en particular, la comida es un instrumento corriente de comunicación en la familia.
- La comida como amor: los alimentos dulces se utilizan para calmar a los niños y mantener la armonía familiar; ante ello, se llega a la conclusión de que los alimentos sanos y sabrosos son signos del amor familiar y es una manera de agradecer a la familia al realizar un alimento.

- Salud frente a placer: la comida como interacción social puede ser también un foro para los conflictos, a veces es un conflicto entre la salud y el placer.
- La comida como identidad cultural: es una forma de comunicación sobre la identidad de una persona y sobre esta en el contexto de otras. En último término, no obstante, esta comunicación se produce en el contexto social más amplio y la comida puede interpretarse como información relativa a la identidad cultural.

A continuación, en el siguiente subtítulo se presentan los factores predisponentes familiares, que también son de gran importancia y llegan a influir en los trastornos alimentarios.

2.5.2. Factores predisponentes familiares

Cuando algún miembro de la familia desarrolla un trastorno de la alimentación, inevitablemente todos los demás están involucrados, aunque no porque sean sus causantes. Como se ha visto, este trastorno nunca se da por una sola causa, sino que puede obedecer a las áreas física, psicológica y social. Los demás integrantes de la familia están implicados por la manera en que influyen en las situaciones conflictivas de las que participan, o bien, por el modo como responden a la sintomatología del paciente.

Rausch (1997), señala ciertas características de las familias con un miembro que sufre de trastornos alimentarios: en las mujeres, los trastornos de la conducta

alimentaria están más asociados a la presión social que en los varones, en quienes las variables familiares parecen desempeñar un papel más importante.

En este apartado se iniciará hablando de los padres, algunos estudios sobre este tema desmienten la idea generalizada de que las madres de las pacientes anoréxicas no comprenden a sus hijas y obstaculizan el desarrollo de su autonomía.

En el caso de los hermanos, parece haber una fuerte rivalidad especialmente en las familias con una persona bulímica. Algunos autores hablan de una rivalidad secreta entre los hermanos con el miembro anoréxico. Por otro lado, la abuela tiene un rol influyente que con frecuencia ha cumplido un papel central en la crianza de los hijos.

Dentro de las mismas familias hay factores que influyen, como lo son las actitudes y creencias, y si no fuera por el trastorno alimentario de uno de sus miembros, todo parecería estar muy bien. También se ha comentado que las familias en las cuales se presenta un desorden alimentario son muy variables, algunos estudios muestran que las opiniones y los juicios de los padres, respecto del tamaño de las diversas zonas del cuerpo, influyen en la paciente, y podrían condicionar la evolución de su trastorno, y en estas mismas la valoración personal depende en gran medida del aspecto físico, ya que con frecuencia este valor es transmitido de generación en generación.

Por otro lado está la rigidez en las reglas, muchas veces están implícitas, y establecen como se manejan los desacuerdos, quién decide, en qué situaciones, y como se expresan los estados de ánimo, entre otras.

Rausch (1997) señala que dentro de las familias existen las jerarquías alteradas, estas consisten en que ya no manda el padre o la madre, sino que las jerarquías se alteran y los hijos quedan a cargo de las funciones que deben asumir los padres. Son los hijos los que eligen a donde salir de vacaciones, el horario de comida, entre otras circunstancias.

Por último están las fallas de control, esto significa que hay familias que suelen ser controladoras y mantienen lazos excesivamente estrechos entre sus miembros, inhibiendo el desarrollo de su autonomía; hay otras que evidencian importantes fallas en el control, lo que resulta en un funcionamiento algunas veces caótico.

2.5.3. Factores socioculturales

Como se mencionaba anteriormente, los factores socioculturales son en gran medida influyentes para que las personas desarrollen un trastorno alimentario. Enseguida se desarrollan los principales.

De acuerdo con Costin (2003), se describe como número uno a la presión social para ser delgada: el contexto social premia y tiene prejuicios contra la gordura, si bien esto no es reciente, va en aumento los últimos treinta años. Es importante recordar

que cuando se habla de un cuerpo ideal o espectacular, se hace referencia no a un ideal de salud o bienestar, sino a la moda en ese determinado momento.

Por otro lado, está la presión social para ser “supermujer”: se debe pensar como se espera que sea la mujer hoy en día, con un cuerpo perfecto sin duda, debe corresponder con una carrera brillante, debe desempeñarse fluidamente a nivel social, construir un matrimonio perfecto y ser una perfecta madre. Los anuncios en la televisión muestran cómo deben ser las mujeres: delgadas, saludables, sensuales y hermosas. Esto se percibe si están conduciendo un programa sobre la mujer, o si están seduciendo a un hombre para que compre un determinado automóvil.

Por último, están otros prejuicios que también presionan, como es la discriminación a la que se someten los sujetos gordos. Se tiene la idea de que los obesos lo son porque comen más que los no obesos, cuando en realidad dicha condición tiene otras raíces, nadie se vuelve obeso por el solo hecho de comer lo que es sano y esperable para su cuerpo.

Costin (2003), comenta que es esta discriminación la que lleva a los tratamientos, a dietas prolongadas, es verdad que la probabilidad de perder peso inicialmente es alta, pero en varios seguimientos a largo plazo de pacientes que han bajado con dietas restrictivas, se ve claramente el fracaso, se ha estimado que solo el 5% de las personas obesas que hacen dietas consiguen mantener un bajo peso, durante dos o más años.

Existe todo un capital al servicio del desarrollo de una publicidad que fomenta la obsesión por una delgadez, muchas veces inaccesible, que llevará inevitablemente a consumir los productos que prometen el milagro de lograr y mantener la esbeltez sin esfuerzo.

2.6. Percepción del cuerpo en el trastorno alimenticio.

Inicialmente se definirá lo que es imagen corporal. Schilder (retomado por Ogden; 2005) la define como el cuadro del propio cuerpo que se forma en la mente. Pero también se ha utilizado la expresión para describir las percepciones de los límites del cuerpo, un sentido de atractivo y la percepción de las sensaciones corporales.

La medida de la insatisfacción corporal puede considerarse en tres perspectivas diferentes, que son:

- Como imagen corporal deformada, (“creo que soy más voluminosa de lo que soy en realidad”).
- Como discrepancia del ideal (“creo que soy más voluminosa de lo que me gustaría ser”).
- Como respuestas negativas del cuerpo (“no me gusta mi cuerpo”).

Algunas causas de la insatisfacción corporal, son tanto los factores sociales como psicológicos. Los primeros se presentan a continuación:

- Los medios de comunicación: la insatisfacción corporal es una respuesta a las representaciones de las mujeres delgadas en los medios de comunicación; las revistas, los periódicos, la televisión, el cine, e incluso las novelas, utilizan sobre todo este tipo de imágenes.
- Cultura: es de gran influencia, ya que debido a su carácter étnico y su clase social, hay quienes han indicado que el hecho de pertenecer a una clase social alta, o bien, ser una persona blanca, asiática o negra, puede relacionarse con la aparición de la insatisfacción corporal.
- La familia: en este apartado se ha destacado el papel de la madre he indicado que las madres descontentas con su propio cuerpo, comunican esa sensación a sus hijas, lo que lleva a estas a su propia insatisfacción corporal.

Los factores psicológicos que influyen son:

- Las creencias: al intentar comprender el carácter étnico, algunos estudios han destacado el papel de estas creencias sobre la competitividad, el valor del logro, el éxito material y el convencimiento de los padres de que el hijo es su futuro.
- Relación entre madre e hija: estudios señalaban que la relación íntima entre madre e hija puede llevar a una relación complicada y a problemas con la separación de la adolescencia, también manifestaban que, aunque una

autonomía óptima no significa romper todos los vínculos entre madre e hija, las relaciones entre ambas que permiten poca autonomía a las dos partes, pueden anunciar una psicopatología futura.

Para finalizar, cabe señalar que las consecuencias de la insatisfacción corporal varían entre hombres y mujeres; en ellas se da el ejercicio y la cirugía estética, en los hombres, los deportes como el fútbol y el rugby, así como las actividades en solitario, como el trote y el ciclismo.

2.7. Factores que mantienen los trastornos alimentarios.

Primero que nada se empezará recordando el término perpetuar, que significa hacer perpetua una cosa, perdurar, dar a las circunstancias duración excesiva, incesante, eterna, sin fin. En este tenor, las prácticas de control de peso y las obsesiones con las dietas dejan de ser una solución al problema, para convertirse justamente en lo que lo mantiene, lo perpetúa.

Costin (2003), menciona que la dieta es un factor perpetuante por excelencia, el cuerpo, que está subalimentado, causa el malestar anímico y emocional, y la falta de fuerza en la persona. Por lo tanto, es inevitable que las consecuencias afecten tanto el organismo como el ánimo. Es inevitable la necesidad de empezar a recuperarse físicamente, a alimentarse correctamente para recuperar la estabilidad orgánica y volver así a sentirse mejor emocionalmente.

En un estudio realizado en Minnesota en los años 40, para medir los efectos y los riesgos vinculados con las dietas restrictivas, los resultados fueron que en las personas sometidas a ese experimento, se dio un bajón general en el estado de ánimo, varios de los integrantes llegaron a una depresión anímica profunda, esto se reflejaba en una visión pesimista sobre sí mismos, sobre el futuro y las posibilidades de pensar o hacer algo diferente al respecto, también se presentó la intolerancia, irritabilidad, comportamientos autodestructivos y cambios abruptos del humor, en algunos apareció apatía y ansiedad entre otras manifestaciones.

En cuanto a lo físico, se dieron cambios como cefaleas, hipersensibilidad a la luz y los ruidos, molestias gastrointestinales, problemas de visión y auditivos, adormecimiento de miembros (pies y manos), calambres, pérdida de cabello y desarrollo de lanugo, enlentecimiento metabólico, cambios cardiológicos, interrupción de la menstruación en mujeres, debilidad muscular y deshidratación, entre otras.

Después de este experimento se llegó a la conclusión que hacer dieta es lo que lleva a toda la sintomatología descriptiva (obsesiones, depresión, aislamiento y malestar físicos), de la cual se pretende salir paradójicamente con nuevos esfuerzos de control con la comida, sin lograrlo ni recuperar el bienestar. Es preciso reiterar que es absolutamente esencial volver a una alimentación normal, que incluya todos los alimentos de forma tal que, al no haber prohibiciones, se vuelvan innecesarias las compulsiones compensatorias de la privación.

2.8. Trastornos mentales asociados a los trastornos alimenticios.

Jarney Talarn(2002) mencionan que existen diferentes trastornos asociados a los trastornos alimenticios, estos se presentan de mayor a menor medida en prácticamente todos los trastornos psicopatológicos, a pesar de ello, su forma de aparición acostumbra ser episódica, fugaz, y está muy ligada a la misma enfermedad. Dichas perturbaciones se presentan a continuación.

- Trastornos de la alimentación en la esquizofrenia: en primer lugar, y por las características de gravedad que comporta, es necesario mencionar el rechazo absoluto de alimentación que en ocasiones se observa en pacientes catatónicos, la falta de contacto con el medio que caracteriza este trastorno conduce a su negativa a ingerir alimentos.
- Trastorno de la alimentación en la manía: en la fase aguda de la manía, los pacientes pueden pasar mucho tiempo sin tener la necesidad de alimentarse, o por lo contrario, solicitar una gran cantidad de alimento, aunque la ingesta sea normal y no hagan uso de ella, comen un poco de cada porción sin acabar ningún plato, como sucede con la mayoría de sus actividades, lo cual comporta una ingesta caótica y desordenada.
- Trastorno de la alimentación en las fobias: la amplia variedad de trastornos fóbicos no se relaciona en general con ningún trastorno del comer, excepto las fobias referidas específicamente a los alimentos a al acto de la deglución. En el caso de los alimentos, el sujeto, a partir de una experiencia traumática,

desarrolla un cuadro fóbico en el que aparecen las conductas de evitación y la ansiedad anticipatoria.

2.8.1. Trastornos alimenticios y depresión.

Los trastornos de la alimentación por exceso o por defecto, resultan un fenómeno habitual en la totalidad de los trastornos afectivos, sean cuales sean sus formas clínicas, tan es así que en la depresión mayor con melancolía, la pérdida ponderal junto con la persistencia de anorexia, son síntomas que forman parte de los criterios diagnósticos (Kirschman y Salgueiro; 2002).

En la mayoría de los casos se observa una disminución en la ingesta, pero a veces se evidencia una ingesta excesiva, desde una perspectiva clínica. Estos trastornos por exceso son muy frecuentes en algunas formas atípicas de la melancolía y en algunas depresiones menores que cursan con una importante ansiedad.

Los pacientes que presentan una ideación delirante de ruina, no comen porque su precaria situación económica se lo impide, y en los delirios nihilistas tampoco comen porque piensan que no vale la pena, ya que igualmente morirán.

Por otro lado, Kirschman y Salgueiro (2002), mencionan que en las depresiones menores y reactivas, el trastorno alimentario no es, como en las melancolías, tan

intenso, ni aparece al inicio de la enfermedad. Su presencia se relaciona temporalmente con el nivel de tristeza más alto del enfermo y se corresponde con la fase aguda del trastorno.

2.8.2. Trastornos alimenticios y ansiedad.

La ansiedad cumple un rol importante en los trastornos alimentarios, esta ansiedad vinculada al físico se expresa con altos índices de insatisfacción corporal y preocupación excesiva, con relación a los atributos del cuerpo y el peso corporal.

Frederick y cols. (retomados por Kirschman y Salgueiro; 2002), concluyen que la ansiedad social ligada al físico, podría estar correlacionada con trastornos de personalidad asociados a los trastornos alimentarios, y mediada por conductas de inhibición sexual y patrones de conducta alimentaria alterados.

Por otro lado Diehl (en Kirschman y Salgueiro; 2002), considera a la ansiedad social ligada al físico como un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios. Asimismo, se puede concluir un importante papel etiológico de la ansiedad en los trastornos alimentarios.

Es decir, “la tendencia a padecer miedos vinculados a la evaluación social o ansiedad generalizada, en combinación con otra variedad de factores culturales, psicológicos y biológicos, pueden contribuir al desarrollo excesiva preocupación por la figura y el peso, insatisfacción corporal, restricción alimentaria severa y, finalmente,

conducta bulímica. En este sentido, el rol de la ansiedad en los trastornos alimentarios parece ir más allá del rol que evidencia en el mantenimiento del ciclo bulímico, dicho de otra manera, la ansiedad puede estar cumpliendo un doble rol: etiológico por un lado y de mantenimiento por otro” (Kirschman y Salgueiro; 2002: 142-143).

2.9. Tratamiento de los trastornos alimenticios.

Existen diferentes tipos de tratamiento para trabajar en el sujeto con el fin de remitir los trastornos alimentarios, la mayoría de los clínicos utilizan la terapia conductual, que se basa en el control de un comportamiento observable a través de los estímulos que le preceden o le siguen.

Asimismo, Rausch (1997) describe otro tratamiento que es el modelo cognitivo-conductual, este enfoque relaciona pensamiento, emoción y comportamiento manifiesto, y el tratamiento consiste básicamente en hacer que el paciente examine la validez de sus creencias en el presente, estos esquemas son examinados cuidadosamente, definidos y luego, cada uno cuestionado, a fin de modificar esos pensamientos.

Por otro lado, existe el modelo sistémico, que consiste en terapia familiar estructural, el objetivo de esta es modificar la estructura familiar disfuncional que organiza las transacciones de sus miembros.

Para entrar a otro tipo de alternativa, que también es necesaria algunas veces, es el momento de hablar del tratamiento farmacológico. En la mayoría de la medicación el objetivo es producir aumento de peso, corregir la acción de neurotransmisores hipotéticamente involucrados en el desorden y modificar la ansiedad o depresión de los pacientes.

Para finalizar, otro tipo de tratamiento que existe es el ambulatorio, en este caso, salvo que el paciente tenga riesgo clínico o que la familia no esté en condiciones de apoyar personalmente el tratamiento, se inclinan por este tratamiento que se le llama como segunda instancia, internación por motivos estratégicos, en este tratamiento se necesita la participación de los padres en conjunto con el enfermo.

Asimismo, se puede decir que los terapeutas eficaces no parecen tener una única manera para intervenir en los trastornos alimentarios, solo es cuestión de diagnosticar y ver el grado en que se está presentando para poder realizar un tratamiento.

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

El presente capítulo se divide en dos partes: en la primera se realizará la descripción detallada de las características metodológicas del estudio, se expondrá el tipo de enfoque que se utilizó para indagar, el tipo de investigación realizada, así como el tipo de estudio y el alcance del mismo. Enseguida se describirán las técnicas de recolección de datos y la población elegida para realizar la investigación.

En la segunda parte se expondrá el análisis e interpretación de los hallazgos de campo. Es decir, las mediciones obtenidas de las variables abordadas serán interpretadas desde la teoría expuesta en los dos capítulos anteriores del presente reporte de investigación.

3.1 Descripción metodológica.

La presente investigación se realizó bajo un enfoque cuantitativo, de tipo no experimental, con un diseño transversal y un alcance correlacional. Todas estas características se describen a continuación.

De acuerdo con Hernández y cols. (2010), existen dos enfoques: cuantitativo y el cualitativo, ambos emplean procesos cuidadosos, metódicos y empíricos en su

esfuerzo por generar conocimiento. El presente estudio utilizó el enfoque cuantitativo es por ello que se describirá más detalladamente.

3.1.1 Enfoque cuantitativo.

“El enfoque cuantitativo usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías” (Hernández y cols.; 2010: 4).

Por otro lado, Hernández y cols. (2010), menciona que el enfoque cuantitativo cuenta con ciertas características relevantes, estas son:

- El investigador o investigadora plantea un problema de estudio delimitado y concreto. Sus preguntas de investigación versan sobre cuestiones específicas.
- Una vez planteado el problema de estudio, el investigador o investigadora considera lo que se ha investigado anteriormente, efectúa la revisión de la literatura y construye un marco teórico, del cual deriva una o varias hipótesis, las cuales son cuestiones que se van a examinar si son ciertas o no, y las somete a prueba mediante el empleo de los diseños de investigación apropiados.
- Las hipótesis se generan antes de recolectar y analizar los datos.
- La recolección de los datos se fundamenta en la medición. Esta recolección 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 demostrarse que se siguieron tales procedimientos. Como en este enfoque que se pretende medir, los fenómenos estudiados deben poder observarse o medirse en el mundo real.

- Los análisis cuantitativos se interpretan a la luz de las predicciones iniciales (hipótesis), y de estudios previos (teoría). La interpretación constituye una explicación de cómo los resultados encajan en el conocimiento existente.
- Para este enfoque, si se sigue rigurosamente el proceso y de acuerdo con ciertas reglas lógicas, los datos generados poseen los estándares de validez y confiabilidad, y las conclusiones derivadas contribuirán a la generación de conocimiento.

3.1.2 Investigación no experimental.

La investigación no experimental se define como “el estudio que se realiza sin la manipulación deliberada de las variables y en el que solo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos. Es decir, se trata de estudios donde no se hace variar en forma intencional las variables independientes para ver su efecto sobre otras variables, lo que se hace en la investigación no experimental es observar fenómenos tal como se dan en su contexto natural, para posteriormente ser analizados” (Hernández y cols.; 2010: 149).

En un experimento, el investigador construye deliberadamente una situación a la que son expuestos varios individuos, esta situación consiste en recibir un

tratamiento, una condición o un estímulo bajo determinadas circunstancias, para después evaluar los efectos de la exposición o aplicación de dicho tratamiento o tal condición.

Hernández y cols. (2010), mencionan que en un estudio experimental se construye el contexto y se manipula de manera intencional a la variable independiente, después se observa el efecto de esta manipulación sobre la variable dependiente.

La investigación experimental tiene alcances iniciales y finales correlacionales y explicativos. La investigación no experimental es sistemática y empírica, en la que las variables independientes no se manipulan porque ya han sucedido. Las inferencias sobre las relaciones entre variables se realizan sin intervención o influencia directa, y dichas relaciones se observan tal como se han dado en su contexto natural.

3.1.3. Diseño transversal.

El tipo de diseño que se utilizó para esta investigación fue el transversal, ya que, de acuerdo con Hernández y cols. (2010), este estudio consiste en recopilar información en un momento único, con el propósito de describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado.

El diseño transversal recolecta la información en un momento único, con la finalidad de dar respuesta a las preguntas de investigación y cumplir con los objetivos.

3.1.4. Alcance correlacional.

Los estudios con un alcance correlacional de acuerdo con Hernández y cols. (2010), asocian variables mediante un patrón predecible para un grupo o población. Estos estudios tienen como finalidad conocer la relación o grado de asociación que existe entre dos o más variables en un determinado contexto.

Al evaluar el grado de relación entre las variables, también se mide cada una de ellas, se cuantifican y se analiza su vinculación, sustentándose en hipótesis sometidas a prueba. “La utilidad principal de los estudios correlacionales es saber cómo se puede comportar un concepto o una variable al conocer el comportamiento de otras variables vinculadas. Es decir, intentar predecir el valor aproximado que tendrá un grupo de individuos o casos en una variable, a partir del valor que posee en la o las variables relacionadas” (Hernández y cols.; 2010: 82).

La correlación puede ser positiva o negativa. Si es la primera, significa que sujetos con valores altos en una variable tenderán a mostrar valores elevados en la otra. Y si presentan relación negativa, los sujetos con valores elevados en una variable tenderán a mostrar valores bajos en la otra. “Cuanto mayor sea el número de variables que se asocien en el estudio y mayor sea la fuerza de las relaciones, más completa será la explicación” (Hernández y cols.; 2010: 83).

3.1.5. Técnicas de recolección de datos.

Las técnicas que se utilizaron para este estudio, son estandarizadas, es decir, son instrumentos ya desarrollados por especialistas en la investigación, que pueden ser utilizados para la medición de las variables. Las ventajas de estos instrumentos radican en que ya tienen estudios estadísticos que prueban su confiabilidad y validez. Esto es un requisito indispensable para la validación del proceso de investigación rápida.

Para la variable estrés se utilizó el instrumento denominado Escala de Ansiedad Manifiesta en adultos (AMAS-C), diseñada por los autores Reynolds y cols. (2007). Esta prueba está orientada hacia la detección y evaluación de la ansiedad en estudiantes universitarios, en consecuencia, incluye un número de reactivos que se dirigen de manera específica a la ansiedad ante los exámenes.

El coeficiente de confiabilidad que maneja el AMAS-C es de .70, esto se considera suficiente para la mayoría de las mediciones de variables psicológicas. En el AMAS-C, los coeficientes se encontraron en un rango de .72 y .95 para la muestra total. Una vez establecida la estructura de escala para cada medida, se calcularon los estimados de consistencia interna para las puntuaciones de las escalas de la AMAS-C, se calcularon coeficientes alfa de Croanbach, equivalentes a los estimados de confiabilidad más sencillos en términos de cómputo de la fórmula 20 de Kuder-Richardson, los cuales en ocasiones se aplican a medidas con escalas de respuesta dicotómica, para las tres versiones de la prueba.

La AMAS-C, de 49 reactivos, contiene cuatro escalas de ansiedad y una de validez. La subescala IHS consta de 12 reactivos, denominada como “Me preocupa el futuro” (reactivo 35). La subescala SOC tiene siete reactivos, incluyendo “siento que a los demás les desagrada la forma en que hago las cosas” (reactivo 3). La tercera subescala es la denominada FIS, que comprende 8 reactivos que reflejan las manifestaciones fisiológicas de la ansiedad. Los reactivos FIS incluyen “Mis músculos se sienten tensos”, entre otras.

La cuarta subescala de ansiedad de la AMAS-C es la de ansiedad ante los exámenes, que consta de 15 reactivos que reflejan la ansiedad asociada con los exámenes universitarios, su contenido incluye reactivos como “Me preocupo demasiado por las pruebas o exámenes”.

Para finalizar, esta prueba tiene una subescala de mentira que consta de siete reactivos, para obtener los resultados de esta prueba la puntuación total (TOT), es la suma de las puntuaciones de todas las subescalas, sin incluir la de mentira.

Cada una de las escalas de la AMAS-C se puede aplicar en un entorno grupal o de manera individual, el único material que se necesita para aplicar las escalas son la forma autocalificable para los universitarios, se recomienda lápiz del número dos, pero un bolígrafo es una alternativa aceptable.

Para la variable de trastornos alimentarios se utilizó el instrumento denominado EDI-2, su confiabilidad se calculó mediante dos procedimientos, uno de ellos a través

de la consistencia interna, se utilizó la técnica alfa de Cronbach, con puntajes entre .80 y .83. Por otro lado, mediante el procedimiento de test-retest, se obtuvieron coeficientes entre .79 y .95.

La validez que fue evaluado con los procedimientos de validez de contenido, de criterio, validez y de constructo, obteniendo resultados satisfactorios en todos los procedimientos.

En la estandarización, se han hecho varios procesos, y de normalización en distintos grupos tanto de pacientes con diagnóstico de anorexia o bulimia nerviosa como en personas que no padecen estos trastornos. En esta investigación se utilizó el baremo obtenido en la aplicación a varones y mujeres adolescentes sin trastornos de conducta alimentaria.

3.2. Descripción de la población y muestra.

A continuación se describen las características de la población y muestra utilizadas para esta investigación.

3.2.1. Población.

Según Selltiz (retomado por Hernández y cols.; 2010), la población es un conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones. Para

este estudio, la población estuvo conformada por los alumnos del instituto tecnológico superior de Coalcomán, Michoacán.

El instituto cuenta con un total de 267 alumnos con un rango de edades entre 18 y 24, y cuentan con un nivel socioeconómico medio-bajo.

3.2.2. Muestreo.

Dentro de la población donde se recolectan los datos, se encuentran subgrupos llamados muestra, los cuales se definen como un “subgrupo de la población del cual se recolectan los datos y debe ser representativo de ésta”(Hernández y cols.; 2010: 173).

Se hizo la elección de una muestra no probabilística e intencional, en la que de acuerdo con Hernández y cols. (2010), la selección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con el estudio.

Para esta investigación se eligieron a 100 estudiantes del instituto tecnológico superior de Coalcomán, Michoacán, de los distintos semestres de cada una de las carreras.

3.3. Descripción del proceso de investigación.

La idea de investigar sobre este tema surgió debido a la frecuencia en que se presentan estas problemáticas del estrés y los trastornos alimentarios, es por ello que

brotó la idea de investigar la relación que existe entre las variables referidas en los alumnos del instituto tecnológico superior de Coacomán.

Una vez afinada la idea investigación, se procedió a buscar antecedentes, luego a plantear el problema de investigación, posteriormente se redactaron los objetivos, tanto general como particulares; asimismo, se estructuraron las hipótesis, conceptualizando operacionalmente las variables. Finalmente se redactó el apartado de la justificación y se describió el marco de referencia.

Una vez estructurado el proyecto, se procedió a realizar el marco teórico en el cual se incluyeron dos capítulos teóricos, el primero fue sobre el estrés, con temas como antecedentes históricos, enfoques del estrés, los tipos de estresores, pensamientos que lo propician, sus moduladores y los efectos negativos.

Por otro lado el capítulo dos, llamado trastornos alimentarios, incluyó temas como: antecedentes históricos, características de los trastornos alimentarios, anorexia, bulimia, alimentación en el infante, perfil de la persona con trastornos alimentarios, causas, percepción del cuerpo en los trastornos alimentarios, factores que mantienen un trastorno alimentario, entre otros.

La metodología se estructuró con un enfoque cuantitativo, debido a la investigación realizada, ya que en ella se planteó una pregunta o hipótesis que busca ser contestada al final, de acuerdo con el resultado de lo investigado, es una investigación no experimental, ya que no se manipulan las variables, con un diseño transversal y un alcance correlacional.

La población a ser estudiada fue el instituto tecnológico superior de Coalcomán, tomando como muestra al azar a cien alumnos de ambos sexos y de distintos semestres.

El proceso para elegir a la población fue sencillo: se eligió la escuela, se acudió a pedir permiso al director; una vez aceptada para realizar la investigación, se acudió a los diferentes salones y se tomaba como muestra al azar a varios alumnos para contestar el cuestionario.

La forma de aplicación de los instrumentos fue por pequeños grupos de alumnos, en una hora de clases, y así con cada semestre. El comportamiento de los alumnos fue muy favorable, mostraron disponibilidad y estuvieron callados; debido a que se sientan en parejas, de vez en cuando hacían comentarios entre ellos, y preguntaban sus dudas. Se les aplicaba primero un cuestionario y al finalizar, se les preguntaba si no estaban cansados o enfadados para aplicarles otro, y los alumnos decidían contestarlo de una vez.

La manera de calificar los instrumentos se dio de esta manera: se calificaban con su plantilla correspondiente, se obtenían sumas y después se convertían en percentiles de acuerdo con el baremo.

A la hora de vaciar los datos se en una hoja de cálculo que contenía primero el nombre del alumno, primero se hizo el vaciado de datos del cuestionario de estrés, el cual las escalas fueron IHS, FIS, EX, SOC Y TOT. Una vez vaciados los resultados de

todos los alumnos de las escalas de ansiedad, se volvió a hacer el mismo proceso iniciando con el primer alumno para los datos del cuestionario de trastornos alimentarios, en este las escalas fueron; DT, B, BD, I, P, ID, IA, MF, A, IR, SI.

A partir de que se tenían estos datos, para finalizar, se procedió al análisis estadístico, las medidas que se calcularon fueron: la media, la mediana y la moda, la desviación estándar y la “r” de Pearson.

3.4. Análisis e interpretación de datos.

Una vez presentada la metodología que se siguió en esta investigación, se procederá en este apartado a presentar los resultados del estudio.

La estructura de este apartado se presentara en tres categorías de análisis: en la primera se presentarán los resultados de la variable estrés; en la segunda se analizarán los resultados obtenidos de la variable trastornos alimentarios; finalmente, en la tercera categoría se mostrarán los resultados obtenidos del análisis correlacional entre las dos variables.

3.4.1. Estrés en los alumnos del Instituto Tecnológico Superior de Coalcomán, Michoacán.

“El concepto de 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” (Sánchez; 2007: 14).

Cooper y cols. (retomados por Travers y Cooper; 1996), mencionan que un gran número de investigadores, tomando como base estos modelos, conceptualizan al estrés como una interacción o transacción entre la persona y su entorno. Estos teóricos admiten que la persona influye en su entorno y reaccionan ante él, y que esto da como resultado el grado de adaptación entre la persona y su entorno.

Es importante mencionar en este apartado a la ansiedad, ya que con este componente inicia el estrés, resulta primordial saber manejarla para así poder evitar un mayor grado de estrés. Generalmente, el término ansiedad se define como un sentimiento de miedo y aprensión difuso, vago y muy desagradable, la persona ansiosa se preocupa mucho, sobre todo por los peligros desconocidos, Sarason y Sarason (2006), mencionan que la ansiedad muestra combinaciones de los siguientes síntomas: ritmo cardiaco acelerado, respiración entrecortada, diarrea, pérdida de apetito, desmayos, mareos, sudoración, insomnio, micción frecuente y estreñimientos.

Todos los sujetos tienen preocupaciones y temores, incluso los ricos y famosos. Freud (retomado por Sarason y Sarason; 2006), afirmaba que la ansiedad puede ser adaptativa si la aflicción que la acompaña motiva a las personas a aprender nuevas formas de enfrentar los retos de la vida. Pero ya sea adaptativa o desadaptada, la aflicción puede ser intensa.

Con frecuencia, las personas ansiosas esperan que ocurra lo peor, son incapaces de disfrutar de su vida personal y de obtener gratificación del trabajo. Por lo tanto, se privan de experimentar los resultados positivos de la vida.

Respecto a los resultados obtenidos en el nivel de ansiedad total como principal indicador del estrés, se encontró una media de 56, en puntos percentiles. La media es la suma de un conjunto de datos, dividida entre el número de medias (Elorza; 2007).

Asimismo, se obtuvo la mediana, que es el valor medio de un conjunto de valores ordenados: el punto abajo y arriba del cual cae un número igual de medias (Elorza; 2007). El valor de la mediana fue de 55.

La moda es la medida que ocurre con más frecuencias en un conjunto de observaciones. (Elorza; 2007). En esta escala la moda fue de 45.

Por otro lado, también se obtuvo el valor de una medida de dispersión, concretamente de la desviación estándar, la cual se obtiene de la raíz cuadrada de la suma de las desviaciones al cuadrado de una población, dividida entre el total de observaciones (Elorza; 2007). El puntaje obtenido de la desviación estándar fue de 27.2.

Particularmente, en la escala de inquietud/hipersensibilidad (IHS), se encontró una media de 55, una mediana de 47, una moda de 37, y una desviación estándar de 29.3.

Asimismo, en la escala ansiedad fisiológica (FIS), la media fue de 57, una mediana de 67, una moda de 12, y la desviación estándar de 29.2.

Por otro en la escala de ansiedad ante los exámenes (EX), la media fue 51, la mediana de 59, la moda de 15, y la desviación estándar de 29.0.

En la escala de preocupación/estrés social (SOC), la media fue de 57, la mediana de 65, la moda de 44, y la desviación estándar de 26.2.

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

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

En las escala de ansiedad total, el 33%; en la escala de inquietud/hipersensibilidad el porcentaje fue de 40%; asimismo, en la de ansiedad fisiológica el 33% de sujetos salieron por arriba del percentil señalado; en la de ansiedad ante los exámenes, fue el 36%; por otro lado, en la escala de preocupación/estrés social, el índice fue del 32%.

Por último, en la escala de mentira, un 27%.

En función de lo anterior, se observa que no existen muchos casos preocupantes en las escalas de ansiedad, pero pueden tomarse como más altos los porcentajes en las escalas de inquietud/hipersensibilidad y ansiedad fisiológica, que serían las escalas que presentan a una mayor cantidad de alumnos con puntajes

superiores al percentil 70. Estos datos se pueden observar de manera gráfica en el anexo 2.

Se puede afirmar entonces que el nivel que presentan los indicadores de ansiedad en los alumnos del instituto tecnológico superior de Coalcomán, Michoacán, se encuentran por lo general en un nivel cercano a la media poblacional, lo que quiere decir que presentan un grado de estrés normal.

3.4.2. Indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios.

De acuerdo con lo señalado por Zagalaz y cols. (2002), los llamados comúnmente trastornos alimentarios son, de hecho, trastornos de la conducta que tienen relación con la alimentación y que se les conoce como desórdenes o trastornos del comer, de la ingesta, alimenticios o de la conducta alimentaria, entre otras denominaciones.

En este apartado es importante recordar lo que es la anorexia, según la APA (American Psychological Association; 2002). Las características diagnósticas de la anorexia nerviosa consisten en el rechazo por mantener un peso corporal mínimo normal, se da un miedo intenso a ganar peso y una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo.

Y por otro lado, la bulimia consiste en atracones y en métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso. Para poder realizar el diagnóstico de

este trastorno, los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas deben producirse por lo menos dos veces a la semana durante un periodo de 3 meses.

Respecto a los resultados obtenidos en la escala de obsesión por la delgadez (DT), en los alumnos del instituto tecnológico superior de Coalcomán, se encontró una media de 68, una mediana de 66.5, una moda de 59 y una desviación estándar de 23.6.

En la escala de bulimia (B), se encontró una media de 71, una mediana de 68, una moda de 50, y una desviación estándar de 19.5.

Asimismo, en la escala de insatisfacción corporal (BD) se obtuvo una media de 57, una mediana de 63, una moda de 63 y una desviación estándar de 23.1.

Por otro lado en la escala de ineficacia (I), se obtuvo una media de 74, una mediana de 76, una moda de 61 y una desviación estándar de 20.8.

En la escala de perfeccionismo (P), se obtuvo una media de 46, una mediana de 37.5, una moda de 36 y una desviación estándar de 28.5.

En el mismo sentido, en la escala de desconfianza interpersonal (ID), se obtuvo una media de 70, una mediana de 80, una moda de 93 y una desviación estándar de 29.

En la escala de conciencia introceptiva (IA), los resultados fueron; de la media, 78, de la mediana, 88, de la moda, 98 y de la desviación estándar, 20.1.

Por otro lado, en la escala de miedo a la madurez (MF) la media fue de 72, la mediana de 91, la moda de 94 y la desviación estándar de 33.3.

En la escala de ascetismo (A), la media fue de 58, la mediana de 57, la moda de 39, y la desviación estándar de 28.7.

En la escala de impulsividad (IR), la media fue de 71, la mediana de 75, la moda de 41 y la desviación estándar de 23.2.

Por último, en la escala de inseguridad social (SI), la media fue de 64, la mediana de 74, la moda de 74 y la desviación estándar de 29.8.

Los resultados de las medias aritméticas de cada escala se muestran gráficamente en el anexo 3.

Se presentan a continuación los porcentajes de sujetos que obtuvieron puntajes altos en las distintas escalas, es decir, por arriba del percentil 70. De esta forma, se ubicará el porcentaje de casos preocupantes en alguno de los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios.

En la escala de obsesión por la delgadez (DT), el 49% de los sujetos salió por encima del percentil 70; en la escala de bulimia (B), el 41%; en la escala de insatisfacción corporal (BD), el 29%; asimismo, en la escala de ineficacia (I), el 63%; en la escala de perfeccionismo (P), el 24%; en la escala de desconfianza interpersonal (ID), el 64%; en la escala de conciencia introceptiva (IA), el 69%; en la escala de miedo a la madurez (MF), el 69% de los alumnos; por otro lado, en la escala de ascetismo (A), el 47%; en la escala de impulsividad (IR), el 59%; para finalizar, en la escala de inseguridad social (SI), el 59% de los sujetos salieron por arriba del percentil 70.

En función de lo anterior, se observa que en las áreas donde hay más casos preocupantes es en las escalas de ineficacia, con un 63% de sujetos, en la de desconfianza interpersonal, con un 64%, en la escala de conciencia introceptiva, con un 69%, en la escala de miedo a la madurez, con un 69%, por último, en la escala de impulsividad e inseguridad social, con un 59%. Estas escalas serían las que se podrían considerar preocupantes, ya que son las que presentan mayor porcentaje de alumnos por arriba del percentil 70. Estos resultados se muestran en el anexo 4.

De acuerdo con estos resultados se puede afirmar que los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en los alumnos del instituto tecnológico superior de Coalcomán, Michoacán, se encuentran en altos porcentajes, lo cual refiere que puede ser una situación alarmante en la cual se debe trabajar.

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

Diversos autores han confirmado la relación que se da entre los trastornos alimentarios y el estrés. Enseguida se muestran algunos ejemplos.

Existe una investigación que se realizó en Santiago de Chile en el año 2009 por Behar y Valdés, fue publicada en la revista Chil Neuro-Psiquiat con el nombre de “Estrés y trastornos de la conducta alimentaria”. Los resultados fueron que las mujeres con patología alimentaria experimentan mayor nivel de estrés acumulado, y un mayor número de eventos estresantes durante los últimos doce meses antes del trastorno.

Por otro lado, se encontró otro artículo publicado en la revista Salud Uninorte con estas mismas variables, con el título de “Asociación entre percepción de estrés y riesgo de trastorno de comportamiento alimentario” en el año 2009, por Bustos y cols. (2011).

Los resultados de esta investigación fueron que existe una asociación entre alta percepción de estrés y TCA en mujeres estudiantes de una universidad pública de Bogotá.

En la investigación realizada en los alumnos del instituto tecnológico superior de Coalcomán, Michoacán, se encontraron los siguientes resultados:

Entre el nivel de estrés y la escala de obsesión por la delgadez, existe un coeficiente de correlación de 0.09 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson.

Esto significa que entre dichos atributos existe ausencia de correlación, de acuerdo con la clasificación de correlación que proponen Hernández y cols. (2010).

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

El resultado de la varianza fue de 0.008, lo que significa que entre el estrés y la obsesión por la delgadez hay una relación del 1%.

Por otra parte, entre el nivel de estrés y la escala de bulimia existe un coeficiente de correlación de 0.07, de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre tales variables existe una ausencia de correlación. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.01, lo que significa que entre el estrés y la bulimia hay una relación del 1%.

Por otro lado, entre el nivel de estrés y la insatisfacción corporal existe un coeficiente de correlación de 0.14, esto denota que entre dichas características existe una correlación positiva débil. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.02, lo que significa que entre el estrés y la escala de insatisfacción corporal hay una relación del 2%.

Asimismo, entre el nivel de estrés y la escala de ineficacia existe un coeficiente de correlación de 0.03, esto significa que entre dichas variables hay una ausencia de correlación. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.00, lo que significa que entre el estrés y la escala de ineficacia hay una relación del 0%.

Por otro lado, entre el nivel de estrés y la escala de perfeccionismo existe un coeficiente de correlación de -0.04, esto significa que entre los atributos mencionados existe una ausencia de correlación. Así, el resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.00, lo que significa que entre el estrés y la escala de perfeccionismo hay una relación del 0%.

Entre el nivel de estrés y la escala de desconfianza interpersonal existe un coeficiente de correlación de -0.08, esto significa que entre estas variables no existe correlación. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.01, lo que significa que entre el estrés y la escala de desconfianza interpersonal hay una relación del 1%.

Entre el nivel de estrés y la escala de conciencia introceptiva existe un coeficiente de correlación de -0.01, de acuerdo con la prueba "r" de Pearson. Esto significa que entre las variables citadas no existe correlación.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.00, lo que significa que entre el estrés y la escala de conciencia introceptiva no hay relación.

Por otro lado, entre el nivel de estrés y la escala de miedo a la madurez existe un coeficiente de relación de -0.16 , esto significa que entre las características referidas existe una correlación negativa débil. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.03 , lo que permite afirmar que entre el estrés y la escala de miedo a la madurez hay una relación del 3% .

Entre el nivel de estrés y la escala de ascetismo existe un coeficiente de correlación de -0.07 , esto significa que entre estas escalas existe una ausencia de correlación; por otro lado, el resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.00 , lo que significa que entre el estrés y la escala de ascetismo hay una relación del 0% .

Asimismo, entre el nivel de estrés y la escala de impulsividad existe un coeficiente de correlación de -0.08 , esto significa que entre ambas variables existe una ausencia de correlación. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.01 , lo que significa que entre el estrés y la escala de impulsividad hay una relación del 1% .

Entre el nivel de estrés y la escala de inseguridad social existe un coeficiente de correlación de -0.14 de acuerdo con la prueba “ r ” de Pearson, esto deriva en que entre dichos atributos existe una correlación negativa débil.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.02 , lo que significa que entre el estrés y la escala de inseguridad social hay una relación del 2% .

Los resultados obtenidos en cuanto a los niveles de correlación entre escalas, se muestran en el anexo 5.

En función de lo anterior, se puede afirmar que el nivel de estrés, en relación con las escalas de obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva, miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad, e inseguridad social, no presenta relación significativa, ya que en todas existe ausencia de correlación o correlación negativa débil.

Por ello, se confirma la hipótesis nula, que afirma que no existe relación significativa entre el estrés y los trastornos alimentarios en los alumnos del Instituto Tecnológico Superior de Coalcomán, Michoacán, en el ciclo escolar 2012-2013.

CONCLUSIONES

En el presente apartado se dará cierre a la indagación realizada con los alumnos del Instituto tecnológico superior de Coalcomán, Michoacán, para investigar si existe relación entre el estrés y los trastornos alimentarios.

La hipótesis nula se corroboró en las correlaciones efectuadas entre la variable estrés y las subescalas de trastornos alimentarios denominadas obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva, miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad e inseguridad social.

En cuanto al cumplimiento de los objetivos particulares, se puede concluir que los referidos a la comprensión teórica del fenómeno de estrés (objetivos número 1 y 2), se cubrieron en el capítulo 1.

Los objetivos particulares 3 y 4, que hacen alusión al concepto de trastornos alimentarios, se alcanzaron al exponer su naturaleza en el capítulo 2.

El objetivo particular 5, en el que se propone la medición del estrés, se cubrió con la administración del test denominado Escala de Ansiedad Manifiesta en Adultos (AMAS-C), diseñada por los autores Reynolds y cols. (2007), a los alumnos del Instituto Tecnológico Superior de Coalcomán, Michoacán.

El objetivo particular 6 se alcanzó al obtener las mediciones de la variable trastornos alimentarios mediante la aplicación de la prueba conocida como EDI-2, del autor David M. Gardner (1998).

El logro de los objetivos particulares antes referidos permitió el alcance del objetivo general, el cual plantea establecer la relación que existe entre el estrés y los trastornos alimentarios en los alumnos del Instituto Tecnológico Superior de Coalcomán, Michoacán, en el ciclo escolar 2012-2013.

Como hallazgos del presente estudio se puede comunicar que en los sujetos estudiados no existe un nivel alto de estrés; asimismo, en cuanto a los trastornos alimentarios, se encontró que se presentan en un nivel ligeramente alto, lo que podría llegar a ser preocupante a nivel institucional.

Como consecuencia de los resultados obtenidos, se puede proponer a la institución que implemente acciones inclinadas a prevenir los problemas alimentarios, mediante programas multidisciplinarios (charlas, concientización, conocimiento de los trastornos, entre otras alternativas) que incluyan la participación de alumnos, maestros y padres de familia, es decir, que involucren a todos los agentes educativos.

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.

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.

Elorza Pérez-Tejeda, Aroldo. (2007)
Estadística para las ciencias sociales, del comportamiento y la salud.
Editorial Cengage Learning. México.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sarason, Irwin G.; Sarason, Barbara R. (2006)
Psicopatología, Psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada.
Editorial Pearson Educación. México.

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

MESOGRAFÍA

Barraza Macías, Arturo. (2005)

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

Revista PsicologíaCientífica.com, 7(9).

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

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

“Estrés y trastornos de la conducta alimentaria”.

Revista Chilena de Neuro-psiquiatría.

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

Bustos Leiton, Gloria Johana; Romero Chaparro, Aristóbulo; Campo Arias, Adalberto. (2011)

“Asociación entre percepción de estrés y riesgo de trastorno de comportamiento alimentario”.

Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2011; 27 (1): 30-35.

Cano Videl, Antonio. (s/f)

“La naturaleza del estrés”

http://www.usm.es/info/seas/estres_lab/el_estres.htm

Polo, Antonia; Hernández, José Manuel; Poza, Carmen. (2004)

“Evaluación del estrés académico en estudiantes universitarios”

Universidad Autónoma de Madrid.

http://www.unileon.es/estudiantes/atencion_universitario/articulo.pdf

Zagalaz Sánchez, Ma. Luisa; Romero Granados Santiago; Contreras Jordán Onofre R. (2002).

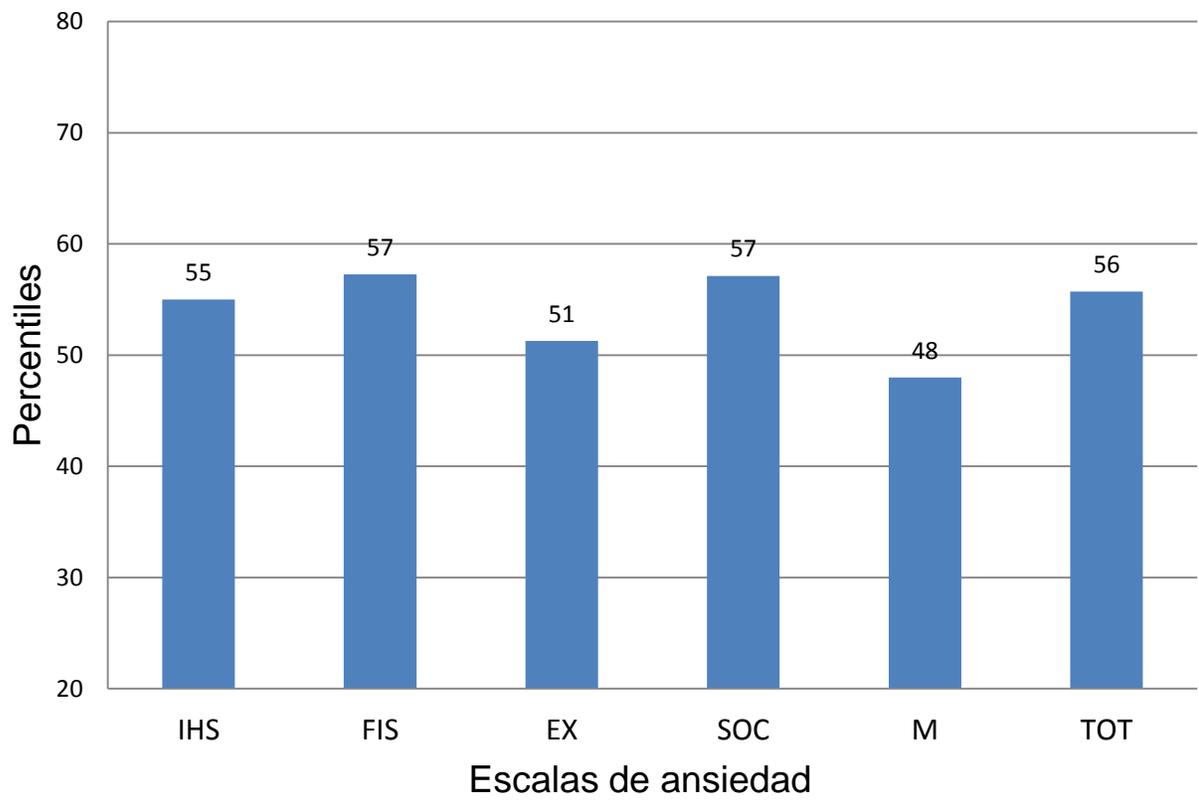
“La anorexia nerviosa como distorsión de la imagen corporal. Programa de prevención desde la educación física escolar en la provincia de Jaén”

OEI-Revista Iberoamericana de Educación (ISSN: 1681-5653).

<http://www.rieoei.org/deloslectores/343Zagalaz.pdf>

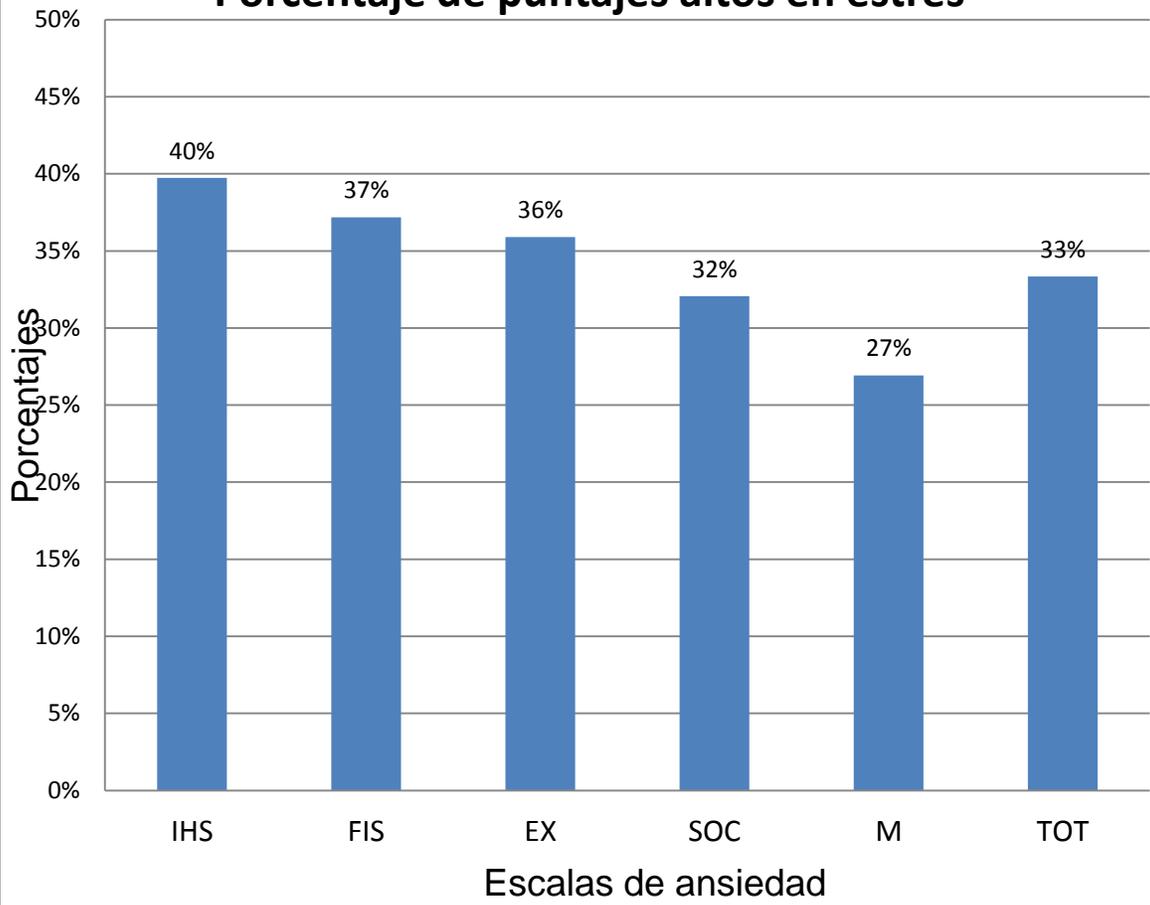
ANEXOS

ANEXO 1 Media aritmetica en las escalas de ansiedad



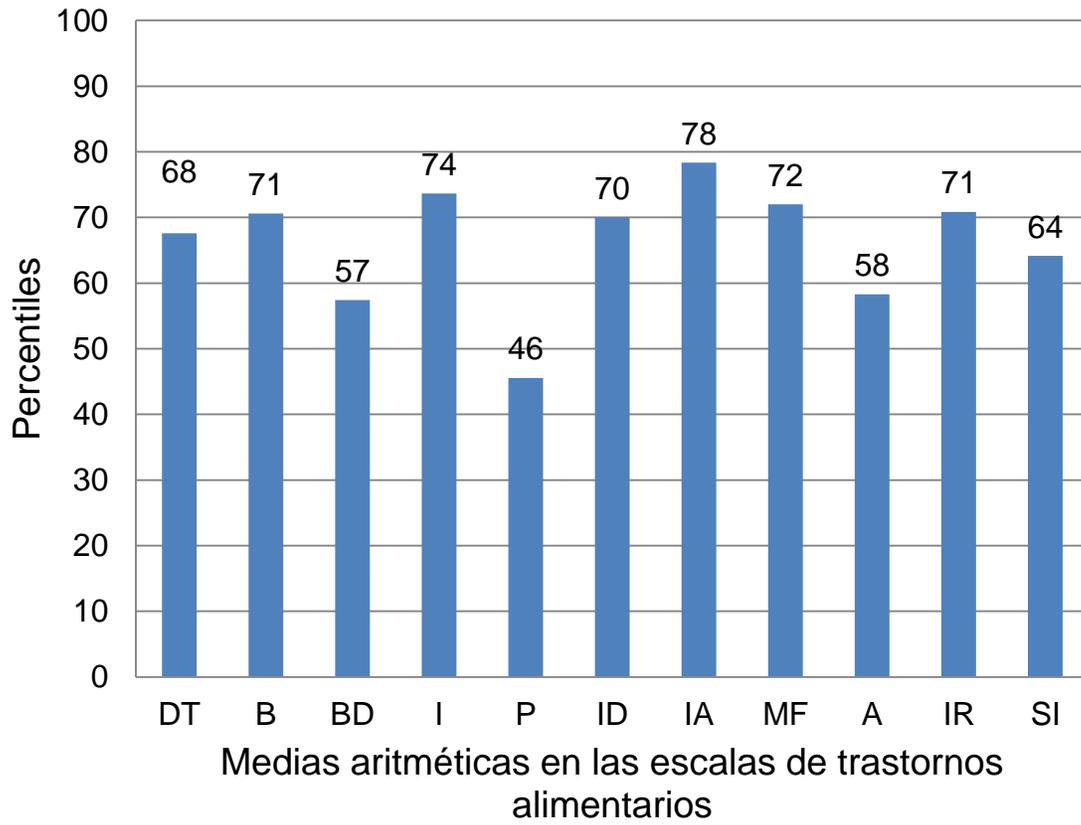
ANEXO 2

Porcentaje de puntajes altos en estrés



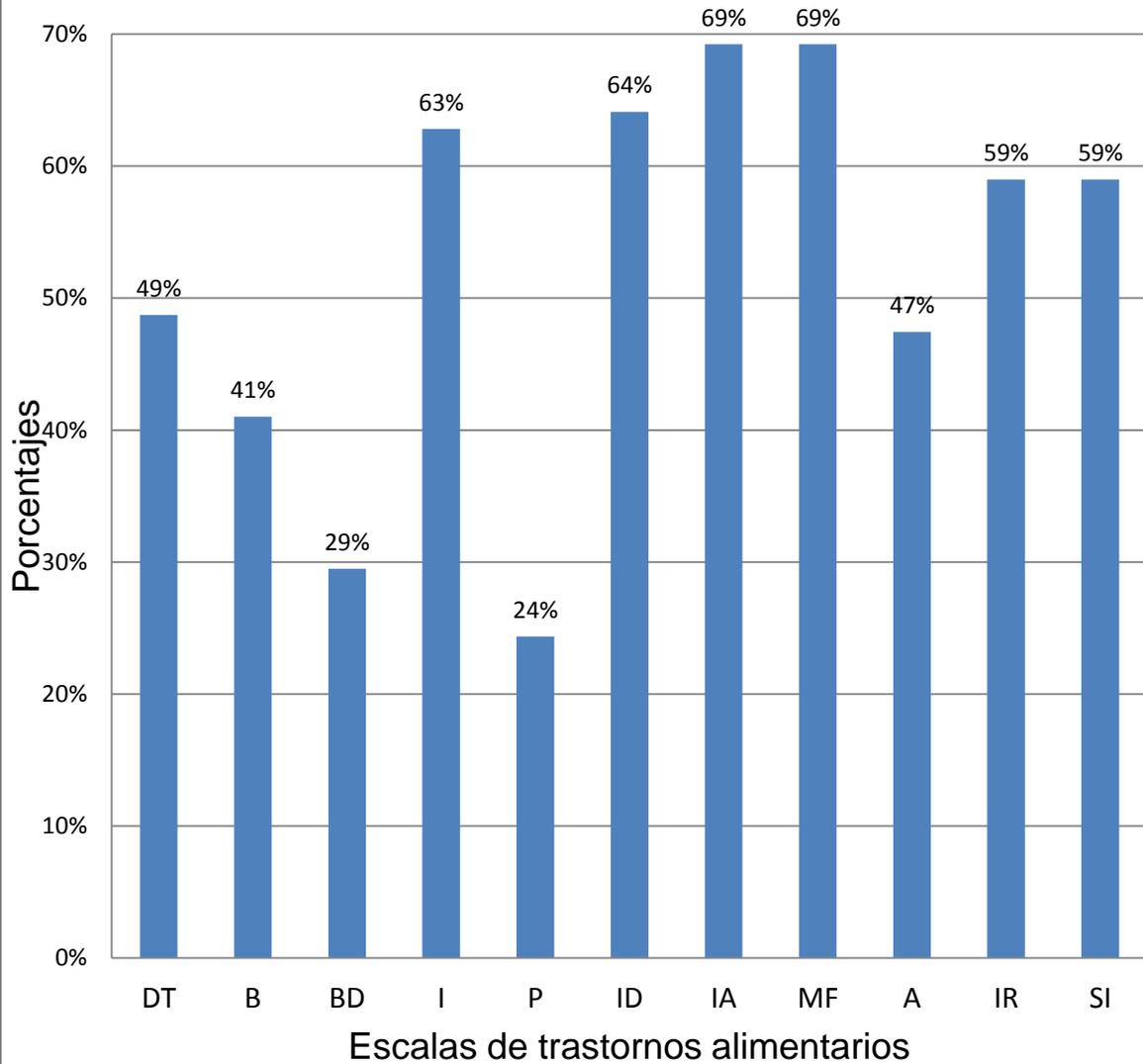
ANEXO 3

Indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios



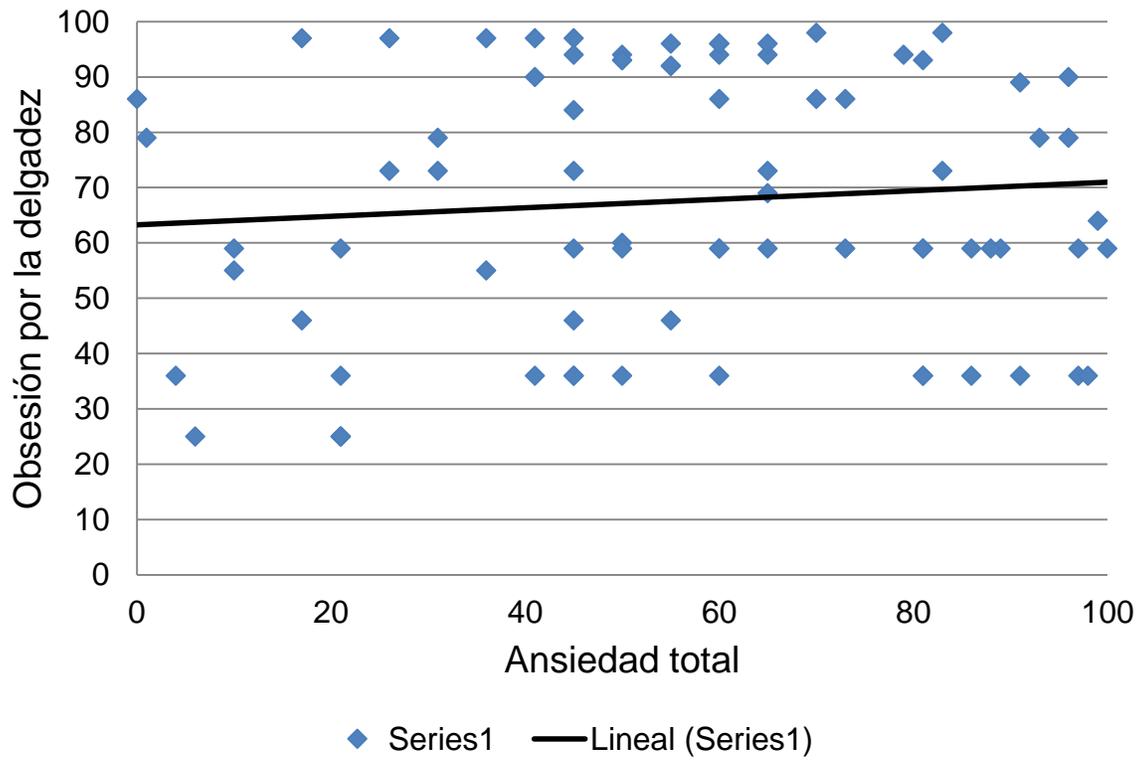
ANEXO 4

Porcentaje de puntajes altos en los indicadores psicológicos de trastornos alimentarios



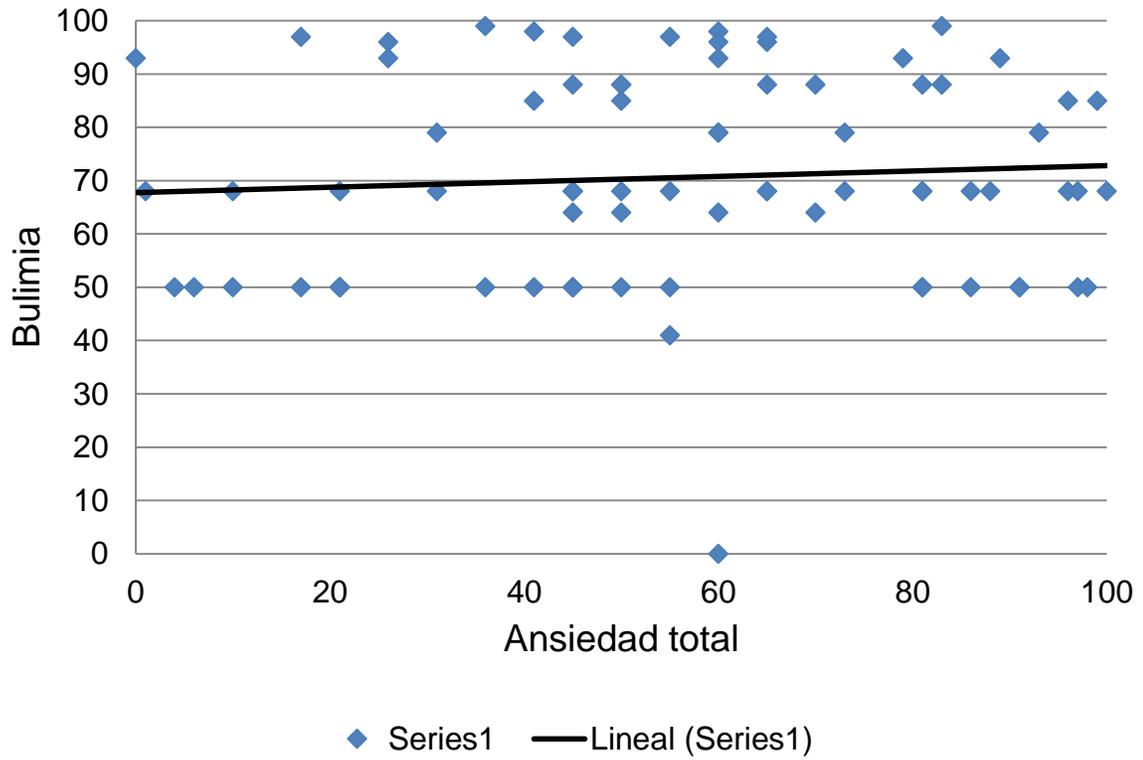
ANEXO 5

Correlación entre el nivel de estrés y la escala de Obsesión por la delgadez



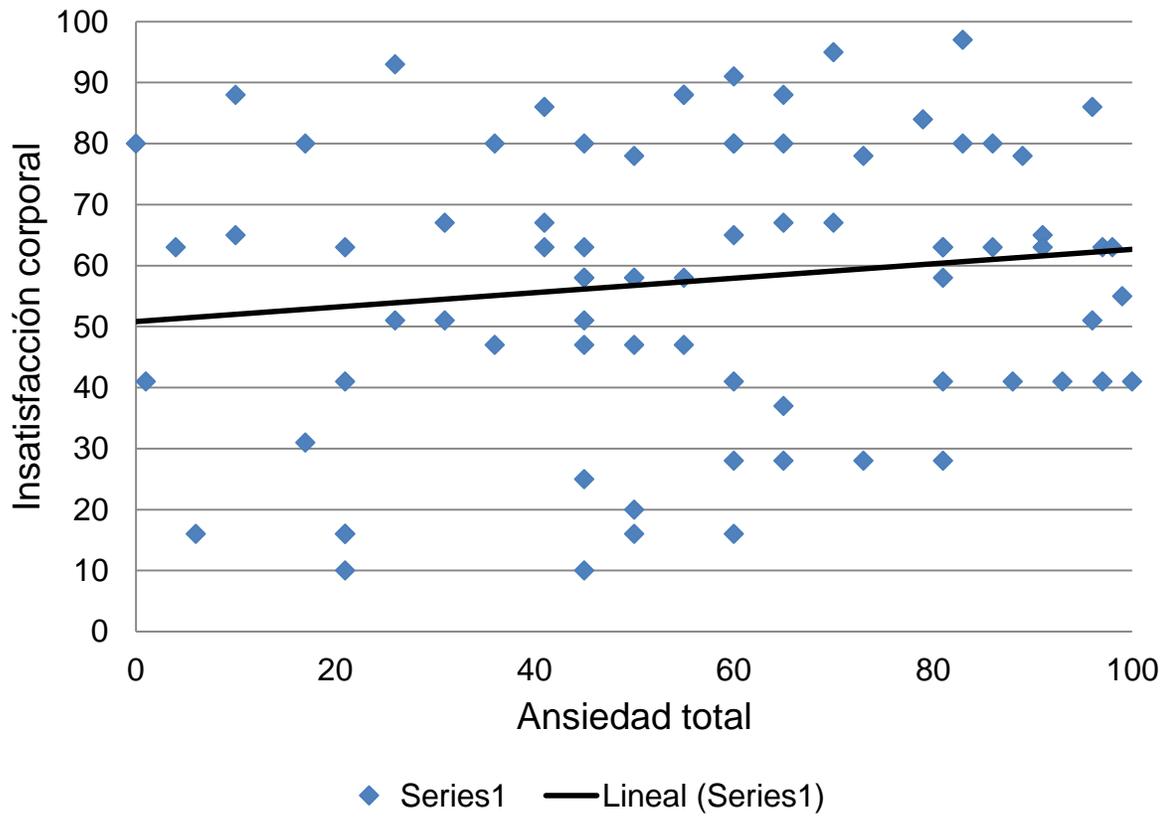
ANEXO 6

Correlación entre el nivel de estrés y la escala de Bulimia



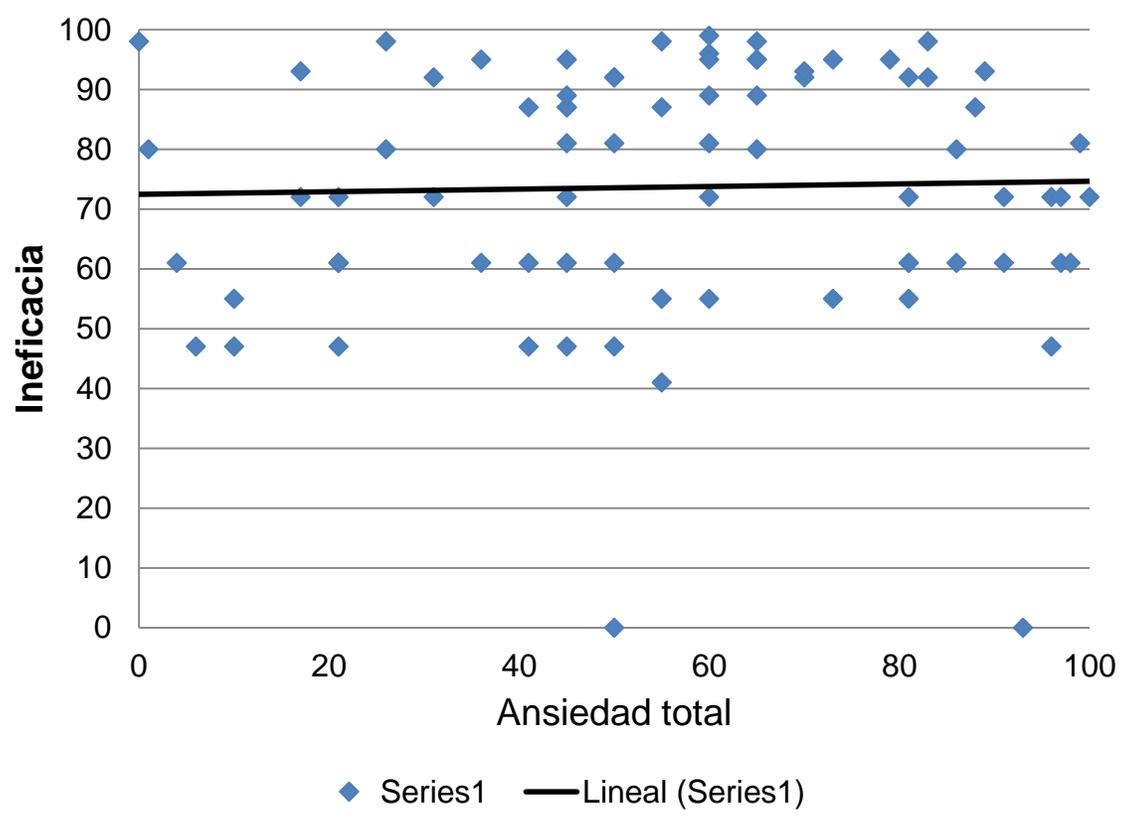
ANEXO 7

Correlación entre el nivel de estrés y la escala de Insatisfacción corporal



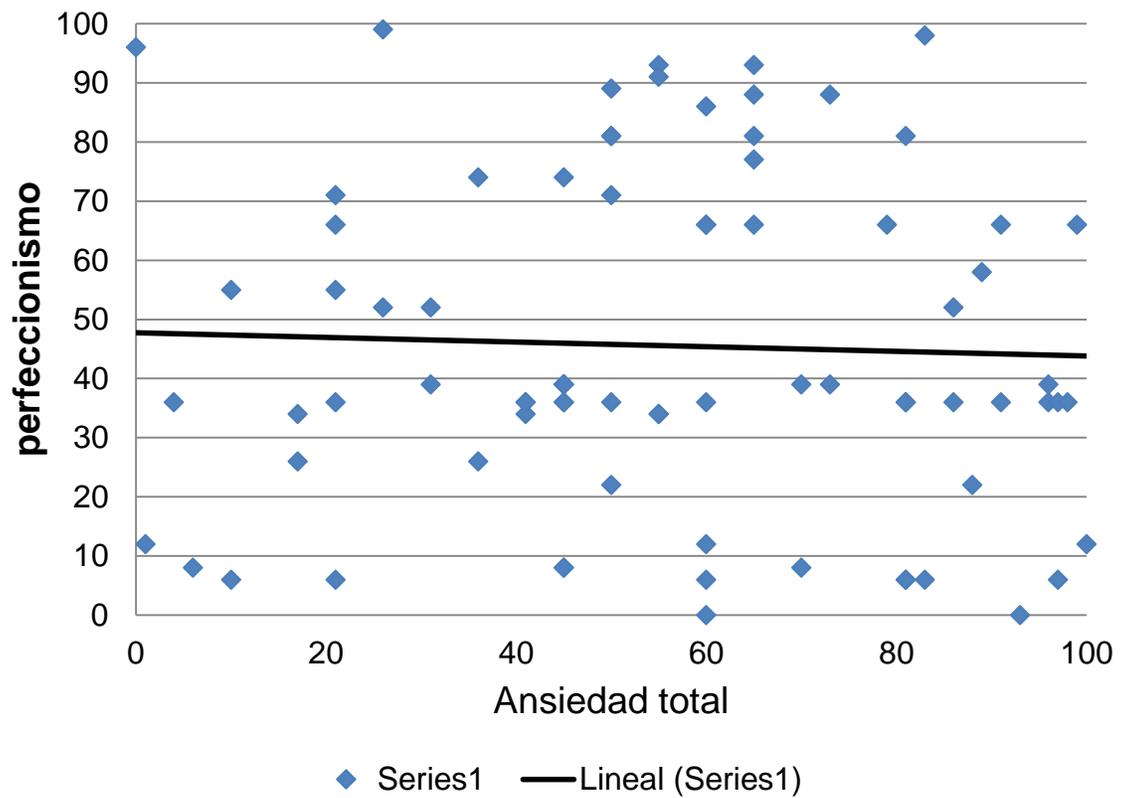
ANEXO 8

Correlación entre el nivel de estrés y la escala de Ineficacia



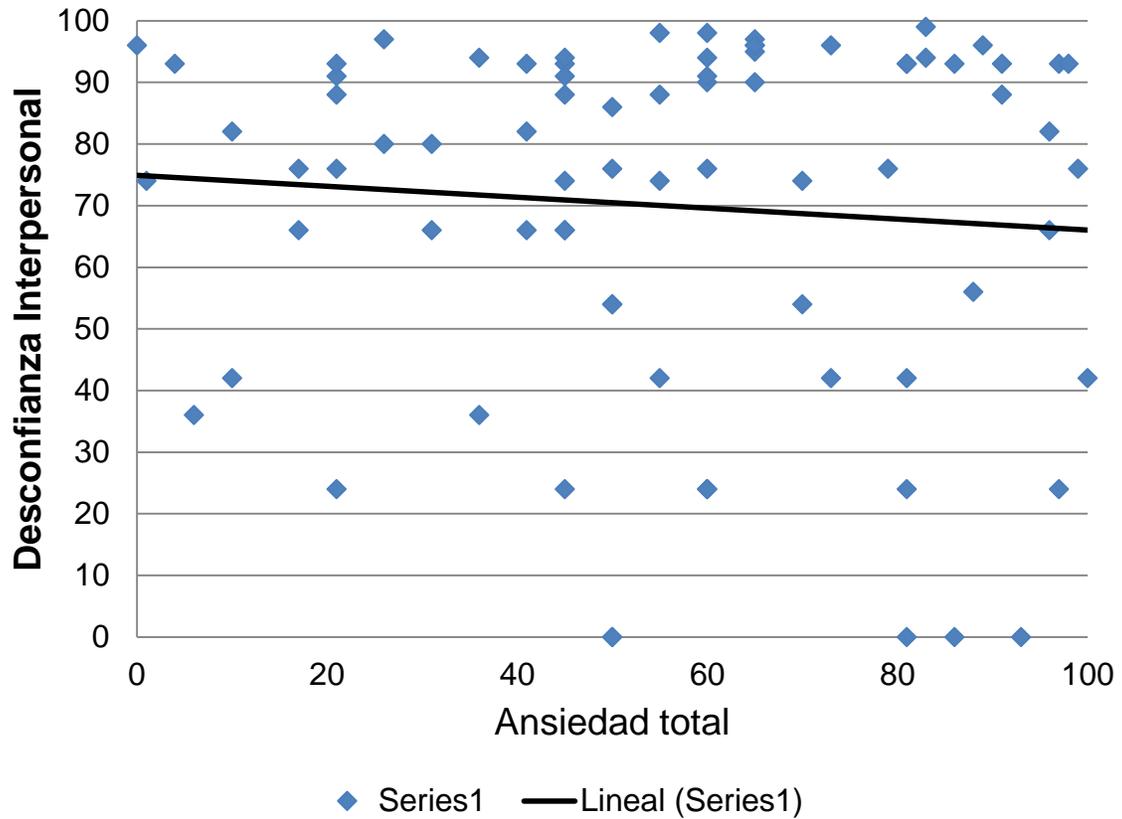
ANEXO 9

Correlación entre el nivel de estrés y la escala de Perfeccionismo



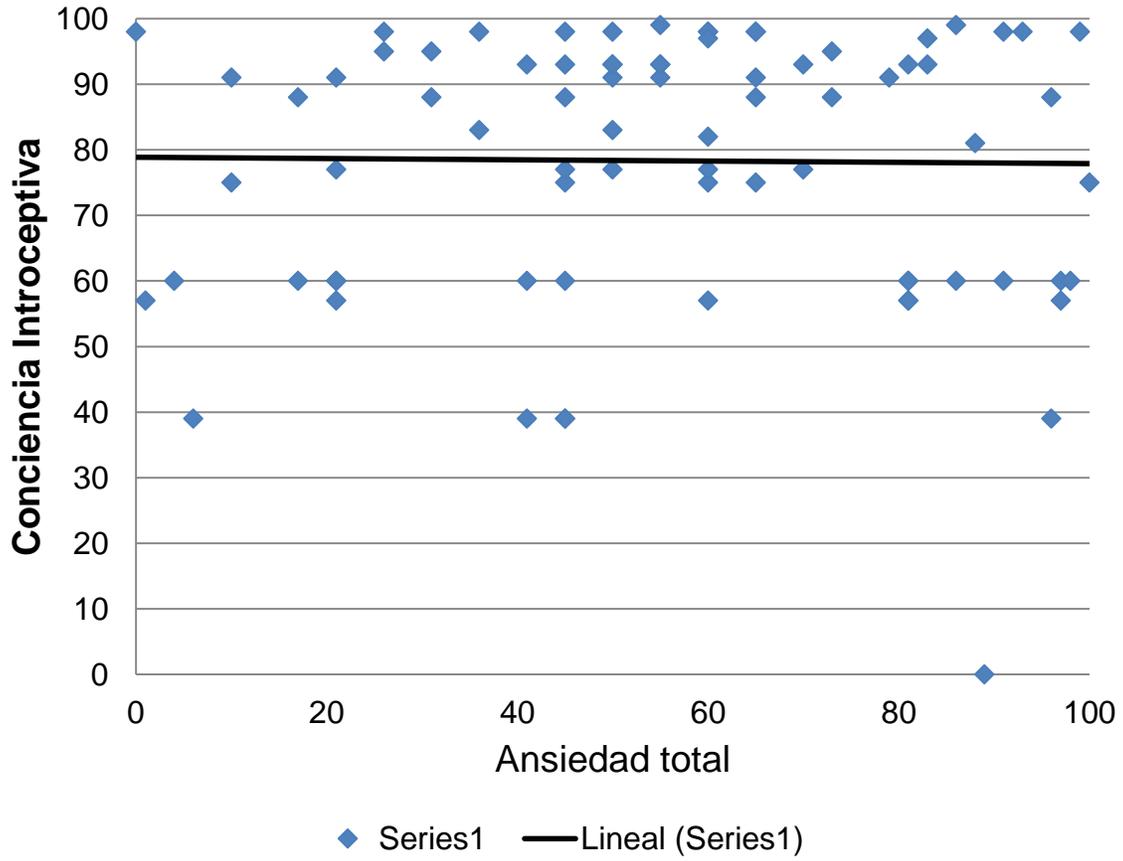
ANEXO 10

Correlación entre el nivel de estrés y la escala de Desconfianza interpersonal



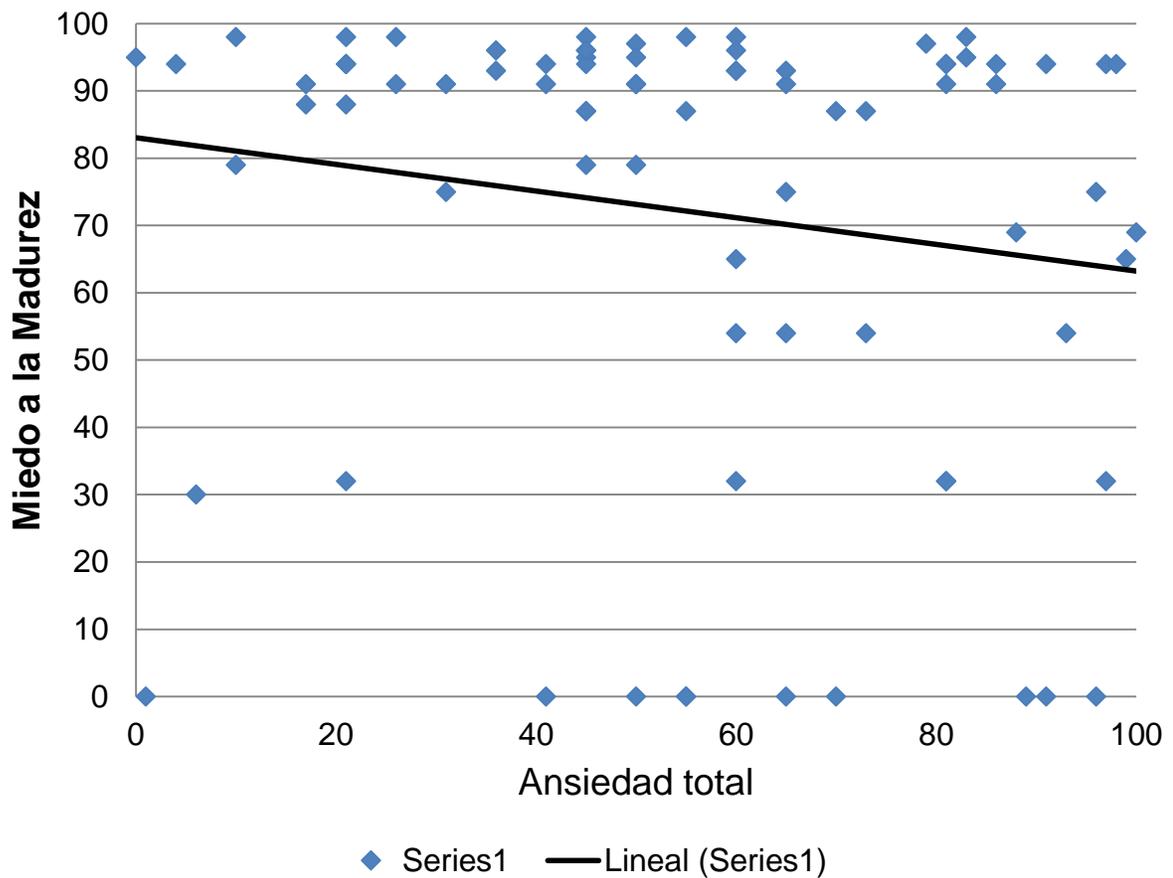
ANEXO 11

Correlación entre el nivel de estrés y la escala de Conciencia introceptiva



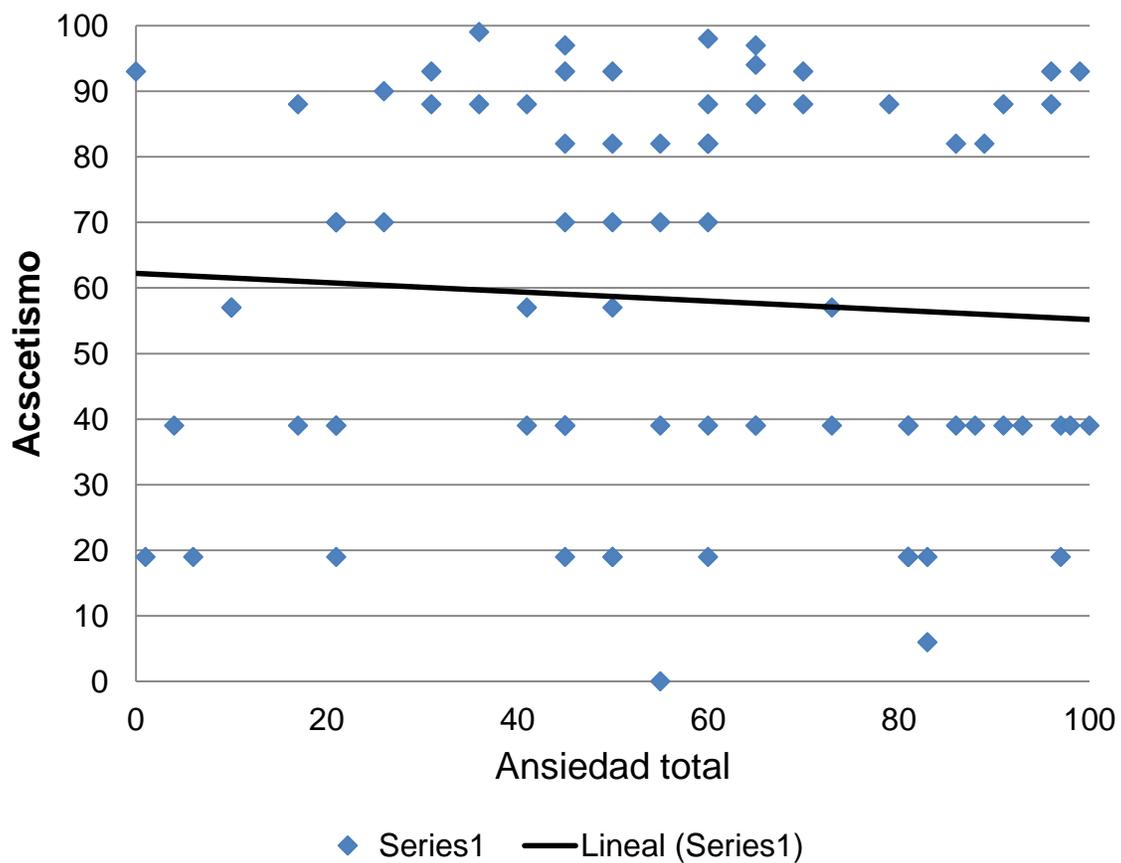
ANEXO 12

Correlación entre el nivel de estrés y la escala de Miedo a la Madurez



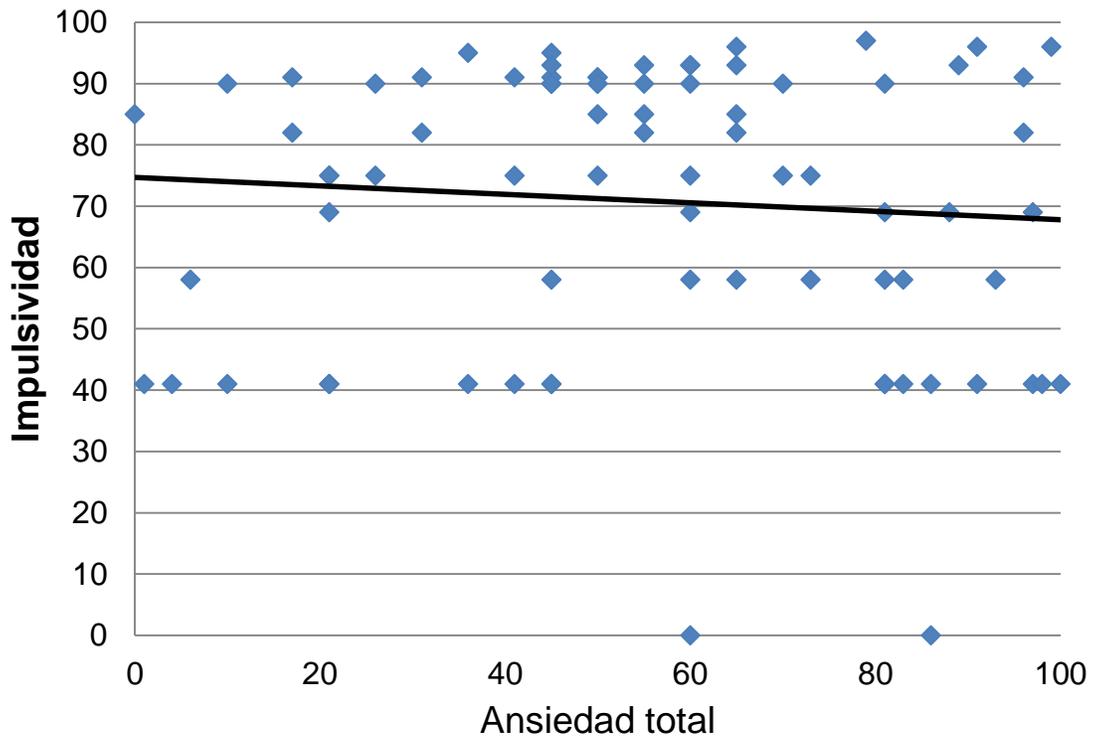
ANEXO 13

Correlación entre el nivel de estrés y la escala de Ascetismo



ANEXO 14

Correlación entre el nivel de estrés y la escala de Impulsividad



◆ Series1 — Lineal (Series1)

ANEXO 15

Correlación entre el nivel de estrés y la escala de Inseguridad Social

