



UNIVERSIDAD DON VASCO, A.C.

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

**NIVEL DE ESTRÉS EN RELACIÓN CON LOS TRASTORNOS
ALIMENTARIOS EN ADOLESCENTES DE SECUNDARIA**

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

Michel Alejandra Ayala Avalos.

Asesora: Lic. Gisela Mayanín Tafolla Torres

Uruapan, Michoacán. A 31 de julio de 2013.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

Introducción.

Antecedentes.	1
Planteamiento del problema	5
Objetivos.	6
Hipótesis.	7
Operacionalización de las variables	8
Justificación.	9
Marco de referencia.	11

Capítulo 1. El estrés.

1.1. Antecedentes históricos del estrés	13
1.2. Tres enfoques teóricos del estrés	18
1.2.1. Estrés como estímulo.	19
1.2.2. Estrés como respuesta	21
1.2.3. Estrés como relación persona-entorno (enfoque interaccionista)	22
1.3. Los estresores	25
1.3.1. Estresores psicosociales: cambios mayores, menores y cotidianos	26
1.3.2. Estresores biogénicos	29
1.3.3. Estresores en el ámbito académico	30
1.4. Procesos del pensamiento que propician el estrés	32
1.5. Los moduladores del estrés	35
1.5.1. El control percibido	36

1.5.2. El apoyo social	36
1.5.3. El tipo de personalidad: A/B	37
1.5.3.1. Personalidad tipo A y problemas cardiacos	39
1.6. Los efectos negativos del estrés	40

Capítulo 2. Trastornos alimentarios.

2.1. Antecedentes históricos de la alimentación	43
2.2. Definición y características clínicas de los trastornos alimentarios	44
2.2.1. Anorexia nerviosa	45
2.2.2. Bulimia nerviosa	47
2.2.3. Obesidad	50
2.2.4. Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas	50
2.2.5. Vómitos en otras alteraciones psicológicas	51
2.2.6. Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia	52
2.3. Esfera oroalimenticia en el infante	55
2.3.1. Organización oroalimenticia	55
2.3.2. Alteraciones en la esfera oroalimenticia	57
2.4. Perfil de la persona con trastornos alimentarios	59
2.5. Causas del trastorno alimentario	62
2.5.1. Factores predisponentes individuales	62
2.5.2. Factores predisponentes familiares	67
2.5.3. Factores socioculturales	70
2.6. Percepción del cuerpo en el trastorno alimentario	72
2.7. Factores que mantienen los trastornos alimentarios	74

2.8. Trastornos mentales asociados a los trastornos alimentarios	76
2.9. Tratamiento de los trastornos alimentarios	80

Capítulo 3. Metodología, análisis e interpretación de resultados.

3.1. Descripción metodológica	85
3.1.1. Enfoque cuantitativo	85
3.1.2. Investigación no experimental	87
3.1.3. Diseño transversal	88
3.1.4. Alcance correlacional	88
3.1.5. Técnicas de recolección de datos	90
3.2. Población y muestra	92
3.2.1. Delimitación y descripción de la población	92
3.2.2. Proceso de selección de la muestra	93
3.3. Descripción del proceso de investigación	94
3.4. Análisis e interpretación de resultados	97
3.4.1. El estrés	97
3.4.2. Indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios	100
3.4.3. Relación entre el nivel de estrés y los trastornos alimentarios.	102
Conclusiones	108
Bibliografía	110
Mesografía	113
Anexos.	

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, el estrés y los trastornos alimenticios se han convertido en factores alarmantes para la sociedad, ya que su ocurrencia se ha incrementado en los últimos años y se presentan tanto en hombres como en mujeres. En la presente investigación se abordarán de manera muy detallada las siguientes variables: estrés y trastornos alimentarios; respecto a estos últimos, el trabajo se centrará en la anorexia y la bulimia, mismos que se definirán a continuación de forma más clara.

Antecedentes

El investigador Hans Selye (referido por Palmero y cols.; 2002) define al estrés como una respuesta sin especificación, que depende de las experiencias que el sujeto presenta a lo largo de su vida, y estas a su vez lo llevan a una toma de decisiones.

Según Palmero y cols. (2002), la definición más universal sobre el concepto de estrés es la que proporciona la Organización Mundial de la Salud, para la cual el estrés es el conjunto de reacciones fisiológicas que prepara al organismo para la acción.

Palmero y cols. (2002), señalan que el estrés es un proceso psicológico que se origina ante una exigencia al organismo, frente a la cual este no tiene recursos para dar una respuesta adecuada, lo cual desencadena un mecanismo de emergencia que consiste en una activación psicofisiológica que permite recoger más y mejor

información, procesarla e interpretarla de forma rápida y eficientemente, y así permitir al organismo actuar de una manera adecuada a la demanda.

De acuerdo con Caldera y cols. (2007), el término estrés fue utilizado inicialmente por Hans Selye, en la década de 1930, cuando observó que los pacientes que estudiaba, presentaban síntomas comunes como cansancio, pérdida de peso y astenia, entre otros síntomas inespecíficos, con independencia de la enfermedad que padecían.

Para Selye (citado por Palmero y cols.; 2002), el estrés es la respuesta inespecífica del organismo ante la presencia de alguna exigencia, originada por los requerimientos ambientales y mediada por las experiencias que el sujeto ha tenido a lo largo de su vida; este grupo de factores actúan en conjunto para conducirlo a una toma de decisiones.

Por otra parte, en cuanto a los trastornos alimentarios, en el año 1873 se definió por primera vez la anorexia nerviosa como un problema médico; a finales del decenio de 1950, se describió la bulimia como un patrón de conducta de algunos sujetos con sobrepeso; posteriormente, a principios de 1970, se reconoció a la bulimia como un aspecto que se relaciona con la anorexia nerviosa (Mateos, citado por López y cols.; 2006, en www.tallersur.com).

En el mismo sentido, Buena, Caballo y Sierra definen la anorexia como la idea sobrevalorada de adelgazar, caracterizada por un conjunto de comportamientos dirigidos a mantener lo que el individuo considera el peso aceptable, con dietas

totalmente irracionales y sin poder deshacerse de un angustioso miedo a engordar (citados por López y cols.;2006, en www.tallersur.com)

Ruiz y colaboradores, quienes citan al DSM-IV, definen la anorexia nerviosa como “el rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal, considera la edad y talla” (2004: 13).

Ahora bien, este tema ha sido investigado con anterioridad por algunos autores. Por ello se presentan las siguientes investigaciones.

Ruiz y cols. (2004) realizaron un estudio sobre los trastornos alimentarios en hombres y mujeres adolescentes deportistas y no deportistas pertenecientes al Servicio de Rehabilitación Ortopédica del Centro Nacional de Rehabilitación. Se les aplicó la escala MD de treinta y tres reactivos cada uno, sobre los trastornos alimentarios; su objetivo general fue detectar si la práctica deportiva aeróbica es un factor de riesgo en la presencia de trastornos alimentarios (anorexia, bulimia y conducta alimentaria no especificada) en hombres y mujeres adolescentes pertenecientes al Centro Nacional de Rehabilitación. Los resultados fueron analizados con la prueba de la chi cuadrada, en los resultados no se encontraron diferencias significativas.

Otro estudio fue realizado en México por Martínez, Ruiz y Quiroz en 1997, cuyo objetivo fue realizar un estudio exploratorio de la ocurrencia de sintomatología de trastornos alimentarios en una población de jóvenes mexicanas; su muestra fue no

probabilística, de tipo intencional, conformada por 960 jóvenes del sexo femenino (con un rango de edad entre los 15 a los 25 años) de instituciones educativas estatales (420 de nivel profesional y 164 de nivel bachillerato). Los resultados que se obtuvieron muestran significancia estadística para anorexia en las instituciones públicas y bulimia en las privadas (referidos por Ruiz y cols.; 2004).

Finalmente, otra investigación fue hecha por Maldonado (2011) acerca de los trastornos alimentarios y su relación con el estrés en alumnas del CECYTEM de Nahuatzen, Michoacán. Su enfoque metodológico fue de tipo cuantitativo, no experimental, transversal y correlacional; su objetivo general fue establecer la relación que existe entre el estrés y los trastornos alimentarios de los alumnos del CECYTEM de Nahuatzen, Michoacán, en el cual se obtuvo como resultado que sí existe una relación significativa entre el estrés y algunos indicadores de trastornos alimentarios, específicamente en las escalas de obsesión por delgadez, bulimia, ineficacia, desconfianza interpersonal, impulsividad e inseguridad social.

De acuerdo con todos los estudios anteriores, se pretende realizar un estudio sobre el nivel de estrés en relación con los trastornos alimentarios con algunos alumnos y alumnas de la Escuela Secundaria Federal Numero 1, “General Lázaro Cárdenas del Río”, ya que actualmente se ha desarrollado con más frecuencia esta problemática entre los jóvenes y por ello, resulta de suma importancia investigar sobre este tema más a fondo.

Planteamiento del problema

En la actualidad el estrés es uno de los trastornos que se ha desencadenado con mayor frecuencia en la sociedad; se atribuye principalmente al ritmo de vida actual, a presiones económicas, rendimiento escolar y problemas familiares; sin embargo, se ha notado que entre los adolescentes el nivel de estrés se da con más intensidad, ya que están en una etapa en la que son más vulnerables a los cambios que van percibiendo en su contexto social, por lo cual es de suma importancia revisar detalladamente los factores que pueden ocasionar estrés en ellos.

Otro tema relevante para los adolescentes de hoy en día es la apariencia física, lo que incluye las modas que se imponen entre ellos y en las cuales la mayoría tiende a caer. Desafortunadamente, los estereotipos de belleza de las mujeres y hombres en su mayoría suelen ser de un aspecto corporal muy delgado; por lo mismo, la mayoría de estos jóvenes se someten a dietas rigurosas y con esto se provocan distintos tipos de trastornos alimentarios. Cada vez es más frecuente encontrar notas periodísticas que hablan del incremento en los casos de adolescentes que presentan este problema, y más alarmante aún al saber que ocurre en ambos géneros.

De lo anterior surge el siguiente cuestionamiento: ¿existe relación significativa entre el nivel de estrés y los trastornos alimentarios en alumnos de la Escuela Secundaria Federal Número 1, “General Lázaro Cárdenas del Río”, de Uruapan, Michoacán?

Objetivos

Las directrices que enseguida se enuncian, contribuyeron a encauzar los esfuerzos y recursos disponibles, de modo que se aumentara la eficiencia de la investigación

Objetivo general

Establecer la relación entre el nivel de estrés y los trastornos alimentarios en alumnos de la Escuela Secundaria Escuela Secundaria Federal Número 1, “General Lázaro Cárdenas del Río”, de Uruapan, Michoacán.

Objetivos particulares

1. Conceptualizar el término estrés.
2. Describir los niveles del estrés.
3. Describir las teorías del estrés.
4. Identificar los principales efectos del estrés en las personas.
5. Señalar los principales factores del estrés.
6. Definir los principales trastornos alimentarios.
7. Identificar las causas de los trastornos alimentarios.
8. Medir el nivel de estrés en alumnos de la Escuela Secundaria Federal Número 1, “General Lázaro Cárdenas del Río” de Uruapan, Michoacán.
9. Cuantificar los indicadores de los trastornos alimentarios.
10. Identificar el nivel en que se presentan los trastornos alimentarios.

Hipótesis

En este apartado se muestran las explicaciones tentativas de esta investigación, las cuales se comprobaron más adelante.

Hipótesis de trabajo

Existe relación significativa entre el nivel de estrés y los trastornos alimentarios en los adolescentes de la Escuela Secundaria Federal Número 1, “General Lázaro Cárdenas del Río”, de Uruapan, Michoacán.

Hipótesis nula

No existe relación significativa entre el nivel de estrés y los trastornos alimentarios en los adolescentes de la Escuela Secundaria Federal Número 1, “General Lázaro Cárdenas del Río”, de Uruapan, Michoacán.

Operacionalización de las variables

Operacionalizar se refiere a la manera en que se obtendrá la información necesaria sobre las variables a examinar.

La variable estrés fue medida con el test psicométrico llamado Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños, Revisada (CMAS-R), la cual fue creada por Reynolds y Richmond (1997); los resultados obtenidos mediante la aplicación de dicha prueba constituyeron los indicadores del nivel estrés que presentan los sujetos investigados.

El rango de edades que cubre este instrumento es desde los 6 hasta los 17 años de edad.

La prueba CMAS-R, además de brindar la puntuación de ansiedad total, ofrece cuatro índices de subescalas, las cuales se denominan: ansiedad fisiológica, inquietud/hipersensibilidad, preocupaciones sociales/concentración y mentira.

Por otra parte, en esta investigación se consideran como indicadores de la variable Trastornos alimentarios, los puntajes 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 once escalas que representan los principales síntomas que normalmente acompañan a la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa: obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva, miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad e inseguridad social.

Justificación

La presente investigación beneficiará directamente a la psicología en general, ya que en la actualidad han surgido con mayor intensidad, factores que propician fácilmente ciertos niveles de estrés y con ello llevan a una problemática más grave, como lo son los trastornos alimentarios, por lo tanto, los resultados obtenidos pueden emplearse para definir casos similares, en entornos parecidos o como referencia en otras condiciones.

Asimismo, este trabajo favorecerá a los alumnos con los que se trabaje, ya que se les ampliará la información que tienen acerca de este tipo de problemáticas en las que están involucrados para que, de esta manera, tengan un conocimiento más certero sobre el tema.

De la misma forma, esta investigación ayudará a los padres de familia de los adolescentes con los que se realice el estudio, ya que podrán indagar más sobre esta problemática que se ha acrecentado en la actualidad y que se puede presentar en sus hijos, así, contarán con datos más específicos.

La utilidad de esta investigación en la Escuela Secundaria Federal Número 1, “General Lázaro Cárdenas del Río”, de Uruapan, Michoacán, radica en que conociendo a los alumnos que se encuentren en una problemática relacionada con el tema de investigación, se les puede dar una atención más personalizada y de esta manera, poder prevenir nuevos casos de estrés en relación con los trastornos alimentarios, con terapias o charlas sobre este tema.

Los resultados de esta investigación sirven como referencia a la Escuela de Psicología de la Universidad Don Vasco y al Centro de Atención Psicológica de dicha institución, y pueden ser utilizados ante la posibilidad de que se presenten casos similares que deban ser atendidos, ya que es muy probable que los resultados encontrados se repitan en otras demarcaciones.

Del mismo modo, este trabajo cuenta como herramienta para los pedagogos, ya que conociendo problemáticas de este tipo, pueden crear estrategias de aprendizaje que contengan aspectos psicológicos y emocionales que enriquezcan la formación de los alumnos.

Los psicólogos se beneficiarán con este proyecto al momento de hacer nuevas investigaciones sobre el mismo tema, comparando resultados y metodologías.

El resultado de la investigación será útil a la sociedad, ya que con ello se podrán prevenir de manera más adecuada los casos de estrés y trastornos alimentarios, esto permitirá rehabilitar a aquellos individuos que presentan uno o ambos trastornos, devolviéndoles una vida normal; con ello disminuirá el gasto social que implica el tratamiento.

Marco de referencia

A continuación se dará una información general sobre el lugar en donde se llevó a cabo esta investigación.

La Escuela Secundaria Federal Número 1, “General Lázaro Cárdenas del Río” (ESFU 1), es una institución pública ubicada en la calle Loma Larga, en la colonia Lomas del Valle, con código postal 60110, en Uruapan, Michoacán. Esta escuela fue fundada en 1944; así pues, cuenta con sesenta y ocho años de antigüedad, atendiendo a alumnos de 12 a 16 años de edad.

La misión de esta secundaria es formar eficientes alumnos, brindándoles bases sólidas que den fortaleza al trabajo académico y de orientación social. De la misma manera la visión de este plantel es dar una educación de calidad acorde con los intereses y necesidades de los jóvenes de dicha institución.

Actualmente, este plantel cuenta con un aproximado de 1400 alumnos en dos turnos: matutino y vespertino; del mismo modo, la población que atiende es de nivel medio-bajo, de las colonias aledañas y de la ciudad de Uruapan, en general.

La secundaria ESFU 1 cuenta con noventa y ocho empleados, entre ellos docentes, trabajadores y administrativos; entre los que se cuentan profesionistas de distintas áreas, como son: ingenierías, licenciaturas en educación y algunos técnicos.

Dicha institución cuenta con siete edificios, así como cuatro áreas de baños: dos del turno matutino y los restantes para el vespertino; dos canchas deportivas: una de fútbol y una de basquetbol; seis áreas verdes, dos oficinas, así como una sala audiovisual y talleres para diversas tecnologías tales como: corte y confección, bordados y tejidos, estructuras metálicas, mecánica automotriz, carpintería, computación, dibujo técnico y electricidad.

Para finalizar, la institución se fundamenta en el artículo 3° de la Constitución Mexicana, así como en los planes y programas de la educación secundaria establecidos por la SEP.

CAPÍTULO 1

ESTRÉS

El estrés actualmente es un factor que se ha desarrollado con más frecuencia en la sociedad. Las personas viven de una forma más acelerada y llevan rutinas muy estrictas, por lo que su vida diaria les causa mayor estrés.

En el presente capítulo se tratarán los siguientes puntos: los antecedentes históricos del estrés, sus tres enfoques teóricos (como estímulo, respuesta e interacción), los estresores, los procesos del pensamiento que propician dicha condición, así como sus moduladores y finalmente, los efectos negativos de este fenómeno.

1.1 Antecedentes históricos del estrés.

El estrés es un problema de salud que en los últimos años se ha desarrollado con más frecuencia entre las personas, lo cual hace que se enfermen físicamente más a menudo y su vida cotidiana se vea afectada.

Remontándose a su origen, la palabra estrés proviene del latín *stringere*, que significa presionar, comprimir u oprimir. “Posteriormente este término empezó a utilizarse en la física y en la metalurgia para referirse a la fuerza que se aplica a un objeto y mediante la cual es posible deformarlo o romperlo” (Sánchez; 2007: 15).

Según Lazarus y Lazarus (2000) en el siglo XVII el estrés toma su primera importancia gracias a un físico y biólogo llamado Robert Hooke, quien intentaba ayudar a ingenieros a construir estructuras hechas por los hombres, dichos puentes debían resistir cualquier desastre natural como terremotos y huracanes. Los ingenieros tenían que idear la manera de que sus trabajos quedasen resistentes.

Así pues, el análisis que realizó Robert Hooke, tuvo gran auge en la manera de definir la tensión en fisiología, sociología y psicología. De esta forma, el estrés se convierte en un concepto en donde se especifica como una exigencia del entorno sobre un sistema biológico, social o psicológico, que podría ser algo similar a la carga que un puente puede soportar.

De este modo, Robert Hooke estaba realmente interesado en cada una de las características que tienen todos los metales: su fuerza y cómo se pueden destrozarse con una carga demasiado grande; tomaba como ejemplo el hierro forjado, que es un metal blando, flexible, se puede doblar pero no se rompe, en comparación con el hierro fundido, que es duro, frágil y se rompe con gran facilidad. De esta forma se tenía que manejar un material adecuado para que pudiera soportar cualquier tipo de carga. Así pues, a los psicólogos les pareció práctico establecer una similitud con esta idea, ya que con las personas pasa algo similar cuando tienen que soportar diferentes niveles de estrés.

Por otra parte, según Sánchez (2007), el médico Claude Bernard señaló que la naturaleza provee genéticamente a los seres vivos de los mecanismos necesarios para

combatir las contingencias del ambiente externo. De este modo, Bernard descubrió que si bien cualquier situación externa puede perturbar al organismo, este posee la capacidad de conservar una estabilidad interna, así existan condiciones externas que lo afecten. Finalmente, las investigaciones de este científico tienen un concepto clave: “la estabilidad del medio ambiente interno es la condición indispensable para la vida libre e independiente. Desde este punto de vista, el proceso de sobrevivencia estaría determinado por una interacción entre el ambiente externo y los mecanismos biológicos internos que posee el organismo” (Sánchez; 2007: 16).

De la misma manera, la autora referida menciona a Walter Bradford Cannon, quien nombró al estado dinámico como “homeostasis”; al respecto realizó diferentes investigaciones donde demostró que el cuerpo se puede adaptar a diversas situaciones que impliquen peligros externos importantes.

Así pues, Cannon ayudó a forjar las bases para las investigaciones posteriores que realizaría Selye, ya que descubrió años antes que cuando un cuerpo siente temor o se enfrenta a una emergencia, su cerebro reacciona activando el sistema nervioso simpático. En 1922, Cannon presentó el concepto de homeostasis para indicar a los procesos fisiológicos coordinados que conservan de manera constante el medio interno por medio de mecanismos fisiológicos. El fisiólogo “insistió sobre todo en la función del sistema nervioso central en el control de la homeostasis y en la descarga de adrenalina por las glándulas medulosuprarrenales, como mecanismo del cerebro frente a una señal de amenaza a la homeostasis, la cual se produce cuando se percibe

alguna agresión. Este proceso lleva a su vez modificaciones cardiovasculares que preparan el cuerpo para la defensa” (Sánchez; 2007: 16).

Por último, Cannon propuso que los eventos inesperados que causan emociones, pueden detonar una respuesta del tipo de ataque o fuga, y así permite conocer la relación entre lo psicológico y lo biológico.

Sánchez (2007) menciona a Hans Selye, investigador que identificó la reacción inespecífica, fisiológica, adaptativa frente a cualquier tipo de situación ejercida sobre el organismo por una gran variedad de estímulos heterogéneos que desencadenan variaciones de tipo endocrino; a esta reacción la nombró como “Síndrome general de adaptación”. Por ello más tarde definió al estrés como la respuesta no específica del organismo a cualquier demanda del mundo exterior, y al estímulo que causa dicho estrés lo llamo estresor; esto lo expuso ante La Organización Mundial de la Salud.

Selye describe algunas reacciones que pueden ocurrir en el cuerpo ante cierto enfrentamiento o huida, las cuales son: las pupilas se agrandan para optimizar la visión y el oído se agudiza, los músculos se tensan para responder a la amenaza, y la frecuencia cardiaca y respiratoria aumentan, de manera que la sangre es bombeada en forma abundante y fluida para apresurar la llegada de oxígeno a las células y así favorecer las respuestas del peligro. Esto lo hace con el propósito de enviar la sangre a los órganos principales como son: el corazón, los riñones, el hígado, los pulmones, los músculos grandes y el cerebro; por el contrario, en zonas de menor riesgo, como la digestión y la circulación periférica, hay menor flujo y disminuye de manera drástica,

por lo cual existe un mecanismo diseñado por la naturaleza que permite enfrentar el peligro.

Por otra parte Lazarus y Lazarus (2000) retoman ideas desde la Primera Guerra Mundial, donde las personas creían que el ruido que ocasionaban los proyectiles, desencadenaba una conmoción, ya que presuntamente la presión del ruido de dichos proyectiles al estallar, ocasionaba daños al cerebro, lo cual era totalmente falso. Más tarde, en la Segunda Guerra Mundial, surgió la inquietud sobre el estrés debido a que los soldados en ocasiones se sentían deprimidos en algunos combates militares; a estas crisis se les solía nombrar de diversas formas como “fatiga de combate” o “neurosis de guerra”. A causa de estas situaciones, los militares se sentían desalentados porque en ocasiones preferían ocultarse de su oponente y preferían no usar sus armas, de modo que tenían que ser relevados de sus deberes debido a los trastornos del estrés que sufrían.

Debido a lo anterior, Lazarus y Lazarus (2000) decidieron efectuar diversas investigaciones sobre dicha problemática. Después de la Segunda Guerra Mundial, se dedujo que este problema de los militares ocurre en forma algo similar en las demás personas, quienes enfrentan diversas causas que pueden producir estrés en su vida cotidiana como enfermarse, aprobar un examen, contraer matrimonio, asistir a la escuela, entre otros.

En las décadas de los sesentas y setentas, el estrés siguió siendo un tema relevante entre las personas. Lo que se ha comprendido a lo largo de los años es que

siempre se requiere cierto estrés para tener más energía en las actividades y problemas que cotidianamente se llevan a cabo entre los seres humanos.

No obstante, el estrés se manifiesta de distintas formas en cada individuo, ya que hay personas que funcionan mejor bajo el estrés, mientras que otras se sienten más débiles cuando están sometidas a una situación de ese tipo.

Para finalizar, cabe destacar que dicho fenómeno ha existido desde siempre y que es un factor que no hay que dejar pasar desapercibido, ya que en la actualidad la sociedad se ve sometida a ciertos grados de estrés en su vida cotidiana, que pueden canalizarse de manera positiva, ayudando a que funcionen de manera normal; o bien, manifestarse como estrés negativo, ante el cual, por consecuencia, llegan a enfermarse frecuentemente.

1.2 Tres enfoques teóricos del estrés.

Desde los tiempos más antiguos ha existido el estrés, manifestado de diversas formas, aunque en esa época las personas no sabían de qué se trataba. Por lo tanto, es necesario describir a fondo como se presenta el estrés en diferentes situaciones; para ello se manejan tres enfoques que se detallan enseguida de manera más específica.

1.2.1 Estrés como estímulo.

A continuación se describen de manera minuciosa las características del estrés como estímulo, para identificarlo de forma más clara.

Según Travers y Cooper (1996, citando a Goodell y otros), desde tiempo atrás, en el siglo V a.C., el médico Hipócrates pensaba que el entorno influía mucho en las características mediante las cuales se manifestaban la salud y enfermedad.

Posteriormente, se creía que las diferentes características ambientales molestas influyen sobre la persona de una forma inadecuada, por lo cual esta presenta cambios, de modo que “el nivel de tensión apreciable y su tipo dependerán del individuo y de la duración y fuerza de la presión aplicada. En términos de personas, la presión puede ser física o emocional y, si tiene lugar durante un dilatado período de tiempo, puede conducir eventualmente a diversas reacciones de ansiedad, que a su vez resulten estresantes” (Travers y Cooper; 1996: 31).

Por lo tanto, de acuerdo con Travers y Cooper (1996, citando a Fisher), las personas dan por hecho que el estrés es una condición ambiental, ya sea de forma física o psicológica.

Asimismo, el sistema que se lleva a cabo en este enfoque consiste en la identificación de los estímulos potencialmente estresantes como pueden ser: presiones ambientales (ruido), sociales (racismo), psicológicas (la depresión), físicas (la discapacidad), económicas (la pobreza) y los desastres naturales (inundaciones).

Por ello se realiza la medición de la toxicidad de cada estímulo (Travers y Cooper; 1996, citando a Holmes y Rahe).

Además de ello, cabe mencionar que existe un elemento básico en esta teoría del estrés, el cual se basa en que cada sujeto tiene un nivel de tolerancia que es superable, y que cuando se extralimita, esta situación le puede causar daños temporales o permanentes (Travers y Cooper; 1996).

Por esto, se hace hincapié en “el hecho de que un individuo está expuesto siempre a multitud de presiones, y puede dominarlas con bastante efectividad, si bien basta un suceso insignificante para desequilibrar la balanza entre una actitud resolutiva y un completo hundimiento potencial” (Travers y Cooper; 1996: 32). Lo anterior provocó mayor interés en esta idea, ya que el crecimiento de la industrialización iba en aumento y con ello se volvía más estresante por circunstancias como su entorno físico, laboral (calor, ruido) y del propio trabajo (sobrecarga laboral) (Travers y Cooper; 1996).

Los autores anteriores retoman a Selye para afirmar existe una división en el estrés: por una parte está el de tipo negativo, al que se denominó distrés, que es indeseable, incontrolable y posiblemente dañino; por otra parte existe el estrés positivo, al que nombró como eustrés, que tiene como características motivar el crecimiento, el desarrollo y el cambio.

Finalmente, Selye retoma como tema principal del modelo basado en los estímulos, por lo que identifica cuatro tipos de estrés que puede tener una persona

como son: exceso de estrés o hiperestrés, defecto de estrés o hipoestrés, estrés negativo o distrés y estrés favorable o eustrés (referido por Travers y Cooper; 1996).

1.2.2. Estrés como respuesta.

En el presente subtema se habla de estrés como respuesta y la forma en que se puede identificar gracias a sus características.

De acuerdo con Travers y Cooper (1996, citando a Fisher) el estrés como respuesta es la variable independiente, esto es, cuando la persona reacciona ante un estímulo, ya sea amenazador o desagradable.

Muchas personas coinciden con que el término “bajo presión” tiene que ver con el estrés, ya que cuando tienen muchas actividades y poco tiempo para realizarlas, se sienten sumamente estresados. Otras circunstancias que pueden venir de la mano con el estrés son el esfuerzo, la tensión y presión. Por ello, este modelo de estrés se basa en la manifestación del fenómeno.

Fontana (1992) nombra tres esferas de efectos psicológicos en los que se puede manifestar la respuesta ante el estrés:

- 1) Área cognitiva: disminución en la atención y concentración, aumento de la distractibilidad, deterioro de la memoria, velocidad de respuesta impredecible, errores en tareas y deficiente planeación a largo plazo.

- 2) Área emocional: incremento de tensión psicológica (muchas preocupaciones que no se abandonan), hipocondría, cambios en rasgos de personalidad, se agudizan deficiencias personales que ya se tenían, debilitamiento de restricciones morales, pérdida de autoestima y depresión.
- 3) Área conductual: existen problemas del habla, no se realizan tareas que antes gustaban, hay ausentismo a tareas obligatorias, consumo de drogas, baja en niveles de energía, pérdida de sueño, conductas cínicas, no se resuelven problemas a fondo y hay amenazas de suicidio.

1.2.2 Estrés como relación persona-entorno (enfoque interaccionista)

A continuación se habla del estrés como una relación persona-entorno, mejor conocido bajo el enfoque de interacción, el cual se describe de manera detallada.

De acuerdo con Travers y Cooper (1996) hoy en día el estrés ya no se considera un fenómeno ante una respuesta ni un estímulo, ahora se entiende como un proceso más complejo que integra a los dos elementos anteriores.

De este modo, Travers y Cooper (1996, citando a Pearlin y otros), mencionan que el estrés no es un acontecimiento, sino un proceso complejo y que puede ser desafiante a nivel intelectual.

Asimismo, el estrés se puede entender como el grado de adaptación entre la persona y el entorno; es una interacción entre ellos y de esta manera, los individuos influyen en su contexto y reaccionan ante él. Así pues, “el entorno per se no es

estresante, sino que la relación entre la persona y el entorno es lo que puede dar lugar a una experiencia estresante” (Travers y Cooper; 1996: 32).

Por otra parte, se dice que el estrés es el responsable de que los estímulos estresantes superen la capacidad que tiene la persona de resistirlos. Por lo cual, para pretender controlar la experiencia del estrés, una persona puede tratar de alterar su entorno o modificar su forma de reaccionar de manera diferente ante situaciones específicas (Travers y Cooper; 1996).

Así pues, la intención de enfrentarse al estrés se produce para que la persona y el entorno logren alcanzar un estado de adaptación. De este modo Travers y Cooper (1996; citando a Meichenbaum) definen al estrés como un término relacional equilibrado de forma cognitiva. En dicha forma, lo principal es la percepción que tiene la persona del estímulo estresante, no la existencia objetiva de este.

Por último, el estrés no es solamente un estímulo ambiental o una respuesta ante las exigencias del entorno, es un concepto dinámico y relacional. De este modo se provoca una relación frecuente entre la persona y su entorno que se equilibra por un grupo complejo de procesos cognitivos constantes. Así pues, Travers y Cooper (1996), mencionan cinco aspectos fundamentales del modelo cognitivo sobre el estrés, los cuales son:

1. Valoración cognitiva: la cual consiste en la percepción subjetiva de la situación que lleva a la experiencia.

2. Experiencia: la percepción de la situación dependerá de la manera en que el individuo se adecue ante dicha situación; también influye su aprendizaje, sus éxitos o fracasos pasados.
3. Exigencia: este aspecto consiste en el requerimiento real y el percibido, junto con la capacidad apreciada y la real. Esta percepción queda reforzada por las necesidades de la persona, sus deseos y su nivel de estimulación inmediata.
4. Influencia interpersonal: esto depende de la forma de percibir una fuente potencial de estrés y de la presencia o ausencia de otras personas, que influirán en la experiencia subjetiva del estrés y en las conductas de respuesta y superación; esto puede ser tanto positivo como negativo.
5. Un estado de desequilibrio: este consiste en un desequilibrio entre la exigencia que se percibe y la capacidad percibida de superar esa demanda, por lo cual se forman las estrategias de superación, que tienen en cuenta las consecuencias pasadas de tales acciones (las positivas restauran el equilibrio, mientras que las negativas potencian aún más la situación negativa).

Finalmente, con estos aspectos fundamentales en la interacción del estrés que enlistan Travers y Cooper (1996), se puede notar que existen varios estímulos que propician el estrés.

1.3 Los estresores

En el siguiente apartado se habla de los estresores, así como una descripción del modo en que se manifiestan.

De acuerdo con Palmero y cols. (2002), un estresor es cualquier tipo de cambio que sufre una persona en su vida, el cual puede ser de lo más sencillo a lo más complicado. Estos cambios pueden ser positivos o negativos en la rutina diaria de las personas.

Cabe mencionar que el estrés es una relación entre el individuo y su entorno, que puede ser en ocasiones amenazante y poner en riesgo el bienestar personal. Por ello, estos estímulos son generadores de estrés y se consideran como acontecimientos que llevan a cambios en las rutinas de la vida cotidiana de las personas, cambiando sus automatismos y produciendo nuevas situaciones y necesidades, sobre las cuales tiene que aprender la forma apropiada de reaccionar (Palmero y cols.; 2002).

Palmero y cols. (2002) citan a Lazarus y Cohen, quienes hablan de tres estresores psicosociales, de acuerdo con la intensidad de los cambios que se producen en una persona: en primer lugar están los cambios mayores, o estresores únicos, que se refieren a catástrofes y cambios drásticos de las condiciones en el entorno de vida de las personas, y que normalmente afectan a una gran cantidad de ellas.

En segundo lugar se encuentran los cambios menores, o estresores múltiples, estos afectan solo a una persona o a un pequeño grupo de ellas, y pertenecen a cambios significativos y con trascendencia vital para las personas.

Finalmente están los estresores cotidianos, o microestresores, estos consisten en la acumulación de molestias, imprevistos y alteraciones en las pequeñas rutinas cotidianas.

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

A continuación se aborda el tema sobre los estresores psicosociales, sus cambios y la forma en que se manifiestan.

Según Palmero y cols. (2002), existen tres cambios en los estresores: el primero son los cambios mayores, que consisten en cambios drásticos en la vida de un individuo, como son: ser víctima de violencia, sufrir notables problemas de salud que puedan requerir de una cirugía mayor o enfermedades terminales, migración, así como catástrofes de tipo natural. Este tipo de estresores suele caracterizarse por afectar a una gran cantidad de personas.

Después están los cambios menores o acontecimientos vitales estresantes; estos incluyen ciertas circunstancias que pueden encontrarse fuera de control de la persona, como el fallecimiento de un ser querido, una enfermedad incapacitante o la pérdida de un trabajo, peligro de la propia vida, entre otros. Dentro de estos cambios menores existen una serie de desencadenantes de estrés que puede sufrir una persona, los cuales son:

- El propio desarrollo biológico: se trata del proceso evolutivo de las personas, como la pubertad, el cambio al estado adulto, la menopausia en el caso de las mujeres o entrar en la década de los cuarenta.
- En el caso de los niños y adolescentes, suelen existir otros factores familiares que incitan el estrés, como son: relaciones frías y distantes entre los padres, trastornos somáticos o mentales en los miembros de la familia, comportamiento distante en las relaciones paterno-filiales, estimulación cognitiva o social insuficiente, excesiva o confusa; una situación familiar diferente como una familia adoptiva o la pérdida de algún miembro de la familia nuclear, entre otros.
- La vida conyugal, ya sea el matrimonio o situación la extramatrimonial, por ejemplo: contraer un compromiso matrimonial, las discusiones de pareja, la separación o fallecimiento de uno de los cónyuges.
- La paternidad: ser padre o madre, la enfermedad de un hijo y mantener relaciones complicadas con los hijos.
- Las situaciones ambientales, como son los cambios de residencia, la inmigración o amenazas a la integridad personal.

Finalmente, están los estresores cotidianos o microestresores, que consisten en hechos de poca importancia, pero frecuentes, como tener pequeños disgustos en los que la persona puede molestar con facilidad. Este tipo de estresores actúan de forma que van cambiando los patrones de comportamiento, de este modo, la activación del estrés produce un ajuste ante las nuevas condiciones.

Los estresores cotidianos en ocasiones presentan características objetivas como: producir un estado de incertidumbre, un cambio en la situación ambiental o una sobrecarga de información; puede haber una ausencia o disminución en las habilidades de comportamientos para afrontar situaciones que se presenten, entre otros.

Palmero y cols. (2002) citando a Kanner y cols., nombran algunos de los estresores cotidianos que pueden afectar a las personas, como son: las responsabilidades domésticas, la economía, el trabajo, los problemas ambientales y sociales, la salud, la vida personal, así como todo lo relacionado con la familia y amigos.

En conclusión, se pueden distinguir dos tipos de microestresores, los cuales son: las contrariedades, que consisten en situaciones que llevan a un malestar emocional o estados irritables que también pueden ser clasificados como problemas prácticos, por ejemplo: la pérdida de un objeto, situaciones imprevistas o problemas sociales; por otro lado, están las satisfacciones, que radican en experiencias y emociones positivas y se distinguen por compensar los efectos de las contrariedades.

1.3.2. Estresores biogénicos.

En el presente tema se presentan los estresores biogénicos y como se pueden identificar, así como algunos ejemplos que se mencionan.

Palmero y cols. (2002) citan a Everly, quien hace una diferenciación en los desencadenantes del estrés en los tipos de estresores: los psicosociales y los biogénicos. De esta manera, se dice que los estresores son situaciones del medio ambiente que pueden ser reales o imaginarias, y a su vez disponen las condiciones para provocar la respuesta del estrés.

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

Los autores referidos mencionan algunos ejemplos de estresores biogénicos, como son:

1. Cambios hormonales en el organismo: estos son los que ocurren en la etapa de la pubertad, así como el síndrome premenstrual en las mujeres.
2. Ingestión de determinadas sustancias químicas, como pueden ser: la cafeína, la fenilpropanolona, las anfetaminas, la teofilina o nicotina y la teobromina.
3. Reacción a ciertos factores físicos: los cuales pueden ser estímulos que incitan dolor, calor o frío extremo.

4. Finalmente está el estrés alérgico, que produce reacciones alérgicas ante diversas situaciones que produzcan estrés y la reacción se utiliza como una forma de mecanismo de defensa del organismo.

1.3.3 Estresores en el ámbito académico.

En el presente subtema se tratan de manera detallada los estresores que pueden surgir en el ámbito académico.

Barraza (2003) cita a Polo, Hernández y Poza, quienes sugieren algunas situaciones como estresores en el entorno académico, algunas pueden ser: exposición de trabajos, cuando se tiene alguna intervención en la aula (realizar o responder preguntas, participar en conversaciones), al realizar un examen, acudir al despacho del profesor para tutoría, sobrecarga académica (excesivo número de créditos, trabajo obligatorio, entre otros), exceso de alumnos en las aulas, competitividad entre compañeros, así como trabajar en grupo.

Del mismo modo, Barraza (2003) agrega otros estresores académicos como el exceso de responsabilidad, interrupciones del trabajo, tener un ambiente físico desagradable, por falta de incentivos, tiempo limitado para hacer trabajos, problemas o conflictos con los profesores y/o compañeros, evaluaciones y por último, el tipo de trabajo que se pide.

Por otra parte, el estrés académico puede ser disfuncional cuando no permite al individuo responder de la manera que desea y para la cual se ha preparado, o bien, cuando sostiene el estado de alerta por más tiempo necesario para responder a las demandas, lo que deriva en múltiples síntomas como: dolores de cabeza, problemas gástricos, alteraciones en la piel (por ejemplo, acné), alteraciones del sueño, inquietud, dificultad para concentrarse y cambios en el humor, entre otros (Pérez, citado por Barraza; 2003).

Sin embargo, el rendimiento académico puede verse afectado negativamente cuando se requiere de más tiempo para aprender o ante respuestas en las pruebas académicas, las personas se pueden bloquear, pese a los conocimientos que se tengan y a los esfuerzos que se realicen para obtener satisfactorios resultados.

De la misma forma, Barraza (2003) cita a Hernández, Polo y Poza para exponer doce tipos de respuestas de estrés académico, los cuales son: preocuparse; cuando el corazón late apresuradamente, o por falta de aire y una respiración agitada; cuando se realizan movimientos repetitivos con alguna parte del cuerpo, el cual se queda paralizado o sus movimientos son torpes; el sentir miedo, así como sentir molestias en el estómago y fumar, beber e incluso comer demasiado.

Finalmente, otras respuestas ante el estrés académico pueden ser: tener pensamientos o sentimientos negativos, temblores de las manos o las piernas, dificultad para expresarse verbalmente o en ocasiones tartamudear, inseguridad de sí

mismo, resequedad de boca y dificultades para tragar, por último, sentir ganas de llorar.

1.4. Procesos del pensamiento que propician el estrés.

En el siguiente apartado se abordan los procesos del pensamiento que inducen al estrés y la forma en que se pueden manifestar.

De acuerdo con Powell (1998), existen varios investigadores que estudiaron las distorsiones del pensamiento en las personas. Primeramente está Sigmund Freud, quien pensaba que las distorsiones más perjudiciales deberían ser indagadas en las áreas de la agresión y las percepciones sexuales; Alfred Adler, en cambio, planteó que la neurosis humana era creada por la creencia equivocada de que el individuo debía probar su superioridad personal, sin pensar en el bien común.

Por otra parte “el enfoque cognitivo actual del crecimiento humano y de la plenitud de la vida, el desarrollo de la hipótesis de los conceptos erróneos y el sistema de la terapia emotiva racional se asocian mayormente con Albert Ellis; quien expresa la teoría de que todo ser humano es incomparablemente racional e irracional: es posible rastrear todos los problemas emocionales y psicológicos hasta llegar a ideas y pensamientos irracionales o ilógicos” (Powell; 1998: 92).

Powell (1998), hace referencia sobre las investigaciones de Ellis, quien dice que el pensamiento irracional y la distorsión de ideas resultan en su mayor parte, del

aprendizaje de experiencias en la etapa de la niñez; de la misma manera, este autor cree que las personas no son afectadas emocional o psicológicamente por situaciones, sino por el modo en que reaccionan ante ellas.

Así pues, Ellis afirma que la permanencia de las ideas distorsionadas que se adquieren en la infancia es la causa principal de infelicidad en las etapas posteriores de la vida, por lo cual solo es posible lograr un equilibrio emocional mediante el ajuste del pensamiento (referido por Powell; 1998).

Del mismo modo, Ellis (retomado por Powell; 1998) nombra once ideas irracionales que se presentan de manera común en las personas perturbadas emocional y psicológicamente. Las primeras siete están más encauzadas hacia el desarrollo de la ansiedad y las otras cuatro se enfocan a producir hostilidad.

1. El individuo debe obtener el amor y la aprobación de todas las personas de su comunidad, especialmente de las que son más importantes para él.
2. El sujeto debe ser perfectamente competente, suficiente y exitoso en todo logro, antes de poder pensar en sí mismo como una persona valiosa.
3. El individuo no tiene control sobre su propia felicidad. Su felicidad está bajo control completo de las circunstancias externas.
4. La persona se basa en sus experiencias pasadas, ya que los eventos que ha experimentado han determinado su vida y su comportamiento presente.
5. Existe solo una solución perfecta para cada uno de los problemas del individuo; si no la encuentra, será catastrófico para él.

6. Las situaciones peligrosas o temibles causan una gran preocupación. La persona debe organizar y pensar constantemente en las posibles calamidades y estar preparada para lo peor.
7. El individuo debe depender de los demás y tener a alguien más fuerte que él, en quien pueda apoyarse.
8. Si su vida no funciona de manera en que él había planeado, será realmente terrible. Cuando las actividades funcionan mal, es una catástrofe.
9. Es más fácil evitar ciertas dificultades y responsabilidades que afrontarlas.
10. Algunas personas son malas, inicuas e infames. Deberían ser acusadas y castigadas.
11. La persona debería preocuparse mucho por los problemas y las perturbaciones de los demás.

De este modo, Powell (1998) da más detalles de los pensamientos que pueden inducir a que las personas tengan perturbaciones debido a estas distorsiones en el pensamiento.

1.5. Los moduladores del estrés.

Inicialmente se trata el subtema sobre los moduladores del estrés, así como los tipos que existen.

De acuerdo con Palmero y cols. (2002), una persona usa sus propios recursos tanto personales como sociales para estar preparada ante el estrés y las emociones que este le pueda generar.

Por lo cual “existe una serie de factores que influyen considerablemente en el estrés, que se les denomina moduladores, es decir, factores imprescindibles para determinar y predecir cuál será el curso del proceso de estrés y sus repercusiones sobre la salud” (Palmero y cols.; 2002: 527).

Asimismo, existen moduladores de carácter social, que incluyen el apoyo que puede adoptar una persona en los problemas y modelos culturales que llevan y predisponen al estrés. Otro modulador es el de carácter personal, como por ejemplo las creencias, las competencias, la experiencia y los rasgos de personalidad. Por ello estos moduladores están presentes aunque la persona no tenga estrés (Palmero y cols.; 2002).

Finalmente Palmero y cols. (2002) citan a Virgerhoets y Merzellissen, quienes hacen mención de que los principales moduladores de la respuesta al estrés son los componentes situacionales, junto con los de personalidad y los socio-culturales.

1.5.1. El control percibido.

En este tema se aborda de manera breve cómo se presenta el control percibido en las personas.

Según Palmero y cols. (2002), los orígenes del estrés sobre una persona dependen de la capacidad de su propia fuerza y del control que pueda tener sobre este factor.

Se habla de “la percepción de control, entendida esta como una creencia general sobre el grado en que la persona es capaz de controlar y lograr aquellas metas u objetivos deseados, regulando las dificultades que acaecen en el curso de su consecución” (Palmero y cols.; 2002: 528).

1.5.2. El apoyo social.

En el presente apartado se habla del apoyo social ante situaciones de estrés y la forma en que se puede manifestar.

Palmero y cols. (2002) hacen mención del apoyo social como un mediador entre los sucesos vitales y la enfermedad, de modo que disminuye el impacto del estrés. El apoyo social y la salud están ligados de diferente forma: primeramente, el apoyo social puede disminuir el impacto negativo de los sucesos vitales y otros estresantes por diferentes vías, como: eliminando o reduciendo el impacto del estresor, ayudando al individuo a enfrentar la situación estresora y finalmente, equilibrando la experiencia de estrés si esta se ha producido. A este término se le llama efectos de amortiguación.

Por otra parte “el apoyo social se ha definido como las provisiones instrumentales o expresivas, reales o percibidas, aportadas por la comunidad, las redes sociales y los amigos íntimos” (Cascio y Guillén; 2010: 189).

Cascio y Guillén (2010) mencionan dos hipótesis sobre el apoyo social: la primera es la del efecto indirecto o protector, que consiste en que cuando las personas están en riesgo de contraer estresores sociales, estos solo pueden tener efectos negativos entre los individuos con un bajo nivel de apoyo social.

Por otro lado, está la hipótesis del efecto directo o principal, que se refiere al apoyo social como un impulso a la salud y bienestar, independientemente del nivel de estrés. Por lo cual, a mayor nivel de apoyo social, menor malestar psicológico y al contrario, a menor apoyo social, mayores serán las perturbaciones psicológicas.

1.5.3. El tipo de personalidad: A/B.

A continuación se da una descripción de cómo se pueden identificar las personalidades de tipo A y B. De acuerdo con Travers y Cooper (1996), la conducta del tipo A está basada en los estilos de conducta y en la manera en que actúa la persona ante el estrés.

Friedman y Rosenman (citados por Travers y Cooper; 1996), estudiaron las personalidades de tipo A y B, sugiriendo que se trataba de un grupo de actitudes, reacciones emocionales y modelos de conducta que presentaban personas con enfermedades causadas por el estrés. Por lo cual, el tipo A no es un rasgo, sino un

conjunto de comportamientos abiertos, relativos al modo en que se desenvuelve un individuo ante una situación.

Del mismo modo los individuos con personalidad de tipo A tienen una conducta de hostilidad, agresividad, competitividad y un sentido de la urgencia; lo que los lleva a ser intolerantes, exigentes y orientados al éxito de sus objetivos. Las características más claras de este tipo de personas son la prisa y una forma de hablar acelerada, movimientos rápidos, sentimiento de culpa cuando no están trabajando e impaciencia (Travers y Cooper; 1996, citando a Friedman y Rosenman).

De igual manera, Travers y Cooper (1996) mencionan algunas características que son útiles para identificar una personalidad de tipo A.

- Suelen moverse, caminar y comer rápidamente y procuran hacer dos o más tareas a la vez.
- Enfatizan explosivamente ciertas palabras clave en su forma de hablar cotidiana, sin que haya necesidad; tienden a decir las últimas palabras de cada frase con mayor rapidez.
- Usualmente hacen girar la conversación en torno a ellos y a las situaciones que les interesan.
- Intentan organizar cada vez más actividades en menos tiempo; siempre tienen un sentido crónico de la urgencia.

- No se sienten atraídos por las personas de su mismo tipo, al contrario, siempre están compitiendo entre ellos.

Finalmente, las personas del tipo B se ven libres de estos rasgos, no suelen sufrir por la urgencia ni la impaciencia, no tienen hostilidades injustificadas y tienden a relajarse con facilidad.

1.5.3.1. Personalidad tipo A y problemas cardiacos.

El presente apartado trata de la personalidad de tipo A y las consecuencias cardiacas que un individuo de este tipo puede sufrir.

“El patrón de conducta propensa a la enfermedad de las coronarias o personalidad tipo A, representa un complejo de acciones y emociones que puede observarse en cualquier persona que se encuentre agresivamente involucrada en una lucha incesante y crónica por lograr cada vez más en cada vez menos tiempo y, si se ve obligada a ello, contra los esfuerzos opositores de otras cosas o personas” (Friedman y Rosenman, citados por Ivancevich y Matteson; 1985: 203).

Varios investigadores han planteado la idea de que las personas con personalidad tipo A, experimentan una gran cantidad de estrés, mientras que los de tipo B pocas veces lo presentan, lo cual es erróneo. En realidad, los individuos de tipo B, al igual que los otros, también tienen metas trazadas, así como deseos de triunfo; la diferencia en ellos consiste en que buscan estrategias para alcanzar sus metas sin

afectarse de forma emocional ni psicológica; por el contrario, los de tipo A la mayoría de las veces se encuentran estresados por conseguir sus propósitos (Travers y Cooper; 1996).

Según los autores referidos, las personas con personalidad tipo A tienden a que su conducta aumente la probabilidad de que aparezcan ciertos estresores, por ende, dejan de lado relajarse y tomarse un descanso. De esa manera, propician estrés por sí mismos al exponerse frecuentemente a los estresores que sus contrapartes del tipo B evitan.

1.6 Los efectos negativos del estrés.

A continuación se describen de forma detallada algunos efectos de estrés negativo que proponen Ivancevich y Matteson (1985), y que pueden presentar las personas debido a la sobrecarga de estrés si se presenta por tiempo prolongado.

En primer lugar está la hipertensión, que consiste en una enfermedad de los vasos sanguíneos, en donde la sangre fluye por las arterias a presión elevada, dando como respuesta la compresión de las paredes arteriales, para de esta manera aumentar la presión; pero si este síntoma se extiende por algún tiempo, la presión seguirá en niveles altos, agravando la salud de la persona.

En segundo lugar están las úlceras, que son lesiones inflamatorias en la capa que cubre el estómago o intestino, una de sus principales causas es la variación de

los niveles de cortisona. La fabricación de esta sustancia regularmente aumenta con frecuencia en los periodos de estrés y cuando se expande por tiempos prolongados, este problema suele agravarse, ya que se da con más facilidad este tipo de lesiones.

La diabetes es otra enfermedad en la cual el individuo presenta deficiencias de insulina y debido a esto, no puede absorber suficiente azúcar de la sangre. Esto lleva a que el estrés aumente el nivel de glucosa y de esta manera se incremente la secreción de insulina. Pero esta situación puede empeorar cuando el estrés continúa por más tiempo, ya que el páncreas se vuelve más vulnerable, lo que puede dar como resultado la deficiencia permanente de insulina.

En cuarto lugar están las jaquecas, caracterizadas por un malestar que se presenta con una tensión muscular, que incrementa cuando el individuo está expuesto a estresores durante un periodo prolongado.

Finalmente está el cáncer, que es una enfermedad que consiste en la reproducción de células mutantes de manera frecuente en el cuerpo, sin embargo, estas células son destruidas por el sistema inmunológico antes de que puedan multiplicarse y crecer. En este sentido, las respuestas a los estresores producen pequeñas alteraciones bioquímicas en el sistema inmunológico, lo cual puede llevar a cambios que permiten la reproducción de pequeñas cantidades de dichas células mutantes, que pueden convertirse en tumores malignos.

En este capítulo se puede observar que desde la antigüedad, el estrés ha causado problemas entre las personas hasta la actualidad; ahora existen varias teorías que han surgido debido al gran impacto que dicho fenómeno ha causado en la sociedad.

Así pues, también se mencionaron algunos estresores que desencadenan el estrés, así como los pensamientos que en algunos casos lo provocan. Otro asunto relevante que se trató en este apartado fueron los moduladores del estrés, y el tipo de personalidad y los problemas que pueden surgir en estas personas, entre los que se incluyen los de índole cardíaca.

CAPÍTULO 2

TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Los trastornos alimentarios son, actualmente, una de las problemáticas que se dan con más frecuencia en la sociedad, debido a la intención de querer alcanzar tallas muy pequeñas y estar a la moda.

En el presente capítulo se aborda el tema de los trastornos alimentarios, sus características, así como sus causas y cómo se pueden presentar; particularmente, se hace hincapié en la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa.

2.1. Antecedentes históricos de la alimentación.

A continuación se presenta brevemente la historia de cómo han surgido los trastornos alimentarios a lo largo del tiempo, y como los antepasados reaccionaban ante este tipo de problemáticas que se presentaban en su sociedad.

Se ha sabido que desde la antigüedad, las personas han padecido de distintos trastornos alimentarios, aunque no sabían con exactitud de qué se trataba. Los individuos hacían diversos banquetes donde se comía de forma exagerada, con lo cual demostraban socialmente poder ante los demás. En algunas ocasiones el ritual de las personas durante estos banquetes era vomitar para volver a comer, desde entonces

existen diversos casos sobre este tipo de trastornos que se han analizado de forma cada vez más orientada al área clínica a través del tiempo (Jarne y Talarn; 2000).

Posteriormente surgieron las primeras teorías acerca de que había una anomalía en la glándula pituitaria, sin embargo, en los años setenta se plantearon nuevas hipótesis psicológicas, especialmente psicoanalíticas, las cuales se basaban en que el origen del trastorno alimentario fluía a través de un grupo de factores encadenados, psicológicos, biológicos y sociales y se generan modelos de intervención pluridisciplinares que a su vez abordaban las tres bases conflictivas de la anorexia: el peso, la figura y los pensamientos alterados (Jarne y Talarn; 2000).

Jarne y Talarn (2000) mencionan que Rusell, en 1979, describió una sintomatología caracterizada por episodios de ingesta voraz y conductas de purga posteriores que suponía que estaban vinculadas con la anorexia nerviosa, ya que observaba que en algunas personas anoréxicas avanzaban rápidamente en su trastorno y comenzaban a manifestar tales conductas, a lo cual denominó como bulimia nerviosa.

2.2. Definición y características clínicas de los trastornos alimentarios.

Los trastornos alimentarios se presentan con más frecuencia hoy en día entre los individuos, por lo cual es necesario hablar más a fondo sobre esta problemática.

Primeramente está la anorexia nerviosa, que se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal normal; posteriormente, está la bulimia nerviosa, que se identifica por episodios recurrentes de hambre seguidos de conductas compensatorias como el vómito, usar laxantes, diuréticos, entre otros medicamentos, así como ayunar y realizar ejercicios intensos. De este modo, este tipo de trastornos alteran la percepción acerca de la forma y peso corporales (APA; 2002).

2.2.1. Anorexia nerviosa.

En el presente subtema se habla de la anorexia nerviosa; primeramente se definirá el término de manera científica, así como sus causas y la forma en se presenta en las personas, de modo que el lector pueda identificar de forma más clara este tipo de trastorno.

De acuerdo con la APA (2002), la anorexia nerviosa se caracteriza por un rechazo intenso a mantener el peso corporal normal, así como miedo a ganar peso y una alteración de la percepción de la forma y tamaño del cuerpo. Las mujeres que sufren este trastorno pueden sufrir de amenorrea, aunque ya hayan pasado su primera menstruación, de acuerdo con el criterio D del DSM IV-TR, sin embargo, respecto a la anorexia, es erróneo pensar que no se tiene apetito.

Del mismo modo un individuo con este tipo de problemática mantiene su peso corporal por debajo del mínimo normal de acuerdo con su edad y talla corporal según el criterio ha establecido por el DSM IV-TR. Por otra parte, si la anorexia se inicia en

la niñez o las primeras etapas de la adolescencia, se caracteriza por no poder aumentar de peso (APA; 2002).

Otra característica de este trastorno que sugiere la APA (2002), es la pérdida de peso que se consigue por medio de una disminución de la ingesta total de alimentos. Generalmente las personas empiezan por ir desechando alimentos que contengan demasiadas calorías, de este modo terminan haciendo dietas muy restringidas donde no consumen casi ningún tipo de comida.

De la misma manera el individuo tiene un miedo intenso a ganar peso de acuerdo con el criterio B; por lo que este miedo no desaparece aunque la persona vaya perdiendo peso. También existe una alteración en la percepción del peso y la silueta del cuerpo como se menciona en el criterio C del DSM IV-TR.

En el mismo orden de ideas, Belloch y cols. (1995), describen dos subtipos de anorexia. Primero está el de tipo restrictivo, que consiste en episodios en los que la pérdida de peso se consigue a través de dietas o realizando ejercicio intenso. Del mismo modo, a este tipo de personas se les caracteriza por el perfeccionismo, rigidez, hiperresponsabilidad y sentimientos de ineficacia, sin embargo, estos individuos no recurren a purgas o a los atracones.

En segundo lugar está el tipo compulsivo/purgativo, que se identifica porque la persona utiliza el método de los atracones, purgas o ambos. De esta manera, el individuo se provoca el vómito o utiliza diuréticos como laxantes o enemas en exceso.

En este subtipo existen algunos casos en los que las personas no recurren a los atracones pero sí a las purgas, en ocasiones en las que han consumido mínimas cantidades de comida. En este tipo también se puede encontrar que las personas que sufren este problema pueden tener un historial de familia obesa, sobrepeso, mayor impulsividad, reacciones distímicas frecuentes, mayor labilidad emocional y mayor frecuencia de conductas adictivas.

Finalmente, cuando en algunos casos no se cumple con todos los criterios establecidos para poder considerarse anorexia nerviosa, se le puede denominar anorexia nerviosa atípica, de acuerdo con el CIE-10 (Castillo y León; 2005).

2.2.2. Bulimia nerviosa.

A continuación se trata el subtema del trastorno alimentario llamado bulimia nerviosa, en el cual se describe la sintomatología que presentan las personas con este tipo de problemática, así como un concepto general de dicha perturbación.

“La etimología del vocablo bulimia proviene de las raíces griegas bous-buey y limos-hambre, significa, por tanto, hambre desmesurada. En el ámbito clínico se aplica a aquellos episodios caracterizados por una necesidad imperiosa, irrefrenable, de ingerir grandes cantidades de comida, generalmente de elevado contenido calórico” (Belloch y cols.; 1995: 538).

De acuerdo con la APA (2002), la bulimia nerviosa se caracteriza por atracones y diversos métodos compensatorios inapropiados para evitar el aumento de peso; las personas con bulimia nerviosa se autoevalúan de acuerdo con su silueta y peso corporal. Sin embargo, los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas que presenta el individuo deben presentarse por lo menos en un promedio de dos veces a la semana durante un periodo de tres meses (criterio C).

Un atracón se conoce como el consumo excesivo de comida en grandes cantidades y en muy poco tiempo, de acuerdo con el criterio A1 del DSM IV-TR. Los atracones se caracterizan más por una cantidad fuera de lo normal de comida ingerida, que por ansiedad de comer un alimento determinado.

“Los individuos con este trastorno se sienten generalmente muy avergonzados de su conducta e intentan ocultar los síntomas. Los atracones se realizan por lo normal a escondidas o lo más disimuladamente posible. Los episodios pueden o no haberse planeado con anterioridad y se caracterizan (aunque no siempre) por una rápida ingesta del alimento. Los atracones pueden durar hasta que el individuo ya no pueda más, incluso hasta que llegue a sentir dolor por la plenitud” (APA; 2002: 560).

Según la APA (2002), los atracones suelen ir acompañados por una sensación de falta de control de acuerdo con el criterio A2; de esta manera, la persona puede estar en un estado de excitación al momento de atracarse de comida, principalmente cuando comienza la enfermedad. En algunos casos se presentan síntomas de naturaleza disociativa durante o después de los atracones, de modo que cuando el

trastorno va progresando, se caracteriza por conductas de alteración del control, como son la dificultad para evitar los atracones o para acabarlos.

Otro síntoma importante en esta problemática son las conductas compensatorias inapropiadas para evitar el aumento de peso (criterio B). Los individuos con bulimia suelen usar diferentes métodos para intentar compensar los atracones, como la provocación del vómito. La persona, al vomitar, obtiene efectos inmediatos como la desaparición del malestar físico y la disminución del miedo de ganar peso. En algunos individuos el vomitar se convierte en un objetivo, de esta manera realizará atracones con el fin de devolver la comida a si ha comido pequeñas cantidades (APA; 2002).

La APA (2002), nombra dos subtipos de bulimia nerviosa. El primero es el purgativo, el cual consiste en que el individuo presenta cuadros clínicos en los que se provoca el vómito y hace mal uso de purgas como: laxantes, diuréticos y enemas en el transcurso de los episodios. En segundo lugar está el no purgativo, que se caracteriza por cuadros clínicos en el que la persona con bulimia hace otro tipo de técnicas compensatorias inapropiadas como son: ayunos y ejercicios intensos, pero no se ha provocado el vómito ni utiliza las purgas durante los episodios.

Finalmente existen algunas personas que no cumplen con todos los criterios establecidos por el DSM IV-TR para poder considerarse con bulimia nerviosa. Sin embargo tienen algunos síntomas, a esto se le llama bulimia nerviosa atípica (Castillo y León; 2005).

2.2.3. Obesidad.

En el presente subtema se define de forma muy breve el término de obesidad dentro de los trastornos alimentarios.

De acuerdo con algunos autores, la obesidad es un trastorno crónico el cual requiere atención a largo plazo, sin embargo en ocasiones se confunde con el exceso de peso. Así pues “la obesidad se define como una excesiva acumulación de tejido adiposo en el conjunto corporal” (Belloch y cols.; 1995: 544).

De este modo se puede decir que la obesidad aun no es considerada como una enfermedad psicológica dentro de los trastornos alimentarios establecidos por el DSM IV-TR de acuerdo con la APA (2002).

2.2.4. Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas.

A continuación se define brevemente el término de hiperfagia vinculado a otras alteraciones psicológicas.

Castillo y León (2005), retoman al CIE-10, para definir a la hiperfagia como la ingesta excesiva en respuesta a sucesos estresantes y que da lugar a la obesidad. Acontecimientos como duelos, intervenciones quirúrgicas, circunstancias emocionalmente estresantes y accidentes pueden provocar una obesidad reactiva, sobre todo en personas que tienden a subir de peso rápidamente.

Finalmente, se tiene que diferenciar este trastorno de situaciones en las que la persona sufre de obesidad y tiene como resultado falta de confianza en las relaciones interpersonales y baja autoestima, y en situaciones en las que la obesidad se da como resultado de efectos secundarios o medicamentos farmacológicos. A este tipo de trastorno se le denomina hiperfagia psicógena (Castillo y León; 2005).

2.2.5. Vómitos en otras alteraciones psicológicas.

En este apartado se conceptualiza de forma breve el término de vómitos en otras alteraciones psicológicas, así como el trastorno por atracón.

Según mencionan Castillo y León (2005) respecto a los vómitos psicógenos y la hiperémesis gravídica psicógena, se caracterizan por vómitos repetidos, no autoprovocados, en cuadros disociativos; en la hipocondría como uno de los tantos síntomas corporales experimentados, así como en el embarazo, en donde los factores emocionales pueden facilitar los vómitos y náuseas recurrentes.

Finalmente, está el trastorno por atracón, el cual se caracteriza por la aparición de atracones recurrentes en los cuales la persona pierde el control de sí mismos, pero sin conductas compensatorias típicas como en la bulimia. El individuo, una vez que realiza los atracones, experimenta malestar con una sensación de disgusto, culpabilidad y, en ocasiones, depresión. Otra característica es que el sujeto come de forma rápida, sin hambre y con una desagradable sensación de saciedad; y por último, prefiere comer a solas para esconder su voracidad (Castillo y León; 2005).

2.2.6. Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia.

A continuación se define el trastorno de la conducta alimentaria en la infancia, así como algunos otros que se pueden presentar en dicha etapa.

De acuerdo con Castillo y León (2005), el trastorno de la conducta alimentaria en la infancia se caracteriza porque el niño rechaza los alimentos o presenta conductas muy caprichosas, que no son normales en las conductas alimentarias, normalmente lo hace frente a la persona que lo suele cuidar diariamente.

De este modo, Jiménez (1997) menciona algunos problemas que suelen darse con más frecuencia en este tipo de trastorno en los infantes. Primeramente están los comportamientos disruptivos durante la comida y los hábitos alimentarios inadecuados; en conjunto, consisten en la costumbre que tiene el niño de comer de pie o estar levantándose constantemente de la silla, comer solamente si lo dejan jugar al mismo tiempo, o si el adulto lo está observando, entre otros. Así pues, estos comportamientos son normales hasta cierta edad y en otra, ya son inadecuados.

Después se encuentra el rechazo de alguna clase de comida, esta problemática se identifica por el rechazo del niño ante ciertos alimentos, que pueden ser sustituidos por otros de características similares, sin embargo, si se niega a consumir una gran variedad de alimentos, puede afectar negativamente su salud.

La negación a tomar alimentos sólidos es otra característica de este trastorno, ya que el niño solamente accede a ingerir alimentos líquidos, y se niega a tomar alimentos de otra consistencia.

Por otra parte, está la ingesta de comida mezclada; en donde el niño se interesa exclusivamente por comer alimentos triturados y con una mezcla de sabores. De este modo, el pequeño se acostumbra a dicha condición, de manera que cuando se le dan los alimentos por separado, ya no le agrada el sabor de cada uno.

La falta de apetito es otro factor importante en este trastorno que suele darse entre los tres y cuatro años de edad. De este modo, cuando el niño llega a la etapa escolar tiende a tener una disminución de apetito, pero ello depende de los hábitos alimenticios que haya adquirido en los años anteriores.

Por otra parte está el tiempo de comida excesivo; esta característica depende de la edad del niño y del momento en que se realice la comida. Algunos motivos por los cuales el infante demore a la hora de comer pueden ser: rechazo a ingerir el alimento que se le ha dado, negarse a pasar de la comida triturada a la comida sólida, rechazo de comer todos los alimentos que los padres quieren que coma o la existencia de demasiados estímulos distractores a la hora de estar comiendo.

Por último están los vómitos, que en ocasiones también se da en la infancia, aunque en menor grado. Los niños pueden vomitar por rechazo a algún tipo de comida o a ciertas situaciones, como el no querer ir a la escuela.

Dentro de este tipo de problemáticas se encuentra el trastorno de pica o alotriofagia, que consiste en que la persona come de forma constante sustancias que no lo nutren, como la tierra o pedazos de pintura, entre otras.

Regularmente esta conducta se considera anormal si persiste por más de 18 meses. Este tipo de trastorno puede aparecer en los niños pequeños y alargarse en ocasiones hasta la adolescencia (Castillo y León; 2005).

También existe la rumiación o mericismo, que 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 de pérdida de peso o incapacidad para ganar peso esperado para la edad del niño, debido a que la comida es expulsada o, en otras ocasiones, de nuevo deglutida” (Castillo y León; 2005: 227).

Finalmente, Castillo y León (2005), nombran el trastorno de potomanía, que se caracteriza porque el sujeto ingiere demasiados líquidos, como el agua. Sin embargo, se tiene que descartar que se trate de una diabetes insípida.

2.3. Esfera oroalimenticia en el infante.

Hoy en día se han dado con más frecuencia problemas alimentarios en los infantes, ya que no les gusta la comida que les da la madre, no tienen hambre o simplemente por estar jugando, dejan de lado el comer. Sin embargo, este tipo de problemas causa conflicto en los padres, ya que se preocupan por la salud de su hijo lo cual hace que recurran a una diversidad de métodos para que sus pequeños ingieran alimento y no se enfermen. Esto en algunos casos puede agravarse y provocar algún trastorno alimentario en el niño.

2.3.1. Organización oroalimenticia.

La organización oroalimenticia es una parte importante dentro de la alimentación, así que en este subtema se describe de forma más específica.

De acuerdo con Ajuriaguerra (1973), desde tiempos muy tempranos en la edad del infante, ya se puede observar un reflejo oroalimenticio (alimentación en cuestión de cómo se va vinculando el niño con la boca), y una orientación hacia la fuente de excitación. De este modo comienza una reacción oral en el pequeño, que es una forma de relacionarse con el mundo exterior, aunque no sea aún de índole objetal, por lo cual la madre aún no es un objeto amado, sino más bien una dependencia infantil.

Por otra parte, Ajuriaguerra (1973) menciona que A. Freud ubicó dos satisfacciones distintas: la de saciar el apetito y la erótica oral. Así pues, se determinó que el hambre, en la fase narcisista el recién nacido, se balancea entre la tensión del hambre y la tensión satisfactoria. De este modo, el pequeño empezará la búsqueda de

satisfacciones y su atención se tornará hacia la comida, que también es una fuente de placer.

Por lo anterior, se puede afirmar que la actividad oral no solo es una fuente de satisfacción de nutrición, también de contacto mediante la aprobación de un objeto externo, consistente en coger y dejar, así como un juego de labios o mordiscos y de ingerir y vomitar. De este modo, por un tiempo la boca será el único medio de apropiarse de los objetos (Ajuriaguerra; 1973).

Finalmente M. Klein señala que “el recién nacido percibe inconscientemente la existencia de un objeto infinitamente bueno, del que se puede lograr el máximo bien, y que ese objeto es el pecho materno. Es acertado suponer que los impulsos del bebé, unidos a las sensaciones orales, le orientan hacia el pecho materno porque el objeto de los más elementales deseos impulsivos es el hecho de perder y recuperar el objeto querido (el pecho bueno), esto será fundamental en la vida emocional del niño, quien agradecerá tanto el objeto que proporciona el alimento como el alimento mismo” (referida por Ajuriaguerra; 1973: 180).

Debido a lo anterior, se interpreta que el bebé desde que nace inconscientemente, sabe reconocer a la persona que le otorga el alimento, en este caso la madre, y cuando ella le retira su medio de alimentación, él siente una sensación de malestar hacia su cuidadora. Así, todos estos tipos de acciones reflejarán la personalidad del pequeño en su desarrollo, así como su vida emocional (Ajuriaguerra; 1973).

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

2.3.2. Alteraciones en la esfera oroalimenticia.

En este apartado se muestran algunas alteraciones que pueden aparecer en el infante al no comer adecuadamente.

De acuerdo con Ajuriaguerra (1973), existen diversas alteraciones oroalimenticias; primeramente esta la anorexia esencial o precoz, que puede presentarse en las primeras semanas de vida o el primer día. Esta anorexia solo se da en algunos casos, como niños con bajo peso, nerviosos y muy despiertos. Al comienzo manifiestan una indiferencia hacia la comida y al paso del tiempo se muestran negados a comer.

Después se encuentra la anorexia del segundo semestre, que suele aparecer entre los cinco y ocho meses de edad, al ir eliminando poco a poco la leche e ir variando el régimen alimenticio del niño, cuando su apetito aún es frágil y todavía se producen importantes cambios en su desarrollo (Ajuriaguerra; 1973).

De acuerdo con lo anterior, el autor citado nombra dos tipos de anorexia según el comportamiento del niño:

- La anorexia inerte, que se caracteriza por presentarse cuando el niño no tiene iniciativa ni coopera, a veces ni siquiera come, o en ocasiones vomita lo poco que ingirió.
- Anorexia de oposición, que consiste en una reacción peculiar ante la comida como puede ser a través de chillidos, agitación, no queriendo comer, rechazo, vómitos y otros métodos diversos que utiliza para rechazar la comida que le ofrecen los padres (Ajuriaguerra; 1973).

De esta manera iniciará una relación madre-niño por vía oral, como rechazo o aceptación. Así pues la indiferencia o rebeldía ante la comida son sus formas de manifestar su personalidad ante la oposición al adulto. Sin embargo, con el paso del tiempo el infante se habrá acoplado a las costumbres de los padres.

Por otra parte Ajuriaguerra (1973), menciona a L. Kreisler, quien hace diferencia en dos tipos de anorexia:

- La simple: en la cual, en un comienzo, el niño tiene una reacción al dejar el pecho de la madre, ante el cambio de alimentación o un incidente patológico benigno, o también de carácter serio, como consecuencia de una pasajera

anorexia orgánica que da lugar a una interacción entre la madre, que se obstina en imponerse, y el niño, que se opone.

- La compleja: consiste en una intensidad de los síntomas y por la resistencia a los tratamientos habituales. Así pues, el niño manifiesta su desagrado por la comida, sin embargo, los problemas más graves de anorexia en muchas ocasiones son por conflictos en la relación con la madre.

Finalmente, existe otro tipo de anorexia que es la de la segunda infancia que “suele seguir a la primera, 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” (Ajuriaguerra; 1973: 186).

Claro está que la anorexia es más grave a nivel fisiológico, pero también da el ejemplo de la conducta a seguir en cuanto a la comida en el futuro (Ajuriaguerra; 1973).

2.4. Perfil de la persona con trastornos de alimentación.

Resulta complejo describir el perfil de una persona con trastornos alimentarios, ya que por lo general se empiezan a notar cuando ya se ha dado dicho trastorno. Sin embargo, en este apartado se dan las características más destacadas para observar si un individuo presenta trastornos alimentarios.

Costin (2003) enlista una serie de características que pueden provocar trastornos alimentarios. Primeramente menciona que los problemas con la autonomía

implican una posible predisposición hacia los trastornos alimentarios. Esto es, la facultad que tienen ciertas personas para funcionar de forma aislada de la familia o de otros factores externos. Este tipo de individuos viven pendientes de lo que otros esperan de ellos, de cumplir los deseos de sus padres o de satisfacer a los demás.

De este modo, la seguridad de la persona está dirigida hacia el exterior, en tratar de cumplir con lo que se supone que se espera de él, en ajustarse a la imagen que los otros quieren de él; lo cual hace sentir al individuo con cierta sensación de ineficacia personal y con dificultad para resolver situaciones que se le presenten porque siempre termina dudando de sí mismo (Costin; 2003).

En segundo lugar está un déficit en la autoestima, que se presenta en personas que desarrollan imágenes sobre sí mismas y construyen su propio concepto acerca de quiénes son. La autoestima se define de acuerdo con el grado de aceptación que el individuo tenga de sí mismo. Si la persona tiene muchos ideales para él mismo y no los puede cumplir, tendrá una autoestima más baja (Costin; 2003).

Como señala Costin (2003), la autoestima varía mucho entre hombres y mujeres. En ellas, la autoestima está basada en la apariencia física, en cómo las ven los demás, en sentirse aprobadas por el otro, cumplir las expectativas y complacer las necesidades de los demás, entre otros factores. Cuando no cumple con todos estos requisitos, esta persona puede sentirse insegura y al no sentirse exitosa en sus relaciones, su atención recae en el peso, que es un área de triunfo y aceptación.

Posteriormente está el camino a la perfección y el autocontrol, esto se refiere a la tendencia hacia el perfeccionismo que tienen las personas con trastornos alimentarios. El individuo sufre una sensación de ineficacia, siente que nada de lo que hace es suficientemente positivo y se exige mucho más. Este tipo de perfección que se exige la persona también va dirigida al peso corporal, en mantener una figura ideal a como dé lugar. De este modo, se piensa que teniendo una silueta perfecta también puede alcanzar todos sus ideales y lograr ser segura de sí misma, para de este modo lograr los diferentes desafíos que se le presenten en la vida (Costin; 2003).

Finalmente está el miedo a madurar, ya que en ocasiones los trastornos alimentarios tienden a desarrollarse en la etapa de la pubertad y la adolescencia, si bien se puede alargar hasta la juventud, ya que el individuo presenta una serie de cambios tanto físicos como emocionales. En algunos casos las personas piensan que no son capaces de sobrellevar estos cambios y no hay nadie que los apoye. Estas transformaciones físicas suelen venir acompañadas de un ligero aumento de peso corporal, esto les afecta bastante y se traduce en una dificultad para aceptar su cuerpo.

2.5. Causas del trastorno alimentario.

Hoy en día es muy común encontrar diversidad de propagandas señalando que las personas deben tener una silueta delgada y que existen métodos de reducción rápida. Esto ocasiona en la sociedad, sobre todo en las mujeres, una obsesión por bajar de peso aunque no lo requieran, lo cual ocasiona distintos trastornos alimentarios en las personas. A continuación se aborda esta problemática de manera más precisa.

2.5.1. Factores predisponentes individuales.

Existe una gran variedad de factores individuales que predisponen algún tipo de trastorno alimentario, mismos que se tratan más claramente a continuación.

De acuerdo con Ogden (2005), existen diversas teorías psicológicas que tratan de la elección de dietas, las cuales examinan varios factores individuales que intervienen en la conducta de la alimentación, lo cual hace énfasis en el aprendizaje, las creencias, las actitudes y la constitución psicológica de la persona.

De este modo, la elección de alimentos se genera dentro de una red de significados sociales, por ejemplo: los nutricionistas señalan que el paladar se entrena, que el sabor y el olor se dirigen de acuerdo con el control cultural, por lo cual los controles culturales son los que deben estudiarse (Ogden; 2005).

Así pues, los alimentos simbolizan diversos aspectos de la identidad de la persona en cuestiones de género, sexualidad, conflictos y autocontrol, así como las formas indispensables para la interacción social, la comunicación del amor y poder (Ogden; 2005).

Por otra parte, Ogden (2005) menciona una clasificación cultural sobre la comida:

- Primeramente se encuentra comida frente a no comida, que consiste en delimitar las sustancias que son comestibles y las que no lo son.
- Después están las comidas sagradas frente a comidas profanas, esta clase trata de las comidas autorizadas por las creencias religiosas y las que no lo son.
- Las clasificaciones de comidas paralelas: se identifican porque los alimentos pueden calificarse como calientes (el trigo, entre otros) o fríos (arroz). Así pues, en este tipo de clasificación se dice que se compara al equilibrio entre los alimentos fríos y los calientes en relación con la salud; por ejemplo, las enfermedades “frías”, como la artritis se curan con alimentos calientes. Sin embargo el que un alimento se denomine como caliente o frío no depende de la temperatura, sino del valor simbólico que le da una cultura.
- Luego está la comida como medicina, o medicina como comida, que consiste en la separación y el solapamiento entre la comida y la medicina. Como ejemplo, en algunas culturas algunos alimentos se usan o se evitan.
- Finalmente, se encuentran las comidas sociales, estas se caracterizan por la función social de la comida. por lo cual los alimentos se consideran como medio para relacionarse entre las personas, simbolizar estatus mediante platillos raros, caros o deliciosos; y formar la identidad del grupo por medio de estándares tradicionales de comida como el desayuno, la comida y la cena.

Entonces, la comida se utiliza para transmitir el sentido del yo, en el que actúa como un medio de comunicación entre las personas y es esencial para el establecimiento de una identidad cultural (Ogden; 2005).

De acuerdo con Ogden (2005), existe la comida como afirmación del yo, que consiste en que la comida facilita la información sobre la identidad personal y ejerce una comunicación de necesidades y conflictos internos, así como el sentido del yo. De esta manera, los diferentes significados de la comida están unidos a la identidad de género y a la idea de ser mujer. La comida representa la sexualidad, los conflictos entre la culpabilidad y el placer, comer y negación, así como un expresión de autocontrol.

Por otra parte, se piensa que existe una relación entre la comida y sexualidad en varias culturas, ya que se considera que comer carne induce impulsos sexuales. Cecil, en 1929 (citada por Ogden; 2005), describió como el capitán de un barco evitó comer carne para no desear a sus esclavas.

Posteriormente, Ogden (2005) nombra el comer frente a la negación, que consiste en que la comida suele ser iniciadora de muchos conflictos intrapersonales. Uno de estos problemas se origina entre la conducta del comer y la negación. Lawrence describió este conflicto en el análisis de sus pacientes, y observó que la comida es una fuente de placer, pero frecuentemente no para las personas que suelen tener la responsabilidad de facilitarla. Por ejemplo, las mujeres tienen el control de la comida, pero se niegan a sí mismas al placer de comer. Así, la comida comunica un conflicto entre la conducta de comer y la negación.

Por otra parte la comida, simboliza al autocontrol, por ejemplo: el ayuno y la negación suelen provocar una reacción de asombro. En el siglo XIX aparecieron algunos artistas hambrientos que carecían de motivos morales o religiosos, de manera que su negativa a comer era un acto de voluntad y de autocontrol propio, como señaló Gordon. Por lo cual se menciona que esa insistencia por el autocontrol se fija en que el interés por la conducta de comer, siguiendo una dieta, se convierte en el instrumento para ejercer este control (Ogden; 2005).

Asimismo, Ogden (2005) nombra la comida como interacción social, ya que la define como un instrumento de comunicación en la familia; regularmente el comedor es utilizado como el punto de reuniones entre sus miembros. Entonces, el tipo de alimentos que se toman y la forma de cocinarlos pueden originar la identidad de un grupo, como en una fiesta de cumpleaños o simplemente una comida dominical.

A la vez, está la comida como amor; que se caracteriza por utilizar los alimentos dulces para tranquilizar a los niños y mantener la calma entre los familiares. Así pues, los alimentos sirven de instrumento entre las familias para demostrar el cariño que se les tiene (Ogden; 2005).

Además de ello, Ogden (2005) también menciona la salud frente al placer; comenta que Van Otterloo y Van Ogtrop estudiaron la conducta alimentaria de varias familias holandesas y concluyeron que el deseo de proporcionar comida saludable a sus hijos y esposos puede crear conflictos a las mujeres, ya que frecuentemente las

comidas preferidas son poco saludables. De otro modo, Lawrence opinaba que el alimento bueno y nutritivo es lo que las madres saben que ocupan sus hijos.

Posteriormente Ogden (2005), menciona la comida como identidad cultural; este término trata de que la comida constituye también una forma de comunicación de la identidad de una persona sobre otra identidad en el contexto con los demás. Por lo cual esa comunicación se origina en el contexto social más grande y la comida puede interpretarse como información referente a la identidad cultural. Por ello, la comida como cultura gira dentro de dos sentidos; la comida como identidad religiosa, como poder social y como delimitación simbólica entre la cultura y la naturaleza.

Como resultado de lo anterior está la comida como identidad religiosa, en la cual los alimentos y comidas familiares son parte muy importante para el establecimiento de la consonancia religiosa. Por ello, ingerir algún tipo de alimentos, preparar la comida y darla a las demás personas, se convierte en un acto a través del cual se puede comunicar la santidad dentro de la familia (Ogden; 2005).

Finalmente, Ogden (2005) indica que la comida también es un símbolo de estatus social. Por ello las personas poderosas o de un nivel social alto comen bien y son alimentadas bien por otros. De este modo Engels y Marx consideraban que la comida es un componente fundamental de la subsistencia humana y si llega a faltar, es una muestra de desigualdad. En contraste, el rechazo hacia la comida sirve también para recuperar el control del mundo social.

2.5.2. Factores predisponentes familiares.

Regularmente, cuando una persona tiene una problemática con la alimentación, su familia se ve involucrada de alguna manera, ya sea positiva o negativamente. A continuación se habla de algunos factores predisponentes en las familias, que pueden desencadenar algún trastorno alimentario.

De acuerdo con Costin (2003), se dice que en ocasiones las familias con poca comunicación entre ellos pueden causar trastornos alimentarios en uno de sus integrantes, ya que un trastorno de este tipo puede generar una relación muy distorsionada en el núcleo familiar y crear sentimientos de enojo, ansiedad y culpa; luchas por el poder y dificultades en la comunicación. Sin embargo, no es adecuado atribuir toda la responsabilidad a la familia sobre el trastorno alimentario que pueda presentar algún integrante.

Costin (2003) menciona algunas causas que pueden producir trastornos alimentarios en el seno de una familia:

- Escasa comunicación entre sus miembros.
- Incapacidad para la resolución de problemas que se presentan.
- Sobreprotección por parte de los padres.
- Rigidez y falta de flexibilidad para afrontar las situaciones nuevas, o regular las normas familiares adecuándolas a los cambios de etapa.

- Ausencia de límites generacionales (como jóvenes con el papel de madres).
- Expectativas muy altas de los padres hacia sus hijos.
- Historias familiares que incluyen depresión y alcoholismo.
- Existencia en el seno de la familia de abuso sexual o físico.

De igual manera Rausch (1997), menciona que en diversas ocasiones suele haber mayor probabilidad de un trastorno afectivo y alcoholismo en los antecedentes familiares de personas bulímicas; en personas con anorexia, las familias suelen inhibir la agresión y la hostilidad.

Rausch (1997), muestra algunas características de familias con personas bulímicas:

- Ambos padres son exigentes.
- Las madres tienen altas expectativas de éxito social y académico para sus hijas.
- Las madres suelen tener problemas asociados al control de la conducta de su hija.
- Los padres muestran depresión, rigidez, así como una excesiva autodisciplina y distancia emocional.
- Ambos padres incrementan la rivalidad entre los hermanos al compararlos abiertamente.
- Hay considerable tensión en la familia.

- Hay tensión entre los padres de la persona.

Por otra parte, las familias tienden a marcar fronteras entre sus integrantes. Las normas determinan quién participa en las actividades y de qué modo lo hace. Así pues, hay fronteras individuales y otras que establecen el territorio de más de una persona, como puede ser una pareja parental. De este modo, las fronteras claras marcan espacios que permiten predecir el lugar de cada uno en determinada situación. Existen dos tipos de fronteras: las difusas, en las que se crea una intromisión física y mental en el espacio del otro; y las fronteras rígidas, que es cuando hay demasiados miembros en la familia y estos pueden carecer de flexibilidad necesaria para adaptarse a los cambios de distintas edades y a los tipos de situaciones que les toca vivir (Rausch; 1997).

Finalmente Rausch (1997), dice que existen algunas fallas en el control en diversas familias: les gusta ser controladoras y suelen mantener lazos estrechos entre sus integrantes, inhibiendo su desarrollo de autonomía; hay otras en las que demuestran fallas en el control, por el desacuerdo entre los padres respecto del control de crianza de los hijos.

2.5.3. Factores socioculturales.

Hoy en día es muy común ver a las personas preocuparse demasiado por su apariencia corporal, creando prejuicios de sí mismas si no están delgadas y por lo que

pensarán los demás de ellas. A continuación se mencionan algunas características de los factores socioculturales.

De acuerdo con Costin (2003), el contexto sociocultural actualmente se enfoca más en la delgadez y provoca prejuicios sobre la gordura. Se debe hacer hincapié que cuando se habla de un cuerpo ideal, no se refiere al bienestar y salud, sino al cuerpo hermoso como una moda en determinado momento. En pocas palabras, el ideal de belleza ha ido evolucionando conforme van pasando las épocas y va cambiando en las diferentes sociedades.

Del mismo modo, “la sociedad comunica claramente que el papel más importante de la mujer es ser atractiva físicamente, y los medios perpetúan y refuerzan esta idea sugiriendo que la totalidad de la mujer se expresa a través de la imagen corporal” (Costin; 2003: 61).

Por otra parte, a menudo se espera que la mujer posea un cuerpo perfecto; pero además de ello debe contar con una profesión exitosa, desempeñarse favorablemente a nivel social, construir un matrimonio perfecto y ser una madre excelente. Los medios de comunicación, sobre todo la televisión, influyen excesivamente en este tipo de pensamientos, ya que mediante sus anuncios muestran cómo deben ser: delgadas, saludables, sensuales, hermosas, triunfadoras. Sin embargo, si las mujeres no cumplen con estas expectativas, se sienten culpables, fracasadas por no poder alcanzar lo que se supone son las únicas perspectivas que se tiene de ellas. Por ello, va disminuyendo su sensación de seguridad y su confianza sí mismas (Costin; 2003).

Finalmente, la autora antes citada comenta que hoy en día la delgadez es sinónimo de estatus social, al menos en sociedades industrializadas, de primer mundo occidental. Sin embargo para más del 50% de la sociedad no es así, ya que piensan que la delgadez es más bien un sinónimo de pobreza. Además de que la delgadez no da el verdadero valor de la persona, y sobre todo no lleva a la felicidad; por el contrario, cuanto más grave es el trastorno alimentario, más difícil es alcanzar los objetivos personales de bienestar y seguridad.

2.6. Percepción del cuerpo en el trastorno alimentario.

En la actualidad, es muy frecuente que las personas se preocupen demasiado por su apariencia física, más que por su salud y bienestar. Suelen acudir a diversos métodos para estar delgadas, debido a ello en ocasiones es tanta su obsesión por verse así, que distorsionan su percepción acerca de sus cuerpos. En este apartado se explican algunas causas sobre esta problemática.

Primeramente, concordando con Jarne y Talarn (2000), la imagen corporal se define como la forma diagramática del propio cuerpo en la conciencia. Este concepto se complementa con otra definición; los sentimientos y actitudes hacia el propio cuerpo se dirigen hacia dos aspectos que crean la imagen corporal: el cognitivo, que tiene que ver con la percepción del propio cuerpo, y el emocional, que consiste en una unión al sentimiento que ello provoca. De manera que lo perceptual se refiere al grado de exactitud o de no exactitud con que el individuo ve sus dimensiones corporales. Y el

componente afectivo o emocional, que se refiere a pensamientos y actitudes respecto al propio cuerpo e indirectamente, al grado de satisfacción o insatisfacción con este.

Por otra parte, Ogden (2005) habla sobre la discrepancia del ideal, la cual se caracteriza por tener una percepción errónea de la realidad y respecto al ideal del propio cuerpo. Debido a esto, se pueden manifestar en sentimientos y cogniciones negativos del cuerpo. Por ejemplo, las mujeres manifiestan una mayor insatisfacción de su cuerpo que los hombres.

Cabe mencionar que “la insatisfacción corporal se ve como una estimación deformada del tamaño corporal y una percepción de que el cuerpo es más voluminoso de lo que es en realidad” (Ogden; 2005: 98).

Como consecuencia de esto, la mayoría de las mujeres presentan una insatisfacción corporal, pero más en algunas partes específicas como: el estómago, las caderas, los muslos y las nalgas; a diferencia de los hombres, cuya satisfacción corporal es aceptable, aunque existen algunos que se muestran insatisfechos por su cuerpo, sobre todo respecto con los brazos, la espalda, el pecho y estómago (Ogden; 2005).

Por otra parte, Ogden (2005) menciona que la insatisfacción corporal es una consecuencia de lo que las mujeres ven o escuchan mediante los medios de comunicación social como: revistas, televisión, periódicos, cine y hasta en las novelas que utilizan esta imagen de mujer delgada. En los anuncios publicitarios suelen usar productos relacionados con el volumen corporal, ya sean alimentos o ropa. Las

mujeres que a menudo utilizan todos estos medios de comunicación, suelen ser delgadas, por lo cual no solo se les infunde que la delgadez es la norma deseada, sino que también es la efectiva.

Así pues, Ogden (2005) comenta que existen factores psicológicos que causan insatisfacción corporal. Primeramente se encuentran las creencias, respecto a cuyo tema se han hecho diversas investigaciones que demuestran que varios credos pueden equilibrar la influencia del carácter étnico y la clase social en la insatisfacción corporal. Estas creencias surgen de la competitividad, el logro, el éxito material, el papel de las mujeres, los estereotipos de belleza y las relaciones entre hijos y padres.

Otro punto relevante es la relación entre madre e hija, la cual depende de la naturaleza en la que se presentan dicho vínculo. Resultados arrojados acerca de varias investigaciones concluyeron que las relaciones entre madre e hija influyen en la insatisfacción corporal a través de la naturaleza de la relación y no de la provisión de un modelo de rol (Ogden; 2005).

Finalmente, existe el trastorno de la imagen corporal, que consiste en una distorsión de la percepción e interpretación cognitiva de sus estímulos introceptivos y una sensación de no control respecto a las propias funciones corporales (Jarne y Talarn; 2000).

2.7. Factores que mantienen los trastornos alimentarios.

Las personas que padecen trastornos alimentarios pasan por varias situaciones que no les permiten salir del problema. A continuación se describen algunos factores que mantienen los trastornos alimentarios.

De acuerdo con Costin (2003), existen diversos componentes que hacen que el trastorno alimentario evolucione de forma significativa. Primeramente, se encuentran las prácticas de control de peso y las obsesiones con las dietas que lejos de ser una solución al problema, lo agravan. Regularmente, el cuerpo que está mal nutrido causa malestar anímico y emocional, ya que la persona no tiene fuerzas, lo que causa que afecte tanto al organismo como al estado de ánimo.

Costin (2003) menciona que las transformaciones físicas, emocionales y sociales se describen como un descenso general en el estado de ánimo, lo cual en muchas ocasiones hace que la persona tenga una visión pesimista de sí misma, sobre el futuro y las posibilidades de pensar o hacer algo diferente al respecto.

Por otra parte está el área social, en donde el individuo presenta un aislamiento y ensimismamiento, así como una incomodidad en la interacción con otros y una disminución en su interés amoroso y sexual. Igualmente en el área cognitiva el individuo tiene dificultades para la concentración, la comprensión y el estado de alerta (Costin; 2003).

De acuerdo con esta autora, es de suma importancia que cuando la ingesta es menor de lo que se necesita para el funcionamiento general del organismo,

automáticamente el cuerpo va a quemar calorías de manera más lenta, como modo de preservar más energía y utilizar todo lo que se consume como medio de mantenimiento de los procesos físicos básicos para sobrevivir.

Finalmente la comida se vuelve una obsesión enferma, como por ejemplo, los carbohidratos, que están estrictamente prohibidos en las dietas que utilizan las personas con este tipo de trastornos, se convierten en un polo de atracción irresistible, como si fuera una droga (Costin; 2003).

2.8. Trastornos mentales asociados a los trastornos alimentarios.

Los trastornos mentales traen consigo muchas dificultades, en varios de los trastornos mentales se asocia algún tipo de trastorno alimentario en el paciente. A continuación se describen algunos de ellos como indicadores.

De acuerdo con Belloch y cols. (1995), los trastornos alimentarios son de perspectiva multidimensional, así como las representaciones clínicas son en su mayoría de casos complejos; y los síntomas de diversos cuadros se incorporan, complicando las decisiones diagnósticas y terapéuticas.

2.8.1. Trastornos alimentarios en la esquizofrenia.

A continuación se describe alguna de la sintomatología alimentaria que presentan las personas esquizofrénicas.

De acuerdo con Jarne y Talarn (2000), regularmente suelen presentarse alteraciones alimentarias en las psicosis esquizofrénicas, ya sea en los episodios agudos o en las evoluciones cronificadas. Una de las características principales es el rechazo absoluto a las comidas, que en ocasiones se observa en pacientes catatónicos, que por su falta de contacto con el medio, se niegan a ingerir alimentos.

Del mismo modo, otros pacientes se limitan a comer algunos o todos los alimentos que se les dan debido a la presencia de ideación delirante de envenenamiento o perjuicio, entre otros. La persistencia de la idea delirante puede llegar a prolongar los trastornos alimentarios (Jarne y Talarn; 2000).

Por lo tanto, la esquizofrenia cronificada y con un curso procesal puede causar alteraciones alimentarias aberrantes, como la coprofagia o la ingesta de productos no comestibles, como madera, tierra o cabellos (Jarne y Talarn; 2000).

2.8.2. Trastornos alimentarios en la manía.

En este apartado se muestran algunas características de las personas con manía que tienen alteraciones en la alimentación.

Según Jarne y Talarn (2000), en la fase aguda de la manía, los individuos que la padecen pueden pasar bastante tiempo sin tener necesidad de comer, o al contrario, pueden requerir grandes cantidades de comida, aunque la porción que se coman sea normal y no hagan uso de los demás alimentos.

2.8.3. Trastornos alimentarios en las fobias.

Este tipo de problema no afecta a todos los tipos de fobia, solamente a las personas que la tienen hacia los alimentos o al acto de deglución. Primeramente, en el caso de los alimentos, la persona a partir de una situación traumática desarrolla un cuadro fóbico en el que aparecen las conductas de evitación y ansiedad anticipadora (Jarne y Talarn; 2000).

Otra fobia más grave es la de no comer, por miedo a asfixiarse y morir. El problema del individuo consiste en la incapacidad de deglutir líquidos, sólidos compactos o las dos clases de alimentos a la vez. Sin embargo, cuando el paciente no puede ingerir alimentos ni sólidos ni líquidos, esto le puede ocasionar situaciones de riesgo vital (Jarne y Talarn; 2000).

Del mismo modo, existen otras fobias más frecuentes, que son las de un alimento en concreto que pueden ser de acuerdo con su origen, consistencia o tamaño (Jarne y Talarn; 2000).

2.8.4. Trastornos alimentarios en el trastorno obsesivo-compulsivo.

En este apartado se explica brevemente como se pueden presentar las alteraciones alimentarias en el trastorno obsesivo-compulsivo.

De acuerdo con Jarne y Talarn (2000), en este tipo de trastornos no siempre ocurren alteraciones en la alimentación, solo las que son directamente asociadas con la comida.

En personas con este tipo de problemática, es común que coman de forma muy lenta; suelen escoger muy meticulosamente los alimentos y en ocasiones integran la duda y la compulsión; en otros casos pueden tener ideas de contaminación y suciedad, lo cual puede modificar los hábitos alimentarios (Jarne y Talarn; 2000).

2.8.5. Trastornos alimentarios en las depresiones.

En el presente subtema se describe la principal sintomatología que presentan las personas con depresiones, acompañadas de alteraciones alimentarias.

Según Jarne y Talarn (2000), los trastornos alimentarios de una u otra forma siempre se presentan en trastornos afectivos. Por ejemplo, en la depresión mayor con melancolía, la pérdida ponderal y la persistencia de anorexia son síntomas que integran el criterio diagnóstico. Por lo regular se observa una disminución en la ingesta, con o sin repercusión ponderal, aunque en ocasiones se presenta una ingesta excesiva.

Del mismo modo, en las depresiones melancólicas delirantes, el individuo presenta una idea delirante de ruina, por lo cual no come porque su situación económica se lo impide, asimismo, el paciente que tiene ideas delirantes nihilistas, no

come porque piensa que no vale la pena, si de todos modos morirá (Jarne y Talarn; 2000).

Finalmente, los autores antes referidos describen el síndrome de Cotard, en el que se mezclan tanto ideas delirantes nihilistas como la hipocondría. Aquí la persona dice que está vacía o tiene todos los órganos internos podridos, por lo cual no ingiere alimentos.

2.8.6. Trastornos alimentarios en la ansiedad.

Por último se habla de la sintomatología de los trastornos alimentarios en la ansiedad.

En este trastorno no siempre se presentan anomalías alimentarias, sin embargo, se pueden observar alteraciones por ausencia o por exceso. Así pues, en el trastorno ansioso de presentación aguda, el individuo suele mostrar una pérdida del apetito de moderada intensidad; en los de curso crónico, la pérdida, aunque moderada, puede resultar en algunas repercusiones ponderables (Jarne y Talarn; 2000).

Finalmente, Jarne y Talarn (2000) comentan que en otros casos, el individuo ha relacionado ingestas fuera de las horas habituales, con un efecto beneficioso sobre su ansiedad, que con el tiempo se traduce en hábitos alimentarios incorrectos.

2.9. Tratamiento de los trastornos alimentarios.

En la actualidad hay diversos métodos que ayudan a las personas en su recuperación ante algún tipo de trastorno alimentario. A continuación se describen varios tratamientos que pueden ser de gran ayuda en estos pacientes.

De acuerdo con Jarne y Talarn (2000), el tratamiento de la anorexia siempre es multimodal, ya sea mediante ingreso hospitalario, o por medio de hospital de día o tratamiento ambulatorio. Para este tipo de problemática se necesita un programa de intervención complejo y bien estructurado, que contenga tres áreas de intervención: el peso, la figura y las cogniciones.

Jarne y Talarn (2000) mencionan algunas indicaciones necesarias dentro del tratamiento:

- Primero se encuentra la recuperación ponderal, que consiste en la rehabilitación nutricional y la estabilidad dietética, de este modo se corrigen las secuelas físicas y psicológicas que la malnutrición deja, aunque estos daños tardan algún tiempo en normalizarse después de haber conseguido la recuperación ponderal.
- En segundo lugar está el tratamiento dietético, que indica que no hay unanimidad respecto a si la alimentación del paciente tiene que partir de contenidos calóricos normales, así pues, no existe acuerdo sobre si la terapia debe iniciarse en una dieta normal o aumentar paulatinamente la cantidad de calorías.

- Posteriormente está el tratamiento psicológico, que es indispensable en el programa terapéutico de la anorexia nerviosa. En pacientes mal nutridos y bajo peso se muestra apatía hacia la psicoterapia y raramente se observan cambios comunicativos, hasta que no se ha recuperado cierto peso. Conforme vaya pasando el tiempo, las psicoterapias de refuerzo, las técnicas de relajación y las sesiones psicoeducativas facilitarán que la persona no vea las terapias como algo obligatorio para tener que ganar peso.
- En lo que concierne al tratamiento farmacológico, cuando se trata de un caso específico sobre el apetito, se usa la ciprohetadina, un antihistamínico, principalmente indicado para la anorexia restrictiva y menos en la purgativa.
- Finalmente, en la terapia familiar se necesita que todos se integren más a los programas de tratamiento, tanto en ámbito ambulatorio como en el de hospitalización.

Por otra parte, Jarne y Talarn (2000) describen algunos pasos para el tratamiento de la bulimia nerviosa.

- Restablecer las pautas nutricionales normales.
- Recuperación física: como la estabilización del peso, rehidratación, normalización electrolítica y corrección de anomalías físicas (ejemplos: reflujo gastroesofágico, erosión de la mucosa digestiva, dilatación gástrica, erosión del esmalte dental e inflamación de las parótidas).

- Normalización del estado mental, como mejorar el estado de ánimo, tratar posibles trastornos de la personalidad, evitar abusos de sustancias y corregir el estilo cognitivo erróneo.
- Restablecer las relaciones familiares adecuadas como: aumentar la participación, aumentar la comunicación, restablecer las pautas y los roles y escapar de los sentimientos de fracaso.
- Finalmente, corregir las pautas de interacción social alteradas como: aceptar el trastorno, afrontar los fracasos, aceptar la responsabilidad, vencer la impotencia y no buscar marcos sociales denigrantes.

Por otra parte, Rausch (1997), explica el enfoque del modelo conductual, que se basa en el control de un comportamiento visible por medio de los estímulos que le siguen. En 1972, Stunkard describió este proceso como un medio para la recuperación de las personas con trastornos alimentarios. De este modo, diversos investigadores han concordado en que los resultados han sido extraordinarios, con el uso del condicionamiento operante.

Asimismo se, encuentra el modelo cognitivo-conductual, cuyo enfoque se basa en el pensamiento, emoción y comportamiento que se manifiesta. Por lo que el tratamiento consiste en hacer que el paciente examine la validez de sus creencias en el presente. Regularmente los procesos cognitivos en el individuo son la abstracción selectiva, sobregeneralización, magnificación, pensamiento dicotómico, personalización y pensamiento supersticioso, los cuales son examinados y definidos;

posteriormente, cada uno es cuestionado con el fin de modificar los pensamientos. Así pues, este modelo ha creado diversas técnicas que son de gran utilidad, siempre que se utilicen de forma adecuada.

Finalmente, se encuentra la terapia familiar, que es un instrumento muy importante dentro del tratamiento. Minuchin (citado por Rausch; 1997) plantea que la terapia familiar estructural es una opción benéfica para el tratamiento de los trastornos alimentarios. Esta terapia consiste en modificar la estructura familiar disfuncional que organiza las actividades de sus integrantes. Usualmente, las características de la organización y funcionamiento de dichas familias son el aglutinamiento, la sobreprotección, la rigidez, la evitación del conflicto e inclusión del hijo en el conflicto parental. Así pues, el terapeuta se integra en el sistema de forma directa y activa para modificar los patrones disfuncionales que contribuyen al mantenimiento de la situación sintomática.

En resumen, este capítulo sirvió para abundar sobre la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y describir brevemente otros trastornos alimentarios. También se mencionaron diversas alteraciones psicológicas que pueden surgir en un trastorno alimentario, así como la manifestación de dichas perturbaciones en la infancia.

Otro aspecto importante que se detalló en este apartado fue el perfil de la persona con trastornos alimentarios, las causas que lo originan, así como los factores predisponentes familiares, individuales y socioculturales. Por último, la percepción del cuerpo en el trastorno alimentario, los factores que lo mantienen, así como algunos

trastornos mentales asociados con los trastornos alimentario y los tratamientos recomendados para pacientes con anorexia y la bulimia nerviosa.

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

A continuación, se describe primeramente el encuadre metodológico de la presente investigación, así como las características de las estrategias empleadas en la recolección de los datos. En la segunda parte de este capítulo se exponen los resultados obtenidos en la investigación de campo, el análisis e interpretación de la información, así como las conclusiones obtenidas.

3.1. Descripción metodológica.

Con el propósito de dar claridad a la ruta metodológica seguida en el presente estudio, se presentan sus características: el enfoque empleado, tipo de investigación, tipo y alcance del estudio, los instrumentos de medición usados, así como la población y muestra seleccionadas.

3.1.1. Enfoque cuantitativo.

La orientación metodológica empleada en el presente estudio es cuantitativa. Hernández y cols. (2010) mencionan algunas características que posee este enfoque y que se describen a continuación:

1. El investigador plantea un problema de estudio delimitado y concreto. Sus preguntas de investigación se basan en cuestiones específicas.
2. Una vez planteado el problema de estudio, el investigador considera lo que se ha investigado anteriormente (revisión de la literatura) y realiza un marco teórico (la teoría que habrá de guiar su estudio), del cual procede una o varias hipótesis (cuestiones que va a examinar si son ciertas o no) y las somete a prueba mediante el empleo de los diseños de investigación apropiados. Por lo tanto, si los resultados corroboran las hipótesis o son congruentes con éstas, se aporta evidencia en su favor; pero si se contradicen, se descartan dichas explicaciones, con el fin de buscar nuevas y mejores hipótesis. Al apoyar las suposiciones, se genera confianza en la teoría que las sustenta; si no es así, se quitan las hipótesis y, eventualmente, la teoría.
3. Las hipótesis surgen antes de recolectar y analizar los datos.
4. La recolección de datos se basa en la medición (se cuantifican las variables o conceptos contenidos en las hipótesis). Esta recolección se lleva a cabo al utilizar procedimientos estandarizados y aceptados científicamente. Para que una investigación sea creíble y aceptada por otros investigadores, debe demostrarse que se realizaron tales procedimientos. Como en este enfoque se pretende medir, los fenómenos estudiados deben poder observarse o describirse en el mundo real.

5. Debido a que los datos son producto de mediciones, se representan a través de números (cantidades) y se deben analizar a través de métodos estadísticos.
6. Los análisis cuantitativos se interpretan de acuerdo con las predicciones iniciales (hipótesis) y de estudios previos (teoría). La interpretación crea una explicación de cómo los resultados coinciden en el conocimiento existente.
7. La investigación cuantitativa debe ser lo más objetiva posible. Los fenómenos que se observan y/o se miden no deben ser afectados por el investigador. Este debe evitar que sus temores, creencias, deseos y tendencias influyan en los resultados del estudio o interfieran en los procesos; y que tampoco se vean alterados por las tendencias de otros.
8. Por último, para este enfoque, se sigue estrictamente el proceso y, de acuerdo con ciertas reglas lógicas, los datos generados poseen estándares de validez y confiabilidad, de modo que las conclusiones provenientes contribuirán a la generación de conocimiento.

3.1.2. Diseño de investigación no experimental.

De acuerdo con Hernández y cols. (2010), este tipo de investigación consiste en realizar el estudio sin manipular intencionalmente las variables independientes, para de este modo poder observar su efecto sobre otras variables y así analizarlos.

En la investigación no experimental no surge ninguna situación, sino que se observan las que ya existen y no son provocadas en el estudio por quien lo realiza. Así

pues, en este diseño no experimental las variables independientes ocurren sin ser manipuladas y no se tiene control directo sobre las mismas (Hernández y cols.; 2010). Así pues, el presente estudio se realizó con un diseño no experimental.

3.1.3. Diseño transeccional o transversal.

De acuerdo con Hernández y cols. (2010) un diseño transeccional o transversal consiste en recolectar datos en un solo tiempo, con el fin de describir las variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento.

De acuerdo con lo anterior, y considerando que en el estudio que se realizó en esta investigación, se recolectó una serie de datos en un tiempo único con adolescentes de secundaria, este estudio cumple con las características del diseño transeccional o transversal.

3.1.4. Alcance correlacional.

El presente estudio tiene un alcance correlacional, ya que pretende medir la relación que existe entre el nivel de estrés y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios.

De acuerdo con Hernández y cols. (2010), el propósito del alcance correlacional radica en conocer la relación o grado de asociación que puede existir en dos o más conceptos, categorías o variables en un contexto específico. Por tanto, los resultados

correlacionales, para evaluar el grado de asociación entre dos o más variables miden cada una de ellas; posteriormente se cuantifica y analiza la relación.

Asimismo, la utilidad de este alcance se basa en intentar pronosticar el valor aproximado que puede tener un grupo de personas o casos en una variable, a partir del valor que tienen en la o las variables relacionadas (Hernández y cols.; 2010).

Por tanto, la correlación puede ser negativa o positiva. En el primer caso, los alumnos con valores altos en una variable tenderán a mostrar valores elevados en la otra; si es negativa, los individuos con valores elevados en una variable tenderán a mostrar valores bajos en la otra variable (Hernández y cols.; 2010).

Por último, “si no hay correlación entre las variables, se puede indicar que estas varían sin seguir un patrón sistemático entre sí” (Hernández y cols.; 2010: 82).

Del mismo modo, el valor del alcance correlacional suele ser explicativo, aunque parcial, debido a que se sabe que dos o más variables se relacionan, por lo cual se aporta cierta información en dicho sentido (Hernández y cols.; 2010).

3.1.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

En el presente apartado se utilizaron algunas técnicas estandarizadas, que son recursos ya desarrollados por especialistas en la investigación, que pueden ser utilizados para la medición de las variables. Algunas de las ventajas de las técnicas estandarizadas consisten en que ya tienen estudios estadísticos que prueban su confiabilidad y validez, ya que esto es un requisito indispensable para la validación del proceso de investigación.

Del mismo modo, “existe una amplia diversidad de pruebas e inventarios desarrollados por diversos investigadores para medir un gran número de variables. Estas pruebas tienen su propio procedimiento de aplicación, codificación e interpretación, y se encuentran disponibles en diversas fuentes secundarias y terciarias, así como en centros de investigación y difusión del conocimiento” (Hernández y cols.; 2010: 322).

Por lo tanto, en este estudio se utilizó un conjunto de instrumentos para realizar la medición del nivel de estrés en relación con los trastornos alimentarios en adolescentes, y recabar los datos necesarios. A continuación se describe detalladamente cada una de las pruebas aplicadas.

Primeramente se utilizó la prueba de Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños (revisada), con autoría de Reynolds y Richmond, realizada en 1997.

Esta prueba tiene un rango de estandarización para niños y adolescentes de 6 a 19 años, así como una escala de ansiedad total y cuatro subescalas, las cuales son:

ansiedad fisiológica, inquietud/hipersensibilidad, preocupaciones sociales/ concentración y mentira.

Por último, la prueba CMAS-R contiene un índice de confiabilidad de 0.80, que fue calculado mediante el coeficiente alfa de Cronbach; para obtener la validez se obtuvieron varios procedimientos como: la validez de contenido, de criterio, concurrente y de constructo. Tal test mide la ansiedad, misma que es el principal indicador emocional-subjetivo del estrés.

La segunda prueba que se utilizó fue el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2), realizado por David M. Gardner, en 1998.

El EDI-2 está estandarizado para personas con una edad de 11 años en adelante. Para el proceso de estandarización de dicha prueba se realizaron varios procesos en distintos grupos, tanto en individuos con bulimia y anorexia nerviosa como en personas que no padecen estos trastornos alimentarios. En esta investigación se utilizó el baremo obtenido en la aplicación a hombres y mujeres adolescentes sin trastornos de la conducta alimentaria.

El EDI-2 cuenta con una confiabilidad de 0.83 en el alfa de Cronbach y validez de contenido, concurrente, de criterio y de constructo.

Finalmente esta prueba cuenta con once escalas, las cuales son: obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza

interpersonal, conciencia introceptiva, miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad e inseguridad social.

3.2. Descripción de la población y muestra.

En el presente subtema se explican las características de la población y la muestra que se tomaron para la recolección de datos en esta investigación.

3.2.1. Descripción y delimitación de la población.

De acuerdo con Hernández y cols. (2010), la población es un conjunto de todos los casos que coinciden con una serie de características; derivado de ello, una muestra es un subgrupo de la población.

La Escuela Secundaria Federal Número 1 “General Lázaro Cárdenas del Río” de Uruapan, Michoacán, atiende una población total de 1,400 alumnos, en dos turnos: matutino y vespertino, con aproximadamente 700 estudiantes en cada uno de ellos; en cada grado existen 6 grupos, integrados por un promedio de 40 alumnos.

La proporción de alumnos por género es de 60% del sexo femenino y 40% del masculino, es decir, 840 mujeres y 560 varones, cuyo promedio de edades oscila entre los 12 a 15 años.

Esta escuela tiene un prestigio ganado a través de los años, lo cual favorece que acudan a ella estudiantes desde los cuatro puntos cardinales de la ciudad e incluso

algunos que viven en otras localidades del municipio de Uruapan. Muchos de los padres de familia son ex alumnos de esta institución; la mayoría de ellos tienen un nivel de estudios de licenciatura (abogados, médicos, ingenieros, licenciados, entre otros) o nivel medio superior, por lo que se puede considerar que por sus ingresos tienen un nivel socioeconómico medio-bajo.

3.2.2. Proceso de selección de la muestra.

La muestra que se utilizó en esta investigación es de tipo no probabilístico, ya que la elección de sus diversos elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o de quien hace la muestra (Hernández y cols.; 2010).

Para la realización del presente trabajo se eligió una muestra de 104 individuos, procedentes de tres grupos del primer grado, cuyas edades están entre los 12, 13 y 14 años; de estos, 63 fueron del sexo femenino y 41 del masculino.

Como resultado del filtro resultante de la aplicación de la prueba Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños (revisada), la muestra se redujo a 89 individuos de los cuales, 54 eran mujeres: 29 de 12 años, 23 de 13 años y 2 de 14 años; así como 35 hombres: 17 de 12 años, 16 de 13 años y 2 de 14 años.

3.3 Descripción del proceso de investigación.

En el presente apartado se describe detalladamente el proceso de indagación para la realización de este trabajo.

Primeramente se comenzó con la introducción de esta investigación, lo cual contiene antecedentes sobre distintos estudios del mismo tema; también se realizó el planteamiento del problema, el objetivo general y particulares, las hipótesis tanto de trabajo como nula, la operacionalización de las variables, que contiene una descripción general de las pruebas que se aplicarían posteriormente, así como la justificación, donde se describe a quien le es útil este estudio. Por último en este apartado se recolectó información para el marco de referencia, que incluye datos de la institución donde se aplicaron las pruebas sobre estrés y trastornos alimentarios.

Posteriormente se continuó con el marco teórico, que contuvo dos capítulos: el primero fue de estrés, en el cual se recopiló información relevante propuesta por varios autores para poder armar los subtemas de dicho capítulo. Después se prosiguió a iniciar el segundo capítulo, que habló sobre los trastornos alimentarios; en él, se siguió el mismo proceso que en el anterior.

Para el capítulo tres, que acerca de la metodología, de forma inicial se requirió acudir a las instalaciones de la Escuela Secundaria Federal Número 1, "General Lázaro Cárdenas del Río", con la finalidad de pedir autorización al director de dicha institución para realizar el estudio estadístico en la escuela y mostrarle las pruebas que se aplicarían a los alumnos. De este modo y ya una vez autorizada la recolección de datos, se asignaron los grupos que se utilizaron de muestra para este estudio, los

cuales fueron del grado de primero, grupos B, C, D y E, con un total de 104 alumnos, y se dio fecha para ir a administrar las pruebas.

En la aplicación de la pruebas se dio un tiempo de 45 minutos por cada grupo. En la prueba CMAS-R, subtitulada “lo que pienso y siento”, solo se tiene que responder SÍ o NO según como la persona lo decida. En dicha prueba los alumnos contestaron de manera individual.

Mientras que en la prueba EDI-2, se les dio una hoja de respuestas a los alumnos y el investigador les iba leyendo cada uno de los reactivos, para que a su vez los individuos fueran contestando al mismo tiempo en sus hojas de respuesta.

Una vez aplicadas las pruebas se realizó su calificación y se convirtieron los puntajes naturales a percentiles. Primero se empezó con el CMAS-R, en donde la subescala de mentira identificó los puntajes a partir de los cuales se anula la prueba aplicada. Posteriormente se calificó el EDI-2, contabilizando cada una de las pruebas. Al final, la muestra quedo de 89 alumnos, de los 104 que se contemplaron inicialmente.

Más adelante se prosiguió con el vaciado de datos, en donde se obtuvieron las medidas de tendencia central: media, mediana y moda, así como una medida de dispersión: la desviación estándar; por último, los índices de correlación: la “r” de Pearson y la varianza de factores comunes. Después de conseguir todos estos datos se graficaron.

Finalmente se realizó la interpretación de resultados de acuerdo con los datos estadísticos que se obtuvieron de la muestra establecida, para así poder realizar las conclusiones necesarias.

3.4 Análisis e interpretación de resultados.

A continuación se presentan los datos obtenidos de la prueba CMAS-R, que mide el estrés, y la prueba EDI-2 sobre los trastornos alimentarios, así como los resultados obtenidos al estudiar la correlación estadística de dichas variables.

3.4.1 Estrés en los alumnos de la Escuela Secundaria Federal Número 1, “General Lázaro Cárdenas del Río”, de Uruapan, Michoacán.

Palmero y cols. (2002), señalan que el estrés es un proceso psicológico que se origina ante una exigencia al organismo, frente a la cual este no tiene recursos para dar una respuesta adecuada, desencadenando un mecanismo de emergencia consistente en una activación psicofisiológica que permite recoger más y mejor información, procesarla e interpretarla de forma rápida y eficientemente, y así permitir al organismo actuar de una manera adecuada a la demanda.

Respecto a los resultados obtenidos a partir de la aplicación de la prueba CMAS-R, la media en el nivel de ansiedad total fue de 61. La media es la suma de un conjunto de datos, dividida entre el número de medidas (Elorza; 2007).

De igual modo 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 medidas (Elorza; 2007). Este valor fue de 68.

De acuerdo con este mismo autor, la moda es la medida que ocurre con más frecuencia en un conjunto de observaciones. En cuanto a esta escala, la moda fue de 73.

También se obtuvo el valor de una medida de dispersión: la desviación estándar, la cual es la raíz cuadrada de la suma de las desviaciones al cuadrado de una población, dividida entre el total de observaciones (Elorza; 2007). El valor obtenido en la escala de ansiedad total fue de 26.

Por otra parte, se obtuvo el puntaje de la subescala de ansiedad fisiológica, de la cual se encontró una media de 61, una mediana de 62 y una moda representativa de 28. La desviación estándar fue de 28.

Asimismo, en la escala de inquietud/hipersensibilidad se encontró una media de 63, una mediana de 65, y una moda de 86. La desviación estándar fue de 24.

Por último, en la escala de preocupaciones sociales/concentración se obtuvo una media de 52, una mediana de 56 y una moda de 27. La desviación estándar fue de 28.

En el anexo 1 quedan demostrados gráficamente los resultados de la media aritmética de cada una de las subescalas mencionadas anteriormente.

A partir de los resultados estadísticos obtenidos mediante la aplicación del instrumento, se puede interpretar que en los alumnos de la Escuela Secundaria Federal Número 1, “General Lázaro Cárdenas del Río”, de Uruapan, Michoacán, los puntajes se encuentran dentro de los parámetros considerados normales.

Con el fin de mostrar un análisis más detallado, a continuación se presentan los porcentajes de los sujetos que obtuvieron puntajes altos en cada subescala, es decir, por arriba del percentil 70.

En la escala de ansiedad total, el 49% de los sujetos se ubica por arriba del percentil 70%; en la subescala de ansiedad fisiológica, el porcentaje es de 45%; mientras que en la subescala de inquietud/hipersensibilidad es de 44%; el índice de casos en la subescala preocupaciones sociales/concentración es de 30%. Estos resultados se aprecian de manera gráfica en el anexo 2.

Los resultados mencionados anteriormente indican que en la mayoría de las subescalas de la prueba CMAS-R, el 50% de la muestra presenta altos niveles de estrés.

3.4.2 Indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en alumnos de la Escuela Secundaria Federal Número 1, “General Lázaro Cárdenas del Río”, de Uruapan, Michoacán.

De acuerdo con lo señalado por la APA (2002), los trastornos alimentarios se caracterizan por alteraciones en la conducta alimentaria. Existe una serie de trastornos alimentarios: primeramente está la anorexia nerviosa, que se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal normal; además, está la bulimia nerviosa, que se identifica por episodios recurrentes de hambre seguidos de conductas compensatorias como el vómito, usar laxantes, diuréticos, entre otros medicamentos, así como ayunar y realizar ejercicios intensos. De modo que este tipo de trastornos altera la percepción acerca de su forma y peso corporales.

Mediante la aplicación del instrumento EDI-2, se obtuvieron datos relevantes de acuerdo con cada una de las subescalas predeterminadas en la prueba. Los puntajes, traducidos a percentiles, se presentan a continuación.

- 1) En la escala de obsesión por la delgadez se obtuvo una media de 43, una mediana de 44, una moda de 26 y una desviación estándar de 17.
- 2) Asimismo, en la escala de bulimia se obtuvo una media de 52, una mediana de 47, una moda de 47 y una desviación estándar de 12.
- 3) Del mismo modo, en la escala de insatisfacción corporal se determinó una media de 37, una mediana de 36, una moda de 19 y una desviación estándar de 16.

- 4) En la escala de ineficacia se cuantificó una media de 49, una mediana de 44, una moda de 55 y una desviación estándar de 20.
- 5) Mientras tanto, en la escala de perfeccionismo se estableció una media de 40, una mediana de 39, una moda de 36 y una desviación estándar de 17.
- 6) Del mismo modo, en la escala de desconfianza interpersonal se definió una media de 48, una mediana de 44, una moda de 40, así como una desviación estándar de 19.
- 7) De igual manera, en la escala de conciencia introceptiva se determinó una media de 38, una mediana de 31, una moda de 21 y una desviación estándar de 20.
- 8) Asimismo, en la escala de miedo a la madurez se obtuvo una media de 35, una mediana de 37, una moda de 37 y una desviación estándar de 14.
- 9) En la escala de ascetismo se logró una media de 27, una mediana de 22, una moda de 12 y una desviación estándar de 19.
- 10) A la vez, en la escala de impulsividad se estableció una media de 38, una mediana de 35, una moda de 21, así como una desviación estándar de 17.
- 11) Por último, en la escala de inseguridad social se cuantificó una media de 58, una mediana de 57, una moda de 54 y una desviación estándar de 16.

En el anexo 3 se muestran gráficamente los resultados de la media aritmética de cada una de las subescalas mencionadas anteriormente.

Además de presentar los datos de las medidas de tendencia central y desviación estándar, a continuación se presentan los porcentajes de los sujetos que

obtuvieron puntajes altos en cada escala, esto es, por arriba del percentil 70. Así, se ubicarán las escalas en las que hay mayor incidencia de casos preocupantes sobre el problema de trastornos alimentarios.

En la escala de obsesión por la delgadez, el 10% de los sujetos se encuentra por arriba del percentil 70; en la escala de bulimia, el porcentaje fue de 9%; en la de insatisfacción corporal, el 1%; en la de ineficacia, el 20%; en la de perfeccionismo, el 1%; en la que respecta a la desconfianza interpersonal, 15%; en la de conciencia introceptiva, 9%; respecto a la de miedo a la madurez, 0%; en la de ascetismo, 2%; en la de impulsividad, 7% y finalmente, en la escala de inseguridad social, el 27%. Estos datos se pueden observar gráficamente en el anexo 4.

En función de los datos anteriores se puede afirmar que los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en la muestra de los alumnos de la Escuela Secundaria Federal Número 1, “General Lázaro Cárdenas del Río”, de Uruapan, Michoacán, se encuentran en su mayoría dentro del rango normal de acuerdo con la prueba EDI-2, aunque en algunas subescalas se encuentran con mayor puntaje.

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

Diversos autores han afirmado la relación que se da entre los trastornos alimentarios y el estrés. Para Selye (citado por Palmero y cols.; 2002), el estrés es la respuesta específica del organismo, ante la presencia de alguna exigencia, originada por los requerimientos ambientales y mediada por las experiencias que el sujeto ha

tenido a lo largo de su vida; este grupo de factores actúan en conjunto para conducirlo a una toma de decisiones. Mientras que Ruiz y cols. (2004) realizaron un estudio sobre los trastornos alimentarios en hombres y mujeres adolescentes deportistas y no deportistas pertenecientes al Servicio de Rehabilitación Ortopédica del Centro Nacional de Rehabilitación. Se les aplicó la escala MD de treinta y tres reactivos cada uno, sobre los trastornos alimentarios; su objetivo general fue detectar si la práctica deportiva aeróbica es un factor de riesgo en la presencia de trastornos alimentarios (anorexia, bulimia y conducta alimentaria no especificada) en hombres y mujeres adolescentes pertenecientes a dicha institución. Los resultados fueron analizados con la prueba de la chi cuadrada, no encontrándose diferencias significativas.

En la investigación realizada en la Escuela Secundaria Federal “General Lázaro Cárdenas del Río”, de Uruapan, 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 -0.04 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson, esto significa que entre dichas variables existe una ausencia de correlación, de acuerdo con la clasificación que establecen Hernández y cols. (2010).

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

El resultado de la varianza fue de 0.00, lo que significa que entre el estrés y la escala de obsesión por la delgadez no hay relación.

Por otra parte, entre el nivel de estrés y la escala de bulimia existe un coeficiente de correlación de 0.26, de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre dichos atributos existe una correlación positiva débil.

El resultado de la varianza de factores fue de 0.07, lo que indica que entre el estrés y la escala de bulimia hay una relación del 7%.

Asimismo, entre el nivel de estrés y la escala de insatisfacción corporal, se encontró una correlación de 0.07. Este dato denota que entre tales variables no hay correlación. Esto se confirma al calcular la varianza de factores comunes, la cual dio por resultado 0.00, es decir, sin correlación entre estas variables.

De igual manera, entre la escala de ineficacia y el nivel de estrés se obtuvo una correlación de 0.33. Por lo tanto, se afirma que entre dichos atributos hay una correlación positiva media. Esto se corrobora al calcular la varianza de factores comunes, la cual dio por resultado 0.11, es decir, del 11%.

Por otra parte, entre el nivel de estrés y la escala de perfeccionismo se cuantificó una correlación de 0.33. Esto permite establecer que entre estas variables hay una

correlación positiva media, lo cual se confirma al calcular la varianza de factores comunes, la cual dio por resultado 0.11, es decir, del 11%.

A la vez, en la escala de desconfianza interpersonal y el nivel de estrés se encontró una correlación de 0.28, con ello, se establece que entre el estrés y la desconfianza interpersonal existe una correlación positiva débil.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.08, lo que establece que entre el nivel de estrés y la escala de desconfianza interpersonal hay una relación del 8%.

Del mismo modo entre el nivel de estrés y la escala de conciencia introceptiva hay una correlación de 0.40, con ello se puede aseverar que entre estas particularidades existe una correlación positiva media.

Debido a lo anterior, el resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.16, lo que significa que entre la escala de conciencia introceptiva y el nivel de estrés hay una relación del 16%.

Por otra parte, entre el nivel de estrés y la escala de miedo a la madurez se tiene una correlación de 0.26, esto implica que entre las variables en cuestión existe una correlación positiva débil.

Con esto, el resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.07, lo que significa que entre el nivel de estrés y la escala de miedo a la madurez hay una relación del 7%.

De igual manera, entre la escala de ascetismo y el nivel de estrés existe un coeficiente de relación de 0.24, de modo que estos atributos tienen una correlación positiva débil.

Con ello, el resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.06, lo que indica que entre la escala de ascetismo y el nivel de estrés existe una relación del 6%.

Asimismo, entre el nivel de estrés y la escala de impulsividad existe un coeficiente de correlación de 0.21, por lo cual, estas variables poseen una correlación positiva débil.

Debido a lo anterior, el resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.04, lo que significa que entre el nivel de estrés y la escala de impulsividad hay una relación del 4%.

Por último, entre el nivel de estrés y la escala de inseguridad social existe una correlación de 0.08, esto denota que entre estas características no hay correlación.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.01, lo que significa que entre el nivel de estrés y la escala de inseguridad social no existe relación.

Los resultados obtenidos en cuanto a los niveles de correlación de dichas escalas con el nivel de estrés, se muestran en el anexo 5.

En función de lo anterior se puede afirmar que el nivel de estrés se relaciona de forma significativa con las escalas de ineficacia, perfeccionismo y conciencia introceptiva. Lo anterior se afirma porque se considera significativa una relación a partir del 10% de influencia entre variables.

En contraparte, no se encontró una relación significativa entre el nivel de estrés y las escalas de obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, desconfianza interpersonal, miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad e inseguridad social.

En función de los resultados presentados, se confirma la hipótesis de trabajo, que afirma que existe relación significativa entre el nivel de estrés y los trastornos alimentarios en los adolescentes de la Escuela secundaria Federal Número 1, "General Lázaro Cárdenas del Río", de Uruapan, Michoacán, solo para las escalas de ineficacia, perfeccionismo y conciencia introceptiva; en cambio, se confirma la hipótesis nula para el resto de las escalas.

CONCLUSIONES

Como conclusiones relevantes se puede hablar en torno al logro de los objetivos del presente estudio. Los particulares de carácter teórico, referidos a la conceptualización, enfoques, causas y consecuencias de la variable estrés, fueron alcanzados en la descripción y análisis efectuados en el capítulo teórico número uno, denominado precisamente el estrés.

Los propósitos particulares de índole teórica, planteados en función de la segunda variable en la presente indagación, es decir, a los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios, fueron logrados en el capítulo número dos, cuyo título es trastornos alimentarios. En dicho título se exponen tanto las aproximaciones teóricas referidas a tal fenómeno, como los principales aspectos de tipo psicológico que el investigador tiene la obligación de conocer.

El objetivo particular número ocho, de carácter práctico, que plantea medir el nivel de estrés en alumnos de la ESFU 1, se alcanzó con la administración del test psicométrico denominado CMAS-R a la muestra descrita en el apartado referido anteriormente.

Se puede afirmar aunado a lo anterior, que el objetivo de campo número nueve, referido a la cuantificación del nivel que presentan los indicadores psicológicos de los

trastornos alimentarios en alumnos de la ESFU 1, también fue alcanzado como producto de la administración de la prueba psicológica denominada EDI-2.

La consecución del objetivo general del estudio, el cual plantea establecer la relación entre el nivel de estrés y los trastornos alimentarios en alumnos de la ESFU 1, se tuvo gracias al logro de los objetivos particulares ya enunciados.

Como hallazgos fundamentales del presente estudio se pueden mencionar los siguientes.

En cuanto a los niveles de estrés, se encontró que en las cuatro escalas hay porcentajes preocupantes (30% o más) de sujetos con niveles altos de ansiedad. Asimismo, en los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios no se encontró un porcentaje preocupante de sujetos que estén presentando niveles altos.

Finalmente, se concluye que los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios más fuertemente relacionados con el estrés son: ineficacia, perfeccionismo y conciencia introceptiva.

En función de los resultados obtenidos, conviene considerar por parte de la institución la pertinencia de diseñar y ejecutar un programa psicológico orientado a atender la problemática referida a los altos niveles de estrés.

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.

Belloch, Amparo; Sandín, Bonifacio; Ramos, Francisco. (1995)
Manual de psicopatología.
Editorial McGraw-Hill. España.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Maldonado Villa, Alejandra (2011).
Los trastornos alimentarios y su relación con el estrés en alumnas del CECYTEM de Nahuatzen, Michoacán.
Tesis inédita de la Escuela de Psicología. Universidad Don Vasco, A.C. Uruapan, Michoacán. México.

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

Powell, John. (1998)
Plenamente humano, plenamente vivo.
Editorial Diana. México.

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

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

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

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

MESOGRAFÍA

Barraza Macías, Arturo. (2005)

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

Revista PsicologíaCientífica.com, 7(9).

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

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

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

Instituto Mexicano del Seguro Social.

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

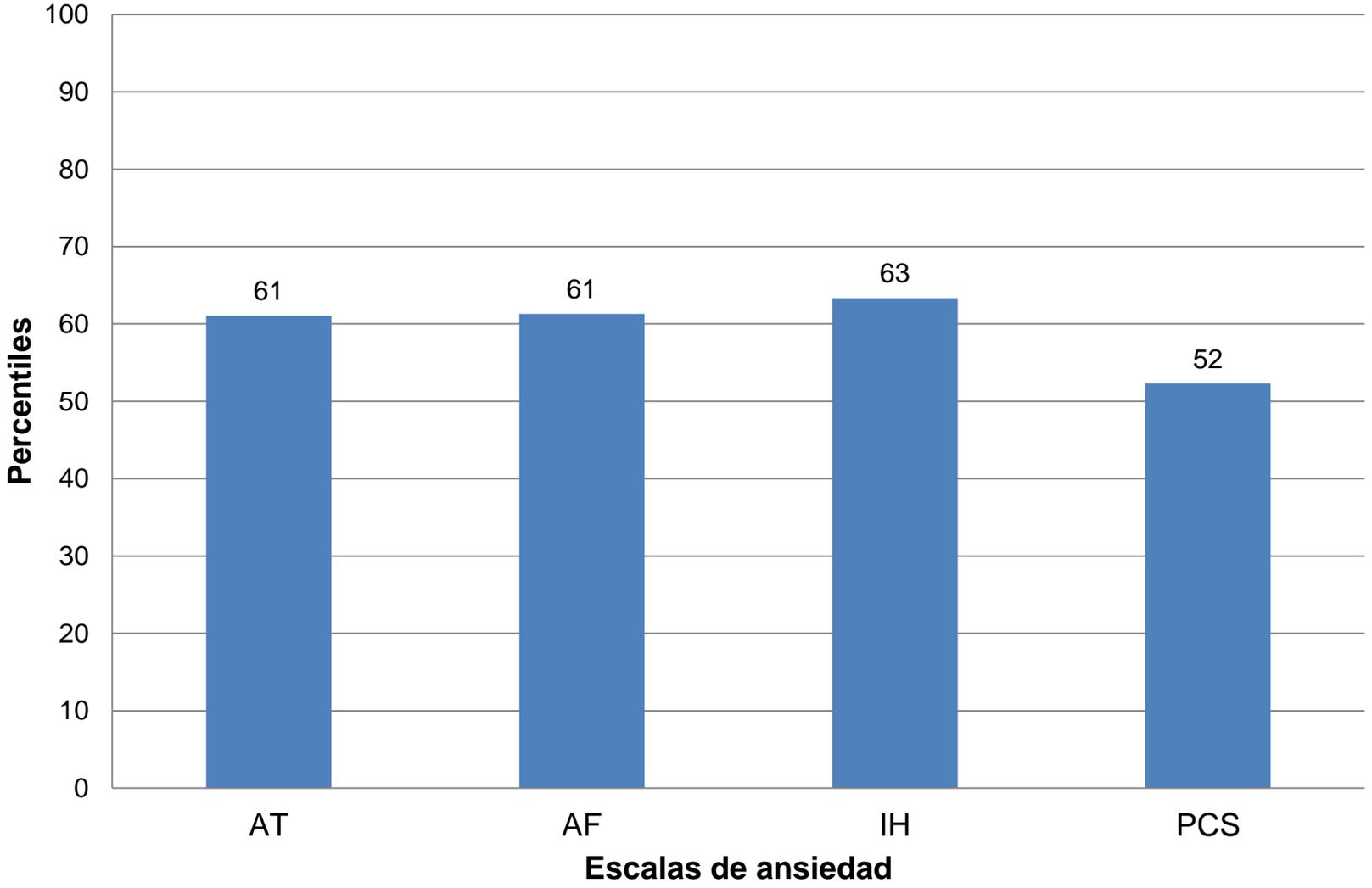
Ruiz Cervantes, Tanya Elizabeth; Vaquero Cázares, José Esteban; Vargas Ramírez, Alberto; Diez, Ma. del pilar. (2004)

“Trastornos alimentarios en hombres y mujeres adolescentes deportistas y no deportistas pertenecientes al Servicio de Rehabilitación Ortopédica del Centro Nacional de Rehabilitación”.

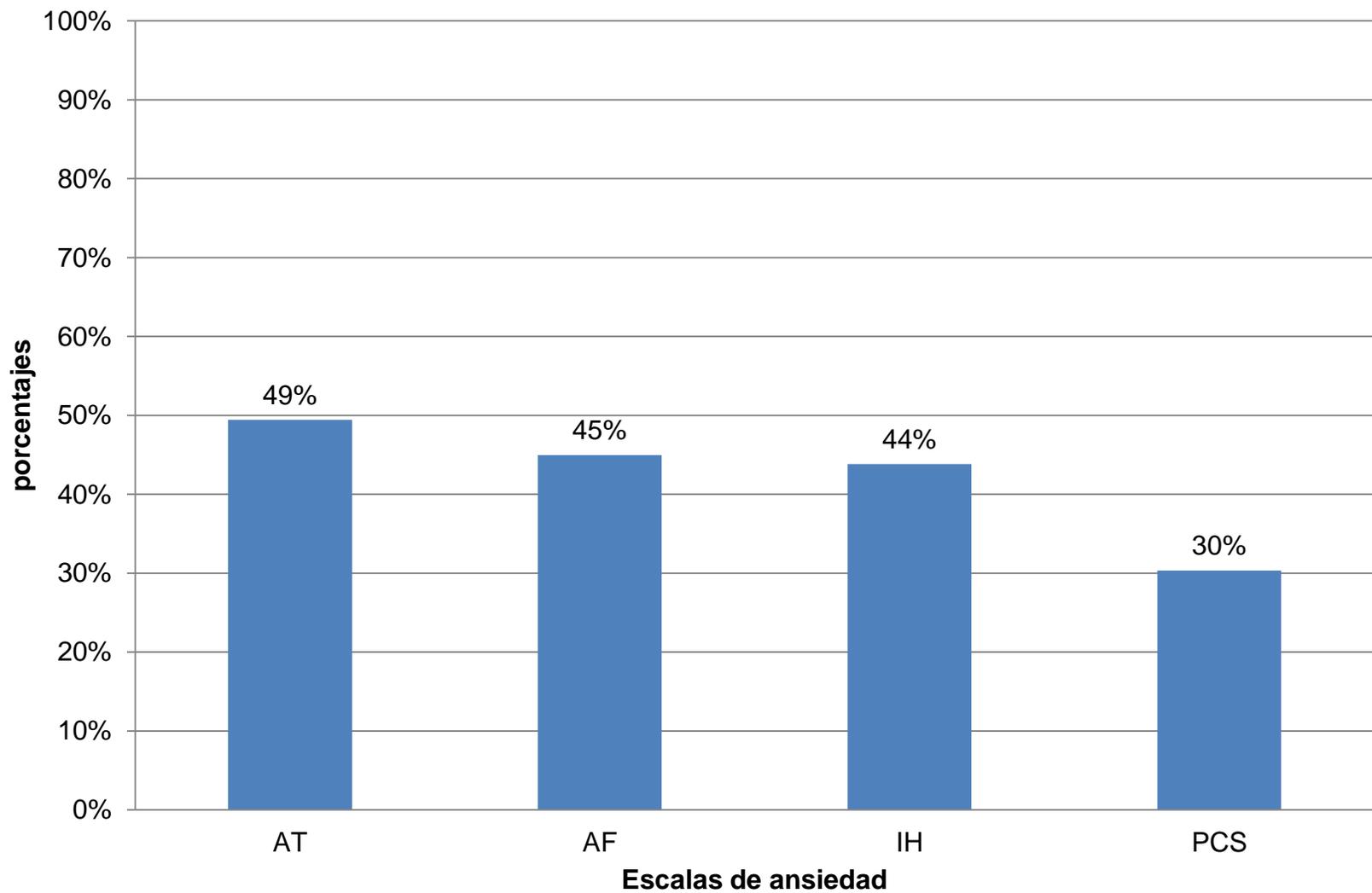
Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación (2004). Vol. 16 Núm. 1 Pp 12-17.

<http://www.medigraphic.com/pdfs/fisica/mf-2004/mf041c.pdf>

ANEXO 1
Media aritmética de las escalas de ansiedad

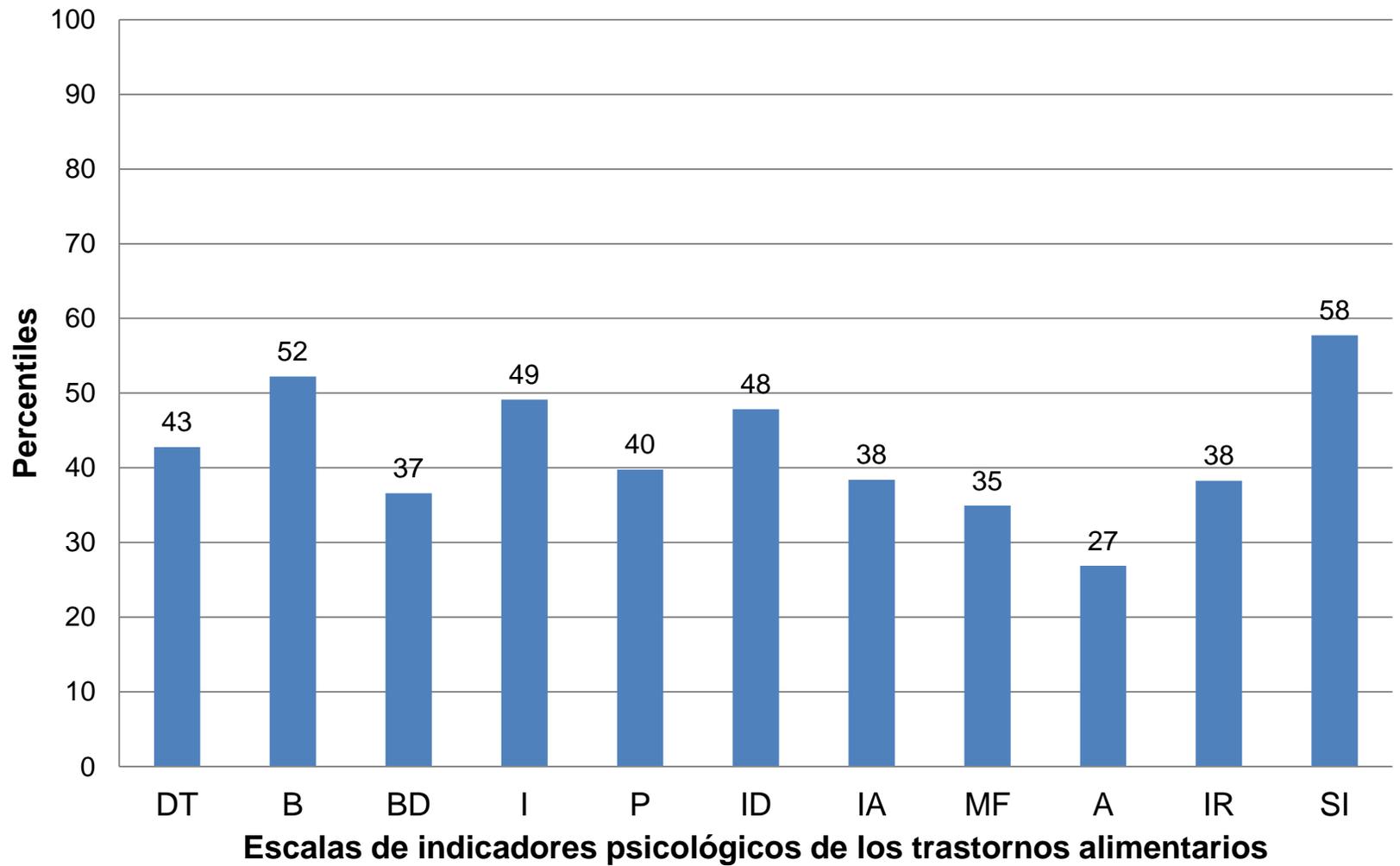


ANEXO 2
Porcentaje de sujetos con puntajes altos de estrés

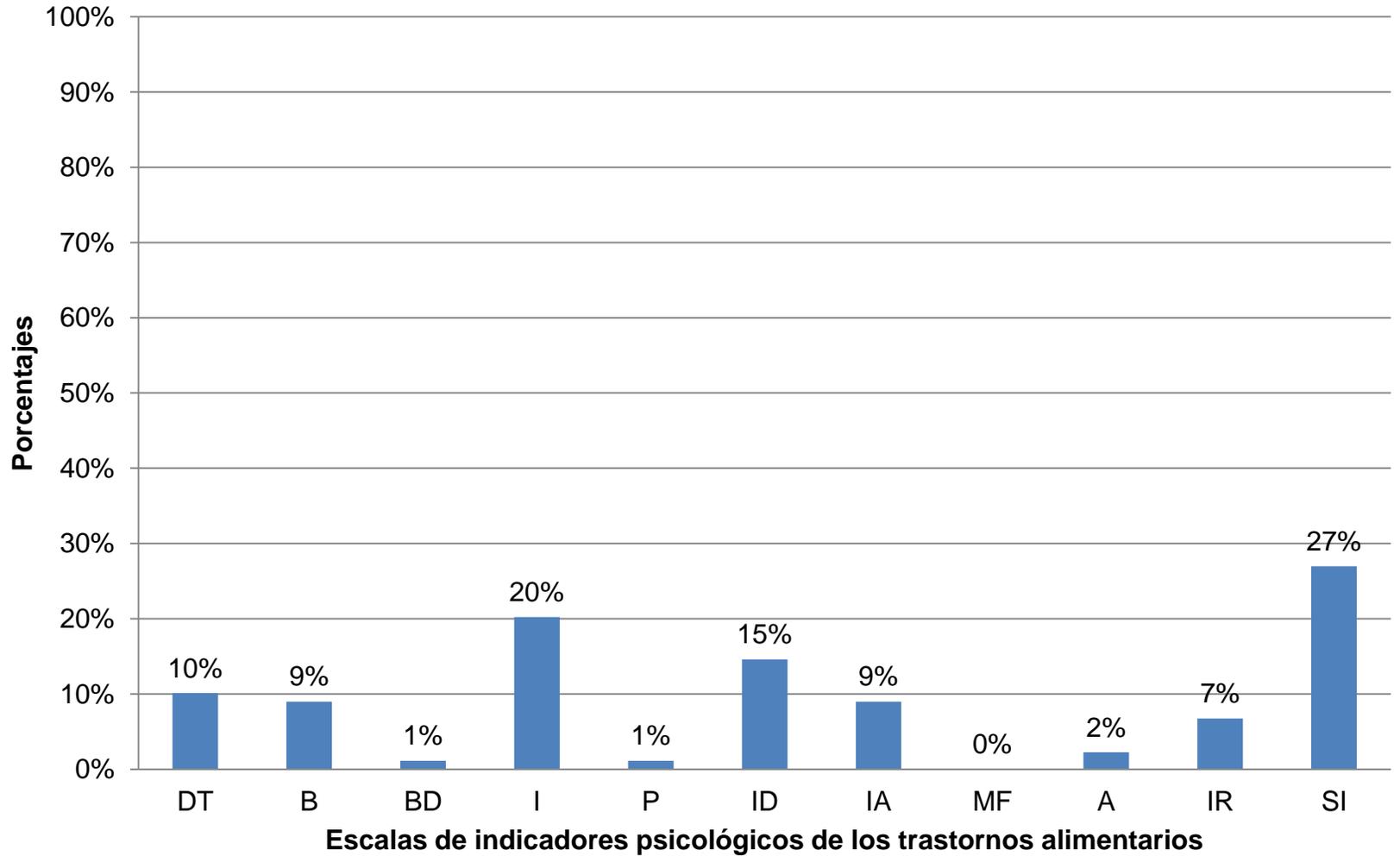


ANEXO 3

Media aritmetica de las escalas de indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios



ANEXO 4
Porcentaje de sujetos con puntajes altos en los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios



ANEXO 5

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

