



UNIVERSIDAD DON VASCO, A.C.

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

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE ESTRÉS Y LOS TRASTORNOS
ALIMENTARIOS EN ESTUDIANTES DE PREPARATORIA DE LA
CIUDAD DE URUAPAN, MICHOACÁN**

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

Martha Paulina Pérez Saucedo

Asesor: Lic. Héctor Raúl Zalapa Ríos

Uruapan, Michoacán. A 23 de septiembre 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.	2
Objetivos.	3
Hipótesis	4
Operacionalización de las variables.	5
Justificación.	6
Marco de referencia.	7

Capítulo 1. El estrés.

1.1 Antecedentes históricos del estrés	20
1.2 Tres enfoques teóricos del estrés.	23
1.2.1 El estrés como estímulo.	25
1.2.2. Estrés como respuesta.	27
1.2.3. Estrés como relación persona- entorno	28
1.2.3.1. El concepto integrador de estrés.	31
1.3 Los estresores.	32
1.3.1. Los estresores psicosociales.	34
1.3.2. Los estresores biogénicos.	38
1.3.3. Estresores académicos.	39
1.4 Procesos del pensamiento que propician el estrés.	42
1.5 Los moduladores del estrés.	43

1.5.1. El control percibido.	44
1.5.2. El apoyo social.	44
1.5.3. El tipo de personalidad: A/B.	46
1.6. Los efectos negativos del estrés.	48

Capítulo 2. Trastornos de la alimentación.

2.1. Antecedentes históricos de la alimentación.	51
2.2. Definición y características clínicas de los trastornos alimenticios.	53
2.2.1. Anorexia nerviosa.	54
2.2.2. Bulimia nerviosa.	56
2.2.3. Obesidad.	58
2.2.4. Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas.	58
2.2.5. Vómitos en otras alteraciones psicológicas.	59
2.2.6. Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia.	59
2.3 Esfera oroalimenticia en el infante.	61
2.3.1. Organización oroalimenticia.	62
2.3.2. Alteraciones oroalimentarias.	63
2.4. Perfil de la persona con trastornos de la alimentación.	64
2.5. Causas del trastorno alimenticio.	66
2.5.1. Factores predisponentes individuales.	66
2.5.2. Factores predisponentes familiares.	69
2.5.3. Factores socioculturales.	71
2.6. Percepción del cuerpo en el trastorno alimenticio.	73
2.7. Factores que mantienen los trastornos alimentarios.	74

2.8. Trastornos mentales asociados a los trastornos alimentarios.	76
2.8.1. Trastornos alimentarios y depresión.	76
2.8.2. Trastornos alimentarios y ansiedad.	78
2.9. Tratamiento de los trastornos alimentarios.	79

Capítulo 3. Metodología, análisis interpretación de resultados.

3.1 Descripción metodológica.	82
3.1.1. Enfoque cuantitativo.	82
3.1.2. Investigación no experimental.	83
3.1.3. Diseño transversal.	84
3.1.4. Alcance correlacional.	84
3.1.5. Técnicas de recolección de datos.	85
3.2. Población y muestra.	87
3.3. Descripción del proceso de investigación.	90
3.4 Análisis e interpretación de resultados	91
3.4.1 Estrés	91
3.4.2. Indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios.	93
3.4.3. Relación entre el nivel de estrés y los trastornos alimentarios.	96
Conclusiones	101
Bibliografía	104
Hemerografía	108
Mesografía	109
Anexos.	

INTRODUCCIÓN

Actualmente, el ritmo tan acelerado de vida del ser humano ha desencadenado problemas tales como el estrés al que a diario están expuestas las personas. La consecuencia de este fenómeno se ha visto reflejada en los trastornos alimenticios que puede llegar a vivir una persona.

Por lo anterior, en la presente investigación se abordarán las variables: estrés y factores psicológicos de los trastornos alimentarios.

Antecedentes

Según Selye (citado por Palmero y cols.; 2002) el estrés es la respuesta inespecífica del organismo ante cualquier exigencia, es decir, con este término el autor no hace hincapié al estrés que se tiene en el medio ambiente, sino a las consecuencias que puede desencadenar en una persona.

El autor da origen a este término en los años 30 cuando por su falta del dominio del inglés, se equivocó en conceptualizar esta palabra, puesto que hacía referencia al término strain, que desde el punto de vista de la física se refiere al efecto del stress.

Fue cuando Selye uso el concepto de estresor para referirse a las condiciones desencadenantes y excluirlas del propio proceso del estrés.

Son cuatro formas diferentes en las que se ha estudiado el estrés: por un lado se ha definido como los estímulos desencadenantes del proceso, por otro como un agrupamiento de comportamientos usuales, que incitan a una determinada activación de este proceso; también como procesos de valoración, de toma de decisiones y afrontamiento de situaciones; por último, como la respuesta final resultante de todo este proceso.

Por otro lado, según Palmero y cols.(2002), uno de los conceptos más admitidos fue la que desarrolló la Organización Mundial de la Salud, para la cual el estrés es el conjunto de reacciones fisiológicas que prepara al organismo para la acción.

Destacando lo anterior, en la actualidad se puede definir el estrés como un proceso psicológico que se suscita ante una exigencia al organismo, frente a la cual éste no tiene tácticas para dar una respuesta adecuada, de modo que activa un mecanismo de emergencia consistente en una aceleración psicofisiológica que permite acumular más y mejor información, procesarla e interpretarla más rápida y eficazmente y así el cuerpo actuará de una manera apropiada a la demanda.

Se han realizado investigaciones acerca del estrés y sus características. De acuerdo con el informe de la Universidad Sussex, de Inglaterra, México es uno de los países con superiores niveles de estrés en el mundo en razón de que muestra los primordiales factores que inducen esa enfermedad, tales como pobreza y cambios persistentes de situación. El reporte agrega que los cambios que se viven a nivel político y social, así como el elevado índice de pobreza que registra el país, incitan a

que las personas vivan en constante tensión y depresión. Asimismo, a nivel mundial, uno de cada cuatro individuos sufre de algún problema grave de estrés y en las ciudades, se estima que el 50% de las personas tienen algún problema de salud mental de este tipo. El asunto es grave porque el estrés es un importante generador de patologías (Caldera y cols.; 2007).

Desde otro punto de vista, el estrés puede ser gran indicador de problemas que viven los jóvenes en las escuelas. Por lo cual también se llevó a cabo una investigación en estudiantes.

La muestra fue de 115 alumnos, en ella se utilizó el Inventario de Estrés Académico, el cual se diseñó a partir de la información recogida entre los estudiantes usuarios del servicio de Psicología aplicada de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid que habían solicitado participar en un programa de entrenamiento en técnicas de estudio y en estrategias de afrontamiento a exámenes universitarios.

La administración del cuestionario fue colectiva y dentro de la propia aula de los alumnos reciben la enseñanza. Al margen de las instrucciones que lleva incluidas el cuestionario, para su llenado se dieron instrucciones verbales para facilitar la tarea. Por otra parte, las contestaciones fueron registradas en la misma herramienta, para lo cual no requirió límite de tiempo.

Los resultados que arrojó la investigación fueron los siguientes, existe una predisposición, aunque no significativa, a encontrar rendimiento medio y alto, 22.61% y 20% correspondientemente en los alumnos con bajo nivel de estrés. El 19.13% de los alumnos reporta alto nivel de estrés (Caldera y cols.; 2007).

Otra variable por la que está compuesta esta investigación es los factores de los trastornos alimentarios, de la cual es fundamental dar a conocer un poco más.

Los trastornos alimentarios no afectan exclusivamente a la manera de comer; en realidad, “se desarrollan como resultado de problemas en la percepción y en la forma en que una persona se ve a sí misma y en relación con su mundo, problemas que son causados por múltiples factores que se vuelven cíclicos y se realimentan a sí mismos, pues los efectos de la desnutrición y semiinanición agravan los problemas subyacentes y cronifican el problema” (Ayela; 2009: 87).

En este punto de trastornos alimentarios se indagará acerca de la anorexia y la bulimia, que en la actualidad a los jóvenes ha despertado gran inquietud y más aún, promovida por los medios de comunicación que les hacen que se formen prototipos de mujeres y hombres que no son reales.

Es positivo distinguir lo que se entiende por la anorexia y lo que es la bulimia. La primera perturbación es la ausencia o pérdida del apetito por la comida o, lo que es menos común por otros deseos (p. ej. del sexo), en especial cuando es crónico. Puede

ser un trastorno principalmente psicológico, como la anorexia nerviosa, o puede tener causas fisiológicas, como el hipopituitarismo (APA; 2010).

Por otra parte, la bulimia es el hambre insaciable de comida. Puede tener causas fisiológicas o ser principalmente un trastorno psicológico. Dentro de la bulimia también se encuentra la modalidad nerviosa, que es el trastorno de la conducta alimentaria que involucra episodios recurrentes de atracones, seguidos por conductas compensatorias inapropiadas (APA; 2010).

Se realizó una investigación donde se propuso identificar la incidencia de sintomatología de trastornos alimenticios en habitantes de la ciudad de Saltillo, así como el nivel de funcionalidad de las familias y de la influencia social que los medios de masivos de comunicación tienen en la aparición y fomento de la anorexia y la bulimia.

El estudio consideró una muestra de 100 estudiantes de primer grado en una preparatoria pública de nivel socioeconómico medio-bajo y otros 100 de una preparatoria privada de nivel medio-alto. Se aplicó un instrumento para evaluar sintomatología, imagen corporal, funcionamiento familiar, influencia social y medios de comunicación.

Entre los resultados destaca que uno de cada cuatro estudiantes padece síntomas relacionados con los trastornos alimenticios. Los factores que presumiblemente influyen en ellos, son: la presión de sus iguales y del sexo opuesto

para ser aceptados; la autoimagen distorsionada que los lleva a percibirse gordos, aunque no lo estén, y factores familiares como la percepción de una madre central perfeccionista y un padre periférico dificultan la comunicación interna. También se encontró un lazo excesivo de lealtad y dependencia familiar (www.uvmnet.edu).

El DEMAC (Documentación y Estudio de Mujeres, A.C.) realizó una investigación sobre la anorexia y la bulimia y las estadísticas que se arrojaron fueron las siguientes.

Según la Fundación para el Tratamiento de la Bulimia y la Anorexia CBA, entre mil adolescentes de México:

- 87% hace dietas sin prescripción médica.
- 12% presenta bulimia a través de laxantes, diuréticos y provocación del vómito.
- 1% adopta conductas de anorexia.
- Un 90 por ciento de los pacientes son mujeres, es decir, por cada 20 mujeres, un hombre la padece.
- La edad promedio en la que inician con los trastornos es a los 17 años.
- Cada año aparecen 20 mil nuevos casos de anorexia.
- Los problemas de anorexia y bulimia se han quintuplicado en la década pasada (www.demac.org.mx).

Psiquiatras del Hospital La Fe de Valencia y del Hospital de Sagunto han realizado un estudio que revela que en las personas con trastornos de la alimentación, como bulimia o anorexia, se daba, antes del inicio de la enfermedad, un aumento del estrés casi cuatro veces mayor que en el caso de las personas sanas.

Este trabajo para analizar la influencia del estrés como factor desencadenante de la anorexia y la bulimia, partió de una muestra de 500 adolescentes seleccionados entre escolares pertenecientes a la provincia de Valencia, de los cuales 57 presentaban trastornos de la alimentación.

En el estudio se apreció que en las personas con trastornos alimentarios se incrementaba el cúmulo de acontecimientos vitales estresantes en las semanas previas al inicio de la patología alimentaria.

También se observaron diferencias notables entre los tipos de estrés. Así, los adolescentes que padecían trastornos de la alimentación presentaban más dificultades en las relaciones con amigos y padres, (un 20%); mientras que en los individuos sanos el mayor número de problemas se asociaba a los estudios, (16,5%). Sin embargo, se descartó que la presencia de otros trastornos mentales, y en especial ansiedad y depresión, sea un factor que justifique la relación detectada entre el estrés, como factor de riesgo, y los trastornos de la alimentación (www.consumer.es).

Por todo lo anterior nació la incertidumbre de llevar a cabo la investigación en el Instituto Juan de San Miguel “Salesiano” con los alumnos de primer grado de nivel

preparatoria ya que no se ha llevado a cabo una investigación sobre este fenómeno que en los jóvenes representa un problema cada vez más común.

Planteamiento del problema

El estrés es un tema que en la actualidad entre los adolescentes es de mucha relevancia, a pesar de ello, aún no se llega a conocer ampliamente. Este fenómeno puede presentarse en distintos aspectos de su vida.

De igual manera, como llega a tomar presencia en los jóvenes el estrés, también se presentan factores psicológicos de trastornos alimenticios, principalmente porque con el tiempo ha ido incrementando su inquietud por la imagen física, de modo que esto llega a ocasionar mayor inquietud en los estudiantes y en el ambiente en que se encuentran.

Por lo anterior, es importante conocer en qué medida estos dos fenómenos se relacionan, pues pudiera ser que el estrés esté generando mayores efectos psicológicos en los trastornos alimenticios o a la inversa.

Las actitudes que tienen los jóvenes ante este problema son muy diversas, influyen en ello varios factores. Es decir, muy frecuentemente se piensa que hombres y mujeres los presentan de distinta manera.

A pesar que son dos temas muy comentados en la actualidad, realmente no se han realizado investigaciones determinantes que sean concluyentes sobre la relación entre estas dos variables.

Por todo lo anterior es importante dar respuesta a la siguiente pregunta: ¿Existe relación entre el nivel de estrés y los trastornos alimentarios en estudiantes de nivel preparatoria del Instituto Juan de San Miguel, de la ciudad de Uruapan, Michoacán?

Objetivos

Enseguida se presentan las directrices que guiaron la consecución del presente estudio.

Objetivo general

Determinar la correlación que existe entre el estrés y los factores psicológicos de los trastornos alimentarios en los estudiantes que cursan primer grado de preparatoria en el Instituto Juan de San Miguel de la ciudad de Uruapan Michoacán.

Objetivos particulares

1. Conceptualizar el término estrés.
2. Identificar los indicadores psicológicos del estrés.
3. Explicar el origen y el desarrollo del estrés a nivel personal.

4. Definir el término de los trastornos alimentarios.
5. Examinar las causas que provocan los trastornos alimentarios.
6. Establecer los principales trastornos de carácter alimentario.
7. Cuantificar el nivel en que se experimenta el estrés en los estudiantes de preparatoria del Instituto Juan de San Miguel.
8. Valorar los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios.

Hipótesis

Se puede mencionar que el término hipótesis alude a “explicaciones tentativas del fenómeno investigado que se formulan como proposiciones” (Hernández y cols.; 2010), Dejando el claro el anterior concepto, a continuación se podrán formular las dos hipótesis que se manejaron a lo largo de la investigación.

Hipótesis de trabajo

Existe correlación significativa entre el nivel de estrés y los factores psicológicos de los trastornos alimentarios en los estudiantes de primer grado de preparatoria en el Instituto Juan de San Miguel.

Hipótesis nula

No existe correlación significativa entre el nivel de estrés y los factores psicológicos de los trastornos alimentarios en los estudiantes de primer grado de preparatoria en el Instituto Juan de San Miguel.

Operacionalización de las variables del estudio

La variable nivel de estrés será entendida como el resultado que se obtengan producto de la administración de la prueba psicométrica denominada Perfil de Estrés, de Kenneth M. Nowack (1999).

La prueba consta de quince subescalas más dos para medir mentira y sesgo de la respuesta. El instrumento consta con la validez exigida por la comunidad científica de la psicología.

La variable factores psicológicos de los trastornos alimentarios se conceptualiza operacionalmente como el resultado obtenido en el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2) del autor David M. Gardner (1998), la cual evalúa once indicadores psicológicos que se encuentran comúnmente asociados a los trastornos de la conducta alimentaria. Al igual que el instrumento mencionado anteriormente, este inventario cuenta con los estándares de confiabilidad y validez exigidos en este tipo de pruebas.

Justificación

La presente investigación es un instrumento de gran utilidad como un aporte teórico y práctico para el tema de la relación entre el nivel de estrés y los trastornos alimentarios en estudiantes de preparatoria.

El estudio servirá para que la sociedad tenga un poco más de conocimiento sobre este fenómeno social que se está presentando continuamente, al cual se le debe prestar atención para así poder prevenirlo.

Asimismo, este estudio servirá a los psicólogos como una herramienta para trabajar cuando se les presente alguna situación así, ayudando a despertar interés en la sociedad actual sobre este tema.

La elaboración de la investigación será de gran utilidad para el Instituto Juan de San Miguel, el cual podrá contar con el desarrollo de una investigación fundamentada con sustentos teóricos dentro del contexto de la misma juventud que estudia en ella y que forma parte de la sociedad de Uruapan. Lo anterior se logró con el procedimiento de elaboración de procesos válidos y confiables por medio de registros, en los cuales se podrá conocer el resultado de las pruebas aplicadas a los alumnos de primero de preparatoria que pertenecen a esta institución.

Asimismo, esta investigación servirá como fuente de información para futuros investigadores acerca de este mismo tema.

En la Universidad Don Vasco, A. C. este instrumento brindará un apoyo a sus alumnos para contar con mejores herramientas de investigación.

La indagación se relaciona directamente con el campo de acción del psicólogo porque el estrés y los factores psicológicos de los trastornos alimenticios son un fenómeno que se están presentando socialmente en los jóvenes mediante conductas y pensamientos.

Marco de referencia

Para llevar a cabo el trabajo de campo de esta investigación se eligió al Instituto Juan de San Miguel, conocido como “Salesiano”, es una institución privada con formación religiosa.

La misión de la institución es educar evangelizando a los y las jóvenes en el arco de la edad evolutiva con el método que María Santísima inspiró a San Juan Bosco y el estilo educativo de Santa María Dominga Mazarello, para acompañar el desarrollo de “honesto ciudadano y buen cristiano y lograr que se inserte como persona comprometida según el evangelio de la Iglesia y en la sociedad.”

Como visión tiene las comunidades educativas de las obras animadas por las Hijas de María Auxiliadora, al desarrollar la educación evangelizadora, se desea contribuir a la creación de la cultura de vida y esperanza, asumiendo la propuesta de más alta humanización de la persona de la historia.

Los fundamentos más destacados de esta institución son: confianza, comunión, alegría y sentido de fiesta, responsabilidad, solidaridad, piedad, amabilidad, libertad y espíritu de familia.

Esta institución se ubica en la calle Venezuela No. 51, Col. Los Ángeles, de la ciudad de Uruapan, Michoacán, misma que fue fundada en el año de 1957, continuando a la fecha con el mismo nombre. Su población es de clase media y media-alta.

Dicha institución tiene una población de 755 alumnos, de los cuales 55 son de preescolar, 320 de primaria, 218 de secundaria y 160 de preparatoria. Cuenta con 66 docentes, de los cuales todos cuentan con licenciatura e incluso algunos con maestría.

La escuela cuenta con un solo edificio donde se concentran las aulas de enseñanza, dividiéndose en el primer piso para preescolar y primaria, en el segundo se encuentra secundaria y en el tercero, la sección de preparatoria.

Cuenta con 24 aulas de enseñanza, un laboratorio de computación, un salón audiovisual, una biblioteca, una capilla, un auditorio, un área acondicionada con juegos para los niños de preescolar, asimismo, con un sitio de bebedores de agua y una cafetería.

Por cada sección se tienen sanitarios destinados respectivamente para hombres, para mujeres y para los docentes.

El área para que los alumnos tomen su receso o bien realicen sus actividades físicas es de una cancha de atletismo–básquetbol, en el patio principal se encuentran localizadas dos canchas de voleibol y en el patio trasero se encuentra la cancha de fútbol.

Como espacio verde se tiene destinado en el segundo patio con jardineras y a la entrada, para la capilla de la institución.

Las oficinas de la institución incluyen: la recepción, dos salas de juntas con sendos baños, una oficina por cada una de las secciones preescolar, primaria, secundaria y preparatoria, así como también una oficina de atención psicopedagógica y otra más de atención psicológica.

CAPÍTULO 1

EL ESTRÉS

En este capítulo se hablará sobre el concepto de estrés, así como sus enfoques teóricos, las diferentes clasificaciones de dicha variable, al igual los métodos en los que se apoya su estudio y los efectos nocivos de esta condición.

1.1 Antecedentes históricos del estrés

Según Sánchez (2007), el término estrés procede del latín *stringere*, que expresa presionar, comprimir, oprimir.

Este vocablo se empezó a manejar en la física y la metalurgia para describir la potencia que se emplea a un objeto y mediante la cual es posible alterarlo o romperlo. con este mismo significado pasó al campo de las ciencias de la salud y sugiere una presión que origina alteraciones en la actividad mental y física de los sujetos.

De igual manera, en cada uno de los diferentes aspectos en los que se utiliza el término estrés, hace referencia a algo que llega a modificar la forma de vida de una persona o el resultado que se espera.

El estrés existe desde los principios mismos de la humanidad, pues permite enfrentar de manera adecuada y eficaz las amenazas y los peligros ligados a labores tales como la búsqueda de alimento y vestimenta, así como la protección de las

inclemencias del tiempo y de los depredadores. Por lo cual se podría decir que con el transcurso del tiempo el cuerpo ha tenido evoluciones, las cuales contribuyen a que éste se encuentre programado para enfrentar las diversas situaciones y continuar con su vida.

Desde esta forma de percibir la situación, se podría considerar que el estrés es benéfico para las personas.

Mencionan Lazarus y Lazarus (2000) que el concepto de estrés es relativamente nuevo y que atrajo la atención de manera profesional después de la Segunda Guerra Mundial.

Posteriormente, el estrés se utilizó para definir un requerimiento del ambiente sobre un sistema biológico, social o psicológico. En los psicólogos, resultó interesante puesto que se asocia a la manera en que las personas tienen la capacidad de sobrellevar las dificultades del ambiente.

Por otra parte, Bernard (citado por Sánchez; 2007) indicó que la naturaleza provee genéticamente a los individuos de mecanismos para afrontar las contingencias del ambiente externo, ya que las personas cuentan con la capacidad para equilibrar la estabilidad interna aunque se alteren las condiciones externas.

De acuerdo con Slipak, “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” (citado por Sánchez; 2007: 16).

Un individuo que se encuentre con una estabilidad interior y una conveniente interacción con el ambiente exterior, cuenta con más posibilidades de sobrevivir de manera más adecuada, ya que una carencia de dicho equilibrio se relaciona con la pérdida de la salud.

Cannon (citado por Sánchez; 2007) definió al estado dinámico con el nombre de “homeostasis” con el fin de designar los procesos fisiológicos coordinados que conservan constante al medio interno mediante variados mecanismos fisiológicos.

Por otro lado, indicó que los sucesos inesperados que inducen emociones llegan a producir una respuesta del tipo de ataque o fuga, lo cual permitió identificar la correlación entre lo psicológico y lo biológico.

La respuesta de ataque o fuga se presenta cuando un estímulo desconocido o una señal al cerebro indica riesgo, por lo cual este órgano llega a emitir información que impulsa los procesos corporales para enfrentar la situación, reaccionando de esta manera.

Tiempo después, Cannon (citado por Sánchez; 2007) adquirió el concepto de estrés, que ya había sido concebido por Seyle, con el fin de mencionar los indicadores

que lograrían incitar un debilitamiento de los mecanismos homeostáticos, los cuales señaló como “niveles críticos de estrés”.

Según Lazarus y Lazarus (2000), durante la Segunda Guerra Mundial se presentó un amplio interés por el estrés, ya que soldados muchas veces se desmoronaban emocionalmente a la hora del combate. A este fenómeno, las autoridades militares le dieron nombre de fatiga de combate o neurosis de guerra, lo cual admitía una explicación psicológica. Este fenómeno provocaba que sus soldados se escondieran del enemigo y no utilizaran de manera adecuada sus propias armas.

A partir de esto, se dio la explicación de que el estrés se reflejaba en diversos aspectos de la vida cotidiana, desde las áreas personal, académica y laboral de las personas. En la década de los sesenta y los setenta, se despertó más el interés por el estrés como causa de angustia y disfunción humana, incluso en la actualidad lo sigue considerándose así.

1.2 Tres enfoques teóricos del estrés

A partir de dichos estudios, se conoció más a fondo el origen del estrés desde sus principios hasta la fecha actual, también se contempló que dicho fenómeno puede llegar a tener consecuencias tanto benéficas como dañinas para un individuo, dependiendo de su nivel óptimo de estrés.

Asimismo, cada acontecimiento que se vaya presentando no representará lo mismo para un individuo que para otro, ya que influyen diversos factores como el género, la edad, la educación y las experiencias, entre otros más.

Por esto mismo, los investigadores cuantifican tres enfoques teóricos del estrés, los cuales cubren diferentes perspectivas:

1. “El estrés como variable dependiente, es decir, como respuesta. Aquí los investigadores se han centrado en el estrés como respuesta a unos estímulos, como podrían serlo una situación o un ambiente molestos, por ejemplo: los turnos laborales, entornos perjudiciales. La reacción puede ser fisiológica, psicológica o conductual.” (Travers y Cooper; 1997: 29).
2. “El estrés como variable independiente, es decir, como estímulo. Los investigadores se han centrado en el estrés como un fenómeno externo al individuo, sin tener en cuenta las percepciones individuales, las experiencias, etc. El estrés es así un agente disruptivo ambiental.” (Travers y Cooper; 1997: 29).
3. “El estrés como variable interviniente, es decir, el enfoque interactivo. Este punto de vista subraya la importancia del modo en que los individuos perciben esas situaciones que se les imponen, y su modo de reaccionar ante ellas.” (Travers y Cooper; 1997: 29).

Finalmente, los tres enfoques tratan el mismo tema, pero con puntos de vista diferentes en las definiciones que presentan y en las metodologías utilizadas para indagar este fenómeno.

1.2.1 El estrés como estímulo

Cabe señalar que ésta es una manera de considerar el estrés que relaciona la salud y la enfermedad con ciertas situaciones presentes en el medio externo del individuo.

Según Goodell, “en el siglo V a.C., Hipócrates creía que el entorno condicionaba las características de la salud y de la enfermedad” (citado por Travers y Cooper; 1997: 31).

Se menciona que el entorno representa a los agentes estresores, los cuales llegan a desencadenar una respuesta al estrés, de forma que la persona la llegue a presentar de manera fisiológica, psicológica o conductual.

Del mismo modo también se llega a presentar como estímulo y su respuesta.

Según Travers y Cooper (1997), al enfocar de esta manera el estrés, se le distingue como una variable independiente y usa un simple modelo estático para manifestar sus principales respuestas, por lo cual el nivel de estrés o tensión apreciado y su naturaleza, dependerán tanto del individuo como del lapso y fuerza de la presión

aplicada la cual considerable, puede ser física o emocional y si permanece por un lapso de tiempo prolongado, llega a conducir a varias reacciones de ansiedad, que a su vez derivan el estrés.

De acuerdo con Fisher, “asumimos que el estrés es una condición ambiental. Este entorno puede ser físico o psicológico.” (citado por Travers y Cooper; 1997: 31).

Las técnicas por las que se guía este tipo de enfoque, son principalmente mediante la identificación de estímulos altamente estresantes que llegan a estar presentes en la vida de una persona, como son las presiones ambientales que resultan del sonido; las sociales, como la discriminación; psicológicas, como la depresión; físicas, como la discapacidad; económicas, por la pobreza y los desastres naturales.

Mencionan Travers y Cooper (1997) en esta teoría del estrés, que cada sujeto tiene un nivel de tolerancia que es superable y que si llega a sobrepasarse, se ocasionan daños temporales o permanentes.

Las personas, por ende, están susceptibles a varias presiones a menos que logren controlarlas de manera adecuada; justo basta un acontecimiento insignificante para sufrir una inestabilidad entre una actitud paulatina y un total hundimiento potencial.

Travers y Cooper (1997) citan a Seyle, quien menciona que no se puede asumir el concepto de estrés solamente de manera negativa, ya que también se puede concebir como un estimulante y es un rasgo vital.

En consecuencia, se divide el estrés en positivo, al que se le da el nombre de eustrés, que ayuda al individuo a motivarse al crecimiento, al progreso y al cambio de manera efectiva; no obstante, también puede presentarse como negativo, al que se le conoce como distrés, el cual es indeseable, incontrolable y seguramente nocivo.

Mencionan Travers y Cooper (1997) que éste es el tema principal del modelo establecido en los estímulos, con lo cual se logran señalar las diversas fuentes del estrés.

En suma, se realiza una descripción de cuatro tipos de estrés que llega a percibir el individuo: en exceso de estrés o “hiperestrés”, defecto de estrés o “hipoestrés”, mal estrés o “distrés” y buen estrés o “eustrés”.

1.2.2. Estrés como respuesta.

Travers y Cooper (1997) señalan que esta percepción considera el estrés como el modelo fundamentado en la respuesta, como una variable dependiente, es decir, representada en términos de la reacción que posee la persona frente a cierto estímulo dañino o poco agradable.

De acuerdo con Fisher “se puede deducir que una persona se ha visto expuesta a condiciones estresantes si manifiesta indicios de tensión.”(citado por Travers y Cooper;1997: 29).

Las personas coinciden con la aceptación de encontrarse bajo presión, como la forma más palpable de que se dispone para apreciar los efectos del estrés sobre el individuo.

En este modelo, la manifestación del estrés tiene más importancia y puede presentarse en forma de tensión, esfuerzo o presión. Los estímulos que se dan ante la presencia del estrés logran ubicarse en tres clases: fisiológica, psicológica y conductual.

Aunque, según Schuler, el “modelo da la impresión de que los tres tipos de respuesta son elementos distintos, no es así, ya que los tres se encuentran interrelacionados, si bien no queda clara la relación exacta entre ellos” (citado por Travers y Cooper; 1997: 28).

1.2.3. Estrés como relación persona- entorno

En la actualidad, el estrés ya no se considera un fenómeno estático, como una respuesta o un estímulo, sino más bien un proceso complejo que relaciona los dos modelos anteriores.

Según Pearlin “el estrés no es un suceso, sino un proceso complejo, variado y desafiante a nivel intelectual” (citado por Travers y Cooper; 1997: 32). De ese modo, se logra definir al estrés como una interacción entre la persona y el ambiente, es decir, cómo una persona logra adaptarse o apropiarse ante todo lo que la rodea.

De acuerdo con Travers y Cooper (1997), el entorno por sí mismo no es estresante, sino que es la interacción entre la persona y el ambiente lo que puede desarrollar una experiencia estresante. Esto se puede dar si el estrés supera la capacidad que tiene una persona de resistir los elementos ambientales, de una manera que puede aprender a sobrellevar las experiencias del estrés intentando modificar su entorno o al cambiar su manera de responder ante una situación específica.

La finalidad que se tiene al enfrentarse al estrés consiste en pretender que el individuo y el ambiente obtengan conseguir un estado de adaptación.

Según Travers y Cooper (1997), los modelos transaccionales se han transmitido como consecuencia de un progresivo reconocimiento de la importancia que posee la actividad mental como componente trascendental para determinar el estrés, de manera que un suceso se considera como un factor estresante, si la persona lo procesa fenomenológicamente como tal.

Entonces, se admite que “los estados o estructuras mentales determinan la presencia o ausencia del estrés” (Fisher, citado por Travers y Cooper; 1997: 33).

Desde otro punto de vista, lo que es más relevante es la forma en que la persona logra percibir el estímulo estresante, no tanto a la presencia objetiva de éste.

De acuerdo con Lazarus y Lazarus (2000) se admite que las estructuras tales como la razón, intervengan en el hecho de que un individuo perciba o no un contexto estresante, por lo cual se puede concluir que el estrés no es solamente la influencia ambiental o una forma de responder a las presiones del entorno, más apropiado es un concepto dinámico y relacional: la interacción de la persona con su entorno, que está relacionada con los procesos cognitivos.

Existen cinco primordiales aspectos del modelo cognitivo que son fundamentales para el estudio sobre el estrés:

1. “Valoración cognitiva: la percepción subjetiva de la situación que conduce a la experiencia” (Travers y Cooper; 1997: 34); puede ser positiva, neutra o negativa.
2. “Experiencia: la percepción de la situación o el suceso dependerá de la experiencia del individuo, es decir, de su familiaridad con esta situación, su interacción anterior con ella, su aprendizaje preparatorio. Los éxitos o fracasos pasados también determinan este aspecto.” (Travers y Cooper; 1997: 34).
3. “Exigencia: esto incluye la exigencia real y la percibida, junto con la capacidad percibida y real. Esta percepción de las exigencias queda reforzada por las necesidades del individuo, sus deseos y su nivel de estimulación inmediata.”

(Travers y Cooper; 1997: 34). Es la exigencia de la situación y capacidad de respuesta propia que percibe el sujeto.

4. “Influencia interpersonal: la forma de percibir una fuente potencial de estrés depende en gran medida de la presencia o ausencia de otras personas, que influirán en la experiencia subjetiva del estrés y en las conductas de respuesta y superación; este factor puede ser tanto positivo como perjudicial.
5. Un estado de desequilibrio: cuando tiene lugar un estado de desequilibrio entre la exigencia que se percibe y la capacidad percibida de superar esa demanda, se generan las estrategias de superación que tienen en cuenta las consecuencias pasadas de tales acciones” (Travers y Cooper; 1997: 34).

En diversas situaciones, las personas forman diferentes percepciones de ver el estrés. Éstas llegan a ser erróneas en la manera en que asocian el estrés con alguna debilidad en algún ámbito de su vida y es algo difícil de que lo acepten, no obstante que en realidad las situaciones estresantes, como la respuesta que tiene la persona ante esto, son dinámicas.

Según Lazarus y Lazarus (2000), la correlación persona – entorno que origina el estrés es una inestabilidad subjetiva entre las demandas que adopta el individuo y sus recursos para satisfacerlas, ya que dependiendo del nivel de inestabilidad, se experimenta más o menos estrés. De manera que si los recursos de la persona exceden a la carga del entorno, su nivel de estrés es bajo o irreal, se siente en equilibrio y sabe que logrará atenderlas.

Sin embargo, si los recursos de la persona son mayores que las exigencias, es seguro que se presente una demanda insuficiente o poco estrés y es aquí donde se presencia el aburrimiento, el cual resulta como dañino o estresante.

Mencionan Lazarus y Lazarus (2000) que habitualmente la mayoría de las personas se valoran más que los objetos materiales.

En la vida cotidiana no siempre se cuenta con la capacidad necesaria para afrontar las diversas situaciones, en ocasiones dicha actitud llega a estar debilitada por la presencia de alguna enfermedad, fatiga o simplemente porque se ha pasado por una época de demandas excesivas.

1.2.3.1. El concepto integrador de estrés

Resulta fundamental, para un mejor entendimiento, establecer el término de estrés, incluyendo cada uno de los aspectos que lo integran, así como el manejo que se le da al concepto.

Según Selye “el estrés es la respuesta inespecífica del organismo ante cualquier exigencia; es decir, el estrés no se refiere a la demanda ambiental, como pareciera desprenderse de su origen del campo de la física, sino que se refiere a sus consecuencias” (citado por Palmero y cols.; 2002: 424).

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

Tomando como base las definiciones anteriores, se concluye que el estrés es la respuesta adaptativa del organismo, mediada por las características personales o procesos psicológicos que surgen como consecuencia de un evento externo, que origina en la persona respuestas físicas o psicológicas.

1.3 Los estresores

Las personas en el transcurso de su vida llegan a tener algún cambio o una modificación en su manera de ser, lo cual en el cuerpo es condicionante de estrés. En este sentido, no importa si esta modificación se trata de algo positivo o dañino, ambas situaciones siguen funcionando como estresores.

De igual manera, los cambios imaginarios son estresores, porque el hecho de pensar en una situación provechosa perjudicial, originará preocupación y generará estrés en el organismo.

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

Este tipo de situaciones se les puede identificar como esos obstáculos que tienen las personas y con los cuales llegan a tropezar, rompiendo sus hábitos y creando nuevos contextos y necesidades, ante las cuales se tiene que considerar la forma de afrontarlos.

Según Palmero y cols. (2002), las investigaciones sobre el estrés concentradas en sus desencadenantes, han orientado su trabajo hacia la sistematización y taxonomía de los diversos cambios significativos que se ocasionan en la vida de una persona.

Estos cambios proceden como estresores con efectos tanto negativos como positivos, según la percepción que se tenga de ellos.

Cabe mencionar que la mayoría de estas situaciones de prototipo psicosocial, se han catalogado por el tipo de cambios que promueven en las condiciones de vida, ya que perjudican esencialmente a las condiciones psicosociales de las personas.

Lazarus y Cohen (citados por Palmero y cols.; 2002) mencionan tres clasificaciones de acontecimientos estresantes o estresores psicosociales, en función de la fuerza de los cambios que generan en la vida de un individuo:

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

- Los cambios menores o estresores múltiples, que afectan solo a una persona o a un pequeño grupo de ellas, y que se corresponden con cambios significativos y con trascendencia vital para las personas
- Los estresores cotidianos o microestresores, que se refieren al cúmulo de molestias, imprevistos y alteraciones en las pequeñas rutinas cotidianas”.
(Palmero y cols.; 2002: 425)

Para finalizar, a estas tres subclases de estresores psicosociales se tendría que agregar otro tipo, en el cual aparecen los biogénéticos, éstos afectan directamente el proceso de aceleración fisiológica, sin la intervención de los procesos psicológicos.

1.3.1. Los estresores psicosociales

En el apartado anterior se dio una pequeña introducción de los estresores psicosociales, incluyendo como se clasifican y en que consiste cada uno de ellos.

Según Lazarus y Cohen (citados por Palmero y cols.; 2002) de manera principal se tienen los cambios mayores, los cuales se definen como aquellos que son demasiado dramáticos en la vida de un individuo. En ellos se puede encontrar situaciones como ser víctima de violencia o terrorismo y sufrir importantes problemas de salud.

En esta última situación, se incluiría una cirugía mayor, enfermedades terminales o alguna catástrofe de origen natural; como se observa, son situaciones altamente traumáticas.

Una de las características más relevantes de esta clasificación de estresor es la capacidad que tiene para dañar a un gran número de personas, aunque esto no se encuentra estrictamente definido, ya que el número de personas que resultan dañadas puede variar desde una hasta un número bajo de ellas, puesto que esto no influye en la capacidad perturbadora del tal acontecimiento. De la misma forma, pueden ser situaciones con una duración de un periodo largo de tiempo o de manera sumamente rápida.

Este tipo de situaciones que producen cambios grandes serían los causantes de los patrones de estrés post-traumático, cuyos primordiales componentes determinantes según se refieren en la DSM-IV (American Psychiatric Association; 1994) son los siguientes:

- Haber presenciado una situación por muerte o amenazas a la integridad física, haber respondido con intenso temor, desesperanza u horror.
- Si el suceso estresor se vuelve a experimentar de manera constante por medio de recuerdos desagradables, recurrentes e invasores.
- En caso de niños de corta edad, presentarse en carácter de juegos repetitivos por medio de los cuales expresan aspectos relacionados con el suceso.
- Aumento en la activación psicofisiológica.

- El lapso de este cuadro es regularmente mayor de un mes.

El segundo lugar se tiene a los cambios menores o acontecimientos vitales estresantes, los cuales tienen hincapié en aquellas situaciones que son ajenas a la intervención del individuo. En esta clasificación se encuentra el fallecimiento de un ser querido, una amenaza a la propia vida, la presencia de una enfermedad incapacitante o la pérdida del puesto del trabajo.

Por otra parte, también pueden llegar a ser situaciones donde interviene el mismo individuo, como el caso de un divorcio, tener un hijo o presentar algún examen importante.

Según Palmero y cols. (2002) existe una serie de áreas en la vida de las personas en las cuales los cambios o alteraciones de trascendencia vital, son primordiales fuentes desencadenantes de estrés, tales como:

- La vida conyugal, tanto la matrimonial como la extramatrimonial.
- La paternidad.
- Las situaciones ambientales, todo lo que se relacione con el cambio de residencia.
- El ámbito económico.
- Las cuestiones legales.
- El propio desarrollo biológico.

Finalmente, se encuentran los estresores cotidianos o microestresores, los cuales se caracterizan por tener poca repercusión, pero alta frecuencia.

Según Palmero y cols. (2002) podrían presentarse como esos pequeños detalles que pueden irritar o perturbar en un instante dado, tales como vivir con un fumador desconsiderado o el reñir con la pareja. Estos factores funcionan transformando los esquemas de comportamiento automatizado y conservan la aceleración del estrés, inclusive se llega a provocar una adaptación a las nuevas condiciones.

Se pueden identificar los estresores cotidianos por medio de las siguientes características:

- Implican un cambio o novedad en la situación ambiental.
- Hay falta de información para tomar decisiones.
- Se produce un estado de incertidumbre.
- Puede presentarse una ausencia o disminución en las habilidades o repertorio de conductas para enfrentar la situación que se presente.

De acuerdo con Palmero y cols. (2002), se logran diferenciar dos tipos de microestresores:

- “Las contrariedades, que se refieren a situaciones que causan malestar emocional o demandas irritantes, y que, a su vez, puede ser clasificadas como: problemas prácticos
- Las satisfacciones, que se refieren a experiencias y emociones positivas, y que tienen la característica de contrarrestar los efectos de las contrariedades”. (Palmero y cols.; 2002: 430)

1.3.2. Los estresores biogénicos

Este es otro tipo de estresor que debería contar como la cuarta, en adición de las tres clases que existen, aunque de antemano se sabe que la mayoría de los estresores son de tipo psicosocial. Los estresores biogénicos, en cambio, funcionan directamente ocasionando o desencadenando la respuesta de estrés.

“Los estresores biogénicos no utilizan los mecanismos de valoración cognitiva, y actúan directamente en los núcleos elicítadores neurológicos y afectivos, por virtud de las propiedades bioquímicas inician directamente la respuesta de activación del estrés sin el usual requisito del proceso cognitivo- afectivo”. (Palmero y cols.; 2002: 431).

Los prototipos de estos estresores son:

- Cambios hormonales en el organismo que se hacen presentes en la pubertad, el síndrome premenstrual, el post-parto y el climaterio.

- Ingestión de determinadas sustancias químicas como anfetaminas, cafeína o nicotina.
- Reacción a ciertos factores físicos como son: dolor, calor o frío excesivo.
- Para concluir, el estrés alérgico.

1.3.3. Estresores académicos

La mayoría de las personas, por el ritmo que llevan cotidianamente, están expuestas a presentar algún tipo de estrés, y dependiendo del nivel óptimo de la persona, lo vivirá de manera diferente.

Por ello, se indagará más a fondo sobre los estresores académicos. Para los alumnos, el hecho de saber que tienen examen al día siguiente les implicará un tipo de estrés, el cual, dependiendo del individuo, puede ser eustrés o distrés.

Mencionan Polo y cols. (1996) que algunos de los estresores académicos que con mayor frecuencia se presentan en los estudiantes son:

- Exposición de trabajos.
- Intervención en el aula.
- Elaboración de un examen.
- Ir a la oficina del profesor para tutoría.
- Sobrecarga académica.
- Masificación de las aulas.

- Competitividad entre compañeros.
- Trabajar en grupo.

De igual manera, Barraza (2003) agrega algunos acontecimientos que también podrían funcionar como activadores del estrés académico:

- Exceso de responsabilidad.
- Dificultades en el trabajo.
- Ambiente físico desagradable.
- Ausencia de estímulos.
- Tiempo limitado para realizar trabajos.
- Problemas o conflictos con los maestros y/o compañeros.
- Evaluaciones.
- Tipo de trabajo que se pide.

No obstante, hay otros tipos de estresores externos que se pueden llegar a presentar en un estudiante: el hecho de terminar una etapa y comenzar una nueva, implica cambios, como cuando entran a la universidad y su estancia durante ella presenta algunas situaciones que propician el estrés.

A la vez, el cambio de residencia, independizarse de su casa, si se renta casa o departamento, la convivencia diaria con el compañero, más las responsabilidades académicas que se tienen junto con las relaciones personales, son ejemplos de un tipo de estrés negativo que se puede presentar.

Por otra parte se podrían manifestar situaciones agradables, pero que también podrían ser indicadores de tensión, como enamorarse o planear algún viaje con fines académicos.

Se hace mención que el estrés académico es disfuncional cuando presenta algunas de las características como:

1. No permite al sujeto responder de la manera que quiere y para la cual no se ha preparado.
2. Cuando se sostiene el estado de alerta por más tiempo del necesario para responder a las demandas, lo que deriva un múltiples síntomas como: dolores de cabeza, alteraciones en la piel y en el sueño, dificultad para concentrarse, cambios en el humor, entre otros (Pérez, retomado por Barraza; 2003).

Cabe mencionar algunas respuestas que se tiene ante el estrés académico, según Barraza (2003):

1. Preocupación.
2. El ritmo cardiaco se acelera o falta el oxígeno y la respiración es agitada.
3. Sentimiento de miedo e inseguridad.
4. Malestar estomacal.
5. Necesidad de fumar, beber o aumento de apetito.
6. Pensamientos y sentimientos negativos.
7. Tensión en las manos o piernas.

8. Dificultad en el momento de hablar o presencia de tartamudeo.

En diversas ocasiones las personas se cuestionan acerca de cómo el estrés negativo llega a tener influencia en el rendimiento académico que presentan los alumnos en las escuelas.

En función de ello, se puede afirmar que el rendimiento académico se ve afectado de manera negativa debido a que:

- Se necesita de mayor tiempo para aprender.
- Frente a las respuestas en las pruebas académicas, el estudiante puede bloquearse.

1.4 Procesos del pensamiento que propician el estrés.

En este apartado se hablará acerca de los tipos de pensamiento que se llegan a manifestar en una persona que está pasando por una situación estresante.

- Las distorsiones cognitivas: aunque ilógicas, son aceptadas por la persona, tienden a ser reiterativas e imposibilitan evaluar apropiadamente los eventos.
- El pensamiento dicotómico o polarizado: distingue Cungi (2007) que se piensa en términos de todo o nada, se suele presentar una visión catastrófica de los hechos. Por lo general comienzan con la formulación “y si...”. Con una escasa

preparación es viable poner de manifiesto el estilo personal e indagar en que procesos agravan el estrés.

- La inferencia arbitraria: se llega a una conclusión negativa de los hechos sin pruebas suficientes. La persona interpreta el pensamiento de los otros y emite juicios sobre ellos. Según Cungi (2007), las distorsiones de la percepción y la interpretación son deducciones arbitrarias, pero cada una colabora un matiz suplementario.
- Abstracción selectiva: de acuerdo con Cungi (2007) es una deducción arbitraria particular que se fundamenta en aislar una información de su contenido para extraer una solución que en general, empeora el estrés.
- La minimización y maximización: “son errores de evolución de los otros y de sí mismo que se cometen muy a menudo. En caso de estrés, una persona tendera a minimizar sus éxitos y a maximizar sus fracasos.” (Cungi; 2007: 85).
- La sobregeneralización: se adquieren conclusiones generales a partir de un solo suceso en específico.
- La personalización: los individuos asumen sentirse responsables de diversas cosas o situaciones, comprimen los acontecimientos a uno solo.

1.5 Los moduladores del estrés

El ser humano utiliza sus herramientas personales y sociales con el fin de enfrentar el estrés y las emociones. Estos métodos dependen de los tipos de situación y de las propias características de la persona.

Palmero y cols. (2002) señalan que la presencia de una serie de factores influye en el estrés, a los cuales se les da el nombre de moduladores.

Existen dos clases de armonizadores: los de carácter social, donde intervienen aspectos como el apoyo que recoge una persona en dificultades, y las pautas culturales, que conducen e inducen la apreciación de las fuentes de estrés.

Por otro lado se encuentran los moduladores de carácter personal, que involucran creencias, experiencias y los rasgos de personalidad.

Además de ello, estos moduladores siempre están presentes en la vida de una persona, sin tomar en cuenta si existe o no el estrés, aunque si hay presencia de estrés, destaca más su efecto.

1.5.1. El control percibido

Según Palmero y cols. (2002) el impacto de los orígenes del estrés depende de la fuerza de la propia fuente y de la intervención que logre realizar sobre este fenómeno.

Fontaine y cols. afirman que la percepción de control es como la creencia general sobre el nivel en el que uno mismo es apto de controlar y obtener aquellas metas u objetivos anhelados, regulando los conflictos que surgen en la marcha de su consecución (citados por Palmero y cols.; 2002).

Por lo anterior, el control percibido influye de manera fundamental en la conducta, ya que está definido por la información disponible y su procesamiento, por lo que se dice que el individuo cree que logra controlar el entorno; aunque esto no es real, este hecho de pensar así logra protegerlo de los efectos del estrés.

1.5.2. El apoyo social

El ser humano en algunas situaciones llega a presentar necesidad de que otros individuos le aporten recursos a su vida, ya que para él es importante sentirse apoyado lo que reduce el impacto del estrés.

Cascio y Guillén (2010) definen al apoyo social como las provisiones instrumentales o explícitas, reales o percibidas, contribuidas por la sociedad, las redes sociales y las amistades.

Se distinguen dos componentes principales que no son recíprocamente excluyentes:

- La hipótesis del efecto indirecto o protector: las personas están expuestas a estresores sociales, los cuales reflejan efectos negativos entre los individuos cuyo nivel de apoyo social es bajo.

Cascio y Guillén (2010) indican que de igual manera, esta hipótesis señala que sin estresores sociales, el apoyo social no interviene sobre el bienestar y se restringe a resguardar a las personas de los efectos patogénicos del estrés.

Sin embargo, los recursos que brindan otras personas ayudan a disminuir la percepción de amenaza de los estresores y evitan la aparición de la respuesta de estrés.

- La hipótesis del efecto directo o principal, por otra parte, indica que el apoyo social ayuda a la salud y al bienestar, sin depender del nivel de estrés: entre más apoyo social, menos malestar psicológico y a menor apoyo social, más incidencia de trastornos.

Comentan Cascio y Guillén (2010) que el apoyo social previene y establece la debilidad a percibir ciertos acontecimientos estresantes que no son fortuitos.

1.5.3. El tipo de personalidad: A/B.

El organismo de las personas en la actualidad ha ido teniendo algunos cambios por su ritmo de vida o por la manera en que procesan la información que adquieren con las diferentes experiencias que van teniendo en el lapso del tiempo, por ello se establecieron dos tipos de personalidad.

Friedman y Roseman “estudiaron los conceptos del tipo A/ tipo B y sugirieron que se trataba de un conjunto de actitudes, reacciones emocionales y modelos de conducta que tenían que ver con los pacientes en su estudio que manifestaban enfermedades debido al estrés” (citado por Travers y Cooper; 1997: 90).

Según Cascio y Guillén (2010), las personas de tipo A son aquellas que llegan a ser más propensas a padecer estrés, ya que se caracterizan por la competitividad, la impaciencia y la hostilidad; además, tienen excesiva preocupación por su promoción personal y profesional, debido a esto, se plantean objetivos muy ambiciosos en la organización de su vida.

Si algo no resulta como lo planearon, tienden a reaccionar con ira, irritabilidad y resentimiento.

Watts y Cooper afirman que en contraparte, las personas del tipo B se ven libres de estos rasgos, no se dañan debido a la exigencia ni la impaciencia, no alojan discrepancias injustificadas y pueden relajarse sin concebir culpabilidad (citados por Travers y Cooper; 1997).

1.5.4. Personalidad tipo A y problemas cardiacos

Anteriormente se mencionaron algunos rasgos con los cuales cuenta una personalidad de tipo A, para poder identificar mejor este tipo de personalidad, es conveniente indagar más sobre ello.

Según Travers y Cooper (1997) la personalidad de tipo A cuentan con las siguientes particularidades:

- Tienen a sentir o manifestar ante otros una impaciencia, dicen muy rápidamente una y otra vez “a- já-, a- já” o “sí, sí” a alguien que está hablando. Suelen terminar las frases del hablante.
- Se mueven, caminan y comen rápidamente.
- Hacen dos tareas o más a la vez, a esto se le llama actividad polifásica.
- Tienen gestos como tics nerviosos, puños cerrados, golpear la mesa para enfatizar lo que dicen.
- Giran la conversación en torno a ellos; si no funciona, fingen escuchar.
- No perciben las situaciones más interesantes que sucedieron en el día.
- No se sienten atraídos por los de su mismo tipo, ya que intentan competir.

Mencionan Travers y Cooper (1997) que a finales de los años cincuenta, los cardiólogos Friedman y Roseman diagnosticaron que sus pacientes con enfermedades coronarias tenían en común un patrón de conducta igual y reacciones, a los que llamaron conducta del tipo A, como un complejo acción- emoción, el cual implicaba un comportamiento de hostilidad, competitividad y agresividad.

De acuerdo con Cascio y Guillén (2010), los individuos de tipo A muestran trastornos coronarios seis veces más que las demás personas y desarrollan

alteraciones cardiovasculares, con una incidencia mayor que lo asociado con la edad, presión sanguínea alta y al colesterol, tomados en conjunto.

1.6. Los efectos negativos del estrés

El estrés, dentro de sus efectos negativos, se concreta mediante la presencia de algunas enfermedades en el organismo.

Mencionan Ivancevich y Matteson (1985) que las enfermedades originadas por el estrés o de adaptación no son la secuela directa de algún agente externo, sin embargo, son resultado del intento imperfecto del cuerpo por enfrentar la amenaza planteada por uno o más agentes externos.

Seyle (citado por Ivancevich y Mattecon; 1985) hace mención de algunas de las enfermedades que se pueden presentar: daño en los vasos sanguíneos, enfermedades del riñón, artritis reumática y reumatoide, enfermedades de piel y ojos, alergias e hipersensibilidad, enfermedades nerviosas y mentales, disfunción sexual, enfermedades digestivas, metabólicas y posiblemente cáncer.

Surge el cuestionamiento de por qué estas enfermedades; Ivancevich y Matteson (1985) hablan acerca de esto:

- La hipertensión: es una enfermedad de los vasos sanguíneos en la cual la sangre fluye a través de las arterias a presión elevada, el organismo

responde a los estresores comprimiendo las paredes arteriales, aumentando así la presión. Si se prolonga el estrés, la presión permanece en niveles anormalmente altos.

- Las úlceras son una lesión inflamatoria en el recubrimiento del estómago o intestino, su causa más conocida es la variación en los niveles de cortisona. La producción de esta sustancia aumenta en los periodos de estrés; si se prolonga, crea un ambiente interno propicio para la creación de lesiones.
- La diabetes: enfermedad grave que involucra deficiencia de insulina, por lo cual sus víctimas no pueden absorber suficiente azúcar de la sangre. El estrés aumenta el nivel de azúcar en la sangre, lo cual incrementa la secreción de insulina. Si esto es permanente, el órgano puede debilitarse, dando como resultado una falta permanente de azúcar.
- Las jaquecas: resultado de tensión muscular, aumentan si se está expuesto a estresores durante un periodo sostenido. La jaqueca es un estresor que conduce a más tensión muscular, que a su vez incrementa la severidad y duración de la jaqueca.
- El cáncer: una teoría actual sobre este padecimiento, es que las células mutantes se producen continuamente en el cuerpo; por lo general, son destruidas por el sistema inmunológico antes de que se crezcan y multipliquen. Los estresores dan como consecuencia pequeñas alteraciones químicas en el sistema inmunológico, se piensa que esos cambios bastan para permitir la reproducción de pequeñas cantidades de estas células mutantes, que pueden convertirse en tumores malignos.

Se explica, para lograr aumentar la comprensión sobre el tema, que los daños fisiológicos pueden aumentar, empezando por un proceso psicológico; no obstante, las enfermedades adaptativas son originadas únicamente por estrés o que se sostienen principalmente en él.

Por concluir, como fue mencionado anteriormente, el estrés es la respuesta adaptativa del organismo, que es mediada por las características personales o procesos psicológicos que surgen como consecuencia de un evento externo, que origina a la persona respuestas físicas o psicológicas. Por lo anterior, el estrés interviene en las personas de distinta manera: lo que a una le puede ocasionar más tensión o estrés a otra no, dependiendo del entorno y de los estilos de afrontamiento.

CAPÍTULO 2

TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

En este capítulo se hablará acerca de los trastornos alimentarios, así como su origen, se dará también una definición en concreta de este fenómeno, el cual ha generado inquietud en los jóvenes, y cada una de las clasificaciones que se involucran en los trastornos alimentarios.

Asimismo, se indicarán los factores tanto sociales como culturales que intervienen para la presencia de este fenómeno y por concluir, se expondrá el tratamiento a los trastornos alimentarios.

2.1. Antecedentes históricos de la alimentación

En la antigüedad, en las fiestas donde se ofrecían banquetes, las personas comían de forma exagerada, eran el simbolismo de un carácter social el cual demostraba poder, y en veces como simbolismo sagrado; en este tipo de eventos, el vómito era un modo normal para continuar ingiriendo alimentos.

Según Jarne y Talarñ (2000), en la cultura cristiana la limitación alimentaria era identificada como un simbolismo religioso, ya que los primeros cristianos y místicos realizaban el ayuno como penitencia, expresión del rechazo del mundo y forma para obtener un estado espiritual más elevado.

El famoso caso en el cual se presencié anorexia fue el de Catalina de Siena. Nació en 1347, era hija de artesanos acomodados, tuvo una educación religiosa, a los siete años empezó por rechazar la comida, imponiéndose sacrificios. Durante la adolescencia solamente ingería hierbas y un poco de pan.

Sin embargo, no todo lo que se relacionaba con la anorexia era similar a penitencia y sacrificio, por lo cual se relacionó con una significación clínica.

En el siglo XVII se guardaron documentos escritos donde se definen casos de inanición incitada por el rechazo de alimentos, aunque la información aparece dispersa.

Mencionan Jarne y Talarn (2000) a una joven de Derbyshire llamada Marthe Talarn, quien presentó un cuadro de inanición que incitó la curiosidad de la gente. La cual era visitada no solamente por médicos, sino por personas de todas las clases sociales, con la intención de convencerla de que dejara el ayuno.

Esta joven presentó amenorrea, restringiendo todavía más la alimentación y devolviendo lo poco que comía, así vivió más de un año consumiendo bebidas azucaradas, por lo cual durante este lapso no orinó ni defecó.

Las principales teorías insinuaban una afección con origen en la dificultad al nivel de la hipófisis y la tiroides, por lo cual se impusieron las hipótesis psicológicas, de tipo psicoanalítico.

De acuerdo con Gull, un experto clínico, se verificó la inexistencia de patología orgánica que probara la situación clínica anoréxica y se inclinó desde el principio por una etiología psicógena.

Rusell (citado por Jarne y Talarn; 2000) describía un cuadro caracterizado por episodios de ingesta voraz y conductas de purga posteriores, que relacionaba con la anorexia nerviosa.

Algunas pacientes anoréxicas evolucionaban tórpidamente en su trastorno e instruían entonces conductas de ingesta voraz y de purga; se le dio nombre de bulimia nerviosa.

2.2. Definición y características clínicas de los trastornos alimenticios

El fenómeno de los trastornos alimentarios tiene como características alteraciones graves de la conducta alimentaria.

Se manejarán dos trastornos en específico, que son la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. Una característica primordial de estos trastornos es la alteración de la percepción de la forma y el peso corporales.

Así como también, se manejará la categoría de trastorno de la conducta alimentaria no especificado, para señalar los trastornos que no cumplen los criterios para un trastorno de la conducta alimentaria en particular.

No obstante, la obesidad simple está contenida en la clasificación internacional de enfermedades como una enfermedad médica; de esa manera, en el DSM IV no aparece puesto que no se ha determinado su asociación con síndromes psicológicos o conductuales.

Los trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria que se diagnostican con más frecuencia en la niñez y la infancia son la pica y el trastorno de rumiación.

2.2.1. Anorexia nerviosa

La mayoría de la población femenina tiene actitudes anormales ante la alimentación, en ello, los medios de comunicación han tenido gran influencia al formar estereotipos de cuerpos para la sociedad, los cuales van relacionados con el deseo de perder peso y conservar una figura esbelta a toda costa.

Jarne y Talarn (2000) señalan algunos aspectos los cuales intervienen en este fenómeno:

- Incidencia y prevalencia: en los últimos treinta años se ha tenido un aumento alarmante de la incidencia y prevalencia de la anorexia.
- Sexo: la anorexia nerviosa está asociada al sexo femenino, ya que la mayoría de los pacientes son mujeres, de manera que intervienen más los factores socioculturales que los biológicos.

- Edad: la aparición suele ser al final de la infancia, durante la adolescencia y a principios de la juventud, por lo que después de esta edad la incidencia es baja.
- Nivel socioeconómico: se muestra con más frecuencia en estatus específicos como altos y medios altos, aunque en la actualidad es una enfermedad en todas las clases sociales, ya que el nivel y tipo de exigencia social son similares.

En lo que respecta a la anorexia, se describe por el deseo fuerte de pesar cada vez menos, incrementación del miedo del sujeto por estar gordo y un especial trastorno del diseño corporal que altera la realidad y hace que se perciba más obeso.

El DSM IV señala algunos criterios para el diagnóstico de anorexia nerviosa:

- A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o inferior al 85% del valor mínimo normal considerando la talla y la edad. Por lo cual pierden peso con la utilización de purgas o ejercicio excesivo.
- B. Miedo intenso a ganar peso o convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- C. Alteración de la percepción del peso o figura corporal, exageración en la autoevaluación o negación que tiene el bajo peso corporal, en el cual se ve afectada la autoestima, ya que consideran un logro el perder peso y un fracaso inaceptable el aumento de peso. Si son conscientes de su delgadez y lo niegan, puede tener implicaciones clínicas graves.

D. En las mujeres post puberales, presencia de amenorrea, esto es, la ausencia de un mínimo de tres ciclos menstruales. Por lo cual, si la paciente decide ir al médico es por el malestar somático y psicológico que le provoca el comer tan poco.

Mencionan Jarne y Talarn (2000) que logran distinguir dos subtipos para explicar la presencia o ausencia de atracones o purgas en los episodios de anorexia nerviosa:

- Tipo restrictivo: pérdida de peso realizando dieta, ayunando o haciendo ejercicio intenso, en el lapso de los episodios de anorexia nerviosa no recurren a atracones ni a purgas.
- Tipo compulsivo o/purgativo: la persona recurre periódicamente a atracones o purgas el uso de diuréticos, laxantes o enemas y en dados casos, ambos. Puede ser que no presenten atracones pero sí purgas, inclusive cuando hay poco consumo de alimentos, podría ser semanalmente, pero no se puede determinar una secuencia mínima.

2.2.2. Bulimia nerviosa

La bulimia nerviosa se identifica por sucesos frecuentes de voracidad, seguidos por conductas compensatorias inapropiadas como el vómito incitado, el abuso de medicinas laxantes y diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.

Jarne y Talarn (2000) señalan que el síndrome bulímico es un trastorno que se caracteriza por un modelo de alimentación anormal, con episodios de ingesta voraz, acompañado por métodos para eliminar calorías.

El paciente bulímico la mayoría de las veces presenta conducta desordenada en relación con la alimentación, como se da el caso de los atracones. Como atracón se entiende por el consumo a lo largo de un lapso corto de tiempo de cantidades grandes de alimentos a la que cualquier individuo comería.

La APA (2000) no considera atracón el ir picando mínimas cantidades de alimento en el transcurso del día, ya que el atracón puede tener una duración hasta sentir dolor por la plenitud, esto lleva al sujeto a presentar sentimientos de autodesprecio y un estado de ánimo depresivo.

Este tipo de conductas compensatorias inapropiadas se presentan como promedio por lo menos dos veces a la semana durante un lapso de tres meses, por lo que ellos se autoevalúan por medio del peso y una silueta corporal mejor.

Dentro de la bulimia nerviosa se encuentran dos subtipos, los cuales son indispensables mencionar y están citados por la APA (2000):

- Tipo purgativo: durante el suceso de la bulimia nerviosa, la persona se incita regularmente el vómito o utiliza laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

- Tipo no purgativo: el individuo recurre a otras conductas compensatorias inadecuadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero pocas veces se provoca el vómito; utiliza laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Existe cierta inquietud al momento de distinguir la anorexia nerviosa y la bulimia, puesto que sus síntomas o indicadores suelen ser muy similares, Jarne y Talarn (2000) identifican algunas diferencias:

- a) En la anorexia su inicio es precoz, hay dieta restrictiva, bajo peso, poca impulsividad, pocos antecedentes de obesidad previa, hiperactividad, amenorrea, conductas bulímicas menos del cincuenta por ciento, complicaciones médicas crónicas.
- b) En la bulimia hay un inicio tardío, dieta variable, poca variación de peso, impulsividad, antecedentes de obesidad, vómitos, laxantes, diuréticos, hipoactividad, grandes ingestas, conductas autolíticas y complicaciones médicas agudas.

2.2.3. Obesidad

Desde hace tiempo se ha señalado que los factores económicos influyen de manera relevante en la presencia de la obesidad, por lo que se asocia que un hábito alimentario adecuado y un estilo de vida sano previenen la obesidad.

La APA (2010) define a la obesidad como condición que consiste en un exceso de grasa corporal que se traduce en sobrepeso y que se define por lo común en términos de la proporción entre peso y estatura.

2.2.4. Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas

Castillo y León (2005) distinguen la hiperfagia como la ingesta grande como una reacción de sucesos estresantes y que dan pie a la obesidad, se menciona que las situaciones que pueden suscitarse son duelos, accidentes, intervenciones quirúrgicas y eventos emocionales estresantes.

Cabe señalar que si el paciente padece de obesidad, esta condición conlleva a desconfianza en sus relaciones interpersonales y baja autoestima.

2.2.5. Vómitos en otras alteraciones psicológicas

Según Castillo y León (2005) se identifica también con el nombre de vómitos psicógenos e hiperémesis gravídica psicógena. Lo cual se presenta con vómitos frecuentes que la persona no induce, en síntomas disociativos, en la hipocondría y durante el embarazo, facilitando la presencia de vómito o náuseas periódicas que se correlacionan con factores emocionales.

2.2.6. Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia

Por lo general estos trastornos ocurren durante la infancia y la niñez, el CIE- 10 (Clasificación Internacional de Enfermedades) hace hincapié en lo anterior. La característica primordial es que el infante rechaza la comida o actúa comportándose de manera caprichosa, lo cual es una conducta alimentaria anormal y lo realiza ante su tutor habitual.

Para llevar a cabo su diagnóstico tendrá que señalarse que se debe a un conjunto de comportamientos problemáticos relacionados con la alimentación. Si el nivel excede alarmantemente ese rango de normalidad, sería cualitativamente anormal, ya que si el niño en promedio de un mes gana o pierde peso se debe pensar que está ante este trastorno.

Menciona Gavino (citado por Jiménez; 1997) diversas clasificaciones de las cuales, son comunes que se presenten ante estas situaciones:

- Comportamientos disruptivos durante la comida y hábitos alimentarios inadecuados: comer de pie, comer jugando, comer solo bajo observación de un adulto, negarse a usar cubiertos, entre otras.
- Rechazo de alguna clase de comida, este es habitual durante la niñez, se niega a ingerir la mayoría de los alimentos y esto repercute de manera grave en la salud del niño.
- Negación a comer alimentos sólidos.

- Ingesta de comida mezclada, comer solo aquellos alimentos que están triturados y con varios sabores.
- Falta de apetito.
- Tiempo de comida excesivo.
- Los vómitos en manifestación al rechazo de la comida.

No obstante Linscheid (citado por Jiménez; 1997) plantea cuatro clasificaciones de problemas relacionados con la alimentación del niño; pica, sobrealimentación, baja ingesta de alimento y rumiación de la comida.

Castillo y León (2005) dan una definición más a fondo a continuación:

- Rechazo a la alimentación: puede presentarse en la anorexia nerviosa rechazando alimentos, disculpándose por molestias intestinales, asimismo es una característica relevante en pacientes psicóticos y esquizofrénicos.
- Pica o alotriofagia: el niño consume sustancias no nutritivas, es anormal si sobrepasa a los 18 meses, en cuyo caso se supone que es trastorno grave, ya sea autismo o retraso mental, empero, si es en un adulto es consecuencia de un retraso mental, psicosis o demencias.
- Rumiación o mericismo: su aparición es entre los 3 y los 12 meses, se caracteriza por la expulsión de los alimentos, que se vuelven masticar y a tragar, esto repercute en la salud y en el peso del niño, por lo que se pierde o cuesta trabajo ganarlo. Algunos autores atribuyen el inicio del cuadro a una ardua alteración de la relación materno infantil.

- Potomanía: ingesta grande de líquidos, generalmente agua, en comparación con la diabetes insípida, ésta es una alteración a nivel de la neurohipófisis, y en sujetos de anorexia nerviosa su objetivo de consumir tanta agua es el provocar la saciedad o engañar la situación real.

Finalmente se podría decir que si el niño es predisponente a ganar o a perder peso en promedio de un mes, o tiene dichos comportamientos hacia los alimentos se consideraría como alarma a la presencia de estos trastornos.

2.3 Esfera oroalimenticia en el infante

El recién nacido presenta reflejos de succión y deglución en búsqueda de su alimentación, la reacción oral sería una de los primeros estímulos que se tienen como contacto con el mundo exterior.

Ajuriaguerra (1973) menciona que los psicoanalistas consideran la boca como una zona erógena y la succión como un acto auto erótico, después de esto comienza la necesidad de apropiarse de las cosas; en esta etapa el niño ve a las personas como una fuente de alimento y crea vínculos donde él se siente unido a la fuente de alimento al momento de ingerirlo, de modo que convierte al objeto en una parte importante de él.

2.3.1. Organización oroalimenticia

Ajuriaguerra (1973) ha señalado que desde muy prematura edad surge el automatismo oroalimenticio de succión y los reflejos oroalimenticios. R. Laforge (citado por Ajuriaguerra; 1973) indica que la madre aún no es un objeto de amor para el infante, sino que es un alimento, por lo cual el niño reacciona mejor cuando tiene la necesidad de comer a cuando se siente satisfecho.

La actividad oral es partida de satisfacción y biológica necesidad de alimentación. La conducta de que el infante chupe su dedo pulgar demuestra que el niño hace trabajar el automatismo succionador para obtener un placer cuando no tiene a su alcance el seno materno.

Klein (citada por Ajuriaguerra; 1973) distingue que la situación de perder y recuperar el objeto requerido (el pecho) tendrá gran importancia en la vida emocional del niño, ya que si el objeto le proporciona algo agradable, será amado y esto le indicará que es positivo, pero si proporciona lo contrario, dado el caso de frustración se distinguirá como malo. Asimismo, desde el primer contacto con la persona la relación se va construyendo paulatinamente y si se llega a presentar ausencia del pecho materno se asemeja con una privación.

2.3.2. Alteraciones oroalimentarias

Dentro del proceso de la esfera oroalimentaria pueden llegar a existir algunos indicadores que demuestren la existencia de un problema de salud en la forma de la alimentación de un recién nacido; para esto Ajuriaguerra (1973) señala los siguientes:

- Anorexia esencial precoz: la cual es respectivamente rara, se puede presentar en las primeras semanas de vida o el primer día, en niños con bajo peso, nerviosos, muy despiertos. Comienzan por ingerir pocos alimentos pero después se niegan a comer.
- Anorexia del segundo semestre: se presenta con más frecuencia, se da en el quinto y el octavo mes al ir eliminando gradualmente la leche hasta concluir que el niño no ingiera nada.

Dentro de este segundo tipo de anorexia Ajuriaguerra (1973) indica la división de dos clasificaciones: a) la anorexia inerte, que se presenta cuando el niño no tiene iniciativa ni coopera, por otra parte b) la anorexia de oposición es un total enfrentamiento reacciona ante la comida con bramidos, agitación, intensa rotación tónica, no desea comer, rechazo, vómito, entre otros métodos para rechazar la comida.

A la vez Kleisler (citado por Ajuriaguerra; 1973) distingue dos tipos de anorexia: A) la anorexia simple, iguala una reacción al destete frente al cambio de alimentación, lo cual se podría considerar una conducta de rechazo normal, por lo que no se

considera como pérdida del apetito, B) la anorexia compleja, descrita por la fuerza de los síntomas y por la resistencia a los tratamientos usuales, la comida no le importa.

Por lo anteriormente referido, se concluye que las situaciones de anorexia más graves por lo regular indican a un problema en la relación con la madre, los entornos en los que se consuman son por horarios y número de comidas, cantidad de comida y el contexto en que se da de comer.

2.4. Perfil de la persona con trastornos de la alimentación

“No es fácil describir ‘el perfil’ de una persona en riesgo de desarrollar un trastorno de la alimentación, o de su familia, porque en general uno comienza a observarlos a partir de que el trastorno del comer ya se ha instalado.” (Costin; 2003: 69).

No obstante, la autora hace mención de algunas características que podrían tener las personas que presentan trastornos alimentarios.

La autonomía es el primer problema que se menciona, se caracteriza porque los sujetos viven a expensas de lo que las demás personas esperan de ellos, de ser el modelo ideal para sus padres, o realmente cumplir cada una de las expectativas de los demás, su exigencia con ellos mismos les ocasiona inseguridad para lograr formular sus propios pensamientos, lo cual podrá ocasionar diferencias con las personas de su alrededor.

Esto mencionado anteriormente ocasiona que la persona tenga una baja autoestima, la cual se conoce como el grado de aceptación de sí mismo, ya que la persona se forma una imagen de sí misma y desarrolla un concepto de quién es y si para ella la percepción que desarrolla no es ideal, entonces le provoca una baja autoestima.

Ante ello, el sujeto llega a tener cierta exigencia consigo mismo, porque las actividades resulten perfectas; si presenta sentimientos de sufrimiento, la sensación de ineficiencia se manifiesta de tal manera que lo que ellos realicen no cumplirá sus expectativas.

En muchas ocasiones para estas personas el lograr cubrir sus expectativas lo trasladan al peso corporal, formulando el pensamiento de para alcanzar la perfección pretenden tener el cuerpo perfecto a cualquier precio.

Menciona Costin (2003) que las personas se sienten poderosas alterando su peso corporal, realizándolo para compensar la sensación de impotencia de las situaciones que no logran controlar.

Todos estos tipos de cambios son un proceso de crecimiento y de etapas que vive una persona, los cuales influyen en el proceso de maduración que se tiene, por lo que cada individuo lo vive de distinta manera, ya que por lo general comienza en la pubertad, pasando la adolescencia hasta terminar en la juventud; aquí es donde se tienen cambios a nivel físico, sexual, emocional y social.

El cambio físico que llega a tener una persona de la niñez a la pubertad es un factor que ocasiona conflicto, puesto que se aumenta de peso y esto no proporciona una sensación agradable para los adolescentes, lo mismo llega a suceder cuando los padres no aceptan estos cambios y esto influye en el proceso de aceptación de la persona.

2.5. Causas del trastorno alimenticio

Existen diferentes indicadores que incitan para que se logre un trastorno de alimentación, pero ninguno es en sí suficiente, ya que se requiere que exista la combinación de las características de cada uno de ellos. No es adecuado distinguirlos como la causa de un trastorno alimentario, es preferible identificarlos como factores que hacen más vulnerable a una persona para presentarlos.

Garner y Garfinkel (citados por Costin; 2003) los dividen en tres clasificaciones los que son: factores predisponentes (socioculturales, familiares e individuales); factores precipitantes (estresores, actitudes anormales, dietas extremas y pérdida de peso); y factores perpetuantes (atracones y purgas, secuelas fisiológicas y psicológicas).

2.5.1. Factores predisponentes individuales

Para comenzar se definirá que significa predisponer que es “preparar con anticipación una cosa o el ánimo para un fin” (Costin; 2003: 52).

Se identifica la existencia de teorías psicológicas, las cuales examinan los factores individuales que intervienen en la conducta de comer, apoyándose en el aprendizaje, creencias, actitudes y en la complejidad psicofisiológica de la persona, por lo cual estos factores intervienen en la elección de la comida y esto se vuelve complicado.

Douglas (citado por Ogden; 2005) menciona que los nutricionistas saben que el paladar se entrena, mientras que el sabor y el olor están relacionados al control cultural.

Dentro de esto Helman (citado por Ogden; 2005) destaca cinco tipos de modelos de alimentación:

1. Comida frente a no comida, distingue las sustancias que son comestibles y las que no.
2. Comidas sagradas frente a comidas profanas, son las autorizadas por creencias religiosas y las que no son.
3. Clasificaciones de comidas paralelas los alimentos se identifican como calientes o fríos: este tipo de alimentos depende que los clasifiquen en uno u otros variando del valor simbólico con que los etiqueten cada cultura.
4. Comida como medicina, medicina como comida: puntualiza la separación y el solapamiento entre comida y medicina.
5. Comidas sociales: refiere la función de la comida, como manera de confirmar y desencadenar relaciones, simbolizar estatus, la formación de

grupos variando por su identidad mediante estilos tradicionales de comidas (desayuno, comida, cena).

La comida sirve como medio de comunicación entre las personas, además de que da información sobre la identidad personal y actúa en forma de expresión ante necesidades internas, conflictos y sentidos del yo, por lo que también representa aspectos como la sexualidad, culpabilidad y placer, comer y negación, y autocontrol.

En la sexualidad se relaciona porque el ingerir carne despierta impulsos sexuales, por lo que se correlaciona la comida y el sexo con una semejanza biológica entre las actividades, ya que las dos suelen realizarse comúnmente por supervivencia, estos dos aspectos ocasionan placer, involucran vulnerabilidad al sobrepasar los límites corporales normales, por lo que pueden ocasionar culpabilidad.

En ocasiones se produce la negación de comer, sobre todo en función de los estereotipos para las mujeres, ellas son la imagen de la producción de la comida pero ellas mismas suelen negarse la posibilidad de ingerirla por mantener una dieta. Es aquí donde se construye el pensamiento de que representa autocontrol o pérdida del control. Si se logra abstenerse o ayunar algún tipo de comida, se asemeja con disciplina, frugalidad, abstinencia y represión de las personas.

Ogden (2005) menciona que la hora de la comida es el único lugar donde se reúne la familia y donde se logra compartir las vivencias de cada uno de los

integrantes, además de que los alimentos que están acostumbrados a cocinar y a comer ayudan a dar una identidad a ese grupo.

Aun en la actualidad se llega a observar casos donde la comida involucra situaciones de poder dentro del entorno familiar, donde se refleja que se le da prioridad al hombre en cuanto a que coma primero, como a la cantidad de comida que se sirve ; la mujer come menos y tiene el papel de proveedora.

Esto no solo se ve en los hogares sino también en la sociedad, las personas con mayor estatus social obtienen mejor comida que las personas con un nivel socioeconómico más bajo.

2.5.2. Factores predisponentes familiares

Según Rausch (1997), se dice que si un integrante de la familia presenta un trastorno de alimentación, inevitablemente todos están involucrados, aunque no porque sean los culpables.

Algunos de los factores familiares que influyen a la presencia de un trastorno es la falta de afecto, o bien, el alcoholismo en pacientes bulímicas, empero, las familias de las personas con anorexia nerviosa suelen inhibir la agresión y la hostilidad. En el caso de la anorexia de tipo bulímico presentan mayor conflicto y mala relación emocional con ambos padres, aunque un poco más distante con el padre y por lo

contrario a la madre más empática, comprensiva en cuanto a sus sentimientos y emociones.

En un estudio que fue realizando se logran percatar algunas características de las familias con pacientes bulímicas: el padre y la madre son exigentes, aumentan la rivalidad entre hermanos al compararlos, el ambiente que tienen dentro de su familia es muy tenso, asimismo en la relación padre e hija.

Como menciona Rausch (1997) anteriormente, la relación entre hermanos es algo conflictiva porque existe rivalidad y más si es la familia de una paciente bulímica, además, los roles que se tienen en la familia intervienen, como es el caso de una abuela influyente que ha sido importante en la educación de los nietos.

Una mujer con trastorno alimentario es menos flexible a modificar aspectos propios como lo menciona Rausch (1997), pero tiende a exigir cambios en su pareja y más si se encuentra en la situación de un conflicto, no obstante, estos casos tienen una comunicación más liberal en cuanto a su intimidad y observan a su pareja como un recurso terapéutico importante.

No se puede tener un modelo exacto de una familia donde se puede presentar este tipo de trastorno, puesto que son muy variables, pero se menciona que los papás buscan el éxito, las costumbres en cuanto a feminidad, vinculándolo con la comida, el aspecto y la disciplina.

Rausch (1997) habla acerca de las fronteras individuales, las cuales sirven para delimitar el espacio de una persona en cierta situación, a este tipo se le conoce como una frontera clara; por otra parte, en las fronteras difusas se da un abuso físico y mental en el espacio del otro, lo que ocasiona poca adaptabilidad al cambio.

La falta de comunicación entre los padres en la manera de educar a los hijos suele afectar en las relaciones, y desencadenar una lucha de poder entre ambos, lo que ocasiona en los hijos desorientación y ellos tienen que asumir responsabilidades que no les corresponden, por lo mismo, se creen capaces de poder controlar lo que comen y su peso, sobre todo si la persona está en la etapa de la adolescencia, donde se provoca más desequilibrio en sus pensamientos y comportamientos.

Por lo anteriormente dicho, se requiere que los padres también vayan aceptando cada etapa que se va viviendo y darle la oportunidad al hijo de tomar sus propias decisiones, lo que reforzará una vida más saludable. Son muchas y diversas las situaciones que pueden llegar a alterar la percepción de una persona, desde un divorcio hasta la muerte de un ser querido, las cuales podrían incitar un trastorno alimentario.

2.5.3. Factores socioculturales

Se llevó a cabo un estudio en Canadá en el año de 1994, cuyas estadísticas las dieron a conocer la clínica de trastornos alimentarios en el hospital de Toronto. Los resultados que se obtuvieron son alarmantes puesto que el 90% de la población

femenina no está satisfecha con su silueta corporal, por lo que entre el 3% y el 5% presentan bulimia nerviosa, 1% al 2% padecen anorexia nerviosa y el 10% y el 15% tienen algún trastorno alimenticio.

Costin (2003) puntualiza que el entorno sociocultural recompensa la delgadez y muestra un rechazo sobre la gordura, y con esto hace hincapié en un prototipo de moda, no en algo saludable, por lo general, este tipo de presión se da más en una sociedad industrializada, por la influencia que ejercen los medios de comunicación sobre la moda.

Es observable que el prototipo de la delgadez es importante en la autoestima de estas personas y en suma, la presión social juega un papel esencial en cumplirlos, la autora agrega que los trastornos no repercuten de igual forma en todas las clases sociales, e indica que en una clase media- alta se presentan más casos que en una clase baja y los que llegan a suscitarse en esta última, es porque mantienen una relación con una persona que sea de clase media – alta.

Otra causa cultural señalada por Costin (2003), es donde se involucra solamente a las mujeres ya que se le etiqueta como una súper mujer que debe cumplir con algunas características en la sociedad actual, como ser profesionista, sociable, la pareja ideal y la madre perfecta.

Aunque en realidad son demasiadas las exigencias que se piden, solamente una persona con un trastorno de alimentación busca cumplir con cada una de las

expectativas que la sociedad pide, por lo cual se refugia en su silueta corporal, que es lo que cree que realmente puede controlar.

Así como se forman modelos en cuanto a una silueta delgada, también se construyen pensamientos que suelen generalizar las situaciones. Menciona Costin (2003) que en el caso de la obesidad, las personas siempre deducen que por tener sobrepeso tienen más problemas psicológicos, ante lo cual se ha demostrado que esto no produce ni más ni menos problemas emocionales.

De igual manera, se cree que la obesidad moderada tiene incremento de mortalidad, pero es erróneo puesto que la mayor tasa de mortalidad es en mujeres de bajo peso y la menor en las que presentan un 20% más de su peso esperado.

La presencia de los productos bajos en calorías y/o grasas, fomenta más la obsesión hacia estos trastornos y asimismo, la tendencia de la moda, con la frecuencia que se van reduciendo las tallas.

2.6 Percepción del cuerpo en el trastorno alimenticio

Las percepciones que se han formado acerca del cuerpo perfecto resultan estar alteradas en la mayoría de los casos, sin embargo la insatisfacción corporal puede considerarse en tres prototipos diferentes.

Ogden (2005) señala que el primero de ellos consiste en la estimación deformada del tamaño corporal y una percepción de que el cuerpo es más voluminoso que lo que en realidad es, y esto no solamente es en una persona que tenga trastorno, también llega a suceder en las personas no clínicas; el segundo tipo es la discrepancia del ideal cuando se confunde lo ideal con lo real, solamente que esta perspectiva no conlleva con el volumen real de una persona, sino que la mayoría le gustaría ser más delgada de lo que es; por último está el tercer tipo, que son las respuestas negativas al cuerpo, donde se involucran sentimientos y cogniciones erróneas al respecto.

En la insatisfacción corporal intervienen distintos indicadores desde el género, edad, sexualidad, clase social, como también el carácter étnico.

Haciendo referencia en cuanto al género se ha señalado que las mujeres son las que tienden a presentar más insatisfacción corporal que los hombres, ya que suelen presentar más obsesión en cuanto al peso y a ciertas partes del cuerpo, es decir un pecho voluminoso y que todas las demás partes fueran más delgadas, sobre todo tratándose del estómago, este tipo de inquietud suele presentarse desde los 9 años de edad, cuando comienza la preocupación por una silueta corporal perfecta.

En contraparte, los hombres muestran poca insatisfacción en su cuerpo en cuanto a brazos, espalda pecho y estómago, la inquietud en ellos por cuidar su imagen comienza en promedio durante los trece años.

Smith y cols. (citados por Ogden; 2005) refieren que el aumento del reconocimiento de la independencia dentro de la relación entre madre e hija, se vincula con una baja de la complicación y el incremento resultante de la intimidad.

En la actualidad, el someterse a una cirugía se ha vuelto un fenómeno novedoso y las que más suelen utilizarse son: la rinoplastia, implantes de pecho y liposucción, suele utilizarse para proporcionar seguridad a las personas pero no hay una teoría en concreto que demuestre que disminuye la insatisfacción corporal.

2.7. Factores que mantienen los trastornos alimentarios

Los factores perpetuantes son definidos por Costin (2003) como la duración extensa e incesante o algo que no tiene fin. Menciona que la dieta es el factor perpetuante por excelencia, ya que el cuerpo no se encuentra bien alimentado y la persona se encuentra con menos ánimos y fuerzas para llevar a cabo una actividad.

Se realizó una investigación en Minnessota, Estados Unidos en los años cuarenta, la cual se describió en tres etapas que Costin (2003) hace referencia para poder dar explicación a lo demás: la primera etapa tuvo un lapso de tres meses, donde se analizó el comportamiento, personalidad y patrones alimenticios usuales de los sujetos. La segunda etapa fue de seis meses y fue limitada más su dieta a solo la mitad, bajando de peso hasta el 25% y finalmente, la tercera etapa que duró tres meses y volvieron a la dieta inicial.

Como resultado, muchos de los sujetos presentaron depresión anímica profunda, lo cual los hacía negativos sobre como observaban su vida a largo plazo, al momento de la alimentación se llevaba a cabo en silencio para realmente disfrutarlo.

Costin (2003) indica que sucede lo mismo con una persona de trastorno alimentario, puesto que solo ingieren algunos alimentos, en un lugar determinado y generalmente a solas, y para satisfacer su saciedad suplen el alimento por té, café, goma de mascar e incluso cigarros.

Retomando la segunda parte del experimento, los sujetos tendían a hurtar comida para en el momento en que estuvieran solos, comerla, porque se habían acostumbrado a la dieta que llevaban anteriormente, una parte de los hombres presentó ataques bulímicos, teniendo atracones, seguido de vómito y exceso de ejercicio, por lo que concluyo con malestares físicos como dolores de cabeza, molestias gastrointestinales, apatía, somnolencia, calambres, dolor en vista y oído entre otras, a esto hace referencia Costin (2003).

Se asocia igual que en la anorexia nerviosa, por la falta de interés en el sexo opuesto por lo general en todos los casos, por lo que la subalimentación tiene impacto en la labor del metabolismo, la socialización de un sujeto y la ingesta de menos calorías disminuye el ánimo de la persona.

Costin (2003) aclara que no se puede, sin riesgo, manipular el cuerpo para tener bajo peso de lo que se considere normal en cada persona.

2.8. Trastornos mentales asociados a los trastornos alimentarios.

Los autores Jarne y Talarn (2002) hacen hincapié a que la presencia de un trastorno de alimentación es variable en la cantidad que se presentan en los trastornos psicopatológicos. Asimismo, su aparición suele ser episódica, rápida y está muy unida a la enfermedad de base.

Hay varios tipos de trastornos que se presentan como: los trastornos de alimentación en la esquizofrenia se relacionan con la atención médica o con el medicamento que se le da; los trastornos de la alimentación en las depresiones; trastorno de alimentación en la manía, ya que no se tiene la necesidad de alimentarse o piden grandes cantidades de comida y no hacen uso de ella; trastorno de la alimentación en las fobias, que se da por ingerir cierta comida; trastorno de la alimentación en la ansiedad; trastorno de la alimentación en un trastorno obsesivo compulsivo.

2.8.1. Trastornos alimentarios y depresión

Kirschman y Salgueiro (2002) hacen referencia de un caso que en los años 40 despertó gran interés, fue en el que existía una relación entre la anorexia nerviosa y la depresión, es el caso de Ellen West, la cual la diagnosticaron como esquizofrénica por Bleuber y melancólica por Kraepelin, ella sufría de anorexia crónica con síntomas bulímicos, vivió un lapso largo de depresión, por lo que se suicidó tomando veneno.

En 1972, los primeros criterios para diagnosticar la anorexia nerviosa fueron dados por Feigner, los cuales no accedían a un diagnóstico donde hubiera representación de un trastorno afectivo o de esquizofrenia. Por lo cual si existía cualquiera de estos dos, se invalidaba la existencia de anorexia.

Por otra parte Strober y otros (referidos por Kirszman y Salgueiro; 2002) añadían que entre la bulimia y la depresión existe gran correlación y que seguramente esto subyace un trastorno depresivo en el síndrome bulímico.

Por lo que se han llevado a cabo investigaciones, las cuales llegan a concluir que en la mayoría de los casos, las personas que presentan trastorno alimentario tienen familiares que presentan un trastorno afectivo de primer o de segundo grado, por lo que los pacientes con esta problemática suelen tener crisis psiquiátricas depresivas.

La acción de los antidepresivos demuestra tener efectividad en varias de las situaciones clínicas, incluyendo en los síntomas cardiacos.

Según Kirszman y Salguiero (2002) los trastornos alimentarios existen en un terreno invaluable para el diagnóstico de la depresión, ya que van acompañados de cambios físicos, en contra parte la inanición y la Hiperfagia producen cambios físicos y psicológicos que se igualan a los que existen en la depresión.

Los trastornos de sueño presentan características específicas en los pacientes con trastornos alimentarios y las personas con depresión, este último está caracterizado por alteraciones de continuidad.

Casper (referido por Kirschman y Salgueiro; 2002) distingue síntomas emocionales, conductuales, fisiológicos y cognitivos de la anorexia nerviosa y la depresión mayor observando que el ánimo disfórico, la baja autoestima, las tendencias obsesivas y el aislamiento en las relaciones interpersonales se señalan en ambos cuadros, por lo cual, los síntomas físicos son iguales, sobre todo si la anorexia nerviosa se presenta con pérdida de peso corporal.

Kirschman y Salgueiro (2002) concluyen que la diferencia recae en los procesos ideativos de los pacientes, lo cual se refleja en su comportamiento, puesto que los trastornos alimentarios son multidimensionales, no indistintos y tienen una perspectiva amplia en la consideración de la compleja relación entre los trastornos alimentarios y los afectivos.

2.8.2. Trastornos alimentarios y ansiedad

Kirschman y Salgueiro (2002) hacen referencia que existe gran correlación entre la depresión, ansiedad y la obsesión en las personas con un trastorno de anorexia nerviosa, ya que comparten en común una severa desnutrición. La recuperación de peso disminuye los síntomas de depresión y ansiedad.

Bullik y otros (citados por Kriszman y Salgueiro; 2002: 134) realizan una investigación donde señalan que “el 60% de las personas tienen anorexia nerviosa, un 57% pacientes con bulimia y el 48% de las personas con depresión mayor tenían antecedentes de síntomas de ansiedad. Por lo que el mayor porcentaje ya presentaba un trastorno de ansiedad y después el alimentario, así como también el trastorno por atracón presenta síntomas comórbidos, especialmente de ansiedad y depresión”.

Si se presenta de manera aguda, la pérdida de apetito suele ser mínima, hacen mención Jarne y Talarn (2002), y si es al contrario, se puede tener repercusiones estimables.

Sin embargo el paciente ha relacionado comidas fuera de los horarios normales, como una forma de salida a la ansiedad; esto llega a producir hábitos alimentarios incorrectos, lo que le da una conducta autónoma, pierde la capacidad para poder calmar la ansiedad y crea un mecanismo para saciar un apetito poco normal.

2.9. Tratamiento de los trastornos alimentarios

Varios autores comentan que en las múltiples determinaciones de los trastornos alimentarios intervienen diversos factores sociales, culturales, familiares, del desarrollo, individuales y biológicos.

Por lo cual en las diversas corrientes psicológicas han surgido sus propios tratamientos. Señala Rausch (1997) que los modelos psicoanalítico, conductista,

cognitivo-conductual y educacional son introducidos en terapias individuales, familiares y de grupo, así como en pacientes ambulatorios como internados.

Para que un tratamiento resulte realmente efectivo, se requiere de la modificación de distintas áreas, y no se pueden excluir los aportes de las diferentes corrientes.

Bruch (citado por Rausch; 1997) indica que el trastorno psicológico se relaciona con conceptos que se tienen de sí mismo, de la identidad y del funcionamiento autónomo.

Rausch (1997) identifica dos tipos de tratamiento, el primero es el ambulatorio y el segundo es la hospitalización del paciente.

- El tratamiento ambulatorio se da cuando la familia está en condiciones de apoyar personalmente el tratamiento, por lo cual se le denomina internación por motivos estratégicos; se mantendrá esta forma de tratamiento si la evolución es la esperada, la primera entrevista clínica sirve para diagnosticar la gravedad del paciente, por consiguiente, luego será con frecuencia semanal hasta alcanzar el 50% del peso, asimismo las consultas con el terapeuta familiar.

La terapia familiar es una de las formas en las cuales se han obtenido mejores resultados, ya que se mejora el ambiente entre los miembros así como su

comunicación, aquí el terapeuta desempeña un papel fundamental, por lo que tienen que comenzar ganándose la confianza de ellos, al igual que el respeto por el sufrimiento del paciente y por los sentimientos de su familia.

Menciona Rausch (1997) que el tratamiento queda planeado como una experiencia de crecimiento y exploración de ámbitos desacostumbrados, pero que ofrece un compromiso alcanzable, libre de sentimiento de culpa.

- Por otra parte se encuentra, la hospitalización o internación, se realiza para establecer con seguridad el diagnóstico, trata complicaciones físicas agudas por el uso de laxantes y diuréticos, por lo cual los objetivos deben ser compatibles y no se admiten errores. Cuando se da un caso de internación, la informa el médico, por lo que sus objetivos son observables, concretos y si se puede, cuantificables; tienen como expectativa el aumento de peso y cambios de conducta.

Hay otro tipo de tratamiento que menciona Rausch (1997) que es el tratamiento farmacológico, tiene pocos efectos favorables, por lo que su uso se ha limitado.

Dentro del tratamiento se pueden presentar algunas problemáticas como se da el caso de que alguno de los progenitores se niegue a presentarse, de manera que se trabaja solamente con el que asiste; en caso de padres divorciados se toma como principal la familia nuclear y ya después, por separado a cada padre y hermanos.

Los trastornos alimenticios son, entonces, un fenómeno complejo en cuanto a su origen, manifestaciones y tratamiento. Por ello, se requiere la evaluación de especialistas y una atención sistemática que garantice el progreso del paciente.

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA ANÁLISIS INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

Una vez mostrado el marco teórico, en el cual se describen las variables, se procederá en el presente apartado a presentar la investigación de campo en cuanto a su metodología, descripción poblacional y el análisis de los resultados encontrados.

3.1 Descripción metodológica

En este apartado se exteriorizan los detalles que forman la caracterización metodológica de la presente investigación, incluyendo el enfoque, el tipo de estudio, el diseño, el alcance y las técnicas de recolección de datos.

3.1.1. Enfoque cuantitativo

Señala Hernández y cols. (2010) que el enfoque cuantitativo usa la recopilación de datos para comprobar hipótesis, con base en la intervención numérica y el análisis estadístico, para crear modelos de comportamiento y probar teorías.

El enfoque cuantitativo presenta las siguientes características: plantea un problema de estudio delimitado y concreto, construye un marco teórico fundamentado por investigaciones anteriores, del cual se realizan una o más hipótesis, recolecta datos en base a la medición, los cuales se analizan a través de métodos estadísticos, es lo más objetiva posible, sigue un patrón predecible y estructurado entre otras.

Grinnell y Creswell (citados por Hernández y cols.; 2010) indican dos tipos de realidades: interna, que es con base en las creencias, presuposiciones y experiencias subjetivas de las personas, y la otra, que es la realidad objetiva, la cual resulta externa e independiente de las creencias que se tengan sobre ella.

3.1.2. Investigación no experimental

“La investigación no experimental son estudios que se realizan sin la manipulación deliberada de variables y en los que solo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos” (Hernández y cols.; 2010: 149)

Se puede decir que no se genera ninguna situación y más bien es con alguna que ya exista, ya que las variables independientes ocurren sin ninguna manipulación, porque ya sucedieron, al igual que sus efectos.

Hernández y cols. (2010) clasificaron este tipo de investigación por su dimensión temporal o el número de momentos en el cual se recolectan datos, en dos tipos, que son los transaccionales o transversales y los longitudinales.

3.1.3. Diseño transversal

Este tipo de diseño es el que lleva la recolección de datos en un solo momento, ya que su objetivo es describir variables y analizar la incidencia e interrelación en un momento dado, así lo mencionan Hernández y cols. (2010)

Asimismo, los diseños transeccionales se dividen en tres tipos:

- Diseños transeccionales exploratorios: empiezan por conocer una variable o un conjunto de variables, una comunidad, un evento, una situación, es una exploración inicial en un momento específico.
- Diseños transeccionales descriptivos: investigan la incidencia de las modalidades, categorías o niveles de una o más variables en una población, son estudios estrictamente representativos.
- Diseño transeccionales correlacionales – causales: narran relaciones entre dos o más categorías, conceptos o variables en un tiempo determinado, ya sea en términos correlacionales o en función de la relación causa- efecto.

3.1.4. Alcance correlacional

Hernández y cols. (2010) indican que la investigación correlacional tiene como objetivo conocer la relación o el grado de asociación que existe entre dos o más conceptos, categorías o variables en un contexto en particular. Tales correlaciones se sustentan en hipótesis sometidas a pruebas, la correlación puede ser positiva o negativa; en el primer caso, ambas variables mostrarán resultados altos o bajos; en caso contrario, una variable mostrará resultados altos y la otra no.

Se dice que la investigación correlacional tiene un valor explicativo, ya que el hecho de que dos variables o más se relacionan da información explicativa; si es mayor el número de variables que se asocian en la investigación y mayor sea la fuerza de las

relaciones, más completa será la explicación, según lo mencionan Hernández y cols. (2010).

Se puede presentar la situación de que dos variables estén supuestamente relacionadas, pero que en verdad no lo sea así y a esto se le denomina correlación espuria.

“Una correlación espuria, cuya explicación no solo es parcial sino errónea; se requerirá de una investigación en un nivel explicativo para saber cómo y por qué las variables están supuestamente relacionadas” (Hernández y cols.; 2010: 83).

3.1.5. Técnicas de recolección de datos

En la presente investigación se utilizaron pruebas estandarizadas para llevar a cabo la recolección de datos, cada una con su propio método de aplicación y de calificación.

Con la aplicación de esta prueba se obtienen datos más confiables, ya que estos instrumentos cuentan con la validez y la confiabilidad comprobadas, la cual se consideró adecuada para llevar a cabo la aplicación en el contexto y la población con quien se trabajó.

Para medir la variable independiente, el estrés, se aplicó el test psicológico denominado Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños, Revisada (CMAS- R), hecha por

los autores Reynolds y Richmond (1997). La cual es subtitulada como “lo que pienso y siento”, es un instrumento que consta de 37 reactivos, planteado para valorar el nivel y naturaleza de los niños y adolescentes de seis a diecinueve años de edad.

El procedimiento de aplicación se puede realizar tanto de manera individual como grupal, encerrando la respuesta “sí” o “no” dependiendo el caso, la CMAS-R proporciona cinco puntuaciones: la calificación total, que señala la ansiedad que presenta el sujeto en general, y cuatro subescalas denominadas:

- Ansiedad fisiológica: asociada con manifestaciones en la dificultad del sueño, náusea y fatiga.
- Inquietud/hipersensibilidad: preocupaciones obsesivas de las cuales están mal definidas por el niño, al mismo tiempo con el miedo a ser lastimado.
- Preocupaciones sociales/concentración: se asocia con pensamientos distractores y ciertos miedos, de ambiente social o interpersonal que desencadenan dificultades en la concentración y atención.
- Mentira.

Para la medición de la variable dependiente, que es la de trastornos alimentarios se utilizó la prueba EDI-2 (Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria, en su segunda edición), diseñada por David M. Gardner (1998).

Por medio de esta prueba se logran evaluar los síntomas que normalmente acompañan a la anorexia nerviosa y a la bulimia nerviosa, la aplicación del instrumento

puede ser de manera individual o grupal, consta de 91 reactivos con opciones de respuesta como son: nunca, pocas veces, a veces, a menudo, casi siempre, siempre.

Se califican 11 escalas que son fundamentales de los trastornos alimentarios, las escalas son: obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva, miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad e inseguridad social. Las primeras tres clasificaciones están dirigidas a la evaluación de actitudes y conductas relacionadas con el peso corporal, mientras que las nueve restantes son de rasgos psicológicos que se presentan en personas con trastornos alimentarios.

3.2. Población y muestra

La población según Selltiz “es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones” (Hernández y cols.; 2010: 303).

Por lo antes dicho, es preferible establecer con precisión las características de la población, el nivel de estudios, de la demarcación institucional, la edad, la cantidad de integrantes, nivel socio-económico, cultura, para delimitar cuales son los parámetros muestrales.

La población del presente estudio está conformada por sujetos que van de los 15 a 18 años, con un nivel socioeconómico medio y medio-alto, con una religión católica, de los cuales la mayoría solamente estudian.

Según Hernández y cols. (2010) la muestra es un subconjunto de elementos que pertenece a ese conjunto definido en sus características al que se llama población. Todas las muestras bajo un enfoque cuantitativo deben ser representativas. De muestra para la investigación se tomaron cien estudiantes, que estudian primer grado de preparatoria, con edad de 16 años la mayoría.

Los términos al azar y aleatorio denominan un tipo de procedimiento mecánico afín con la probabilidad y con la selección de elementos, pero no alcanzan explicar el tipo de muestra y procedimiento de muestreo. Hernández y cols. (2010) manejan tres tipos de muestra:

- Probabilísticas:

Son aquellas en las que todos los elementos de la población tienen la misma posibilidad de ser escogidos, se adquieren precisando las características de la población y el tamaño de la muestra, y por medio de una selección aleatoria o mecánica de las unidades de análisis.

- No probabilísticas:

Son aquellas en las que la elección de los sujetos o unidades de análisis no dependen del azar, sino de las características de la investigación, de la intención del investigador o de circunstancias externas al proceso. Elegir entre una muestra probabilística o una no probabilística depende de los objetivos del estudio.

Estas muestras de acuerdo con Hernández y cols. (2010) representan una importante desventaja para la generalización y extrapolación de los resultados obtenidos. Sin embargo, por lo general, son las que están más al alcance de una investigación de tesis.

- Muestra intencional:

Es aquella en la que los sujetos son seleccionados en función de las intenciones del investigador y con finalidades distintas a las de la generalización de resultados (Kerlinger; 2001).

Estas se pueden dar cuando dentro de una población escolar se elige como muestra a los integrantes de un grupo, un grado escolar o cualquier otra unidad que facilite la recolección de datos.

Esta técnica de muestreo facilita la realización de la indagación y es recomendable para investigaciones de tesis en las que el tiempo y los recursos institucionales son escasos.

Sin embargo, es importante indicar que los resultados no se pueden generalizar, solo mencionar como referencia hacia otros sujetos de la población.

3.3. Descripción del proceso de investigación

En este apartado se habla de la manera en que fue llevada a cabo la investigación.

Como manera principal se planeó un proyecto de investigación, en la cual se plasmó la problemática específica a investigar, por lo cual se planteó un objetivo general y diez particulares, lo cual ayudaría a definir dos hipótesis, una de trabajo y otra nula.

Como parte de la investigación, era fundamental utilizar los instrumentos adecuados, para medir las dos variables establecidas: el estrés y los trastornos alimentarios, por lo cual los instrumentos elegidos cuentan con la validez y la confiabilidad necesaria para este tipo de investigación.

La aplicación fue realizada con alumnos de 1° año de preparatoria del Instituto Juan de San Miguel los días 7 y 8 de mayo de 2012; fueron administradas en el aula de clases y de manera colectiva, la aplicación fue llevada a cabo en dos tiempos, se comenzó con la prueba CMAS-R y posteriormente se aplicó la EDI-2.

De ambas pruebas se obtuvieron los percentiles, para así poder encontrar la correlación, los cuales fueron vaciados en hojas de cálculo del programa Microsoft Excel. Asimismo, se realizaron los cálculos de las medidas de tendencia central y de

dispersión, como, la media, moda, mediana y desviación estándar, al igual que la correlación con la formula “r” de Pearson y la varianza de factores comunes.

Por lo cual los resultados arrojados se graficaron, para así poder realizar el análisis de datos.

3.4 Análisis e interpretación de resultados

En este apartado se muestran los resultados obtenidos en la investigación, en la primera parte se presentan los resultados obtenidos de la variable trastornos alimentarios; en segundo lugar, del estrés; por último los resultados obtenidos de la correlación entre ambas variables.

3.4.1 Estrés

De acuerdo a lo señalado por Travers y Cooper (1997), el termino estrés se refiere a la adaptación que se hace presente en el ser humano respecto a su entorno, este vocablo se empezó a manejar en la física y la metalurgia para describir la potencia que se emplea hacia un objeto y mediante la cual es posible alterarlo o romperlo.

Respecto a los resultados obtenidos en el nivel de ansiedad total como principal indicador del estrés, se encontró una media de 72. Es importante indicar que, según Hernández y cols. (2010) la media aritmética es la suma de un conjunto de datos dividida entre el número de medidas.

Asimismo, se obtuvo la mediana, que es la medida de tendencia central que muestra el valor medio de un conjunto de valores ordenados, mencionado por Hernández y cols. (2010). El valor obtenido de la mediana fue de 76.

La moda es la medida que se muestra con mayor frecuencia en un conjunto de medidas, en estos resultados se obtuvo un puntaje de 87.

También se obtuvo el valor de una medida de dispersión, concretamente de la desviación estándar, la cual muestra el resultado de la raíz cuadrada del promedio de la suma de las desviaciones del cuadrado de un conjunto de datos, señalado por Hernández y cols. (2010). En esta escala se obtuvo el resultado de 23.

Por otra parte, en la escala de ansiedad fisiológica se encontró una media de 76, una mediana de 82, una moda de 99 y una desviación estándar de 22; en la subescala de inquietud/hipersensibilidad se encontró una media de 71, una mediana de 75, una moda de 67 y una desviación estándar de 23; en lo que respecta a la subescala de preocupaciones sociales/concentración, se obtuvo una media de 54, una mediana de 60, una moda de 21 y una desviación estándar de 30.

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

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

En la escala de ansiedad total, el 57% de sujetos salió por arriba del percentil 70; en la escala de ansiedad fisiológica, el porcentaje fue de 68%; en la subescala de inquietud/hipersensibilidad, de 58%; respecto a la subescala de preocupaciones sociales/concentración el índice fue de 30%.

En función a lo anterior, se observa que en el área donde hay más casos preocupantes es en las escalas de ansiedad fisiológica y de inquietud/hipersensibilidad. Estos datos se pueden observar gráficamente en el anexo 2.

Se puede afirmar entonces que los indicadores de ansiedad en el Instituto Juan de San Miguel, se encuentran por lo general en un nivel alto, lo cual resulta preocupante puesto que estos niveles pueden afectar muchas áreas del desarrollo de estos alumnos.

Esta situación implica poner atención de manera importante en esta problemática y hace necesaria una intervención psicológica para abordar este problema de manera institucional.

3.4.2. Indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios.

De acuerdo a lo señalado por la APA (2002), los trastornos alimentarios son dos los principales padecimientos que se presentan, como la anorexia nerviosa, que se manifiesta con una obsesión por mantener el peso corporal por debajo de lo indicado, dependiendo la altura y la talla; por otro lado, se encuentra la bulimia nerviosa, de la

cual sus síntomas son muy similares a los de la anorexia, pero presenta además momentos de ingesta excesiva de comida, acompañada de conductas compensatorias, ello sin tener pérdida de peso significativa.

Respecto a los resultados obtenidos en la escala de obsesión por la delgadez en el Instituto Juan de San Miguel, se encontró una media de 60, una mediana de 65, una moda de 32 y una desviación estándar de 25. En el resto de las escalas, los resultados fueron:

En la escala de bulimia se encontró una media de 63, una mediana de 54, una moda de 47 y una desviación estándar de 19; en insatisfacción corporal se obtuvo una media de 52, una mediana de 49, una moda de 14 y una desviación estándar de 25; en la subescala de ineficacia se presentó una media de 54, una mediana de 55, una moda de 32 y una desviación estándar de 24; en la escala de perfeccionismo hubo una media de 65, una mediana de 69, una moda de 82 y su desviación estándar de 24; en desconfianza interpersonal se obtuvo una media de 58, una mediana de 66, una moda de 75 y una desviación estándar de 27; en la escala de conciencia introceptiva se determinó una media de 51, una mediana de 51, una moda de 12, y una desviación estándar de 28; los puntajes en la escala de miedo a la madurez fueron: una media de 55, una mediana de 56, una moda de 56 y una desviación estándar de 26.

Asimismo como en la subescalas de ascetismo se obtuvo una media de 57, una mediana de 59, una moda de 49 y una desviación estándar de 29; en la impulsividad

se presentó una media de 54, una mediana de 46, una moda de 14 y una desviación estándar de 29; por último, en la escala de inseguridad social se obtuvo una media de 60, una mediana de 63, una moda de 33 y una desviación estándar de 25.

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

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

En las escalas de obsesión por la delgadez, el 43% de los sujetos salieron por arriba del percentil 70; en la escala de bulimia el porcentaje fue de 36%; en insatisfacción corporal se obtuvo un porcentaje de 30%; en la de ineficacia el índice fue de 26%; en la de perfeccionismo el porcentaje estuvo de 45%; en la desconfianza interpersonal el indicador fue de 49%; en la de conciencia introceptiva el porcentaje es de 32%; en la de miedo a la madurez, de 34%; en la de ascetismo, de 32%; en impulsividad, de 38%; por último, en inseguridad social, el porcentaje fue de 38% de sujetos por arriba del percentil 70.

En función de lo anterior, se observa que en las áreas donde hay más casos preocupantes son: obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva, miedo a la

madurez, ascetismo, impulsividad e inseguridad social. Estos resultados se muestran en el anexo 4.

De acuerdo con estos resultados se puede afirmar que los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en el Instituto Juan de San Miguel se encuentran en general en un nivel medio, salvo las escalas mencionadas, donde se ubican datos preocupantes y porcentajes considerables de sujetos con altos puntajes en estas escalas.

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, muestra de ello es la investigación realizada por psiquiatras del Hospital de Santa Fe y del Hospital de Sanguto, dicha información se encuentra en los antecedentes de la presente investigación.

En la investigación realizada en el Instituto Juan de San Miguel se obtuvieron los siguientes resultados:

Entre el nivel de estrés y la escala de obsesión por la delgadez existe un coeficiente de correlación de 0.40 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson.

Esto significa que entre el estrés y la escala de referida, existe una correlación positiva media, de acuerdo con la clasificación de correlación que hacen Hernández y cols. (2010).

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

El resultado de la varianza fue de 0.16, lo que significa que entre el estrés y la obsesión por la delgadez hay una relación del 16%.

Entre el nivel de estrés y la bulimia existe un coeficiente de correlación de 0.16 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 comunes fue de 0.03, lo que significa que entre el estrés y la escala de bulimia hay una relación del 3%.

Entre el nivel de estrés y la insatisfacción corporal existe un coeficiente de correlación de 0.35 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson, esto significa que entre tales características existe una correlación positiva media.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.12, lo que denota que entre el estrés y la escala de insatisfacción corporal hay una relación del 12%.

Entre el nivel de estrés y la ineficacia existe un coeficiente de correlación de 0.38 de acuerdo con la prueba "r" de Pearson, esto significa que entre estas variables existe una correlación positiva media.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.14, lo que señala que entre el estrés y la escala de ineficacia hay una relación del 14%.

Entre el nivel de estrés y el perfeccionismo existe un coeficiente de correlación de 0.29 de acuerdo con la prueba "r" de Pearson, esto significa que entre estas particularidades existe una correlación positiva débil.

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

Entre el nivel de estrés y la desconfianza interpersonal existe un coeficiente de correlación de -0.06 de acuerdo con la prueba "r" de Pearson, esto indica que entre estas variables hay una ausencia de correlación.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.00, lo que permite afirmar que entre el estrés y la escala de desconfianza interpersonal hay una relación del 0%.

Entre el nivel de estrés y la conciencia introceptiva existe un coeficiente de correlación de 0.50 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson, esto significa que entre dichas variables existe una correlación positiva media.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.25, lo que implica que entre el estrés y la escala de conciencia introceptiva hay una relación del 25%.

Entre el nivel de estrés y el miedo a la madurez existe un coeficiente de correlación de 0.12 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson, esto permite aseverar que existe una correlación positiva débil.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.01, lo que denota que entre el estrés y la escala de miedo a la madurez hay una relación del 1%.

Entre el nivel de estrés y el ascetismo existe un coeficiente de correlación de 0.48 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson, esto alude a que entre el estrés y dicha escala existe una correlación positiva media.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.23, lo que representa que entre el estrés y la escala de ascetismo hay una relación del 23%.

Entre el nivel de estrés y la impulsividad existe un coeficiente de correlación de 0.56 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson, esto expresa que entre estas variables existe una correlación positiva considerable.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.31, lo que significa que entre el estrés y la escala de impulsividad hay una relación del 31%.

Entre el nivel de estrés y la inseguridad social existe un coeficiente de correlación de 0.35 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson, esto denota que entre estos atributos existe una correlación positiva media.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.12, lo que significa que entre el estrés y la escala de inseguridad social hay una relación del 12%.

Los resultados obtenidos en cuanto a los niveles de correlación entre las escalas 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 obsesión por la delgadez, ineficacia, conciencia introceptiva, ascetismo, impulsividad e inseguridad social. De acuerdo con los resultados presentados, se confirma la hipótesis de trabajo en estas escalas.

En contraparte, no se encontró una relación significativa entre el nivel de estrés y las escalas de bulimia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal y miedo a la madurez. Por ello, en estos casos se confirma la hipótesis nula.

CONCLUSIONES

A manera de cierre de la presente investigación, se referirá la forma en que se cumplieron los objetivos planteados.

Los objetivos particulares del uno al tres, se cumplieron principalmente desde los antecedentes de la presente investigación, asimismo, en el desarrollo del primer capítulo, en el cual se definió el concepto de estrés, su origen y los indicadores psicológicos que se hacen presentes a nivel personal.

Por consecuencia, los objetivos particulares 4,5 y 6 se cubrieron en el marco teórico del segundo capítulo, puesto que se dio una definición concreta sobre el concepto de trastornos alimentarios, igualmente se establecieron los principales trastornos de carácter alimentario como la bulimia y la anorexia nerviosa, su historia y su cuadro clínico.

El objetivo particular número 7, referente a la medición del estrés en alumnos del Instituto Juan de San Miguel, se alcanzó gracias a los resultados obtenidos en el test psicológico CMAS-R. Por otra parte, el propósito respectivo a la evaluación de los trastornos alimentarios, el cual se le asignó el número 8, se consumó de manera favorable como resultado a la aplicación de la prueba psicológica EDI-2.

Por lo que concierne a la correlación estadística entre el nivel de estrés y los trastornos alimentarios en los sujetos de estudio, se logró mediante el procedimiento

estadístico, mediante la aplicación de las formulas “r” de Pearson y la varianza de factores comunes.

Gracias al cumplimiento de cada uno de los objetivos particulares, se logró el cumplimiento del objetivo general del presente estudio.

La hipótesis de trabajo, que se refiere a la existencia de una correlación estadísticamente significativa entre el nivel de estrés y los trastornos alimentarios, se pudo corroborar en la mayoría de las escalas, como: obsesión por la delgadez, ineficacia, conciencia introceptiva, ascetismo, impulsividad e inseguridad social.

Sin embargo también se puede reconocer la hipótesis nula de acuerdo con estos resultados para el resto de las escalas.

Es importante mencionar, de manera particular, los siguientes sucesos:

- Existen puntajes altos en la prueba EDI-2, los cuales se consideran alarmantes en la mayoría de las subescalas: obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva, miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad e inseguridad social.
- Se encontraron niveles altos de estrés de los alumnos de primer grado de preparatoria del instituto Juan de San Miguel.

- Como corolario de la presente investigación, de manera teórica se demuestra que la mayoría de las situaciones de la vida cotidiana provoca estrés y la tendencia a presentar trastornos alimentarios.

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.

Ayela Pastor, Ma. Rosario Trinidad. (2009)
Adolescentes: Trastornos de alimentación.
Editorial Club Universitario. 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.

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

Kerlinger, Fred (2001)
Investigación del comportamiento.
Editorial. McGraw-Hill. México.

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

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

Nowack, Kenneth M. (1999)
Perfil de estrés.
Editorial Manual Moderno. 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

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>

Documentación y Estudios de Mujeres, A.C. (2008)

“Anorexia y Bulimia”

<http://www.demac.org.mx/estadisticas-sobre-tema-mes/anorexia-bulimia>

Fundación Eroski (2002)

“El estrés influye en el inicio de los trastornos alimentarios entre los adolescentes”

<http://www.consumer.es/web/es/salud/2002/09/15/51798.php>

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

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

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

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

Hernández García Mariamparo A. (2006)

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

Universidad del Valle de México. Octubre – Diciembre 2006.

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

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

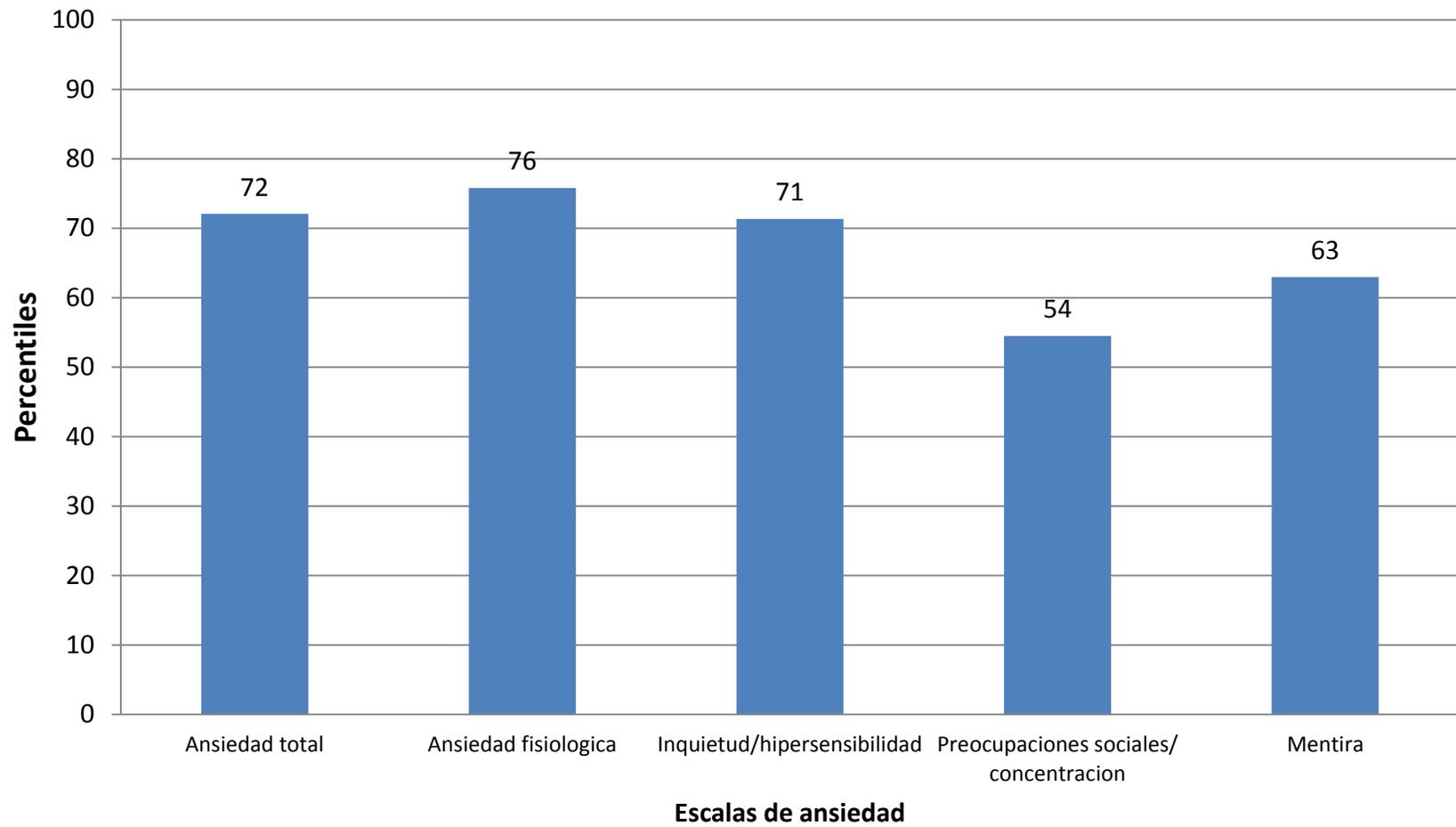
“Evaluación del estrés académico en estudiantes universitarios”

Universidad Autónoma de Madrid.

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

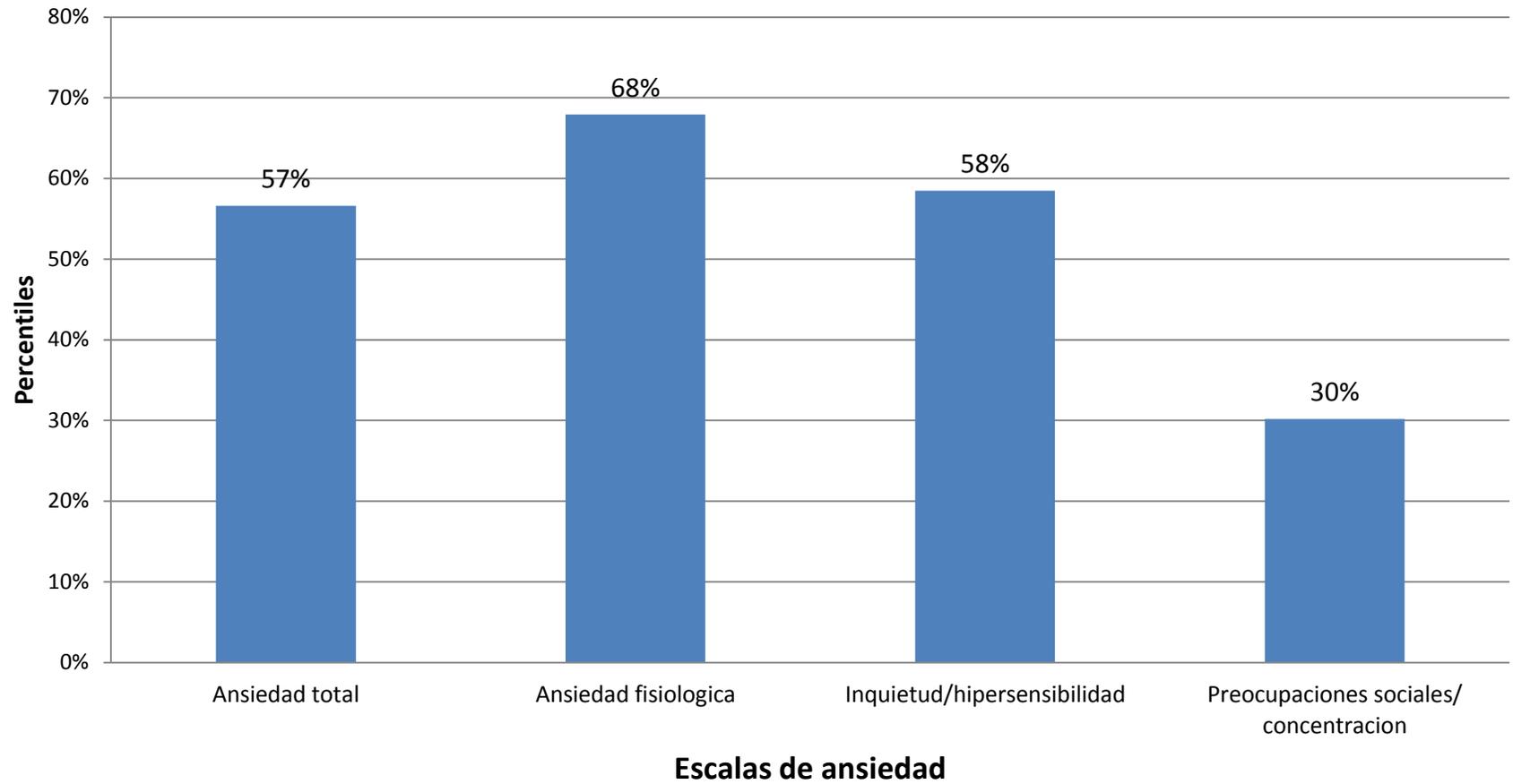
ANEXO 1

Media aritmética de las escalas de ansiedad



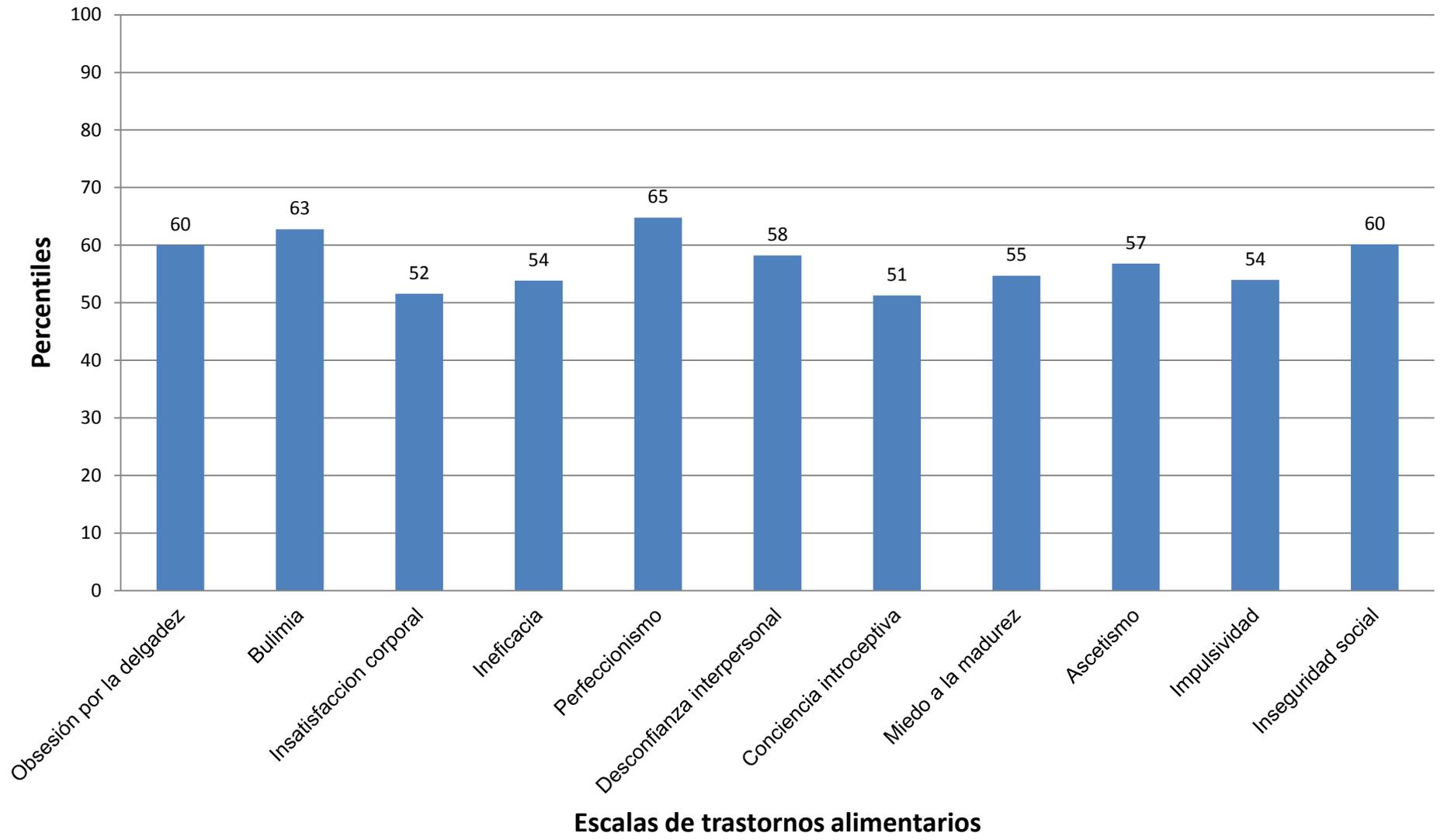
ANEXO 2

Puntuajes altos del niveles de estrés.



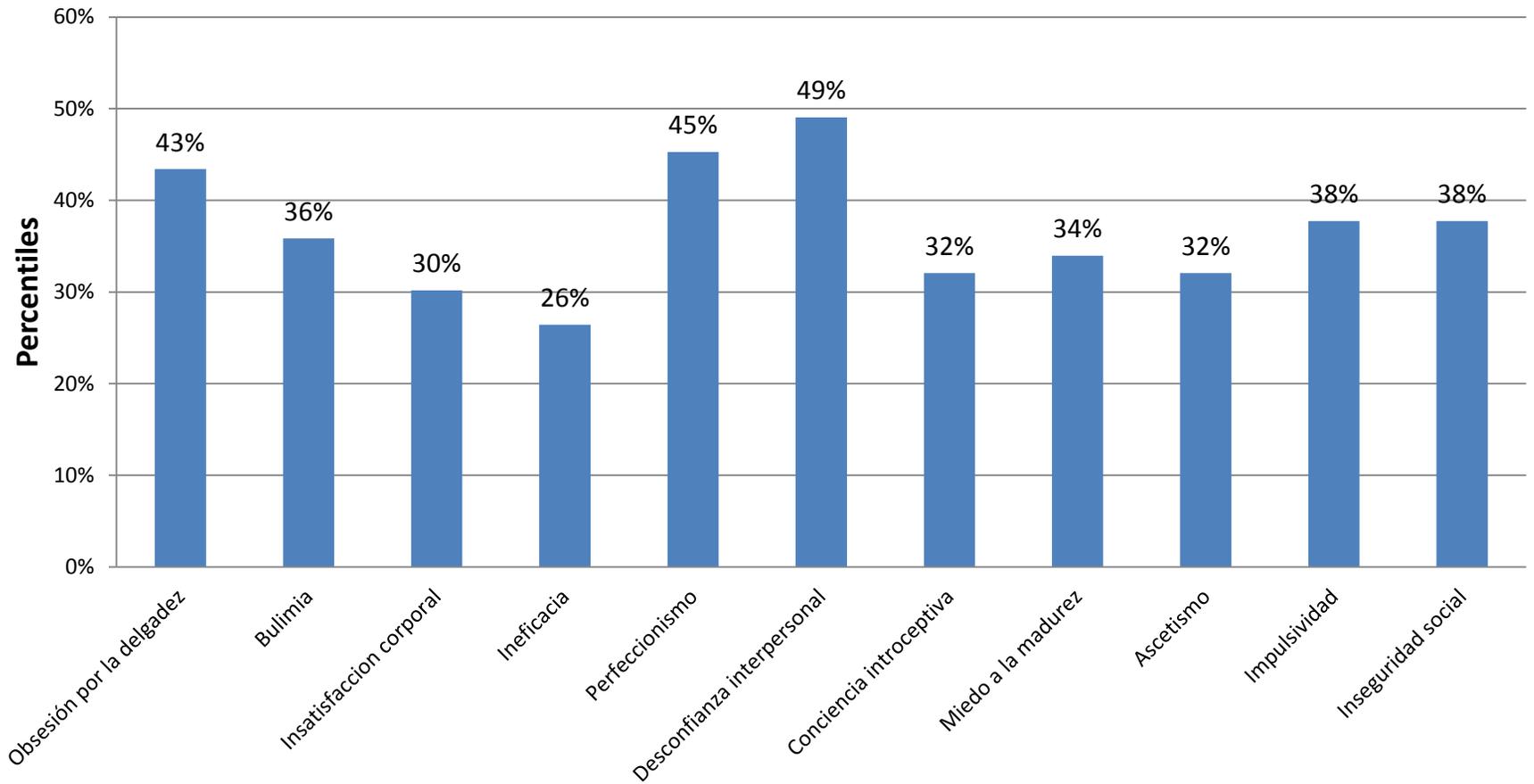
ANEXO 3

Media Aritmetica de los Trastornos Alimentarios.



ANEXO 4

Puntuajes altos en las escalas de trastornos alimenticios.



Indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios

ANEXO 5

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

