



UNIVERSIDAD
DON VASCO, A. C.

UNIVERSIDAD DON VASCO, A.C.

INCORPORACIÓN N° 8727-25 A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

***TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y SU RELACIÓN
CON EL NIVEL DE ESTRÉS EN ALUMNOS DE
SECUNDARIA***

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

GISELL BERENICE QUEREA VIRRUETA

ASESOR: LIC. JOSE DE JESUS GONZALEZ PEREZ

URUAPAN, MICHOACÁN. 26 DE MARZO DE 2021.



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.

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a todos aquellos que formaron parte de este proceso y que no me permitieron darme por vencida, apoyándome de diversas maneras para la conclusión de este proyecto, no solo académico si no de vida.

Gracias a mis padres, por los valores que en mí inculcaron a través de la educación y la transmisión de sus propios aprendizajes y experiencias vividas, nutriendo así mi ser y llenándome de orgullo con su sabiduría.

En especial agradezco a mi madre, María del Socorro Virrueta López por estar junto a mí incondicionalmente, con sus acciones, palabras de aliento y regaños cuando así ha sido necesario.

También doy gracias a la Universidad Don Vasco y a la escuela de Psicología por mi preparación académica y profesional, así como a todos mis profesores por su dedicación y esfuerzo en la transmisión de conocimientos, porque siempre fueron más allá de un plan académico, me transmitieron sus propias experiencias profesionales y personales.

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| INTRODUCCIÓN | 1 |
| Antecedentes | 1 |
| Planteamiento del problema | 6 |
| Objetivos | 7 |
| Hipótesis | 8 |
| Operacionalización de las variables..... | 9 |
| Justificación | 10 |
| Marco de referencia | 12 |
| CAPÍTULO 1. ESTRÉS | 15 |
| 1.1 Antecedentes históricos del estrés..... | 15 |
| 1.2 Tres enfoques teóricos del estrés | 18 |
| 1.2.1 Estrés como estímulo..... | 18 |
| 1.2.2 Estrés como respuesta | 19 |
| 1.2.3 Estrés como relación persona-entorno (enfoque interaccionista) | 20 |
| 1.3 Los estresores..... | 22 |
| 1.3.1 Estresores psicosociales: cambios mayores, menores y cotidianos | 23 |
| 1.3.2 Estresores biogénicos..... | 24 |
| 1.3.3. Estresores en el ámbito educativo | 24 |
| 1.3.4 Estresores de vida en adolescentes | 26 |
| 1.4 Procesos del pensamiento que propician el estrés | 28 |
| 1.5 Los moduladores del estrés | 29 |
| 1.5.1 El control percibido..... | 29 |
| 1.5.2 El apoyo social..... | 30 |
| 1.5.3 El tipo de personalidad A / B..... | 31 |
| 1.5.3.1 Personalidad tipo A y problemas cardiacos | 32 |
| 1.6 Los efectos negativos del estrés | 33 |
| CAPÍTULO 2. TRASTORNOS ALIMENTARIOS | 36 |
| 2.1 Antecedentes históricos de la alimentación | 36 |
| 2.2 Definición y características clínicas de los trastornos alimentarios | 37 |
| 2.2.1 Anorexia nerviosa | 38 |

| | |
|---|----|
| 2.2.2 Bulimia nerviosa..... | 40 |
| 2.2.3 Obesidad..... | 42 |
| 2.2.4 Trastorno por atracones..... | 43 |
| 2.2.5 Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas..... | 44 |
| 2.2.6 Vómitos en otras alteraciones psicológicas..... | 44 |
| 2.2.7 Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia..... | 44 |
| 2.2.7.1 Comportamientos disruptivos durante la comida y hábitos alimentarios inadecuados..... | 45 |
| 2.2.7.2 Rechazo de alguna clase de comida..... | 45 |
| 2.2.7.3 Negación a tomar alimentos sólidos..... | 45 |
| 2.2.7.4 Ingesta de comida mezclada..... | 46 |
| 2.2.7.5 Falta de apetito..... | 46 |
| 2.2.7.6 Tiempo de comida excesivo..... | 47 |
| 2.2.7.7 Los vómitos..... | 47 |
| 2.3 Esfera oroalimentaria en el infante..... | 47 |
| 2.3.1 Organización oroalimentaria..... | 48 |
| 2.3.2 Alteraciones en la esfera oroalimentaria..... | 49 |
| 2.4 Perfil de la persona con trastorno alimentario..... | 50 |
| 2.5 Causas del trastorno alimentario..... | 51 |
| 2.5.1 Factores predisponentes individuales..... | 51 |
| 2.5.2 Factores predisponentes familiares..... | 53 |
| 2.5.3 Factores socioculturales..... | 55 |
| 2.6 Percepción del cuerpo en el trastorno alimentario..... | 56 |
| 2.7 Factores que mantienen los trastornos alimentarios..... | 59 |
| 2.8 Trastornos mentales asociados a los trastornos alimentarios..... | 59 |
| 2.9 Tratamiento de los trastornos alimentarios..... | 61 |
| CAPÍTULO 3..... | 65 |
| METODOLOGÍA, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS..... | 65 |
| 3.1 Descripción metodológica..... | 65 |
| 3.1.1 Enfoque cuantitativo..... | 66 |
| 3.1.2 Investigación no experimental..... | 67 |

| | |
|---|----|
| 3.1.3 Diseño transversal | 68 |
| 3.1.4 Alcance correlacional | 68 |
| 3.1.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos..... | 69 |
| 3.2 Población y muestra..... | 71 |
| 3.2.1 Descripción de la población | 72 |
| 3.2.2 Descripción del tipo de muestreo | 72 |
| 3.3 Descripción del proceso de investigación | 73 |
| 3.4 Análisis e interpretación de resultados..... | 76 |
| 3.4.1 El nivel de estrés en los alumnos de la Secundaria Don Vasco..... | 76 |
| 3.4.2 Indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en los alumnos de la Secundaria Don Vasco. | 79 |
| 3.4.3 Relación entre el nivel de estrés y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios..... | 83 |
| CONCLUSIONES..... | 89 |
| BIBLIOGRAFÍA | 91 |
| HEMEROGRAFÍA | 93 |
| MESOGRAFÍA | 93 |
| ANEXOS | 95 |

INTRODUCCIÓN

A continuación se presentarán los aspectos básicos de esta investigación, los cuales ayudarán a que el lector tenga una idea general de lo que se realizó. Se expondrán las variables a investigar, así como su relación y la importancia de que ésta se lleve a cabo en la población y contexto seleccionados.

Antecedentes

Uno de los conceptos más destacados de la medicina y la psicología del siglo XX es probablemente el del estrés. Se ha empleado tan frecuente e indiscriminadamente que se está perdiendo la idea inicial por lo cual fue planteado. Se originó en el siglo XVII, con algunos descubrimientos de Robert Hooke en el área de la física; después Thomas Young continuó estudios y aportaciones sobre el ello; pero aún en el campo de la física, fue hasta principios del siglo XIX que Claude Bernard introdujo el término en la medicina (Román y cols.; 2011).

A inicios del siglo XX Walter Bradford Cannon, propuso el término homeostasis (balance), pues creía que la pérdida del equilibrio homeostático en el individuo o animal era lo que provocaba el estrés. A mediados de éste siglo, comienza a identificarse al estrés como un posible factor en enfermedades de mediano y largo plazo (Román y cols.; 2011).

En 1930, cuando Hans Selye era aún estudiante de medicina, observó que los pacientes a quienes estudiaba, no importando su enfermedad, tenían síntomas comunes, tales como: cansancio, pérdida del apetito, baja de peso, entre algunos otros. A este conjunto de características lo denominó, síndrome de estar enfermo (referido por Caldera y cols.; 2007).

Después de desarrollar sus experimentos del ejercicio físico extenuante, Selye formuló el concepto de estrés biológico, para posteriormente denominarlo solo estrés. Al continuar sus investigaciones, se percató que además de los factores físicos que ya había identificado, también influían aspectos sociales y amenazas del entorno particular del individuo (citado por Caldera y cols.; 2007).

Actualmente se maneja una integración biopsicosocial en el estudio del estrés, del cual se pueden distinguir dos conceptos: distrés como aquellas consecuencias negativas, de una activación psicofisiológica excesiva y eustrés como la activación necesaria, para llevar a cabo una tarea o afrontar una situación (Caldera y cols.; 2007).

Fue durante la década de los noventa que el tema de trastornos alimentarios comenzó a provocar una alarma social. Los más relevantes por la gravedad que han presentado son la bulimia y anorexia nerviosas, medicamente nombrados como trastornos alimentarios no específicos (TANE). Para Crispo y cols. (1996) las conductas asociadas con dichos trastornos se relacionan directamente con el individuo, su personalidad y características familiares específicas (referido por Zagalaz y cols; s/a).

Según Toro (1989), las características que presentan dichos trastornos, están estrechamente relacionadas con aspectos sociales y estéticos específicos, que le dan mayor importancia al aspecto físico que a cualquier otro valor. En 1999 éste autor definió la anorexia como, “un trastorno del comportamiento alimentario caracterizado por una pérdida significativa del peso corporal (superior al 15%), habitualmente fruto de la decisión voluntaria de adelgazar” (citado por Zagalaz y cols; s/a: 3).

Para Rodríguez (1993), se trata de una fobia a la obesidad, acompañada de un deseo irracional de ser delgada y alteraciones en la ingesta, relacionada también con alteraciones familiares y sociales. En cambio para Way (1996), es como cualquier otra adicción, en donde la obsesión es ser delgada y la manera de satisfacerla es logrando perder peso. Para él un nivel bajo de autoestima es la base de dicho trastorno (referido por Zagalaz y cols; s/a).

Toro y Vilardell (1987), definen la bulimia como una compulsión a comer, provocando después el vómito, para mantener tranquila la conciencia de la idea de estar delgadas. La mayoría de los casos que presentan éste trastorno, están relacionados con anorexia (mencionado por Zagalaz y cols; s/a).

Comúnmente el concepto de anorexia es entendido como falta de apetito, sin embargo, la anorexia nerviosa se especifica como una negación a ingerir alimentos, con la única finalidad de no engordar. La población con el mayor riesgo se encuentra en un rango de edad de los 12 a los 30 años. Algunos detonantes pueden ser comentarios negativos sobre el aspecto físico, que la persona no se sienta conforme

con alguna parte o forma de su cuerpo, entre otras. Comienzan evitando ciertos alimentos, hasta llegar a un punto de mayor restricción de ingesta (Zagalaz y cols; s/a).

En 2009 Rosa Behar y Claudia Valdés, realizaron una investigación con el objetivo de conocer las diferencias, en las características principales entre mujeres con algún trastorno de conducta alimentaria y quienes no lo padecían, relacionando los síntomas de la conducta alimentaria y el estrés. Las pruebas fueron aplicadas a dos grupos: 50 pacientes con trastorno alimentario y 50 universitarias sin esa patología. Se aplicó la Escala de Autoevaluación de Estrés (SRRS), el Inventario de Desórdenes Alimentarios (EDI), el Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40) y el Cuestionario de Silueta Corporal (BSQ). Los resultados obtenidos mostraron presencia de mayor nivel de estrés acumulado, en el año anterior al diagnóstico en quienes ya padecían algún trastorno alimentario. Características como: perfeccionismo, temor a la madurez, peso ideal, entre otros, aumentan el riesgo de padecer estrés.

En una investigación realizada en Guadalajara, México, por Bertha Lidia Nuño Gutiérrez y colaboradores (2009), se llevó a cabo un estudio analítico transversal, en una población de 1,134 estudiantes de primer año de bachillerato, en escuela pública. Con el objetivo de conocer los factores relacionados con conductas alimentarias de riesgo, en adolescentes, según su sexo. Se midieron aspectos tales como: impulsividad, autoestima, ideación suicida, locus de control y estrés, entre otros. Los resultados obtenidos muestran que, las conductas alimentarias de riesgo se presentan mayormente en mujeres y los factores asociados son ideación suicida, impulsividad y

estrés, mientras que en los hombres están relacionados con síntomas depresivos y estrés.

Sergio Arroyo Chávez, en 2012 realizó una investigación en la ciudad de Uruapan, Michoacán, para conocer si existía relación entre los trastornos alimentarios y el estrés, en los alumnos de la Secundaria Don Vasco. Dicha investigación fue transversal, de enfoque cuantitativo, con diseño no experimental. Se aplicaron dos pruebas psicométricas: la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños – Revisado (CMAS-R) y el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2). Las pruebas fueron aplicadas en alumnos de tercer grado de ésta secundaria, los cuales tenían una edad de entre 14 y 15 años. Los resultados obtenidos refieren que no hay una influencia significativa entre el nivel de estrés y los trastornos alimentarios en dicha población.

Aunque anteriormente se ha investigado la relación entre niveles elevados de estrés y la presencia de indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios, en la Secundaria Don Vasco, es importante conocer si debido a los diversos cambios sociales, que se han presentado durante los años transcurridos, los resultados podrían variar y actualizar la información que se tiene hasta el momento.

Planteamiento del problema

Es necesario estructurar de manera formal la idea de investigación, especificando el problema que se abordará de manera clara y precisa, expresando la relación entre las variables, pudiendo ser comprobada dicha relación.

Actualmente el nivel de estrés en la población ha ido en aumento, debido a diversos factores que se encuentran presentes en el medio en que se desenvuelve la persona. Cada vez es más notable que el estrés en niveles elevados es algo que afecta negativamente, deteriorando relaciones interpersonales, provocando irritabilidad, insomnio, siendo un factor fundamental en el abuso de sustancias, depresión, entre muchas otras consecuencias graves. Así mismo la forma en que se afrontan las diferentes situaciones que puedan presentarse de la vida cotidiana.

La apariencia física es en la actualidad de suma importancia en la sociedad y para los jóvenes que están formando su identidad e imagen, resulta muy importante ser aceptados socialmente adaptándose a esos estándares. Dicha preocupación y necesidad de mantener ciertas medidas corporales puede llevarles a presentar trastornos alimentarios. En la mayoría de los casos los primeros indicativos pasan desapercibidos, comienzan a hacerse evidentes para quienes los rodean hasta que dicho trastorno comienza a agravarse.

Los trastornos alimentarios comienzan a presentarse principalmente en la adolescencia y cada vez a una edad más temprana, pueden padecerlos tanto hombres

como mujeres. En la actualidad la presencia en hombres va en ascenso, siendo aún más difícil de identificar que en las mujeres debido a prejuicios sociales, que complican su identificación y aceptación.

La presencia de dichos trastornos y/o niveles elevados de estrés puede llevar a padecer enfermedades relacionadas (anemia, gastritis, colitis, úlceras, daños en el esmalte dental, etcétera), además de influir negativamente en aspectos como el rendimiento académico, interacción social y comunicación asertiva, entre muchos otros.

Debido a la importancia que en la actualidad presentan ambas variables se pretende conocer ¿en qué grado se relaciona el nivel de estrés, con la presencia de indicadores psicológicos de trastornos alimentarios, en los alumnos de la secundaria Don Vasco del ciclo escolar 2019-2020, en Uruapan, Michoacán?

Objetivos

Los objetivos de la investigación deben plantearse de forma clara y específica, ser congruentes entre sí y que puedan ser logrados.

Objetivo general

Analizar la relación entre el nivel de estrés y la presencia de indicadores psicológicos de trastornos alimentarios, en los alumnos de la Secundaria Don Vasco del ciclo escolar 2019-2020, en Uruapan, Michoacán.

Objetivos particulares

1. Definir el concepto de estrés.
2. Reconocer los factores relacionados con el estrés.
3. Informar sobre los efectos de niveles altos de estrés.
4. Conceptualizar los trastornos alimentarios.
5. Distinguir los tipos de trastornos alimentarios.
6. Conocer los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios.
7. Calcular el nivel de estrés en los alumnos de la Secundaria Don Vasco.
8. Establecer la presencia de trastornos alimentarios en los alumnos de la Secundaria Don Vasco.

Hipótesis

La hipótesis es una explicación tentativa del fenómeno que se investigará y da respuestas provisionales a la pregunta de investigación. No en todas las

investigaciones cuantitativas debe ser planteada, solo en aquellas de alcance correlacional o explicativo (Hernández y cols., 2014).

Hipótesis de trabajo

Existe relación significativa entre el nivel de estrés y los indicadores psicológicos de trastornos alimentarios, en los alumnos de la Secundaria Don Vasco del ciclo escolar 2019-2020, en Uruapan, Michoacán.

Hipótesis nula

No existe relación significativa entre el nivel de estrés y los indicadores psicológicos de trastornos alimentarios, en los alumnos de la secundaria Don Vasco del ciclo escolar 2019-2020, en Uruapan, Michoacán.

Operacionalización de las variables

Según Hernández y cols. (2014), una variable es aquella que puede cambiar y ser medible u observable. Es necesario definirlas para unificar el concepto que se empleará en la investigación y así evitar confusión. La operacionalización de dichas variables son aquellos procedimientos que se aplicarán en la investigación para cuantificar y obtener los resultados.

A continuación se presentarán los criterios con los que se medirán las variables de esta investigación:

El nivel de estrés se obtuvo mediante la aplicación del inventario SISCO de estrés académico, de Arturo Bazarra. Es un instrumento de autoinforme, que se encarga de medir principalmente los indicadores del estrés que están presentes en el proceso académico y en distintos ámbitos de la vida del estudiante; evalúa factores como: percepción de los estresores según el estudiante, síntomas del estrés y estrategias de afrontamiento. El puntaje final se obtiene mediante las sumatorias de las tres subescalas.

Los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios se valoraron con el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria, (EDI 2) de David M. Garner (1998). Dicho instrumento está compuesto por once escalas que abarcan los principales síntomas que por lo general acompañan a la bulimia y anorexia nerviosas.

Justificación

La presente investigación, ayudará a que la población en general conozca la importancia de las características fundamentales de las variables, que en diversas ocasiones se pasan por alto como algo poco relevante o incluso normal, sin darse cuenta que las consecuencias pueden ser realmente graves, afectando no solamente a la persona que lo padece, sino también a su círculo familiar y social más cercano.

Ayudará a los jóvenes a darse cuenta que no deben tratar de cumplir con ideales imposibles, ya que son contradictorios entre ellos mismos y los ponen en diversos riesgos de salud física y mental. Deben procurar apoyarse en amigos, familiares, maestros y/o personas cercanas a ellos que puedan ayudarles a afrontar la presencia de trastornos alimentarios y/o niveles altos de estrés.

A los profesores y personal académico en general, les facilitará la información necesaria para realizar detecciones oportunas de la presencia de indicadores de las variables en sus alumnos. Podrán identificar desde un nivel bajo, el cual les permitirá actuar oportunamente, evitando que el problema llegue a agravarse y se vuelva mucho más difícil de controlar.

Al campo de la psicología se espera aportar un conocimiento más amplio sobre las consecuencias directas que tiene la presencia de dicho fenómeno, así como si existe relación directa entre niveles elevados de estrés y la presencia de indicadores psicológicos de trastornos alimentarios.

Resulta relevante investigar y conocer la relación entre las variables, para así poder tomar las medidas necesarias y ayudar a disminuir la incidencia y el desarrollo de trastornos alimentarios, los cuales pueden fácilmente agravarse sino se les da la importancia necesaria y se ayuda a quienes puedan padecerlos.

Marco de referencia

En 1964 se fundó la Universidad Don Vasco y desde 1972 se encuentra incorporada a la Universidad Autónoma de México (UNAM). Se ofrecen estudios de secundaria, preparatoria, diez licenciaturas y diversos posgrados. Al ser parte de dicha institución, la secundaria Don Vasco A.C., tiene también acceso a los laboratorios, biblioteca, programas socioculturales y deportivos, así como asesoría pedagógica, psicológica y vocacional. La secundaria inició siendo un colegio en el año 1964, ubicada cerca del centro de la ciudad de Uruapan, como una escuela técnica, la cual se llamaba Instituto cultural Don Vasco.

Actualmente la secundaria Don Vasco A.C., se encuentra ubicada en la calle Cuauhtémoc N°6, del barrio de San Miguel, en la ciudad de Uruapan, Michoacán. Cuenta con instalaciones en condiciones óptimas, compuesto por un edificio principal y aulas esparcidas en la zona trasera de la institución. Se proporciona educación a nivel secundaria en grupos de primer, segundo y tercer año, repartidos los primeros dos grados en grupos “A”, “B” y “C”, y el último grado sólo se compone de dos grupos, “A” y “B”.

Cada grupo cuenta con aproximadamente 25 a 35 alumnos por aula. Las clases se imparten por materia, por lo que los alumnos se trasladan a las diferentes aulas que corresponden a la materia. Se cuenta con un laboratorio de química para todos los grupos, una cancha de fútbol, una cancha de basquetbol, jardinerías, patios y lonchería.

Además de prestar servicios de orientación académica por disciplina, psicología y trabajo social.

Es una institución privada y laica, se encuentra incorporada a la S.E.E. Quienes acuden en su mayoría son de clase media a media alta; algunos residen cerca o en los alrededores del colegio. Cuenta con un total de 242 alumnos, de los cuales 118 son hombres y 124 mujeres. El personal docente está compuesto de 17 profesionales de variadas profesiones, entre los cuales se encuentran pedagogos, ingenieros, trabajadores sociales y estudiantes de la escuela normal.

La formación que se imparte se basa en el modelo de desarrollo de competencias, que implica conocimientos, habilidades y actitudes que le permitan al alumno aprender a convivir, aprender a ser y aprender a hacer, por medio de personal capacitado para trabajar cada uno de estos aspectos.

La secundaria Don Vasco A.C. pretende desenvolver al alumno en un todo armónico e integrado, dando preferencia a los eventos de tipo formativo que le dan cimienta a la ciencia. Su misión es: “Lograr la calidad académica de nuestra institución, que sustenta su quehacer en criterios educativos orientados al desarrollo integral; dotar de una orientación moral y espiritual, ofrecer una sólida formación cultural y profesional, para que los estudiantes sean capaces de apreciar las obras de la humanidad y promoverá el ejercicio corporal.”

Su visión es: “Ser la institución en la ciudad con mayor proyección académica, cultural y deportiva cimentada en valores de respeto, colaboración y responsabilidad permitiendo el desarrollo en la comunidad escolar de valores habilidades, aptitudes y cualidades físicas, que le permitan acceder al nivel profesional y a su entorno social.”

Su filosofía es formar un hombre integral, respetando sus limitaciones personales, desarrollando un ser libre y autónomo capaz de crítica y de la búsqueda de nuevas alternativas. Fomentar aptitudes de investigación acorde con los principios científicos de cada asignatura, desarrollando su capacidad de interacción social.

La información anterior se obtuvo mediante entrevistas al director de la institución, a la psicóloga y la secretaria, complementando con datos de la página oficial de internet y folletos.

CAPÍTULO 1. ESTRÉS

El estrés es un mecanismo de defensa frente a una situación percibida como amenazante, se acompaña de cierto grado de ansiedad, lo cual provoca un estado de alarma en el organismo. Actualmente se considera como uno de los problemas de salud más frecuentes en la sociedad y se afirma que es causa directa de diversos padecimientos. La ansiedad y el miedo caracterizan al estrés, interfiriendo en las relaciones interpersonales, sociales, escolares, etcétera.

1.1 Antecedentes históricos del estrés

Para Sánchez (2007), el estrés ayuda a afrontar de una mejor manera las amenazas que puedan presentarse en la vida cotidiana. Este elemento se encuentra presente en el hombre desde su origen, ya que está ligado a tareas tales como: búsqueda de alimento, protección de depredadores, entre otros. El término “estrés” se deriva del latín *stringere*, que significa presionar, comprimir u oprimir. Posteriormente pasó al campo de las ciencias de la salud y hace referencia a la presión que causa alteración en el funcionamiento mental y físico de los individuos.

Fue después de la Segunda Guerra Mundial cuando la palabra estrés comenzó a adquirir un uso más profesional. Previamente Robert Hooke, un importante físico y biólogo del siglo XVII fue pieza fundamental para que el estrés fuera objeto de atención, al ayudar a ingenieros a diseñar puentes que pudiesen resistir las inclemencias del tiempo. El análisis que realizó Hooke cambió la forma de definir la

tensión en fisiología, psicología y sociología, ya que la capacidad que tienen los metales para soportar la carga, puede ser comparada con la capacidad que tienen las personas para sobrellevar el estrés (Lazarus y Lazarus; 2000).

Según el médico francés Claude Bernard, los seres vivos están genéticamente preparados para afrontar el ambiente externo, al igual que poseen la capacidad de mantener una estabilidad interna, como base de la salud. Los estudios de dicho autor fueron ampliados por Cannon, quien introdujo el término “homeostasis” para referirse a los procesos fisiológicos que mantienen estable al organismo internamente, mediante diversos mecanismos. Dicha situación provoca modificaciones cardiovasculares, las cuales preparan al cuerpo para defenderse (citado por Sánchez; 2007).

Cannon también habló sobre la respuesta de tipo “ataque o fuga”, la cual es una respuesta refleja ante estímulos desconocidos y/o peligrosos. El cerebro, al percibir esto, manda la información necesaria para que se activen los procesos corporales y así poder enfrentar dicho peligro, ya sea atacando o huyendo. Dicho planteamiento permitió identificar la relación que existe entre lo biológico y lo psicológico (citado por Sánchez; 2007).

Los trabajos de Cannon sirvieron como base para que el médico austriaco-canadiense Hans Selye comenzara el estudio científico sobre el estrés. Las investigaciones realizadas permitieron a Selye identificar una reacción fisiológica y adaptativa, a la cual denominó “síndrome general de adaptación”. Este se refiere a la

preparación del organismo para enfrentar o huir del estresor (estímulo causante del estrés), causando reacciones tales como; pupilas dilatadas para mejorar la visión, oído agudizado, músculos tensos para responder a la amenaza, aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria. La sangre es enviada a áreas prioritarias como el corazón, los riñones y pulmones, al igual que a los músculos grandes y el cerebro (citado por Sánchez; 2007).

La razón por la cual surgió tanto interés en el estudio del estrés durante la Segunda Guerra Mundial, fue porque las autoridades militares notaron que en diversas ocasiones, los soldados se sentían desmoralizados, se escondían del enemigo y no querían disparar sus armas, por lo que una gran proporción tenía que relevarse de su cargo debido al trastorno por estrés. Después, fue evidente que este fenómeno también era aplicable en diversos ámbitos de la vida cotidiana, como asistir a la escuela, aprobar un examen, casarse, enfermarse, entre otros.

Durante el siglo XX, aumentó el interés por el estrés como causa de angustia y disfunción. Aunque debe entenderse que tal condición es una respuesta natural necesaria, que ayuda a afrontar los problemas habituales que se le presentan al ser humano, así que no es del todo negativo. Existen características psicológicas que hacen a algunas personas más vulnerables ante el estrés que a otras (Lazarus y Lazarus; 2000).

1.2 Tres enfoques teóricos del estrés

Al estudiar el estrés, los investigadores se centran en los siguientes enfoques:

- a) Como respuesta (variable dependiente): responde a un estímulo y la reacción puede ser fisiológica, psicológica o conductual.
- b) Como estímulo (variable independiente): se ve al estrés como un fenómeno externo a la persona, sin tomar en cuenta las percepciones y experiencias individuales.
- c) Enfoque interactivo (variable interviniente): es de tipo estímulo-respuesta, toma en cuenta el modo en que el individuo percibe la situación que se le impone y la forma en que reacciona ante ella.

Enseguida se explica con mayor detalle cada perspectiva.

1.2.1 Estrés como estímulo

Según Goodell y cols., (citados por Travers y Cooper, 1997), en el siglo V a.C., Hipócrates consideraba que el medio condicionaba las características de salud y enfermedad, es decir, existen circunstancias ambientales adversas que afectan al individuo, provocando cambios en él. El nivel y tipo de estrés dependerán del individuo y la duración del estresor. Para Holmes y Rahe, este enfoque suele centrarse en

identificar los estímulos que se consideran potencialmente estresantes, tales como presión social, ambiental, psicológica, económica, desastres naturales, entre otros.

1.2.2 Estrés como respuesta

Cada individuo posee un nivel de tolerancia superable y el pasar este límite puede traer como consecuencia daños temporales o permanentes. Cierta nivel de estrés puede ser psicológicamente benéfico, promueve el estar alerta, agrega interés a la vida, ayuda a pensar más rápido, por mencionar algunos. Pero cuando el estrés va más allá de los niveles idóneos, agota la energía, mengua el desempeño y suele dejar a la persona con un sentimiento de inutilidad.

Hans Selye (citado por Travers y Cooper, 1997) popularizó el “síndrome de adaptación general”, en el cual reconoce tres fases de respuesta:

1. Reacción de alarma: el organismo se pone alerta y se desencadena la actividad autónoma (fisiológica).
2. Resistencia: es posible que aumente el funcionamiento psicológico, el cual, si es prolongado, se deteriorará progresivamente.
3. Agotamiento: entre más agotado se sienta físicamente el sujeto, mayor será el estrés y por consecuencia, habrá un mayor agotamiento psicológico y viceversa.

El estrés excesivo puede traer como consecuencia efectos en diversas áreas, tales como:

- a) Cognoscitiva: aumento de la distractibilidad, deterioro de la memoria a corto y largo plazo (aún aquella información con lo que se está en contacto frecuentemente), aumento de la frecuencia de errores, no poder evaluar con precisión las condiciones existentes ni ver las consecuencias de estas.
- b) Emocional: aumento de enfermedades imaginarias (hipocondria), aumentan los problemas de personalidad, aparece la depresión, hay pérdida repentina de la autoestima.
- c) Conductual: disminución de los intereses y el entusiasmo, incremento de ausentismo, niveles de energía disminuidos, aumento del cinismo con los clientes y colegas, rechazo de la nueva información, las responsabilidades se depositan en los demás.

La aparición de estos síntomas, es un indicador de que el individuo está a punto de llegar o ya ha alcanzado la fase de colapso del síndrome general de adaptación (Fontana; 1992).

1.2.3 Estrés como relación persona-entorno (enfoque interaccionista)

Para Travers y Cooper (1997), el estrés es una interacción entre la persona y su entorno, por lo tanto, dependiendo del grado de adaptación que tenga la persona,

será el nivel de estrés que presente. El estrés se manifiesta cuando la magnitud de los estímulos es mayor a la capacidad que tiene la persona para resistirlos, esto puede controlarse cuando el individuo aprende la forma de modificar su reacción frente a una situación determinada.

Suele considerarse a la persona como un agente activo que evalúa la importancia de lo que afecta su bienestar. Existen cinco aspectos principales en este modelo:

1. Valoración cognitiva: percepción subjetiva de la situación.
2. Experiencia: la forma de percibir la situación se ve influenciada por la experiencia previa del individuo, la familiaridad, interacción, aprendizaje, éxitos o fracasos pasados.
3. Exigencia: se encuentra ligada a la capacidad tanto real como percibida para enfrentar el estímulo.
4. Influencia interpersonal: es aquella forma en se percibe la fuente del estrés y se ve influenciada por la presencia o ausencia de otras personas.
5. Estado de desequilibrio: no existe una armonía entre la exigencia y la capacidad que se perciben, se generan estrategias de superación tomando en cuenta las consecuencias pasadas de dichas acciones.

A partir de lo anteriormente expuesto, se puede definir al estrés como “una respuesta adaptativa, mediada por las características individuales y/o procesos psicológicos, la cual es al mismo tiempo consecuencia de una acción, situación o

evento externo que plantea a la persona especiales demandas físicas o psicológicas” (Ivancevich y Matteson; 1985: 23).

Para Selye, no todo el estrés es nocivo, lo perjudicial es la ausencia de éste. Por ello lo divide en positivo (eustrés) y negativo (distrés). En el primero, en lugar de ansiedad se experimenta un estímulo positivo, como puede ser la satisfacción intrínseca después de haber alcanzado una meta desafiante. El mismo estímulo puede dar como resultado distrés en una persona y eustrés en otra, por esta razón es importante que se consideren las diferencias individuales. Para Selye también está el “hiperestrés” (exceso) y el “hipoestrés” (defecto), (Travers y Cooper; 1997 e Ivancevich y Matteson; 1985).

1.3 Los estresores

Cualquier cambio en la rutina diaria causa estrés, ya sea favorable o dañino. Inclusive los cambios imaginarios son estresores. Palmero y cols. (2002) retoman de Lazarus y Cohen los tres tipos de estresores psicosociales, según la intensidad de los cambios que acontecen en la vida de una persona: cambios mayores, menores y estresores cotidianos.

1.3.1 Estresores psicosociales: cambios mayores, menores y cotidianos

Los cambios mayores son aquellos extremadamente drásticos en la vida del individuo, como ser víctima de violencia, sufrir problemas importantes de salud, catástrofes naturales y en general, situaciones muy traumáticas. Una de las mayores características de este tipo de estresores es que pueden afectar a un gran número de personas, aunque no necesariamente es así. También se caracteriza porque el efecto del trauma se mantiene de forma prolongada.

Los cambios menores son acontecimientos vitales que resultan estresantes, cuyas circunstancias pueden estar fuera del control del individuo, tales como una enfermedad incapacitante, muerte de un ser querido, pérdida del trabajo, entre otras. Algunas de las principales fuentes desencadenantes de estrés son las relaciones interpersonales (amigos, vecinos, socios, familiares cercanos), vida conyugal, paternidad, ámbito laboral (trabajo, escuela, tareas domésticas), cuestiones legales, ámbito económico, desarrollo biológico (pubertad, adultez, menopausia), embarazo no deseado, entre otros.

Los estresores cotidianos se perciben como un cambio en el ambiente, produciendo un estado de incertidumbre. Se puede presentar ausencia o disminución en las habilidades para afrontar la situación en la se encuentra. Existen dos tipos de microestresores: las contrariedades, que son aquellas situaciones que producen malestar emocional, son problemas prácticos, sucesos fortuitos, inclusive problemas sociales. Por otro lado, están las satisfacciones, las cuales son experiencias y

emociones positivas que se caracterizan por contrarrestar los efectos de las contrariedades.

1.3.2 Estresores biogénicos

Son aquellos que actúan directamente causando la respuesta de estrés, ya que inician la activación sin el requisito del proceso cognitivo-afectivo. Algunos ejemplos de este tipo de estresores son: los cambios hormonales (síndrome premenstrual, post parto, climaterio), ingesta de sustancias químicas (anfetaminas, cafeína, nicotina), estímulos que provocan dolor, calor o frío extremo y reacciones alérgicas por estrés (Palmero y Cols.; 2002).

1.3.3. Estresores en el ámbito educativo

Orlandini (1999), señala que “desde los grados preescolares hasta la educación universitaria de posgrado, cuando una persona está en (...) periodo de aprendizaje experimenta tensión. A ésta se le denomina estrés académico y ocurre tanto en el estudio individual como en el aula escolar” (citado por Berrío y Mazo; 2011: 77).

Es necesario identificar las diferentes formas en que dicha condición afecta a los estudiantes, por ello varios especialistas en el comportamiento escolar, consideran necesario diseñar programas de apoyo que ayuden a reducir los efectos negativos del

estrés académico, así como brindar una atención oportuna a los estudiantes en riesgo (Berrío y Mazo; 2011).

Según Caldera y cols. (citados por Berrío y Mazo; 2011), la presencia de altos niveles de estrés, tiene como consecuencias; estados depresivos, insomnio, baja autoestima, ansiedad, irritabilidad, hipertensión, úlcera, asma, entre otras. Dichas consecuencias se ven reflejadas negativamente en la salud y el desempeño académico de los alumnos.

Se sabe que la mayoría de los estudiantes presentan niveles elevados de estrés, debido a las diversas responsabilidades que tienen, incluyendo aspectos académicos, familiares y personales, dichas obligaciones van desde tareas, trabajos, evaluaciones, presiones familiares y de ellos mismos por mantener un desempeño (Berrío y Mazo; 2011).

Barraza y colaboradores desarrollaron el Modelo Sistémico Cognitivista, en el cual incluyen componentes como; la evaluación cognitiva, el afrontamiento y la percepción resultante de la interacción entre la persona y el entorno. Reconociéndose como fundamental la evaluación que realiza el sujeto de la situación, las demandas del entorno, los recursos individuales y sociales con que cuenta para considerar afrontar o no, la situación que se le presenta (citados por Román y cols; 2011).

Cada vez con mayor exigencia se le pide a los estudiantes, dominen los problemas que se les puedan presentar, lo cual implica un gran uso de recursos físicos

y psicológicos, teniendo como consecuencias; agotamiento, menor interés académico, pérdida de control, alteración del sueño, entre otros. En conjunto los efectos antes mencionados influyen negativamente en el desempeño y logros personales, lo cual puede afectar también su futuro como profesionistas (Alfonso y cols.; 2015).

1.3.4 Estresores de vida en adolescentes

Según Salotti (2006), durante la adolescencia suelen presentarse problemas y dificultades que amenazan la estabilidad física y mental de los jóvenes. Dicha etapa de desarrollo, se caracteriza por la presencia de constantes situaciones estresantes, las cuales propician alteraciones emocionales, conductuales, de pensamiento e interacción social (mencionado por Méndez y cols.; 2018).

Para Águila (2014), la gran variedad de estresores que pueden presentarse en esta etapa, podrían desencadenar estilos de vida perjudiciales, tales como: abuso de sustancias (alcohol, drogas, café, tabaco), ingesta de alimentos de forma exagerada, homicidio, entre otros. Según García (2011), al presentarse diversos conflictos y acontecimientos de manera simultánea, tales como: búsqueda de identidad, cambios biológicos, necesidades emocionales, entre otros. Puede verse afectada su estabilidad psicológica (referidos por Méndez y cols.; 2018).

Lucio y Durán, en su cuestionario “Sucesos de vida” (citados por Méndez y cols.; 2018), consideran siete áreas en las que la vida de los adolescentes pueden verse afectadas:

- Familiar: abarca la comunicación y formas de interacción entre los miembros de la familia y el joven.
- Social: roles que éste desempeña en los grupos.
- Personal: hace referencia a eventos importantes en el aspecto emocional, sexual, pasatiempos, cambios físicos y psicológicos del adolescente.
- Problemas de conducta: incluye desde normas escolares, hasta implicaciones legales.
- Logros y fracasos: explora las metas del adolescente en variadas actividades de su vida, si se han cumplido o no, así como la existencia de pérdidas materiales.
- Salud: hábitos e higiene personal.
- Escolar: hace referencia al desempeño académico, la relación con los maestros y compañeros, así como cambios presentados dentro del ámbito escolar.

La adolescencia en sí es una fase de transición y adaptación, durante su desarrollo, los jóvenes se ven afectados notablemente por la ansiedad e inquietud, lo cual afecta también la manera en que se perciben los eventos vitales. Por ello es fundamental contar con habilidades de afrontamiento, estrategias cognitivas y

conductuales, que permitan al adolescente comprender, reacomodar y superar situaciones relacionadas a los ámbitos: personal, familiar, social, afectivo, escolar, entre otros (Méndez y cols.; 2018).

1.4 Procesos del pensamiento que propician el estrés

Para Albert Ellis (citado por Powell; 1998), todo ser humano es racional e irracional y es posible encontrar los problemas emocionales y psicológicos al llegar a los pensamientos e ideas irracionales o ilógicas. Dicho pensamiento irracional y la inevitable distorsión de ideas debido al primero, resultan en gran parte por las experiencias vividas en etapas tempranas de la vida. Son estas las que posteriormente se convertirán en la fuente principal de infelicidad y no son adquiridas exclusivamente en la niñez.

Este y otros aspectos son parte de la terapia emotiva racional de Ellis, quien también sostiene que los individuos se ven afectados psicológica y emocionalmente por la forma equivocada en que interpretan los eventos. Para Ellis “Sólo es posible lograr un equilibrio emocional mediante el ajuste del pensamiento, puesto que nuestros pensamientos o ideas producen nuestras emociones...podemos obtener armonía emocional y un ajuste en la conducta sólo si se pone en duda el pensamiento irracional e irreal” (Powell; 1998: 93).

1.5 Los moduladores del estrés

Son factores indispensables para prever cuál será el curso del proceso del estrés y cómo se verá afectada la salud del individuo. Se pueden clasificar en dos grandes grupos: los sociales y los personales. En los primeros se puede encontrar el apoyo que recibe la persona cuando se le presenta alguna dificultad, así como los modelos culturales existentes que la predisponen ante la fuente de estrés. En los personales se encuentran las creencias, experiencias, capacidades y rasgos de personalidad. Para Vingerhoets y Marcellissen (referidos por Palmero y cols.; 2002), los principales moduladores de respuesta ante el estrés son los factores situacionales, socio-culturales y de personalidad.

1.5.1 El control percibido

El impacto que pueda generar la fuente del estrés sobre el organismo dependerá de la magnitud de ésta, así como del control que la persona crea que ejerce sobre dicha fuente. Según el grado en que la persona cree que es capaz de controlar y lograr las metas u objetivos deseados, será su forma de percibir el entorno. Cuando el individuo cree tener el control sobre la situación (aunque no sea real) se protege de los efectos negativos que pudiera provocarle el estrés. Martin Seligman (citado por Palmero y Cols.; 2002), demostró que existen efectos negativos emocionales, cognoscitivos y motivacionales cuando hay una falta de control.

1.5.2 El apoyo social

Son aquellas “provisiones instrumentales o expresivas, reales o percibidas, aportadas por la comunidad, las redes sociales y los amigos íntimos” (Cascio y Guillén; 2010: 189). Estos recursos aportados por los otros ayudan de forma efectiva a reducir el impacto del estrés y la ausencia de dicho apoyo se relaciona con la vulnerabilidad para enfermar física y mentalmente. La integración del individuo a redes sociales, puede beneficiar directamente la autoestima, la expresión del afecto, la percepción del control y traer grandes beneficios a su salud física y mental (Palmero y cols.; 2002).

Existe un efecto de amortiguación (*buffering effects*) descubierto en el apoyo social, al ayudar a disminuir las consecuencias negativas de los agentes estresores mediante la reducción o eliminación el impacto, apoyando a la persona para que afronte la situación de una mejor manera o atenuando la experiencia del estrés cuando ésta ya se ha producido (Palmero y cols.; 2002).

Existen dos hipótesis para explicar la forma en que actúa el apoyo social sobre la salud, la del efecto indirecto o protector y la del efecto directo o principal. En la primera se menciona que existe un efecto negativo cuando el apoyo es bajo y la persona se encuentra expuesta a estresores sociales, el papel del mencionado soporte se limita a proteger a la persona de dichos efectos y no influye sobre su bienestar; mientras que en la segunda, se cree que el apoyo social en sí promueve la salud, sin tomar en cuenta el nivel de estrés (Cascio y Guillén; 2010).

1.5.3 El tipo de personalidad A / B

Según su manera de reaccionar ante las circunstancias, los individuos pueden clasificarse en dos perfiles de personalidad, que a continuación se explican.

Los individuos con personalidad tipo A suelen manifestarse impacientes ante los demás y les resulta difícil no apresurar al otro cuando habla, terminando inclusive la frase del hablante. Tienden a decir las últimas palabras de cada expresión con mayor rapidez que las primeras, demostrando así su impaciencia por no perder el tiempo aun al hablar. Suelen caminar, moverse y comer rápidamente. Se les puede identificar mediante algunas características como tics nerviosos, manos empuñadas, golpes para enfatizar lo que dicen y hacer que la conversación gire en torno a ellos. Uno de los principales rasgos es que procuran realizar dos o más tareas a la vez (actividad polifásica).

También suelen sentirse culpables cuando se relajan un poco y están sin hacer nada durante algún tiempo. Los detalles de su entorno pasan desapercibidos, tienen un sentido crónico de la urgencia, tratan de hacer cada vez más actividades en menos tiempo, se llevan trabajo a casa, se sienten frustrados con su situación laboral y creen que los directivos no los entienden. Constantemente compiten con ellos mismos y con otros, esforzándose por alcanzar metas elevadas y a menudo irreales, siendo esta la razón por la que no se sienten cómodos con personas iguales a ellos (terminan compitiendo).

Los individuos tipo B, en cambio, son más relajados y tranquilos, no sufren debido a la urgencia o impaciencia, rara vez se alteran o padecen estrés y pueden relajarse sin sentirse culpables. Pero esto no significa que los tipo B carezcan de metas o no deseen el éxito, la diferencia radica en que ellos buscan satisfacer sus necesidades de la mejor manera, es decir sin causarse un daño físico y psicológico como lo hacen los tipo A (Ivancevich y Matteson; 1985).

1.5.3.1 Personalidad tipo A y problemas cardiacos

En la década de los cincuenta, dos investigadores comenzaron a desarrollar un método que ayudara a predecir la enfermedad de las coronarias, tomando como base las conductas ante los estímulos ambientales. Para ello se asociaron con el Instituto de investigaciones cardiovasculares Harold Brunn y al término de esta investigación surgieron los tipos de personalidad A y B.

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

Se sabe que la conducta tipo A está de alguna forma relacionada con las enfermedades cardiacas, pero se desconoce el papel preciso que desempeña. Existen

dos explicaciones para dichos efectos: la primera es que estos individuos aumentan su probabilidad de estar expuestos a ciertos estresores y disminuyen su resistencia al estrés negándose a relajarse. La segunda es que el ambiente del individuo favorece ciertas conductas, los niveles más altos de estrés se presentarán con la combinación sujeto-ambiente (Ivancevich y Matteson; 1985).

1.6 Los efectos negativos del estrés

Las enfermedades de adaptación son consecuencias asociadas a reacciones imperfectas frente a los estresores que se encuentran en la vida diaria. Es irónico que en ocasiones al tratar de mantener el equilibrio interno (homeostasis) resulte lo contrario. Selye (1976), establece las principales categorías en que se presentan estas enfermedades: presión sanguínea elevada, artritis reumática y reumatoide, alergias, hipersensibilidad, disfunciones sexuales, así como enfermedades del corazón, riñón, digestivas, metabólicas, mentales y posiblemente el cáncer (referido por Ivancevich y Matteson; 1985).

A continuación se describirá la posible relación entre el estrés y algunos padecimientos:

En la hipertensión la sangre fluye a través de las arterias a una presión elevada. El cuerpo puede reaccionar ante los estresores comprimiendo las paredes arteriales, provocando así que aumente la presión. Las úlceras son lesiones inflamatorias en el

recubrimiento del estómago o intestino, teniendo como causa principal la variación en los niveles de cortisol, la fabricación de dicha sustancia normalmente aumenta durante los periodos de estrés.

La diabetes implica deficiencias de insulina y el estrés incrementa el nivel de azúcar en la sangre, requiriendo una mayor secreción de ésta. Si esto es constante, el páncreas puede debilitarse. Las jaquecas resultan del aumento de la tensión muscular. Cuando el sujeto está expuesto a estresores por un tiempo prolongado, la jaqueca en sí es un estresor que conduce a una mayor tensión.

Finalmente una de las teorías sobre el cáncer es que las células mutantes que lo producen están en el cuerpo, pero normalmente son destruidas por el sistema inmunológico antes de que se multipliquen y crezcan. Se ha comprobado que se producen pequeñas alteraciones bioquímicas en el sistema inmunológico cuando se responde ante los estresores. Esto no quiere decir que las enfermedades de adaptación sean causadas única y exclusivamente por el estrés, sino que esta condición aumenta la propensión a los padecimientos antes mencionados (Ivancevich y Matteson; 1985).

Como pudo observarse durante el desarrollo de éste capítulo, aunque las afecciones que produce el estrés se han estudiado desde hace ya varios años, aun en la actualidad muchas personas no le dan la importancia necesaria. Pasan desapercibidos los primeros indicadores o llegan a minimizarlos, lo cual únicamente

provoca aumento en los niveles de estrés, hasta llegar a la desadaptación y con ello el desarrollo de diversas afecciones físicas, emocionales y psicológicas.

Es de suma importancia, que la población en general sea consciente de las diversas formas en que se puede ver afectada por el aumento en sus niveles de estrés. Así les será posible trabajar adecuadamente en sus estrategias de afrontamiento, logrando disminuir los efectos negativos y evitando a futuro mayores complicaciones en los diversos ámbitos de su vida.

CAPÍTULO 2. TRASTORNOS ALIMENTARIOS

En la actualidad, se considera como trastorno alimentario a aquellas conductas alteradas que se realizan con el afán de controlar el peso y cuerpo. Dichas conductas se encuentran principalmente reforzadas por la sobrevaloración de la delgadez y factores socioculturales, entre otros. El desarrollo de estos trastornos se vincula a aspectos biopsicosociales (Belloch y cols.; 1995).

2.1 Antecedentes históricos de la alimentación

A través de la historia cultural, se pueden encontrar diversas conductas alimentarias desordenadas. Se organizaban banquetes como una demostración de poder social y en ocasiones como un simbolismo sagrado. En ellos se ingerían alimentos de una forma descontrolada y comúnmente vomitaban para seguir comiendo. El exceso de peso era considerado como un signo de belleza, salud y posición social (Jarne y Taylor; 2000).

En el cristianismo el restringir alimentos se asoció con la penitencia, comenzaron a practicar el ayuno a modo de manifestar su rechazo al mundo y como un camino para conseguir un estado espiritual mayor. Desde el siglo XVII se tienen registros detallados de casos de desfallecimiento, provocados por el rechazo a alimentarse (Jarne y Taylor; 2000).

Aunque las primeras teorías respecto a la anorexia sugerían un origen orgánico, en 1873 Gull confirmó que tenía una etiología psicógena, descartando alguna justificación orgánica. Después comenzaron a surgir las hipótesis psicológicas, sobre todo de tipo psicoanalítico. A partir de los años setenta comenzó a considerarse que para el origen de dicho trastorno, influyen factores biopsicosociales y que los principales conflictos en que se centra la anorexia son: el peso, la figura y los pensamientos alterados (Jarne y Tailor; 2000).

En 1979, Russell nombró bulimia nerviosa, a los casos caracterizados por episodios de ingesta insaciable, con posteriores conductas de purga. Según Saldaña y Rossell (1988), a diferencia de la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, la obesidad no es considerada como un trastorno psiquiátrico, sino como un cuadro clínico que implica un conjunto de riesgos para la salud, si se excede en un 30% o más el nivel de peso que corresponde por edad y talla (referidos por Jarne y Tailor; 2000).

2.2 Definición y características clínicas de los trastornos alimentarios

Según Perpiñá (1989), lo que diferencia a los trastornos alimentarios de otros cuadros clínicos similares, es la idea sobrevalorada de adelgazar que únicamente se presenta en dichos trastornos (mencionado por Belloch y cols.; 1995).

2.2.1 Anorexia nerviosa

Rara vez la anorexia nerviosa se presenta antes de la pubertad o en adultos mayores de 40 años. La edad promedio de inicio es a los 17 años. Su prevalencia se ha relacionado con sociedades industriales, en las cuales la delgadez está estrechamente relacionada con el atractivo (APA; 2002).

Las restricciones alimentarias suelen iniciar debido a un choque emocional o marcados conflictos psicológicos. La ingesta se reduce por diversas causas (falta de apetito, molestias digestivas, inflamación, entre otras). En un inicio, la persona con anorexia acepta estar reduciendo la comida, pero al sentirse presionada, niega tener algún problema y comienza a presentar conductas tales como: mentir sobre su peso, comer a escondidas, elegir comidas extrañas, vomitar, tomar purgantes, etcétera (Ajurriaguerra; 1973).

Bruch (1973), considera tres principales características de la anorexia nerviosa: distorsión de la percepción en la imagen corporal, percepción distorsionada de los estímulos interoceptivos y sentimiento de ineficacia personal. En diversas ocasiones el problema es minimizado y reforzado por factores sociales e incluso familiares, aumentando su gravedad, provocando se acuda a la consulta cuando la enfermedad está muy avanzada y los pacientes se encuentran en un estado de demacración (referida por Belloch y cols.; 1995).

Quien presenta anorexia nerviosa busca mantener su peso por debajo del mínimo normal para su edad y talla, presenta un miedo intenso a engordar y aunque algunas personas logran percibir su delgadez, les preocupan partes específicas de su cuerpo (nalgas, abdomen, muslos) que les siguen pareciendo demasiado gordas. Se considera como un logro la pérdida de peso y como un fracaso a su autocontrol el aumentar, regularmente la amenorrea es una consecuencia de la pérdida de peso, en mujeres hay presencia de niveles bajos de estrógeno y en hombres disminución de la testosterona (APA; 2002).

Algunos pensamientos y actitudes alarmantes son: que la persona no se acepte tal como es, creer que los alimentos tienen cualidades o defectos distintos a los reconocidos científicamente y que les harán ganar peso, sometimiento a los estereotipos de la moda, alta credibilidad en los medios de comunicación y en sus mensajes de estereotipos de belleza, peso y figura, hiperactividad para reducir su peso, entre otros. El éxito personal se basa en la aceptación social y el estar delgado, asociándolo a la perfección, autocontrol y virtud (Jarne y Tailor; 2000).

Es común que éste trastorno llegue a presentarse como consecuencia de alguna crítica directa o indirecta, respecto a estar algo pasada de peso. La persona comienza con algunas restricciones en la cantidad y calidad de los alimentos, así mismo establece un peso ideal, pero procura mantenerse por debajo de este, para prevenir algún incremento imprevisto. Quien lo padece llega a sentirse horrorizada con la sola idea de perder el control, lo cual le lleva a tratar de minimizar los efectos con algunas

conductas compensatorias, tales como: beber mucha agua, uso de laxantes y diuréticos, provocarse el vómito, entre otras (Belloch y cols.; 1995).

Además de las conductas antes mencionadas, buscan complementar los efectos con actividad física exagerada y aun realizando todo lo anterior, no dejan de verse gordas, aunque su aspecto se encuentre demacrado por la evidente pérdida de peso. Los efectos de dicha demacración, pueden verse reflejados en diversos signos, tales como: hipotensión, bradicardia, hipotermia, osteoporosis, encorvadura de la columna vertebral, estreñimiento y una gran variedad de cambios metabólicos entre muchos otros (Belloch y cols.; 1995).

Según la APA (2002), pueden observarse dos subtipos:

- a) Tipo restrictivo: logra perder peso mediante dietas, ayunos, o ejercicio intenso.
- b) Tipo compulsivo/purgativo: el individuo puede recurrir a atracones y/o purgas, provocándose el vómito, haciendo uso de laxantes, diuréticos y enemas de forma excesiva. En ocasiones aun ingiriendo pequeñas cantidades de comida suelen recurrir a purgas.

2.2.2 Bulimia nerviosa

Rusell introdujo el término bulimia nerviosa en 1979 y fue reconocido por la APA en 1980, en el DSM- III. La bulimia (hambre desmesurada), se caracteriza por una necesidad inevitable de consumir gran cantidad de alimentos, comúnmente de alto

contenido calórico. Según Fairburn y Garner (1989), se distingue por tres aspectos esenciales: pérdida de control sobre la ingesta, conductas compensatorias destinadas al control de peso y la preocupación extrema por el peso y la figura (referidos por Belloch y cols.; 1995).

Los atracones son especialmente empleados en la bulimia nerviosa, junto con otros métodos compensatorios, para tratar de evitar la ganancia de peso. Un atracón es el consumo excesivo de alimentos (muy superior al de la mayoría) en un período corto de tiempo. No es necesario que los atracones se produzcan en un solo lugar, generalmente los individuos se sienten avergonzados por su conducta, por lo que llevan a cabo los atracones a escondidas o lo más disimuladamente posible (APA; 2002).

Dichas conductas pueden ser desencadenadas por factores como: hambre intensa después de una dieta severa, estados de ánimo disfóricos (depresión, ansiedad), situaciones estresantes, sentimientos asociados con el peso, la silueta y los alimentos. Pueden emplear diversas conductas compensatorias inapropiadas, con la finalidad de evitar ganar peso, la más común es inducirse el vómito, lo cual les provocan un efecto inmediato en la disminución del miedo a ganar peso y la desaparición del malestar físico (APA; 2002).

Existe un sentimiento de impotencia, ante el impulso incontrolable de comer y la pérdida de control sobre su comportamiento, logrando poca o ninguna satisfacción con los episodios de atracones. Con la finalidad de disminuir su culpa ante un atracón,

pueden hacer uso excesivo de laxantes y diuréticos, dejar de comer uno o más días y/o realizar rutinas intensas de ejercicio (Belloch y cols.; 1995 y APA; 2002).

Durante los atracones, la persona puede encontrarse en un estado de excitación, acompañado de la sensación de falta de control. Conforme el trastorno progresa, los atracones comienzan a caracterizarse por la dificultad para evitarlos o terminarlos. Comienzan a presentarse síntomas como: fatiga, irritabilidad, apatía, desaliño, estreñimiento, pérdida del esmalte dental, callosidades en el dorso de la mano por la provocación del vómito, pérdida de potasio por vómito y/o abuso de laxantes (APA; 2002 y Jarne y Tailor; 2000).

Según la APA (2002), pueden distinguirse dos subtipos:

- a) Tipo purgativo: conductas compensatorias como la provocación del vómito, uso de laxantes, diuréticos y/o enemas, durante el episodio.
- b) Tipo no purgativo: se emplean otras técnicas compensatorias como el ayuno o la práctica de ejercicio intenso.

2.2.3 Obesidad

Según Saldaña y Rossell (1988), la obesidad se refiere a aquella acumulación excesiva de grasa corporal, la cual supera el 30% del peso que corresponde por edad y talla. A diferencia de la anorexia y la bulimia nerviosas, no es considerado un trastorno psiquiátrico. Su abordaje debe ser desde un concepto multidisciplinario, ya

que implica cuestiones de tipo estético, sociales, psicológicas (baja autoestima, ansiedad, depresión) y físicas (hipertensión, diabetes, insuficiencia respiratoria, tumores, entre otras), (citados por Jarne y Tailor; 2000).

Brunch (mencionado por Ajurriaguerra; 1973), propone tres tipos psicológicos de obesidad:

- a) Aquel en el que su estado no depende de problemas emocionales.
- b) Su estado es consecuencia de una experiencia emocionalmente traumática, utilizando como medios de protección a su angustia y depresión, la hiperfagia y obesidad.
- c) Se caracteriza por la imposibilidad de soportar las frustraciones o un retraso en la gratificación.

2.2.4 Trastorno por atracones

Este trastorno se caracteriza por la aparición de atracones frecuentes, perdiendo el control sobre ellos, comiendo rápidamente, sin hambre y con una desagradable sensación de saciedad, pero sin las conductas compensatorias típicas en la bulimia. La persona experimenta un gran malestar y sensación de disgusto, culpa y depresión. Dicho trastorno suele aparecer después de una pérdida de peso significativa, mediante una dieta, normalmente al final de la adolescencia o principios de la tercera década de la vida (Castillo y León; 2005).

Algunos de los síntomas que desencadenan los atracones suelen ser: estados de ánimo disfóricos (depresión, ansiedad) o el alivio de una tensión inespecífica tras el atracón. Quienes presentan dicho trastorno, suelen tener fluctuaciones de peso importantes, además de baja autoestima, dificultad en la aceptación de sí mismos, preocupaciones excesivas por su imagen corporal y mala calidad en sus relaciones interpersonales (Castillo y León; 2005).

2.2.5 Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas

Es aquel consumo de alimentos de manera excesiva y como una reacción a situaciones estresantes (duelos, accidentes, intervenciones quirúrgicas, etcétera), lo cual provoca obesidad reactiva (Castillo y León; 2005).

2.2.6 Vómitos en otras alteraciones psicológicas

También conocidos como vómitos psicógenos, son aquellos vómitos repetidos no autoprovocados, los cuales pueden aparecer como síntoma en la hipocondría y el embarazo (desencadenados por factores emocionales), (Castillo y León; 2005).

2.2.7 Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia

Se refiere a aquel conjunto de comportamientos problemáticos, directamente relacionados con la alimentación, que a diferencia de otras alteraciones (anorexia,

bulimia, obesidad), en la mayoría de los casos no representa un riesgo para la salud del infante (Jimenez; 1997).

2.2.7.1 Comportamientos disruptivos durante la comida y hábitos alimentarios inadecuados

Estos comportamientos dificultan el establecer hábitos alimentarios adecuados, tales como: comer de pie, levantarse continuamente de la silla, comer únicamente si al mismo tiempo se juega, comer solo cuando un adulto le mira, le cuenta una historia o le habla y negarse a utilizar cubiertos cuando el alimento así lo requiere (Jimenez; 1997).

2.2.7.2 Rechazo de alguna clase de comida

Según Bernal (1972), se trata de un comportamiento normal en la infancia, sin embargo puede agravarse si el niño se niega a consumir diversos alimentos, lo cual puede afectar de forma negativa su salud. Dicho rechazo puede deberse al olor, sabor o la dificultad para ingerir tales alimentos (referido por Jimenez; 1997).

2.2.7.3 Negación a tomar alimentos sólidos

Generalmente este tipo de problema suele aparecer a partir de los ocho meses de edad, el niño solo acepta alimentos líquidos. Para Illingworth y Lister (1964), en el

período de los 7 a los 10 meses de edad deben introducirse los alimentos sólidos, si no se hace, posteriormente el niño experimentará problemas para masticar y tragar este tipo de alimentos (mencionados por Jimenez; 1997).

2.2.7.4 Ingesta de comida mezclada

En ocasiones cuando el niño es lento o se niega a comer alimentos sólidos, los padres como una aparente solución, trituran y mezclan los alimentos que consideran debe consumir el niño (verduras, carne, frutas, lácteos, etcétera). De esta manera se acostumbra a ingerir los alimentos sin esfuerzo y con mezcla de sabores, negándose a adquirir hábitos de ingesta apropiados para su edad (Godoy y Cobos; 1990, retomados por Jimenez; 1997).

2.2.7.5 Falta de apetito

El problema puede presentarse de dos maneras: cuando generalmente el niño come poco o bien que solo ante alimentos determinados, la cantidad de ingesta se considere pequeña. Es importante mencionar que muchas veces la percepción de los padres, respecto a la cantidad de comida que ingiere el niño es distorsionada, además durante el primer año de vida, de forma natural el apetito del niño disminuye. Al llegar a la edad escolar el apetito se incrementa, sin embargo los hábitos alimentarios se mantendrán (Jimenez; 1997).

2.2.7.6 Tiempo de comida excesivo

Normalmente los niños emplean mayor tiempo al comer que los adultos, únicamente cuando dicho tiempo es realmente excesivo, puede hablarse de un problema. Los motivos suelen ser variados: rechazo a consumir el alimento que se le preparó, negación a la ingesta de comida sólida, diversos estímulos distractores a su alrededor, etcétera. Aunque este es resultado de otros problemas, si se prolonga puede convertirse en la causa de un problema mayor (Jimenez; 1997).

2.2.7.7 Los vómitos

Generalmente este problema es el que más alarma a los padres, ya que lo relacionan con una cuestión física (es necesario descartarla). Suelen presentarse como una reacción de rechazo ante ciertas situaciones, aunque en un inicio el vomitar no es premeditado, el niño aprende a utilizarlo como un medio para conseguir lo que desea y evadir circunstancias que le resultan desagradables. También puede producirse como rechazo a algún alimento, negativa de ingerir mayor cantidad o comer de una manera específica (Jimenez; 1997).

2.3 Esfera oroalimentaria en el infante

La comida implica un ritual y participación familiar, significando no solo alimento sino un sentimiento placentero. Según Soulé, las primeras formas de relación madre-

hijo, se dan a través de ella. Para Klein, el recién nacido de manera inconsciente, percibe un objeto infinitamente bueno que le proporcionará el máximo bienestar. El objeto será considerado como “bueno”, mientras proporcione algo agradable y como “malo”, cuando provoque frustración. Dicha dualidad es fundamental en el desarrollo emocional del niño (citados por Ajuriaguerra; 1973).

2.3.1 Organización oroalimentaria

La alimentación no es solo un acto nutritivo, a través de ella se satisfacen muchas de las necesidades del infante, por ello aquellas madres hiperansiosas, sobreprotectoras o rígidas, pueden formar en sus hijos éstas mismas personalidades al alimentarlos inadecuadamente. Según Spitz, la conducta ante el pecho de la madre, atraviesa diversas fases; durante los primeros ocho días, el niño coloca su cabeza hacia el pecho de la persona que lo tome en brazos; cerca de los tres meses, comienza a reaccionar a la presencia del adulto, que se acerca cuando él llora por hambre (respuesta a un estímulo externo), (referido por Ajurriaguerra; 1973).

Durante el primer año, el niño asocia a las personas con un alimento o fuente del mismo, por ello la boca será el único medio que tenga para apropiarse de los objetos. A partir del segundo año de vida comenzará a diferenciar entre su madre y la comida. Al lograr identificar un cuerpo fuera del suyo, le será posible complementar su conocimiento con aspectos visuales y táctiles (Ajurriaguerra; 1973).

2.3.2 Alteraciones en la esfera oroalimentaria

Mediante conductas de pasividad o rebeldía ante la comida, es la forma en que el niño logra manifestar su oposición al adulto, pudiendo presentar anorexia durante tres principales etapas:

- a) **Precoz:** no es común, puede aparecer en las primeras semanas de vida. Es frecuente en niños con poco peso, nerviosos y avispados, quienes en un inicio se muestran pasivos ante la comida, pasando después de unos meses a conductas renuentes.
- b) **Segundo semestre:** se presenta con mayor frecuencia, aparece entre el quinto y octavo mes. Según Cathala, puede ser inerte (el niño no muestra iniciativa para la ingesta, o incluso vomita lo poco que haya tomado) o de oposición (reacciona con chillidos, agitación, rechazo, vómitos). Para Kleisler puede presentarse de forma simple (rechazo sin pérdida del apetito, puede deberse al cambio de alimentación) o compleja (manifestaciones intensas de rechazo a la comida).
- c) **Segunda infancia:** podría tratarse de la continuidad de manifestaciones, presentadas durante la primera etapa; también puede verse en niños que se han alimentado con normalidad, como un mecanismo de rechazo ante la rigidez paterna, o bien deberse a elecciones caprichosas de comida.

La presencia de conflicto en la relación del infante y la madre, marca la gravedad del caso (citados por Ajurriaguerra; 1973).

2.4 Perfil de la persona con trastorno alimentario

Durante las últimas tres décadas, se ha visto un aumento en los trastornos alimentarios. Gran parte de la población tiene una excesiva credibilidad a los mensajes en los medios de comunicación, los cuales incitan a perder peso y mantener a toda costa una buena figura. Generalmente se presentan al final de la infancia, en el transcurso de la adolescencia o al inicio de la juventud. Se asocian en mayor porcentaje al sexo femenino (90-95%) y son más frecuentes en niveles socioculturales altos y medio altos (Jarne y Taylor; 2000).

Quienes padecen dichos trastornos, presentan ideas erróneas respecto a la comida, peso, imagen corporal y sexualidad, su rendimiento intelectual suele ser alto y tienen éxito académico. El conjunto de dichas características, sumadas a la autoexigencia, el perfeccionismo y el deseo de agradar a otros, favorecen el desarrollo del trastorno (Jarne y Taylor; 2000). En la interpretación del test de Rorschach, Bourgeois descubrió que son especialmente vulnerables debido a que los límites corporales se encuentran desviados, frágiles y mal definidos, provocando falta de claridad entre los límites del mundo interior y exterior (Ajurriaguerra; 1973).

Entre los factores predisponentes para su desarrollo, pueden destacarse: la dificultad para afrontar situaciones y resolverlas, falta de seguridad en sí mismos,

sensación de ineficacia, déficit de autoestima, tendencia al perfeccionismo, pretender controlar todo en sus vidas, sentir poder al controlar su peso, temor a crecer e independizarse, poca aceptación a los cambios físicos, sexuales, emocionales y sociales, los cuales se presentan sobre todo en la adolescencia, por ello su inicio es comúnmente en esta etapa (Costin; 2003).

2.5 Causas del trastorno alimentario

Además de las ideas erróneas respecto a la comida o el peso, están estrechamente relacionados con la dificultad para afrontar conflictos de diversas características. En su desarrollo existen factores individuales, familiares y sociales, los cuales propician vulnerabilidad en la persona y aumentan la posibilidad del desarrollo de dichos trastornos, sin embargo, ninguno de ellos por sí mismo representa un factor determinante (Rausch; 1996, Costin; 2003).

2.5.1 Factores predisponentes individuales

Las creencias, actitudes, aprendizajes y la constitución psicofisiológica entre otras, son algunos de los factores individuales, que influyen en la conducta alimentaria. Comúnmente el temor que siente la persona con anorexia nerviosa, es más por los cambios que tendrá su cuerpo en la adolescencia y lo que ello implica (dejar de ser una niña) que por el simple aumento de peso. Al no ser capaz de realizar los ajustes

necesarios, para adecuarse a la nueva situación, la joven ve en la comida la oportunidad que busca para ejercer el control perdido (Ogden; 2005, Rausch; 1996).

Al seleccionar los alimentos la persona se ve influida por una red de significados sociales, los cuales representan aspectos como: género, sexualidad, autocontrol y conflictos, entre otros. Según Hunter (1973), la comida representa prestigio, posición social, riqueza, etcétera, es usada como medio de comunicación, para obtener placer, gratificación, alivio del estrés y formar relaciones interpersonales. Existen diferentes tipos de comidas: de diario, de domingo, familiares, festivas y con propiedades curativas (citado por Ogden; 2005).

Mediante la comida se expresa el sentido del yo, se facilita información sobre la persona (necesidades, conflictos) y se establece identidad cultural, algunos alimentos se relacionan con el sexo y la sexualidad. También puede ser un medio para la expresión de autocontrol y en las últimas décadas el hacer dieta se ha convertido en la manera perfecta para representarlo (Ogden; 2005).

Ciertos alimentos (chocolates, pasteles, frituras) se asocian con un conflicto entre el placer y la culpa, ya que al consumirlos aparecen sentimientos de vergüenza y desesperación, pero al mismo tiempo satisfacen una necesidad. Continuamente las mujeres reciben el mensaje de que deben mantenerse delgadas, pero al ser ellas quienes elaboran los alimentos para la familia, están en contacto constante con la idea de la comida. En consecuencia se crea un problema entre la idea de comer y la negación de llevarlo a cabo (Ogden; 2005).

Frecuentemente la comida es un instrumento para la comunicación entre los miembros de la familia, ya que el comedor puede ser el único lugar en el que se reúnen, además el tipo de alimentos y la forma de prepararlos ayudan a crear una identidad de grupo. La comida también es considerada como una forma de demostrar amor y preocupación por los seres queridos (Ogden; 2005).

También se considera a la comida como un símbolo de posición social (quienes tienen poder comen bien), inclusive en la familia el reparto de la comida y las porciones, reflejan las posiciones de poder, comúnmente es el hombre quien recibe la mayor cantidad y los mejores alimentos, reflejando así las divisiones sexuales y jerarquías. El rechazo a la comida ha servido como forma de recuperar el control social, según Gordon (2000), las huelgas de hambre han sido empleadas por aquellas personas socialmente oprimidas, como una manera de avergonzar o humillar a quienes tienen el poder, a fin de obtener determinados beneficios (citado por Ogden; 2005).

2.5.2 Factores predisponentes familiares

Comúnmente las mujeres que presentan algún trastorno de la conducta alimentaria, se ven influidas por la presión social, mientras que los hombres se ven más afectados por las variables familiares. Dentro del núcleo familiar nadie queda exento de afectación, cuando alguno de los miembros presenta dicho padecimiento. Las familias en las que suele presentarse un desorden alimentario son muy variables, en pacientes con bulimia se han identificado antecedentes familiares de alcoholismo y

tendencia a la depresión, mientras que en pacientes con anorexia es más común la poca tolerancia y dificultad para resolver los problemas que se les presentan (Rausch; 1996).

Las madres de pacientes con bulimia, suelen ser más dominantes, controladoras y con mayores expectativas del desempeño de sus hijas, ambos padres realizan comparaciones entre los hermanos. En las pacientes con anorexia, generalmente la madre es una mujer que triunfó en la vida o frustrada en sus aspiraciones, su propia necesidad de una vida perfecta es impuesta a sus hijos, controlando tanto funciones corporales como su rendimiento. Les preocupa la apariencia física, esperan de sus hijos un buen comportamiento y triunfos importantes, haciendo a un lado las necesidades propias del niño. Vivirán la enfermedad de su hija como un fracaso propio y constantemente intentarán repararlo (Rausch; 1996, Ajurriaguerra; 1973).

Para estas familias, una forma de impedir el conflicto, es evitando la expresión directa de las emociones, lo cual provoca que los hijos crezcan con dificultad para transmitir lo que sienten y al no haber un modo aceptable de estar en desacuerdo, la persona difícilmente reconocerá y valorará sus propias experiencias. También suelen ser controladoras y mantienen lazos excesivamente estrechos entre ellos, con intrusión en los pensamientos y sentimientos del otro, impidiendo el desarrollo de la autonomía. Provocando así, que la persona se sienta desvalida e incapaz de diferenciarse de los otros, sintiendo que lo único que puede controlar es su ingesta y peso (Rausch; 1996).

Cuando la madre actúa como una adolescente e incluso compite con la hija, las jerarquías se encuentran alteradas, es decir, los hijos son responsables de funciones que deben asumir los adultos. Frecuentemente estos hijos desarrollan algún trastorno alimentario. Es importante que las reglas familiares se actualicen a los requerimientos de sus integrantes, de acuerdo con su desarrollo y crecimiento, ello ayudará a crear una autonomía saludable. Conforme los hijos crecen es necesario delegarles responsabilidades, lo cual les ayudará a desarrollar las habilidades necesarias para afrontar las exigencias del mundo externo. Si las reglas son demasiado rígidas o laxas, surgirán problemas (Rausch; 1996).

2.5.3 Factores socioculturales

En la actualidad, la delgadez en sociedades industrializadas del primer mundo occidental, se asocia con buena posición social. Una encuesta realizada en Canadá (1994), reveló que más del 90% de las mujeres se sienten insatisfechas con su imagen corporal, teniendo el peso una gran influencia sobre la autoestima y felicidad de dichas mujeres. Los medios de comunicación promueven el mensaje, de que la delgadez se premia con una vida sofisticada, de gran aceptación social y éxito en todos los aspectos. Aunado a esto, el contexto sociocultural premia la delgadez y señala la gordura (Costin; 2003).

Cada vez existe mayor diferencia entre el modelo ideal de belleza y la realidad posible. De la mujer se espera un cuerpo perfecto (delgada, saludable, sexy, hermosa),

con una carrera brillante, fluidez social, tener un matrimonio perfecto y ser una madre perfecta. Los medios y la sociedad comunican un doble mensaje a las mujeres, ya que por un lado les exigen cumplir todas las características anteriores, pero a la vez asocian el atractivo físico con poca inteligencia y viceversa. Al no lograr el estereotipo marcado las mujeres se sienten fracasadas, disminuyendo su seguridad y confianza en sus capacidades, de ésta manera el peso se convierte en una forma de ejercer el control demandado socialmente (Costin; 2003).

La mayoría de las personas creen que el no tener éxito con las dietas o ser gordo, se debe únicamente a falta de voluntad, al iniciar una dieta, la mayoría lo hace para sentirse integrados socialmente, en el afán de cumplir con el estereotipo establecido. Cuando comienza desarrollarse un trastorno alimentario, surge un intenso temor a ganar peso, aparece la culpa, ansiedad y miedo a la pérdida del control sobre la alimentación. De manera contradictoria cuanto más se agrava el trastorno, será más difícil lograr los objetivos de seguridad y bienestar que se pretendían al iniciar con el régimen alimentario (Costin; 2003).

2.6 Percepción del cuerpo en el trastorno alimentario

La preocupación por el peso y forma corporal se asocian más comúnmente a las mujeres, también es más probable que ellas manifiesten abiertamente insatisfacción corporal. Dicha insatisfacción puede analizarse en tres aspectos diferentes:

- a) Estimación deformada del tamaño corporal: se percibe el cuerpo más voluminoso de lo que es en realidad. Resultados han demostrado que las pacientes con anorexia creen tener mayor volumen corporal del real, en comparación con quienes no lo padecen. De manera general las mujeres muestran mayormente ésta característica, independientemente de si presentan o no el trastorno.

- b) Discrepancia del ideal: es la incompatibilidad de la percepción de la realidad del cuerpo y el ideal. La mayoría de las mujeres y niñas manifiestan que les gustaría ser más delgadas de lo que son, en cambio, los hombres en su mayoría mencionan, que les gustaría seguir luciendo igual o ganar un poco de volumen.

- c) Respuestas negativas al cuerpo: son aquellos sentimientos e ideas negativas sobre el propio cuerpo. Frecuentemente dichas ideas suelen enfocarse en críticas sobre su volumen corporal, grosor de los muslos, ancho de las caderas y tamaño del estómago.

Quienes padecen trastornos alimentarios, presentan una mayor insatisfacción corporal en comparación con quienes no y aquellas personas que siguen un régimen alimentario suelen sentirse más insatisfechas con su cuerpo, en comparación con quienes no mantienen una dieta especial (Ogden; 2005).

Algunas investigaciones han determinado que los hombres, suelen manifestar insatisfacción en partes como: bíceps, pecho, brazos, ancho de espalda y desearían

menor volumen en el estómago. En cambio las mujeres se sienten más insatisfechas con partes de su cuerpo, tales como: caderas, muslos, nalgas, estómago y cintura. A diferencia de las mujeres, los hombres muestran mayor satisfacción corporal, sin embargo, aquellos que dan mayor importancia al atractivo masculino según las normas culturales, se preocupan por su aspecto y algunos se someten a regímenes alimentarios (Ogden; 2005).

Los medios de comunicación, la cultura en que se desenvuelve la persona y la familia en que se desarrolla, son factores importantes en la presencia de insatisfacción corporal, además de ello, Ogden y Chanana (1998), consideran que las creencias respecto a la competitividad, el valor del logro, el éxito y la visión de los padres del hijo como su futuro, también influyen en dicha presencia.

Ogden y Steward (2000), determinaron que la probabilidad de que las hijas se muestren insatisfechas con su cuerpo, aumenta cuando las madres no creen en su propia autonomía, ni en la de sus hijas y proyectan en ellas sus expectativas. Según Baker y cols. (2000), la influencia que la madre puede ejercer sobre la hija, para que ésta llegue a presentar insatisfacción corporal, es a través de la relación y no mediante un modelo de rol (citados por Ogden; 2005).

Las consecuencias que puede generar la insatisfacción corporal en las mujeres, son: iniciar un régimen alimentario, fumar (para perder peso), realizar ejercicio físico (con el único objetivo de disminuir grasa y peso) y someterse a cirugía estética. Aunque es menos común, en los hombres puede propiciar que se sometan a regímenes

alimentarios y realizar ejercicio con la finalidad de desarrollar masa muscular, para alcanzar el ideal masculino (Ogden; 2005).

2.7 Factores que mantienen los trastornos alimentarios

La permanencia del trastorno, se relaciona estrechamente con los efectos fisiológicos y emocionales que provoca el desorden alimentario en sí mismo. Ya que el peso que se pretende tener será siempre más bajo de lo que realmente se alcance, el cuerpo puede acostumbrarse a no comer e incluso a tener asco a la comida, la persona puede comenzar a sacar provecho de ser el centro de atención y probablemente desarrolle caprichos en relación con ésta atención exagerada (Costin; 2003).

Después de periodos prolongados de ayuno, es más común tener un atracón compensatorio, lo que provoca preocupación y el seguimiento de dietas más estrictas. Todo ello en conjunto con factores corporales, personales (inseguridades), familiares y sociales (premiar la delgadez y castigar la gordura), aumentan la probabilidad de que dichos trastornos se mantengan (Costin; 2003).

2.8 Trastornos mentales asociados a los trastornos alimentarios

En los pacientes con anorexia nerviosa de subtipo bulímico, se puede encontrar la presencia de psicopatologías, tales como: depresión, ansiedad y conducta antisocial

entre otras, así mismo quienes padecen bulimia nerviosa, frecuentemente presentan ansiedad, depresión e ideación suicida (Belloch y cols.; 1995).

La anorexia, forma parte de los síntomas presentes en la depresión mayor con melancolía, comúnmente se muestra disminución de la ingesta, siendo un aumento en ésta más común en depresiones menores, que cursan con ansiedad excesiva. También se manifiesta como parte del delirio hipocondriaco si éste se centra en el aparato digestivo, el paciente puede estar convencido de que la alimentación le hará enfermar e incluso provocarle la muerte (Jarne y Tailor; 2000).

En el aspecto alimentario, el trastorno obsesivo-compulsivo se asocia con una ingesta lenta, se eligen cuidadosamente los alimentos y en ocasiones pueden existir ideas de contaminación en ellos. En el trastorno ansioso agudo, es posible que se presente tanto pérdida del apetito, como ingestas fuera de los horarios habituales, lo cual promueve que se establezcan hábitos incorrectos. En ambos trastornos se generan importantes cambios en la alimentación (Jarne y Tailor; 2000).

Pollice y cols. (1997), sugieren que algunos de los rasgos de personalidad, presentados por los pacientes con trastornos en la conducta alimentaria, los cuales se asocian con otros trastornos, pueden existir previos a la aparición del problema e incluso mantenerse en la remisión (mencionados por Butcher y cols.; 2007).

2.9 Tratamiento de los trastornos alimentarios

Para que un tratamiento sea efectivo, se requiere realizar cambios en diferentes áreas, es necesario trabajar en conjunto los aspectos terapéuticos y clínicos tanto en el paciente, como en su familia. Comúnmente los familiares se perciben a sí mismos como fuera del problema y creen que al solucionar el paciente su trastorno, todo volverá a la normalidad (Rausch; 1997).

La regularización de la dieta y hábitos alimentarios, son fundamentales en la recuperación, en segundo lugar es importante tratar de resolver los problemas psicológicos, familiares y sociales, éstos pueden tardar más en normalizarse, incluso después de conseguir recuperar peso. La alimentación puede iniciarse aumentando progresivamente las calorías o con una dieta normal desde un principio. Si fuese necesario el uso de sonda para alimentar, debe ser en situaciones puntuales y de ninguna manera tomarse como un recurso permanente (Jarne y Tailor; 2000).

La familia debe contar con información exhaustiva respecto al padecimiento, ser consciente de las complicaciones físicas, los riesgos de algunas conductas de los pacientes y los costos del tratamiento (económico, familiar, social e individual). Estar dispuestos a reorganizar la estructura familiar, para ayudar al paciente a monitorear y controlar las conductas erróneas, relacionadas con su trastorno (Jarne y Tailor; 2000).

Las condiciones en el tratamiento de la anorexia nerviosa son:

- Trabajo en conjunto entre el terapeuta, médico y familiares.

- El tratamiento seguirá siendo ambulatorio siempre y cuando la evolución sea positiva y sin complicaciones que ameriten la hospitalización.
- Cualquier cambio en el régimen de vida de la paciente, debe ser valorado en conjunto por el equipo tratante.
- Generalmente las primeras entrevistas serán semanalmente, la frecuencia de éstas se ampliará a cada 15 días cuando haya una recuperación del peso de al menos el 50%, después será un control mensual o bimensual, hasta darle de alta (Rausch; 1997).

Una de las terapias que han mostrado mayor efectividad en el tratamiento de la anorexia nerviosa, es la cognitivo-conductual, ésta trabaja directamente en la modificación de las conductas reforzadas por factores ambientales, que premian la delgadez. Otra es la familiar sistémica, la cual se centra en identificar cómo la familia limita la autonomía de sus miembros y así ayudarles a modificar conductas, buscando estrategias que aminoren los síntomas del paciente y a la vez promuevan soluciones más saludables para todos los miembros (Jarne y Taylor; 2000, Rausch; 1997).

Durante el tratamiento de la bulimia nerviosa se pretende lograr:

- Aceptación del trastorno.
- Restablecimiento de patrones nutricionales adecuados.
- Estabilización del peso.
- Corrección de anomalías físicas: reflujo gastroesofágico, erosión del esmalte dental, entre otros.

- Recuperación del estado mental: mejora del estado de ánimo, corrección de estructuración cognitiva, control de abuso de sustancias, etcétera.
- Recuperar relaciones familiares adecuadas.
- Corregir las formas de interacción social alteradas: aprender a afrontar fracasos, aceptar responsabilidades, evitar interactuar en marcos sociales denigrantes (Jarne y Tailor; 2000).

El tratamiento hospitalario es necesario en pacientes con:

- Poca motivación, inestabilidad psicológica, trastorno psiquiátrico asociado y/o ambiente familiar poco cooperador.
- Pérdida del 25 al 30% del peso que corresponde según la edad y altura.
- Ansiedad ante el alimento que actúa como estímulo fóbico.
- Fracaso en el tratamiento ambulatorio, ya sea por complicaciones médicas de la patología o por falta de colaboración familiar.

Es indispensable la atención de un equipo multidisciplinario (médicos, psicólogos, enfermeras), con la formación y habilidad para el tratamiento de dichos trastornos (Jarne y Tailor; 2000).

Distintos autores informan sobre recaídas hasta en un 50% de los pacientes, para prevenirlas es fundamental mantener un seguimiento de control cada tres, seis y doce meses. Durante éste tiempo se supervisa que no existan variaciones de peso significativas y si así fuera, debe recomendarse una entrevista con el terapeuta.

También los grupos de autoayuda son favorecedores en prevenir dichas recaídas, ya que en ellos los miembros comparten un problema en común, ayudándose mutuamente en pos de la recuperación (Rausch; 1997).

Como se pudo apreciar en éste capítulo, los hábitos alimentarios se han ido modificando a través de las diferentes épocas y dependiendo de la cultura en que se desarrolle la persona, será positivo o negativo su concepto sobre la delgadez. Aunque existen características individuales, que pueden ser rasgos muy importantes en el desarrollo de algún trastorno alimentario, no son determinantes para que éste llegue a presentarse. Es el conjunto de factores personales, familiares y sociales lo que propicia la aparición de dichos trastornos.

Es muy importante que se conozcan los principales rasgos y factores que pueden desencadenar trastornos alimentarios, para así identificar su presencia y actuar en la prevención y/o intervención oportuna del problema. No deben minimizarse las conductas o hábitos erróneos en la alimentación ya que si se permite avanzar más, el trastorno puede traer consecuencias irreversibles.

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

En este capítulo se procederá a presentar el encuadre metodológico que guía la presente investigación. Así mismo se mostrarán los resultados obtenidos en la aplicación de las pruebas estandarizadas, para llegar posteriormente a su interpretación y conclusiones finales.

3.1 Descripción metodológica

Según Hernández y cols. (2014: 4), puede definirse la investigación como “el conjunto de procesos sistemáticos, críticos y empíricos que se aplican al estudio de un fenómeno o problema”. A través de la historia, en la ciencia han surgido diferentes corrientes del pensamiento y variados marcos interpretativos, a partir del siglo pasado surgieron dos principales aproximaciones a la investigación: el enfoque cuantitativo y cualitativo.

En su esfuerzo por generar conocimiento, ambos enfoques llevan a cabo procesos cuidadosos, metódicos y empíricos, los cuales se ven reflejados en cinco estrategias:

- a) Observación y evaluación de fenómenos.
- b) Generar suposiciones a partir de las observaciones y evaluaciones hechas.
- c) Demostrar el grado de fundamento de dichas suposiciones.
- d) Revisar las suposiciones mediante pruebas o análisis.

- e) Proponer observaciones nuevas con el fin de esclarecer, modificar y fundamentar las suposiciones e inclusive poder generar otras.

Ya que la presente investigación se basó en el enfoque cuantitativo, algunas de sus características se describen a continuación.

3.1.1 Enfoque cuantitativo

Se trata de un proceso secuencial y probatorio, el cual inicia con el establecimiento de una idea, de ella se derivarán los objetivos y preguntas de investigación, para el posterior surgimiento de hipótesis. Éstas últimas pueden ser comprobadas mediante métodos estadísticos y así poder generar conclusiones.

Algunas de las características fundamentales que posee este enfoque, según Hernández y Cols. (2014) y que identifican al presente estudio son las siguientes:

- 1.- El investigador plantea un problema de estudio delimitado y concreto acerca del fenómeno en evolución. Las preguntas de investigación se enfocan en cuestiones específicas.
- 2.- Una vez planteado el problema a estudiar, el investigador revisa lo que se ha estudiado anteriormente sobre dicho fenómeno y con base a la información obtenida, construye un marco teórico, del cual se derivarán las hipótesis.

- 3.- La o las hipótesis planteadas se someten a prueba empleando los diseños de investigación apropiados.
- 4.- La recolección de datos se fundamenta en la medición, mediante procedimientos estandarizados y aceptados por la comunidad científica.
- 5.- Los datos se presentan mediante números ya que son producto de mediciones y su análisis debe ser estadístico.
- 6.- La objetividad es fundamental, el investigador no debe alterar de ningún modo los fenómenos observados.
- 7.- Los resultados obtenidos pueden ser generalizados de una muestra a una población y es posible replicarlos.
- 8.- Se lleva a cabo en la realidad externa del sujeto (es objetiva e independiente de las propias creencias).

3.1.2 Investigación no experimental

Es aquella investigación que se lleva a cabo sin la manipulación deliberada de las variables, es decir, únicamente se observa el fenómeno en su ambiente natural para analizarlo. Las inferencias que puedan realizarse sobre dicho fenómeno se llevan a cabo sin la intervención directa del investigador (Hernández y cols.; 2014).

Con base a lo anterior esta investigación se considera no experimental, debido a que tanto los indicadores psicológicos de trastornos alimentarios, como el nivel de

estrés académico no fueron manipulados, simplemente se observaron y midieron tal y como se presentan en su contexto natural.

3.1.3 Diseño transversal

El diseño transversal se caracteriza por recolectar datos en un momento y tiempo único; tiene como propósito describir las variables y analizar su incidencia e interrelación; puede incluir varios grupos o subgrupos, pero la recolección de datos es siempre en un único momento (Hernández y cols.; 2014).

Debido a que en la presente investigación, la recolección de datos mediante la aplicación de instrumentos (Inventario SISCO de estrés académico e Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria) se llevó a cabo en una única sesión, cumple con la característica principal de un diseño transversal.

3.1.4 Alcance correlacional

La finalidad de este tipo de estudios es, conocer la relación que existe entre dos o más variables en un contexto específico. Para determinar si están relacionadas primero se mide cada una de ellas, después se cuantifican y finalmente se analizan para establecer las vinculaciones. La correlación puede ser positiva (se obtienen valores altos o bajos en ambas variables relacionadas), negativa (es aquella en donde un valor resulta elevado en una variable y en la otra bajo), o nula (indica que las variables fluctúan sin seguir un patrón común). Al conocer el tipo de correlación, es

posible realizar predicciones y aportar información explicativa parcial, del comportamiento e influencia de las variables (Hernández y cols.; 2014).

El presente estudio se considera correlacional, ya que pretende comprobar la relación existente entre el nivel de estrés y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios. Para corroborar dicha relación, se midieron en un primer momento las variables en los sujetos de estudio y posteriormente se calculó el índice de correlación entre ambas.

3.1.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

En la presente investigación se empleó como técnica de recolección de datos, la aplicación de instrumentos estandarizados, los cuales se caracterizan por poseer uniformidad en sus instrucciones, administración y calificación; el tiempo del que se dispone para contestarlos puede ser flexible o limitado. Según Mertens (2005), éste tipo de instrumentos se puede aplicar a cualquier persona que cumpla con las características para quien fue creado (mencionado por Hernández y cols.; 2014).

Un instrumento de recolección de datos, debe cumplir con tres requisitos esenciales: confiabilidad (grado en que dicho instrumento obtiene resultados consistentes y coherentes), validez (que el instrumento mida realmente la variable que dice medir) y objetividad (que el investigador no interfiera en el resultado), (Hernández y cols.; 2014).

Los instrumentos empleados fueron:

- a) Inventario SISCO de Estrés Académico: creado por Arturo Barraza como un instrumento de autoinforme, el cual se enfoca a medir los indicadores del estrés que suelen acompañar a los estudiantes en su proceso académico y en distintos ámbitos de su vida. Sus propiedades psicométricas fueron analizadas por Rossana Jaimes Parada, en la Universidad Pontificia Bolivariana de Bucaramanga, en Colombia, en una población de 330 estudiantes de variadas edades, obteniendo una confiabilidad de variación ítem total de 0.861 y de análisis por mitades de 0.804. También fue analizada su validez mediante el método de rotación varimax, obteniendo resultados satisfactorios.

El inventario se conforma por:

- 1 ítem de filtro, que permite detectar si el candidato es adecuado o no para responderlo.
- 1 ítem de escalamiento tipo Likert, el cual permite evaluar la intensidad del estrés percibido.
- 8 ítems que identifican la frecuencia en que las demandas del entorno son percibidas como estresores.
- 15 ítems que identifican la frecuencia con que se presentan los síntomas o reacciones al estímulo estresor.
- 6 ítems para identificar la frecuencia del uso de las estrategias de afrontamiento.

Finalmente se obtiene una escala global del índice de estrés general, sumando todas las anteriores.

b) Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2): elaborado por David M. Garner, en 1998. Cuenta con once escalas: obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia interoceptiva, miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad e inseguridad social. Su estandarización se hizo para personas de 11 años de edad en adelante. Para ello se realizaron varios procesos en distintos grupos; en individuos con bulimia y anorexia nerviosas y en personas que no padecían de estos trastornos alimentarios. Se utilizó el baremo obtenido en la aplicación a hombres y mujeres adolescentes sin trastornos de la conducta alimentaria. Cuenta con una confiabilidad de 0.83 en el alfa de Crobach y una validez de contenido concurrente, así como de criterio y constructo.

3.2 Población y muestra

La elección de las unidades de muestreo, es decir, los datos recolectados de aquellos objetos o sucesos de estudio, depende directamente del planteamiento y alcance de la investigación (Hernández y cols.; 2014).

3.2.1 Descripción de la población

Según Lepkowski (citado por Hernández y cols.; 2014: 174), “una población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones”. Es necesario establecer con claridad las características de dicha población, situándola en un lugar y tiempo determinados, lo cual ayudará a delimitar los parámetros de la muestra.

La población en la que se llevó a cabo la presente investigación, cuenta con un total de 242 alumnos, de los cuales 124 son mujeres y 118 hombres, en un rango de edad de los 11 a los 16 años. Quienes acuden a ésta institución, son en su mayoría de clase media a media alta, algunos residen cerca o en los alrededores del colegio e incluso en poblaciones cercanas a la ciudad de Uruapan.

3.2.2 Descripción del tipo de muestreo.

Difícilmente es posible que se mida a toda la población, por ello es necesario seleccionar una muestra. Ésta se define como un subconjunto del total a estudiar y debe delimitarse con precisión, siendo un reflejo representativo del conjunto de la población. Los datos pueden ser recolectados mediante dos tipos de muestreo:

- a) Probabilístico: cada uno de los elementos que conforman la población, tienen la misma posibilidad de ser elegidos. Se lleva a cabo mediante una selección

aleatoria, considerando las características de la población y el tamaño de la muestra.

- b) No probabilístico: se realiza con un proceso de selección, basado en las características de la investigación y no en un criterio estadístico. Es útil en aquellos diseños que no requieren una representatividad de elementos en la población, sino una elección de casos con características específicas (Hernández y cols.; 2014).

En ésta investigación se empleó el muestreo no probabilístico, ya que no se llevó a cabo ningún criterio estadístico. La selección de la muestra se determinó por el director de la institución, con base a la disposición de horarios tanto de los maestros, como de los alumnos. Los datos fueron obtenidos de cinco grupos, tres de segundo grado y dos de tercero, con un total de 144 alumnos, de los cuales 73 son mujeres y 71 hombres, en un rango de 12 a 16 años de edad.

3.3 Descripción del proceso de investigación

La validez de una investigación se sustenta en varios aspectos como los instrumentos utilizados, la metodología y los procedimientos llevados a cabo para recabar la información. Por ello es indispensable que toda investigación científica reporte a detalle los procesos seguidos para la recolección, estructuración y análisis de la información.

La idea para llevar a cabo esta investigación, surgió por el interés del investigador en el aumento de la presencia de niveles altos de estrés, reflejados en menor tolerancia entre las personas, aumento de violencia, mayores accidentes viales, laborales, etc., así como padecimientos asociados a éste (úlceras, gastritis, colitis, entre otras). También se interesó por la marcada presión ejercida a nivel social y en los medios masivos de comunicación por mantener un estereotipo de delgadez, el cual varias personas están dispuestas a tratar de lograr, aun sufriendo afecciones tanto físicas como psicológicas. De ésta manera quiso saber si de alguna forma podrían estar relacionados ambos fenómenos.

Una vez definidas las variables, se comenzó planteando el problema de investigación, después los objetivos, tanto general como particulares, luego la hipótesis, justificación y finalmente se eligió el lugar en donde se llevaría a cabo dicha investigación. El marco teórico está compuesto por dos capítulos, el primero aborda el estrés, definición, afecciones relacionadas a la presencia de niveles elevados de éste, etcétera y el segundo contiene los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios, la manera en que se puede aprender a identificarlos, disminuirlos e inclusive prevenir que aparezcan, desde el ámbito personal, familiar y social.

Para dar respuesta a los objetivos planteados en la investigación, se llevó a cabo la aplicación de la prueba SISCO, para valorar niveles de estrés y EDI-2 para conocer el nivel de presencia en indicadores psicológicos de trastornos alimentarios. Ambas pruebas estandarizadas ayudaron a recolectar los datos necesarios para obtener los resultados.

Se solicitó permiso al director de la institución para llevar a cabo la aplicación y una vez autorizado, la psicóloga de la misma realizó el contacto con los maestros para que concedieran el uso de una de sus horas de clases y poder realizar la aplicación de dichos test. Una vez obtenido el permiso de los diferentes profesores para la aplicación durante sus horas de clase, se procedió a aplicar los instrumentos, primero en los grupos de segundo y después en los de tercero. Dicha aplicación se llevó a cabo de manera colectiva, los alumnos se mostraron cooperadores, pero ruidosos, en diversas ocasiones su profesor en turno debía llamarles la atención para que guardaran silencio.

La calificación de la prueba EDI-2, se llevó a cabo mediante la plantilla determinada para obtener los puntajes brutos y después obtener los percentiles, mediante los baremos específicos para cada sexo. En la prueba SISCO, después de obtener los puntajes brutos se utilizó la tabla correspondiente, para obtener los puntajes "T". Una vez obtenidos los puntajes de cada sujeto, éstos fueron vaciados a una matriz de datos en una hoja de cálculo, la cual contenía el nombre, edad, sexo y los puntajes en cada una de las escalas de ambos test aplicados.

Con base a los datos obtenidos se realizó el análisis estadístico e interpretación de resultados. Se obtuvieron medidas de tendencia central (media, moda, mediana), desviación estándar, cantidad de sujetos con puntajes preocupantes, así como sus porcentajes, el coeficiente de correlación "r" de Pearson, varianza de factores comunes "r²" y finalmente el porcentaje de relación entre ambas variables.

Los resultados obtenidos mediante dichos cálculos estadísticos se presentan a continuación.

3.4 Análisis e interpretación de resultados

En este apartado se presentan los hallazgos de la indagación en el presente estudio. Dicha información se presenta, para su mejor comprensión, en tres categorías de análisis: la primera comprende los datos encontrados de la variable estrés en la muestra de estudio; la segunda categoría muestra los datos referentes a los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios y finalmente la tercera categoría aborda la relación estadística encontrada entre las dos variables de estudio para poder llegar a la verificación de las hipótesis planteadas inicialmente.

3.4.1 El nivel de estrés en los alumnos de la Secundaria Don Vasco.

De acuerdo a lo señalado por Ivancevich y Matteson (1985: 23), “el estrés es una respuesta adaptativa medida 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”.

Mediante la aplicación del Inventario SISCO de Estrés Académico, se obtuvieron datos relevantes de acuerdo con cada una de las subescalas predeterminadas en la prueba. Los resultados, traducidos a puntajes T, se presentan a continuación.

En la escala que mide los estresores se obtuvo una media de 45. La media es la suma de un conjunto de datos, dividida entre el número de medidas (Elorza; 2007).

De igual modo se obtuvo la mediana, que es el valor medio de un conjunto de valores ordenados: el punto abajo y arriba del cual cae un número igual de medidas (Elorza; 2007). Este valor fue de 45.

De acuerdo con este mismo autor la moda es la medida que ocurre con más frecuencia en un conjunto de observaciones. En cuanto a esta escala, la moda fue de 45.

También se obtuvo el valor de una medida de dispersión, específicamente de la desviación estándar, la cual se describe como la raíz cuadrada de la suma de las desviaciones al cuadrado de una población, dividida entre el total de observaciones. (Elorza, 2007) El valor obtenido en la escala de Estresores es de 8.9.

Asimismo, en la escala de síntomas del estrés se obtuvo una media de 48, una mediana de 45, una moda de 40 y una desviación estándar de 9.3.

Por otra parte, en la escala que se enfoca a evaluar las estrategias de afrontamiento se obtuvo una media de 42, una mediana de 40, una moda de 40 y una desviación estándar de 9.7.

Finalmente, como puntaje total de estrés y producto de las tres escalas anteriores, se obtuvo una media de 44, una mediana de 45, una moda de 45 y una desviación estándar de 9.

En el anexo 1 se muestran gráficamente los resultados de la media aritmética de cada una de las escalas mencionadas anteriormente.

A partir de los datos presentados se puede interpretar que el nivel de estrés en la muestra estudiada se ubica en un nivel dentro de los parámetros normales, en función de que las medidas de tendencia central se ubican dentro del rango de normalidad que marca la escala de puntajes T, que es entre 40 y 60.

Además de presentar los datos de las medidas de tendencia central y desviación estándar, a continuación se presentan los porcentajes de los sujetos que obtuvieron puntajes altos en cada escala, esto es, por arriba del 60. Así, se ubicarán las escalas en las que hay mayor incidencia de casos preocupantes sobre el problema de estrés.

En la escala de estresores, únicamente el 1% de sujetos se encuentra por arriba del puntaje T 60; en la escala de síntomas del estrés, el porcentaje fue de 7%; en la de estrategias de afrontamiento, el 3% y finalmente, en la escala total de estrés, el 2%.

Estos datos se pueden observar gráficamente en el anexo 2.

En función de los datos anteriores se puede afirmar que son muy pocos casos los que presentan problemas de estrés en la muestra de estudio, por lo cual no se puede considerar como un problema dentro de la institución.

3.4.2 Indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en los alumnos de la Secundaria Don Vasco.

De acuerdo a lo señalado por Belloch y cols. (1995), se considera como trastorno alimentario a aquellas conductas alteradas que se realizan con el afán de controlar el peso y cuerpo, dichas conductas se encuentran principalmente reforzadas por la sobrevaloración de la delgadez y factores socioculturales, entre otros. El desarrollo de estos trastornos se vincula a aspectos biopsicosociales.

Quien presenta anorexia nerviosa busca mantener su peso por debajo del mínimo normal para su edad y talla, presenta un miedo intenso a engordar, se considera como un logro la pérdida de peso y como un fracaso a su autocontrol el aumentar (APA; 2002).

En 1979, Russell nombró bulimia nerviosa, a los casos caracterizados por episodios de ingesta insaciable, con posteriores conductas de purga. Se caracteriza por una necesidad inevitable de consumir gran cantidad de alimentos, comúnmente de alto contenido calórico.

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

En la escala de obsesión por la delgadez se obtuvo una media de 60, una mediana de 59, una moda de 26 y una desviación estándar de 25. Ésta escala arroja información sobre la manifestación clínica de un intenso impulso por estar más delgado o un fuerte temor a la gordura; es un síntoma esencial para el diagnóstico de la anorexia y la bulimia nerviosas (Garner; 1998).

Asimismo, en la escala de bulimia se obtuvo una media de 66, una mediana de 65, una moda de 47 y una desviación estándar de 20. En ella se evalúa la tendencia a tener pensamientos o darse comilonas o atracones incontrolables de comida. La presencia de este tipo de conductas es una característica distintiva de la bulimia nerviosa y permite diferenciar entre los dos tipos de anorexia: bulímica y restrictiva (Garner; 1998).

Por otra parte, en la escala de insatisfacción corporal se obtuvo una media de 56, una mediana de 56, una moda de 56 y una desviación estándar de 24. Este indicador se considera uno de los aspectos de la perturbación de la imagen corporal característica de los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria (Garner; 1998).

En la escala de ineficacia se obtuvo una media de 65, una mediana de 67, una moda de 44 y una desviación estándar de 25. Dicha escala evalúa sentimientos de incapacidad general, inseguridad, vacío, autoexpresión y falta de control sobre la propia vida (Garner; 1998).

En la escala de perfeccionismo se obtuvo una media de 65, una mediana de 68, una moda de 39 y una desviación estándar de 26. Esta escala se encarga de medir el grado en que el sujeto cree que sus resultados personales deberían ser mejores (Garner; 1998).

En la escala de desconfianza interpersonal se obtuvo una media de 62, una mediana de 64, una moda de 52 y una desviación estándar de 26. Esta escala evalúa el sentimiento general de alienación del sujeto y su desinterés por establecer relaciones íntimas, así como la dificultad para expresar los propios sentimientos y pensamientos (Garner; 1998).

En la escala de conciencia interoceptiva se obtuvo una media de 60, una mediana de 66, una moda de 75 y una desviación estándar de 26. Dicha escala mide el grado de confusión o dificultad para reconocer y responder adecuadamente a los estados emocionales y se relaciona también con la inseguridad para identificar ciertas sensaciones viscerales relacionadas con el hambre y la saciedad (Garner; 1998).

Particularmente en la escala de miedo a la madurez, se dio una media de 61, una mediana de 65, una moda de 65 y una desviación estándar de 27. Dicha escala

se encarga de evaluar el deseo de regresar a la seguridad de la infancia, en especial se identifica el temor a las experiencias psicológicas o biológicas relacionadas con el peso de la adultez.

En la escala de ascetismo se obtuvo una media de 49, una mediana de 48, una moda de 40 y una desviación estándar de 31. Ésta evalúa la tendencia a buscar la virtud por medio de ciertos ideales espirituales como la autodisciplina, el sacrificio, la autosuperación y el control de las necesidades corporales (Garner; 1998).

En la escala de impulsividad se obtuvo una media de 60, una mediana de 66, una moda de 14 y una desviación estándar de 28. Ésta escala valora la dificultad para regular los impulsos y la tendencia al abuso de drogas, la hostilidad, la agitación, la autodestrucción y la destrucción de las relaciones interpersonales (Garner; 1998).

Finalmente, en la escala de inseguridad social se obtuvo una media de 77, una mediana de 83, una moda de 98 y una desviación estándar de 20. Esta escala mide la creencia de que las relaciones sociales son tensas, inseguras, incómodas, insatisfactorias y, generalmente, de escasa calidad (Garner; 1998).

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

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

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

En la escala de obsesión por la delgadez, el 45% de sujetos se encuentra por arriba del percentil 70; en la escala de bulimia, el porcentaje fue de 43%; en la de insatisfacción corporal, el 29%; en la de ineficacia, el 47%; en la de perfeccionismo, el 45%; en la que respecta a la desconfianza interpersonal, 46%; en la de confianza interoceptiva, 45%; respecto a la de miedo a la madurez, 45%; en la de ascetismo, 33%; en la de impulsividad, 45% y finalmente, en la escala de inseguridad social, el 64%. Estos datos se pueden observar gráficamente en el anexo 4.

En función de los datos anteriores se puede afirmar que los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en esta muestra, arrojan porcentajes preocupantes, los cuales deben ser tomados en cuenta por parte de la institución para comenzar a implementar estrategias de afrontamiento que ayuden a disminuir la problemática.

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

En 2009 Rosa Behar y Claudia Valdés, afirman que los resultados obtenidos en su investigación, mostraron presencia de mayor nivel de estrés acumulado, en el año anterior al diagnóstico en quienes ya padecían algún trastorno alimentario.

Características como: perfeccionismo, temor a la madurez, peso ideal, entre otros, aumentan el riesgo de padecer estrés.

En la investigación realizada en los alumnos de la Secundaria Don Vasco se encontraron los siguientes resultados:

Entre el nivel de estrés y la escala de obsesión por la delgadez, existe un coeficiente de correlación de 0.21 de acuerdo a la prueba "r de Pearson". Esto significa que entre el nivel de estrés y la escala de obsesión por la delgadez existe una correlación positiva débil, de acuerdo a la clasificación de correlación que hace Hernández (2014).

Para conocer la influencia que existe entre el nivel de estrés y la obsesión por la delgadez se obtuvo la varianza de factores comunes (r^2), donde 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; 2014).

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.05, lo que significa que entre el estrés y la escala de obsesión por la delgadez hay una relación del 5%.

Por otra parte, entre el nivel de estrés y la escala de bulimia existe un coeficiente de correlación de 0.26 de acuerdo a la prueba "r de Pearson". Esto significa que entre estrés y la bulimia existe una correlación positiva débil. El resultado de la varianza de

factores comunes fue de 0.07, lo que significa que entre el estrés y la escala de bulimia hay una relación del 7%.

Asimismo, entre el nivel de estrés y la escala de insatisfacción corporal existe un coeficiente de correlación de 0.16 de acuerdo a la prueba "r de Pearson". Esto significa que entre el estrés y la insatisfacción corporal 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 insatisfacción corporal hay una relación del 3%.

Adicionalmente se encontró que entre el nivel de estrés y la escala de ineficacia existe un coeficiente de correlación de 0.34 de acuerdo a la prueba "r de Pearson". Esto significa que entre el estrés y la ineficacia existe una correlación positiva media. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.11, lo que significa que entre el estrés y la escala de ineficacia hay una relación del 11%.

Por otra parte, entre el nivel de estrés y la escala de perfeccionismo existe un coeficiente de correlación de 0.28 de acuerdo a la prueba "r de Pearson". Esto significa que entre el estrés y la escala de perfeccionismo 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%.

Asimismo, se obtuvo que entre el nivel de estrés y la escala de desconfianza interpersonal existe un coeficiente de correlación de 0.11 de acuerdo a la prueba "r de Pearson". Esto significa que entre el estrés y la desconfianza interpersonal existe

una correlación positiva débil. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.01, lo que significa que entre el estrés y la escala de desconfianza interpersonal hay una relación del 1%.

De igual manera, se pudo saber que entre el nivel de estrés y la escala de conciencia interoceptiva existe un coeficiente de correlación de 0.36 de acuerdo a la prueba "r de Pearson". Esto significa que entre el estrés y la conciencia interoceptiva existe una correlación positiva media. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.13, lo que significa que entre el estrés y la escala de conciencia interoceptiva hay una relación del 13%.

Adicionalmente se calculó que entre el nivel de estrés y la escala de miedo a la madurez existe un coeficiente de correlación de -0.04 de acuerdo a la prueba "r de Pearson". Esto significa que entre el estrés y el miedo a la madurez existe una ausencia de correlación. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.0, lo que significa que entre el estrés y la escala de miedo a la madurez hay una relación del 0%.

Entre el nivel de estrés y la escala de ascetismo existe un coeficiente de correlación de 0.19 de acuerdo a la prueba "r de Pearson". Esto significa que entre el estrés y el ascetismo existe una correlación positiva débil. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.04, lo que significa que entre el estrés y la escala de ascetismo hay una relación del 4%.

Por otro lado se encontró que entre el nivel de estrés y la escala de impulsividad existe un coeficiente de correlación de 0.51 de acuerdo a la prueba “r de Pearson”. Esto significa que entre el estrés y la impulsividad existe una correlación positiva considerable. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.26, lo que significa que entre el estrés y la escala de impulsividad hay una relación del 26%.

Finalmente se obtuvo que entre el nivel de estrés y la escala de inseguridad social existe un coeficiente de correlación de 0.20 de acuerdo a la prueba “r de Pearson”. Esto significa que entre el estrés y la inseguridad social existe una correlación positiva débil. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.04, lo que significa que entre el estrés y la escala de inseguridad social hay una relación del 4%.

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

En función de lo anterior se puede afirmar que el nivel de estrés se relaciona de forma significativa con las escalas de ineficacia, conciencia interoceptiva e impulsividad.

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

En función de los resultados presentados se confirma la hipótesis de trabajo que afirma existe relación significativa, entre el nivel de estrés y la presencia de indicadores psicológicos de trastornos alimentarios, en los alumnos de la secundaria Don Vasco del ciclo escolar 2019-2020, en Uruapan, Michoacán, para las escalas de ineficacia, conciencia interoceptiva e impulsividad.

Asimismo se confirma la hipótesis nula para las ocho escalas restantes.

CONCLUSIONES

Como ya se mencionó anteriormente, la hipótesis de trabajo fue corroborada para tres de las escalas de los indicadores psicológicos de trastornos alimentarios y la hipótesis nula se corroboró en las ocho escalas restantes de dicha variable.

De acuerdo a los objetivos planteados, en el capítulo correspondiente a la variable de estrés se definió dicho concepto, se reconocieron los factores relacionados con éste y se proporcionó la información necesaria sobre los efectos físicos y psicológicos de mantener niveles altos de estrés. De igual manera, en el capítulo correspondiente a trastornos alimentarios se conceptualizó a los más frecuentes y se distinguieron los diversos tipos existentes, así como ayudar a conocer los indicadores psicológicos de dichos trastornos.

También se calculó el nivel de estrés en los sujetos y se estableció la presencia de trastornos alimentarios, para finalmente analizar la relación existente entre el nivel de estrés y la presencia de indicadores psicológicos de trastornos alimentarios en los sujetos de estudio.

Aunque en las escalas correspondientes al estrés se encontraron porcentajes bajos de sujetos con niveles elevados, en todas las escalas de los indicadores psicológicos de trastornos alimentarios, se encontraron porcentajes preocupantes de sujetos que presentan dichos indicadores. Lo anterior sugiere que la variable de trastornos alimentarios puede estar mayormente relacionada con una variable distinta

al estrés, ya que con ésta solo se encontró relación en tres de las once escalas que valoran la presencia de indicadores de trastornos psicológicos de trastornos alimentarios.

Se sugiere continuar realizando investigaciones correspondientes al tema de trastornos alimentarios relacionado con variables distintas y así lograr identificar cuál de ellas la detona en mayor medida e incluso promueve su prevalencia. Es de suma importancia comenzar a abordar el tema para tratar de disminuir sus efectos negativos lo antes posible así como su presencia cada vez mayor y en una etapa de vida más temprana.

BIBLIOGRAFÍA

Ajurriaguerra, J. (1973)

Manual de psiquiatría infantil.

Editorial Masson. Barcelona.

American Psychiatric Association (APA) (2002)

DSM IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.

Editorial Masson. Barcelona.

Arroyo Chávez, Sergio (2012)

Relación entre los trastornos alimentarios y el estrés en los alumnos de la Secundaria Don Vasco de Uruapan, Michoacán.

Tesis inédita de la escuela de Psicología de la Universidad Don Vasco, A.C. Uruapan, Michoacán, México.

Belloch, Amparo; Sandín, Bonifacio y Ramos, Francisco (1995)

Manual de psicopatología.

Editorial McGraw Hill. España.

Butcher, James; Mineka, Susan y Hooley, Jill (2007)

Psicología clínica.

Editorial PEARSON. España.

Cascio, Andrés y Guillén, Carlos (Coords.) (2010)

Psicología del trabajo.

Editorial Ariel. Barcelona.

Castillo, S. María Dolores y León, E. María Teresa (2005)

Trastornos del comportamiento alimentario: anorexia y bulimia nerviosa.

Editorial Formación Alcala SL. España.

Costin, Carolyn (2003)

Anorexia, bulimia y otros trastornos de la alimentación: diagnóstico, tratamiento y prevención de los trastornos alimentarios.

Editorial Diana. México.

Elorza Pérez-Tejada, Aroldo (2007)

Estadística para las ciencias sociales del comportamiento y la salud.

Editorial Cengage Learning. México.

Fontana, David (1992)

Control del estrés.

Editorial Manual Moderno. México.

- Garner, D.M.(1998).
Inventario de trastornos de la conducta alimentaria 2.
Tea Ediciones, SA. Madrid.
- Hernández Sampieri, Roberto y cols. (2014)
Metodología de la investigación. Sexta edición.
Editorial McGraw Hilll. México.
- Ivancevich, John y Mattenson, Michael (1985)
Estrés y trabajo.
Editorial Trillas. México.
- Jarne, Adolfo y Tailor, Antoni (2000)
Manual de psicopatología clínica.
Editorial Paidós Ibérica. Buenos Aires.
- Jimenez, H. Manuel (1997)
Psicopatología infantil.
Editorial Aljibe. Granada.
- Lazarus, S. Richard y Lazarus, N. Berenice (2000)
Pasión y razón.
Editorial Paidós. España.
- Ogden, Jane (2005)
Psicología de la alimentación.
Editores Morata. España.
- Palmero, Francesc; Fernández, Enrique y Chóliz, Mariano (2002)
Psicología de la motivación y la emoción.
Editorial McGraw Hill. España.
- Powell, John (1998)
Plenamente humano, plenamente vivo.
Editorial Diana. México.
- Rausch, H. Cecile (1996)
La esclavitud de las dietas.
Editorial Paidós. Argentina.
- Rausch, H. Cecile (1997)
Anorexia y bulimia: amenazas a la autonomía.
Editorial Paidós. Argentina.
- Sánchez, María Elena (2007)
Emociones, estrés y espontaneidad.
Editorial Itaca. México.

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

HEMEROGRAFÍA

Behar A. Rosa y Valdés W. Claudia (2009).
“Estrés y trastornos de la conducta alimentaria”.
Rev Chill Neuro-Psiquiat: 49 (3). Págs. 178 y 187.

Caldera Montes, Juan francisco y cols. (2007)
“Niveles de estrés y rendimiento académico en estudiantes de la carrera de Psicología del Centro Universitario de Los Altos”.
Revista de Educación y Desarrollo. Págs. 77-80.

Nuño-Gutiérrez, Bertha Lidia y cols. (2009).
“Prevalencia y factores asociados a las conductas alimentarias de riesgo en adolescentes escolares de Guadalajara según sexo”.
Revista de Investigación Clínica: 61 (4). Pág. 286.

Zagalaz Sánchez, Ma. Luisa y cols.
“La anorexia nerviosa como distorsión de la imagen corporal. Programa de prevención desde la educación física escolar en la provincia de Jaén”.
Revista Iberoamericana de Educación. Págs. 1-3.

MESOGRAFÍA

Alfonso Águila, Belkis; Calcines Castillo, María; Monteagudo de la Guardia, Roxana y Nieves Achon, Zaida (2015)
“Estrés académico”
Revista Edumecentro. Vol. 7, No. 2, Págs. 163-178.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742015000200013

Berrío García, Nathaly y Mazo Zea, Rodrigo (2011)
“Estrés académico”
Revista de Psicología. Vol. 3, No. 2.
Universidad de Antioquía.
<http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/psicologia/article/view/11369/10646>

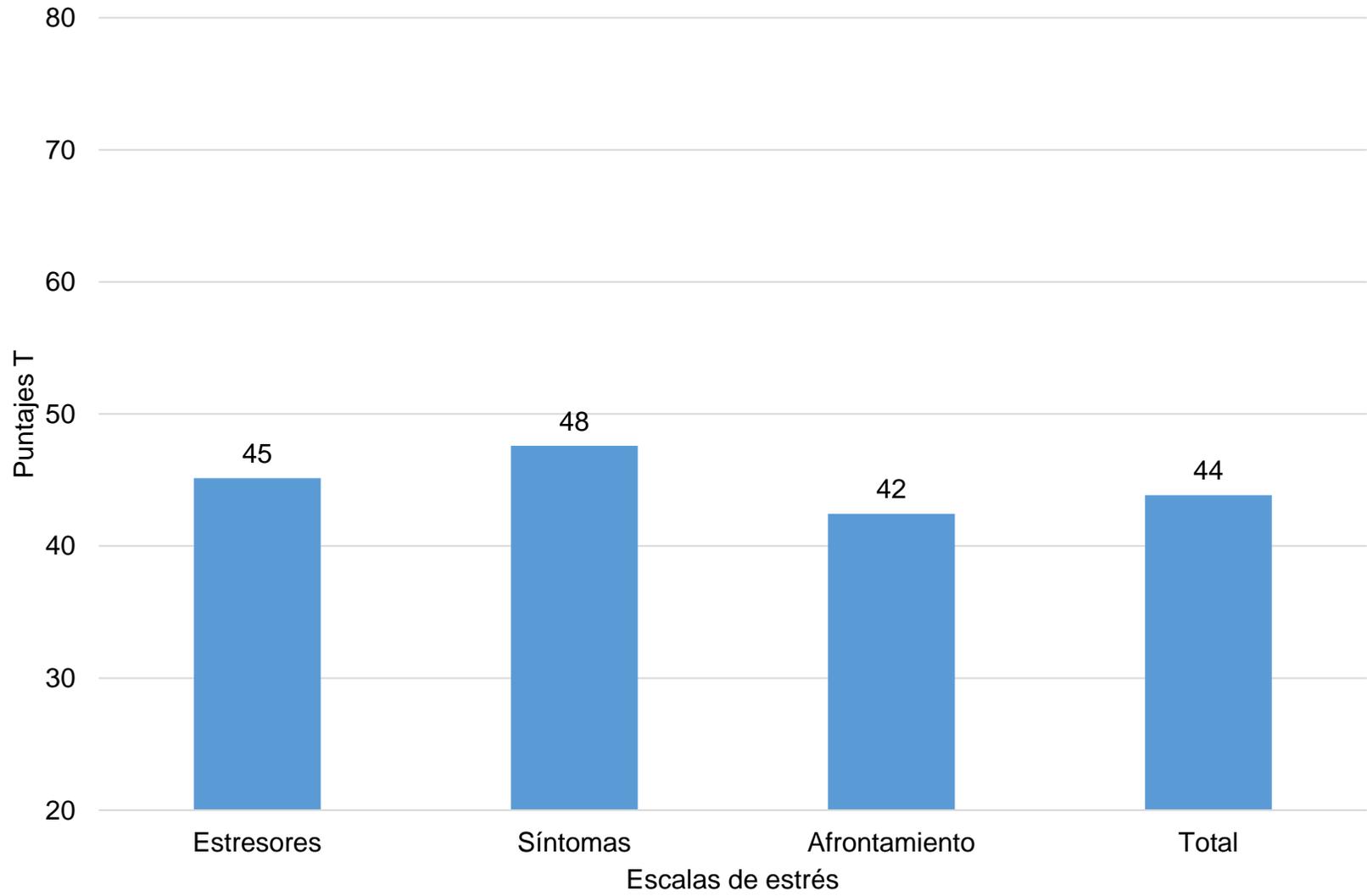
Méndez, Gabriela; Guamán, Marco; Sigüenza, Wilson y Espinoza, Antonio (2018)
“Estudio descriptivo de los sucesos de vida estresores en adolescentes”
Revista de la Universidad Internacional del Ecuador. Vol. 3, No. 6, Págs. 40-52.
<http://revistas.uide.edu.ec/index.php/innova/article/view/547/691>

Román Collazo, Carlos Alberto; Hernández Rodríguez, Yenima y Escuela Latinoamericana de Medicina Cuba (2011)
“El estrés académico: una revisión crítica desde las ciencias de la educación”
Revista electrónica de Psicología Iztacala. Vol. 14, No. 2.
Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios superiores Iztacala.
<https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/>

<http://www.udv.edu.mx/secundaria.html>

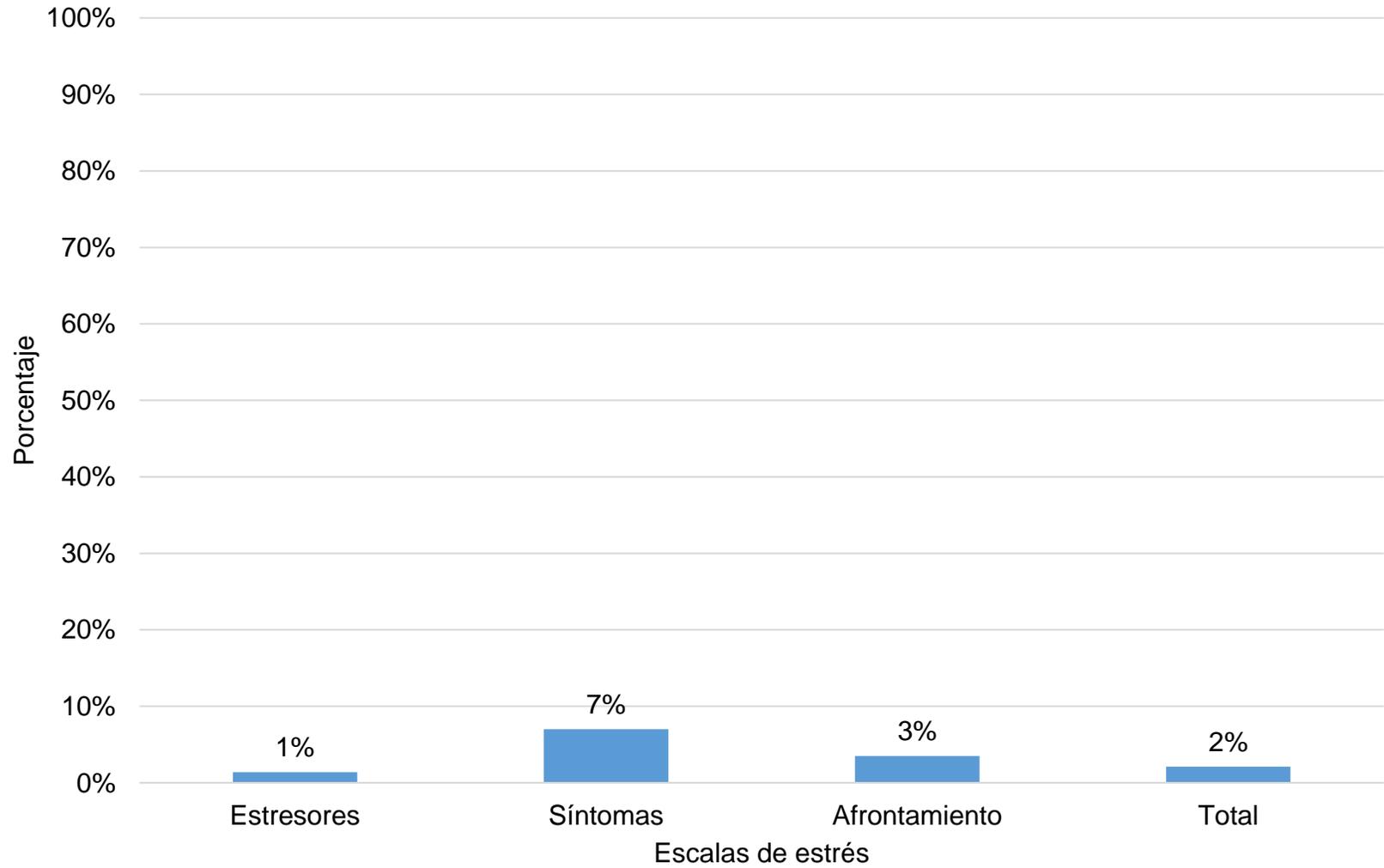
ANEXOS

Anexo 1
Media aritmética de las escalas de estrés

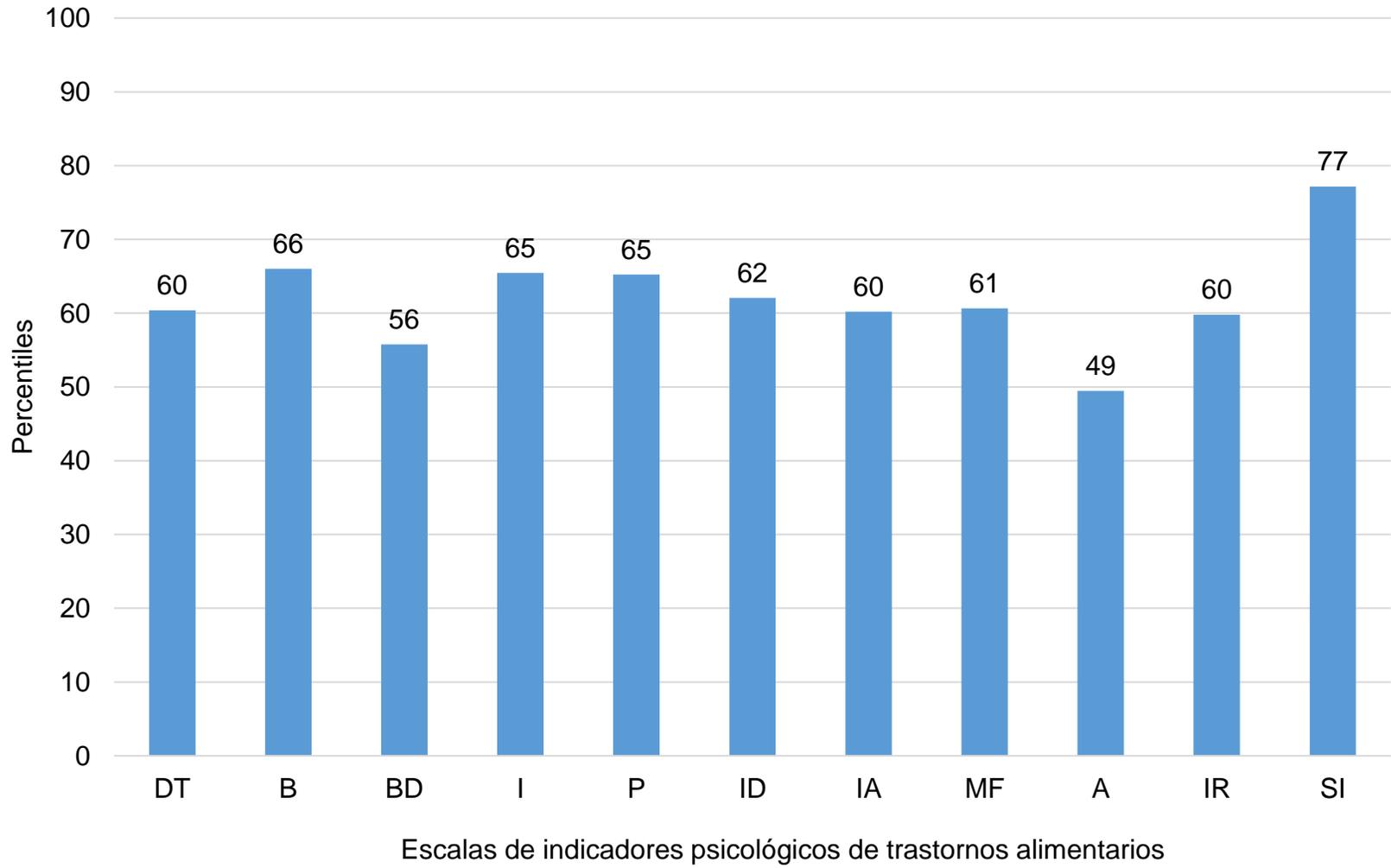


Anexo 2

Porcentaje de sujetos con puntajes preocupantes en las escalas de estrés

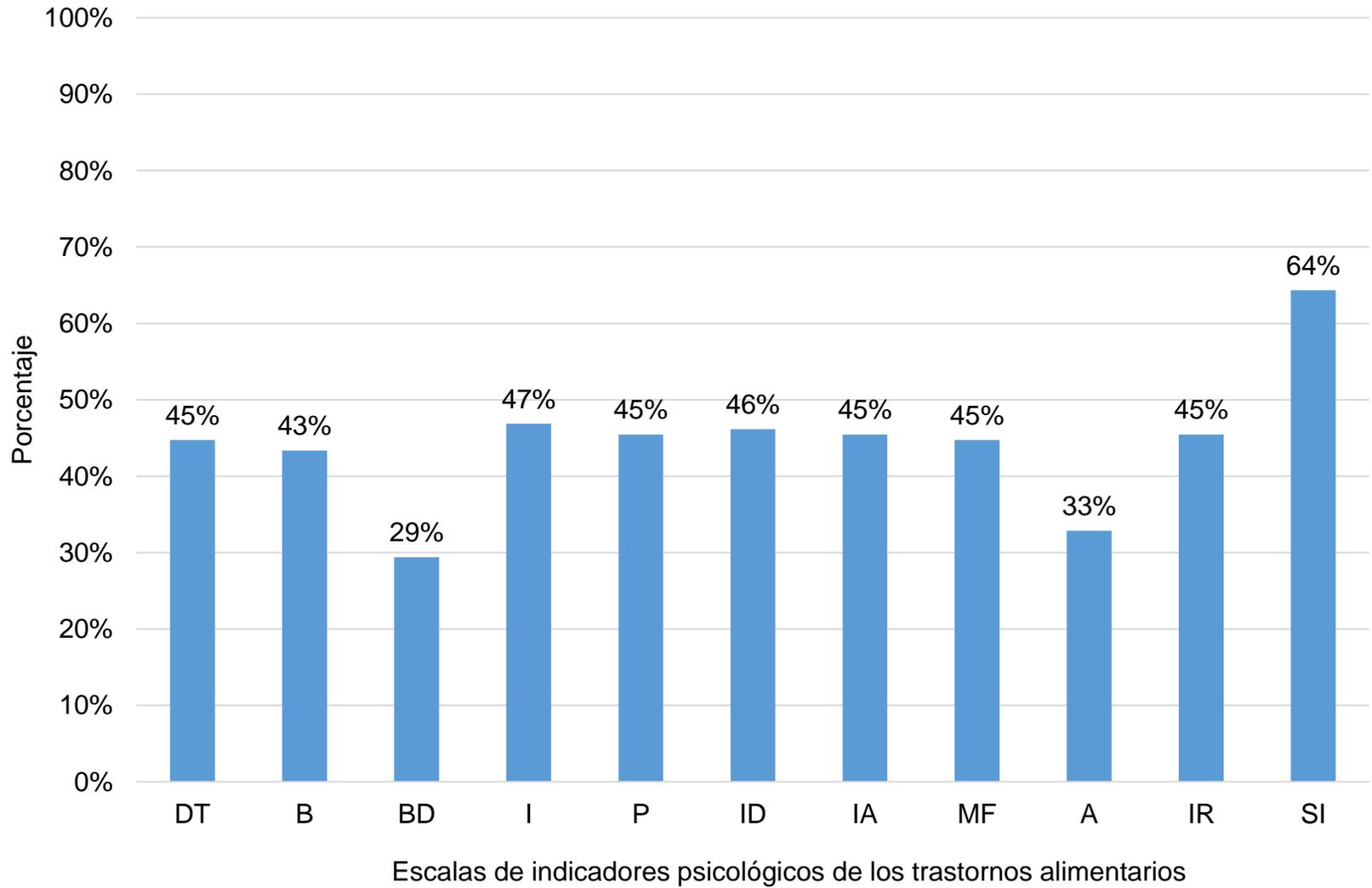


Anexo 3
Media aritmética de los indicadores psicológicos de los trastornos
alimentarios



Anexo 4

Porcentaje de sujetos con puntajes preocupantes en trastornos alimentarios



Anexo 5
Correlación entre el nivel de estrés y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios

