



UNIVERSIDAD
DON VASCO, A. C.

UNIVERSIDAD DON VASCO, A.C.

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

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

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

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

BERTHA ALICIA SANCHEZ MENDEZ

ASESOR: LIC. JOSE DE JESUS GONZALEZ PEREZ

URUAPAN, MICHOACÁN. A 4 DE NOVIEMBRE DE 2021.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

Introducción.

Antecedentes	1
Planteamiento del problema	6
Objetivos	7
Hipótesis	8
Justificación	10
Marco de referencia	11

Capítulo 1. El estrés.

1.1 Antecedentes históricos del estrés.	13
1.2 Tres enfoques teóricos del estrés.	18
1.2.1 Estrés como respuesta	18
1.2.2 Estrés como estímulo.	19
1.2.3 El estrés como interacción persona-entorno	20
1.3 Concepto de estrés	22
1.4 Agentes estresores	23
1.4.1 Estresores psicosociales	23
1.4.2 Estresores biogénicos.	26
1.5 Procesos del pensamiento que propician el estrés.	27
1.6 Moduladores del estrés	29
1.6.1 Control percibido.	30

1.6.2 Apoyo social	30
1.6.3 Tipo de personalidad	32
1.6.3.1. Personalidad tipo A y problemas cardiacos	35
1.7 Los efectos negativos del estrés	36

Capítulo 2. Indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios.

2.1 Antecedentes históricos de la alimentación.	39
2.2 Definición y características clínicas de los trastornos alimentarios	40
2.2.1 Anorexia nerviosa	42
2.2.2 Bulimia nerviosa	43
2.2.3 Obesidad	45
2.2.4 Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas.	45
2.2.5 Vómitos en otras alteraciones psicológicas	45
2.2.6 Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia	46
2.3 Esfera oroalimenticia en el infante	49
2.3.1 Organización oroalimenticia	50
2.3.2 Alteraciones en la esfera oroalimenticia	51
2.4 Perfil de la persona con trastornos de alimentación	52
2.5 Causas del trastorno alimenticio	55
2.5.1 Factores predisponentes individuales	56
2.5.2 Factores predisponentes familiares	58
2.5.3 Factores socioculturales	59
2.6 Percepción del cuerpo en el trastorno alimenticio	59
2.7 Factores que mantienen los trastornos alimenticios	60

2.8 Trastornos mentales asociados a los trastornos alimenticios	62
2.9 Tratamiento de los trastornos alimenticios	64

Capítulo 3. Metodología, análisis e interpretación de resultados.

3.1 Descripción metodológica	67
3.1.1 Enfoque cuantitativo.	68
3.1.2 Investigación no experimental	70
3.1.3 Diseño transversal	71
3.1.4 Alcance correlacional	71
3.1.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	72
3.2. Población y muestra	75
3.2.1. Descripción de la población	76
3.2.2. Descripción de tipo de muestreo	77
3.3 Descripción del proceso de investigación.	78
3.4 Análisis e interpretación de resultados.	79
3.4.1 El nivel de estrés en la población de estudio.	80
3.4.2 Indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en la población de estudio.	82
3.4.3 Relación entre el nivel de estrés y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios.	87
Conclusiones	92
Bibliografía	94
Hemerografía	96

Anexos.

INTRODUCCIÓN

En el presente documento se analiza la relación entre el nivel de estrés y los trastornos alimentarios, tomando como escenario una escuela de educación secundaria de sostenimiento público. Como primer asunto, se exponen enseguida los elementos contextuales necesarios para el lector.

Antecedentes

El concepto de estrés se remonta a la década de 1930, cuando un joven austriaco de 20 años de edad, estudiante de segundo año de la carrera de medicina en la universidad de Praga, Hans Selye, observó que todos los enfermos a quienes estudiaba, indistintamente de la enfermedad que padecían, presentaban síntomas comunes y generales: cansancio, pérdida del apetito, baja de peso, astenia, entre otros síntomas inespecíficos (referido por Sánchez, 2007).

Este término es de origen anglosajón y significa “tensión”, “presión”, “coacción”. Así, por ejemplo, “to be under stress” se puede traducir como sufrir una tensión nerviosa. El término estrés “se lo emplea para hacer referencia a una gama muy amplia de experiencias, por ejemplo, nerviosismo, tensión, cansancio, agobio, inquietud y otras sensaciones o vivencias similares” (Caldera y cols., 2007, p. 78).

Por otra parte, la palabra anorexia (del vocablo griego anorektous) se ha conocido desde siempre como sinónimo de falta de apetito, aunque posteriormente se ha demostrado que, en la enfermedad conocida como anorexia nerviosa, no existe dicha carestía, sino que es una negación a comer con el objetivo de no engordar. Por tanto, se trata de un trastorno socio-psico-biológico (Toro y Vilardell, citados por Zagalaz y cols., 2002).

La delgadez se ha convertido en una meta para algunas mujeres, cada vez más jóvenes, y también para algunos hombres. En ese afán, sacrifican horas enteras dedicadas al ejercicio físico para conseguir adelgazar, se someten a dietas rigurosas y terminan desarrollando una verdadera obsesión por obtener dicha silueta. Eso ocurre con las anoréxicas, haciéndose dependientes de esta apariencia, por lo que pueden llegar a morirse de hambre (Edelstein, citado por Zagalaz y cols., 2002).

En el mismo sentido, Toro define la anorexia nerviosa como un trastorno del comportamiento alimentario caracterizado por una pérdida significativa del peso corporal (mencionado por Zagalaz y cols., 2002).

García Rodríguez, por su parte, la define como la fobia a la obesidad, con un deseo irracional de estar delgado y unas alteraciones del control de la ingesta, acompañada de una grave perturbación secundaria de la mente con importantes alteraciones de la esfera familiar y social (retomado por Zagalaz y cols., 2002).

Según Zagalaz y cols. (2002), la bulimia está relacionada en la mayoría de sus casos con la anorexia, dentro de la cual describen a quienes la padecen como comedoras convulsivas, que se provocan el vómito tras la ingesta para acallar su conciencia que las demanda mantenerse delgadas.

Según la definición actual, los llamados trastornos de la alimentación son perturbaciones de la conducta que tienen relación con la alimentación y se conocen también como desordenes o trastornos del comer, de la ingesta, alimenticios o de la conducta alimentaria. Entre dichos trastornos (síndrome de Gourmet, trastorno nocturno de alimentación, pica, comedores compulsivos, síndrome de Prader- Willy) los más importantes por la gravedad que conllevan son la anorexia y bulimia nerviosas, según refieren Zagalaz y cols. (2002)

De acuerdo con Behar y Valdés (2009), los eventos estresantes habitualmente precedían la aparición de los TCA, determinando la existencia de un estrés crónico severo en estos casos. Las pacientes bulímicas presentaban más conflictos interpersonales que las anoréxicas. El inicio de la bulimia nerviosa se ha asociado con pérdidas y separaciones de figuras significativas, problemas interpersonales con la familia y amistades, desequilibrios de salud y amenazas al bienestar físico. En el mismo sentido, la anorexia nerviosa en adolescentes tiende a desarrollarse en condiciones tales como baja autoestima, perfeccionismo y conflictos interpersonales.

La investigación a la que se hace referencia fue realizada en el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Valparaíso, en Chile. Se realizó la indagación tomando como sujetos de estudio a personas de entre 15 y 43 años de edad, se

utilizaron dos tipos de tratamiento: farmacológico y psicoterapéutico; se dividieron en dos grupos, por lo que utilizaron IMC (Índice de Masa Corporal) y un cuestionario basado en los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR para TCA, con el fin de descargar o confirmar la presencia de esta patología.

Para dar a conocer los resultados obtenidos, es necesario mencionar la descripción de la población: con respecto a la escolaridad, de los 50 pacientes con TCA, 3 (6%) poseen estudios técnicos, 12 (24%) enseñanza media y 35 (70%) universitarios. En cuanto al estado civil, solo 2 (4%) de las pacientes eran casadas y 48 (96%) solteras.

En relación con el comportamiento de las variables evaluadas, los promedios de las variables edad, peso, talla e IMC entre grupos TCA y control, no presentaron diferencias estadísticamente significativas. En cuanto a los factores que influyen en predecir el desarrollo de TCA, solo el factor EAT-40 lo hace significativamente ($p=0,046$).

La siguiente investigación examina la prevalencia y factores asociados a las conductas alimentarias de riesgo en adolescentes escolares de Guadalajara según sexo. Los objetivos utilizados se orientaron a determinar la prevalencia y factores asociados a conductas alimentarias de riesgo (CAR) en adolescentes según sexo.

El estudio fue realizado en la Universidad de Guadalajara y en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramon de la Fuente Muñiz, por Nuño y cols. (2009). Se realizó a estudiantes de primer año de bachillerato de una preparatoria pública. Se

evaluaron las variables de autoestima, impulsividad, síntomas depresivos, ideación suicida, recreación, locus de control, relación con padre/madre y estrés.

El estudio se basó en un diseño transversal analítico, con escalas válidas y estandarizadas. El cuestionario desarrollado fue basado en los criterios diagnósticos del DSM-IV.

Según los resultados de lo anterior, la prevalencia de CAR es de 7.2%; 2.8% para hombres y 10.3% para mujeres. En los hombres en los análisis de riesgo, retuvieron asociación, impulsividad, síntomas depresivos, ideación suicida y estrés. Después del análisis multivariado, solo depresión y estrés retuvieron asociación. En las mujeres, retuvieron asociación impulsiva, síntomas depresivos, ideación suicida y estrés.

Finalmente, en lo que concierne a la institución en que se realizó el presente estudio, no han tenido mayores alcances en cuanto a esta situación de estrés y trastornos alimentarios; no obstante, mencionaba la directora que lo que sí ha sido notorio es un poco de desnutrición en los alumnos y el exceso de consumo de comida chatarra, por lo que han empleado un nuevo sistema en la cooperativa, que consiste en vender solamente productos saludables.

Planteamiento del problema

En la actualidad, el estudio del estrés es importante, ya que constituye un problema que afecta significativamente a la sociedad en general. Asimismo, los trastornos alimentarios también son un factor importante a estudiar, ya que es un problema grave que afecta al ser humano en cualquier etapa, especialmente en la adolescencia.

Adicionalmente, es necesario indagar y dar a conocer cuál es la relación entre los indicadores de los trastornos alimentarios y el estrés. Se conoce que este es un factor que afecta a la sociedad, especialmente a los adolescentes, pero no existe la certeza de que esto sea verdad o de que sea la causa de los trastornos alimentarios, por lo que se investigará el posible vínculo entre estas dos variables.

Se sabe que el estrés afecta a todos, pero no se sabe en qué grado, por eso se indagará para conocer qué tan verídico es este planteamiento, así que este estudio se enfocará en alumnos del nivel de secundaria, donde se presentan mayores síntomas de dichas variables, para analizar si realmente existe una relación entre estrés y factores de los trastornos alimentarios.

Por todo lo anterior, la pregunta que guiará el presente estudio es: ¿Existe una relación estadísticamente significativa entre el nivel de estrés y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en los alumnos de la Escuela Secundaria Federal Urbana No. 4, “Emiliano Zapata” (ESFU 4)?

Objetivos

En el presente estudio, fue necesario, para regular las tareas inherentes, establecer ciertas directrices, las cuales se enuncian a continuación.

Objetivo general

Determinar la relación que existe entre el nivel de estrés y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en los alumnos de la ESFU 4.

Objetivos particulares

1. Definir el concepto de estrés.
2. Examinar los enfoques teóricos sobre el estrés.
3. Especificar los indicadores del estrés.
4. Conceptualizar trastornos alimentarios.
5. Identificar los distintos tipos de trastornos alimentarios.
6. Mencionar las causas de los trastornos alimentarios.
7. Medir el nivel de estrés que presentan los alumnos de la ESFU 4.
8. Valorar el nivel en que se presentan los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en la población a estudiar.

Hipótesis

A partir del objetivo general y del alcance metodológico de la presente indagación, se formularon dos explicaciones provisionales sobre el problema de estudio, las cuales se indican enseguida. Cabe mencionar que una de ellas se comprobó al final de la recolección y tratamiento de los datos de campo.

Hipótesis de investigación

Existe una relación estadísticamente significativa entre el nivel de estrés y los indicadores de los trastornos alimentarios en los alumnos de la ESFU 4.

Hipótesis nula

No existe una relación estadísticamente significativa entre el nivel de estrés y los indicadores de los trastornos alimentarios en los alumnos de la ESFU 4.

Operacionalización de las variables

Según Hernández y cols. (2014), una variable es una propiedad que puede fluctuar y cuya variación es susceptible de medirse u observarse. La operacionalización de variables se refiere al conjunto de procedimientos que describe

las actividades que un observador debe realizar para recibir las impresiones sensoriales.

Por lo tanto, para medir el estrés y los trastornos alimentarios, fue necesario utilizar las siguientes pruebas psicométricas:

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

Por otra parte, el nivel de estrés será obtenido a través de los resultados estandarizados del inventario SISCO de estrés académico, de Barraza (2007). Este es un instrumento de autoinforme que 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.

Los factores que evalúa son: la percepción de los estresores por parte del estudiante, los síntomas del estrés y las estrategias de afrontamiento. Al final, se obtiene una puntuación total producto de las tres subescalas.

Justificación

La siguiente investigación beneficiará directamente a alumnos de educación secundaria, debido que se podrá identificar si el estrés es un factor que los afecta directamente en cuanto a los trastornos alimentarios y cuáles son los indicadores psicológicos que presentan ante situaciones como estas.

A la institución, en especial, le permitirá identificar a los alumnos con este tipo de situaciones de estrés y trastornos alimentarios, así como analizar si existe realmente una relación entre estas dos variables, para que haya correcta evaluación y así se tomaran las medidas necesarias para solucionar este problema.

Esta investigación también será de utilidad para los profesores de la institución ya que sabrán tomar las medidas necesarias si los alumnos presentan dificultades para permanecer en clase, concentrados y con ganas de participar, de manera que haya un mejor resultado en el aprendizaje del alumno.

Para los directivos resultara muy benéfico, ya que podrán obtener mayores resultados en cuanto al nivel académico de la institución. Esto traerá mayores resultados para los alumnos ingresados en ella, por los resultados académicos que se mejorarán.

Los padres de familia son una clave importante, ya que ellos son en ocasiones los más afectados con esta situación de estrés y trastornos alimentarios en sus hijos, por ende, cabe mencionar que, demostrando los factores ante dicha situación, se

podrán más fácilmente tomar las medidas necesarias y los hábitos de alimentación, así como también la rutina.

Marco de referencia

La presente investigación se realizó en la Escuela Secundaria Federal Urbana No.4 “Emiliano Zapata”, la cual es una institución pública, que no ejerce ninguna religión en particular, por lo tanto, es una escuela laica.

La misión de la institución es “lograr que nuestra institución educativa consiga potenciar y consolidar los conocimientos, habilidades, destrezas y valores en cada estudiante que le permitan enfrentar los retos de su vida futura, aspectos de la formación integral de los educandos”.

Por lo tanto, la visión que se desarrolló en la Escuela Secundaria Federal Urbana “Emiliano Zapata”, tiene la aspiración de ser una institución transformadora, de innovación y mejora, implica mayor eficiencia al término de este y cada ciclo escolar, así como conducirse con excelentes apoyos de tipo cognitivo-pedagógico, social, psicológico, armónico y fraterno para lograr en los egresados, un perfil acorde a las exigencias del siguiente nivel académico.

En ella también tienen un gran apego a los valores: “En nuestra institución, se considera que los valores universales son muy determinantes y esenciales, incluso aún más importantes que la adquisición de habilidades y destrezas. Con un sentido

humanista, hacemos énfasis en la honestidad, la verdad, el respeto, la tolerancia, el amor y la responsabilidad”.

Los fundamentos educativos de esta secundaria están basados en el Artículo 3º Constitucional y en la Ley Federal de Educación. Se sustentan en los planes y programas de la SEP y el calendario escolar que la misma emite.

La ubicación de la institución es en la colonia Emiliano Zapata, calle Plan de Ayala s/n. Tiene una antigüedad de 35 años y atiende a dos clases de población: urbana y rural, aunque en su mayoría son de la primera. Está conformada en un aproximado de 700 alumnos y 42 docentes, algunos de ellos con Licenciaturas en Pedagogía u otras, en su mayoría son egresados de la Normal Superior y tres con Maestría en Educación. Cabe mencionar la infraestructura de dicha institución, está formada de cuatro edificios, dos canchas deportivas, tres áreas verdes y cuatro oficinas.

CAPÍTULO 1. EL ESTRÉS

En el presente capítulo se hablará sobre los problemas de estrés, sus antecedentes históricos, los diferentes tipos de estrés y algunos tratamientos para este problema, así como se mencionará algún diagnóstico para los afectados por dicha variable.

1.1 Antecedentes históricos del estrés.

Como primera tarea, resulta conveniente definir la variable del presente capítulo. Según Sánchez (2007) la palabra “estrés” proviene del latín *stringere*, que significa presionar, comprimir y oprimir. Posteriormente, este término empezó a utilizarse en la física y la metalurgia para referirse a la fuerza que se aplica a un objeto y mediante la cual es posible deformarlo o romperlo.

En el siglo XVII, el estrés consiguió su primera importancia técnica cuando un prominente físico y biólogo, Robert Hooke (referido por Lazarus y Lazarus, 2002), intentó ayudar a los ingenieros a diseñar estructuras hechas por el hombre. Por ejemplo, los puentes deben soportar cargas pesadas y resistir las embestidas de los vientos, terremotos y otras fuerzas de la naturaleza, que los podrían destruir. Una de las importantes tareas de ingeniería es diseñarlos de manera que puedan resistir esas cargas. El análisis de Hooke influyó mucho en la manera de definir la tensión en fisiología, psicología y sociología.

El estrés en las personas se maneja como los metales, por ejemplo: el hierro forjado es suave, flexible y fácil de trabajar, se dobla, pero no se rompe; por el contrario, el hierro fundido es duro y quebradizo, se rompe con facilidad. Así que se tenía que utilizar el tipo de metal adecuado para el tipo de carga que tendría que soportar.

Fue una idea que resultó también práctica para los psicólogos, por lo que la capacidad de los metales de soportar cargas es como la capacidad de los individuos para tolerar el estrés. En el caso de las personas, se utiliza la palabra resistencia o, por lo contrario, vulnerabilidad.

Cabe mencionar que el cuerpo humano es un gran promotor de fuerza, por lo que logra soportar grandes cantidades de estrés, lo cual también llega a generar graves problemas en el organismo si no se sabe controlarlo.

Bernard (citado por Sánchez, 2007) demostró que la naturaleza provee genéticamente a los seres vivos de mecanismos para enfrentar las contingencias del ambiente externo. Por lo tanto, descubrió que cualquier cambio externo en el ambiente puede perturbar al organismo, sus investigaciones plantean un concepto clave: La estabilidad del medio ambiente interno es la condición indispensable para la vida libre e independiente. Desde este punto de vista se determinaría el proceso

de sobrevivencia por una interacción entre el ambiente externo y los mecanismos biológicos internos que posee el organismo.

Los planteamientos antes mencionados por Bernard fomentan una característica de la vida: la facultad dinámica de adaptación al cambio. Por lo que se enfocó en estudiar las consecuencias de la alteración del equilibrio en el organismo al someterlo a presiones externas. Mas tarde, Selye (citado por Sánchez, 2007) definiría esto como “estrés”.

Según Bernard, los principios fueron ampliados durante la primera mitad del siglo XX por el fisiólogo estadounidense Walter Bradford Cannon, quien bautizó al “estado dinámico” con el nombre de “homeostasis” y demostró que el cuerpo se podía adaptar para enfrentarse a peligros externos importantes (retomado por Sánchez, 2007).

Por otro lado, Cannon sentó las bases para los trabajos de Selye, por lo que descubrió un par de años antes que este, que cuando un organismo experimenta miedo o se enfrenta a una emergencia su cerebro responde activando el sistema nervioso simpático. En 1992, Cannon propuso el término “homeostasis” para designar los procesos fisiológicos coordinados que mantienen constante el medio interno mediante numerosos mecanismos fisiológicos. Insistió sobre todo en la función del sistema nervioso central en el control en el control de la homeostasis y en la descarga de adrenalina por las glándulas medulosuprarrenales, como mecanismo

del cerebro frente a una señal de amenaza a la homeostasis, la cual se produce cuando se percibe alguna agresión (citado por Sánchez, 2007).

Cannon planteo que los eventos inesperados que provocan emociones pueden desencadenar una respuesta de “ataque o fuga” lo cual permitió identificar la relación entre lo psicológico y lo biológico (mencionado por Sánchez, 2007).

El estudio científico del estrés fue iniciado por el austriaco-canadiense Hans Selye, cuyas investigaciones le permitieron identificar una reacción inespecífica, fisiológica, adaptativa frente a cualquier impacto ejercido sobre el organismo por una amplia gama de estímulos heterogéneos, que provocan variaciones de tipo endocrino. A esta reacción se le llama “síndrome general de adaptación”, por lo que más tarde, ante la Organización Mundial de la Salud, definió el estrés como “la respuesta no específica del organismo a cualquier demanda del exterior”, mientras que al estímulo causante del estrés lo denominó “estresor” (retomado por Sánchez, 2007).

Esta reacción es una preparación normal del organismo para el enfrentamiento o para la huida y provoca las siguientes reacciones: las pupilas se agrandan para mejorar la visión y el oído se agudiza; los músculos se tensan para responder a la amenaza, y las frecuencias cardiaca y respiratoria aumentan, de manera que la sangre es bombeada en forma más abundante y rápida para aumentar la llegada de oxígeno a las células y favorecer las respuestas al peligro.

Con esa misma finalidad, la sangre es enviada a áreas prioritarias, como el corazón, los pulmones, los riñones, el hígado, los músculos grandes y el cerebro, mientras que, en algunas áreas menos prioritarias, como la digestión y la circulación periférica, el flujo disminuye en forma drástica. Es un mecanismo programado por la naturaleza para así poder enfrentar el peligro.

Durante la Primera Guerra Mundial, las crisis emocionales se explicaban desde una perspectiva neurológica, en lugar de psicológica. Eran atribuidas a conmoción por proyectiles, lo que implicaba la vaga, pero errónea idea de que la presión producida por el ruido de los que estallaban podía producir daños al cerebro. Posteriormente, durante la Segunda Guerra mundial, surgió un gran interés por el estrés porque los soldados muchas veces se desmoronaban emocionalmente durante un combate militar. A esta crisis muchas veces se le llamaba “fatiga de combate” o “neurosis de Guerra”, lo que ya implicaba una explicación psicológica.

Los líderes militares también estaban preocupados por la gran proporción de hombres que tenían que ser elevados de sus deberes militares debido a trastornos por estrés; querían saber cómo seleccionar a hombres más resistentes al estrés y como entrenarlos para que lo supieran manejar de manera eficaz.

Después de la Segunda Guerra Mundial, el estrés también era aplicable a muchas situaciones de la vida cotidiana, como el matrimonio, el crecimiento, asistir a la escuela, aprobar un examen o enfermarse (Lazarus y Lazarus, 2002).

1.2 Tres enfoques teóricos del estrés.

Al estudiar el estrés, los investigadores se han centrado en una de las tres perspectivas siguientes:

1. El estrés como variable dependiente, es decir, como respuesta. En esta óptica, los investigadores se centraron en el estrés como reacción ante unos estímulos, como podrían ser una situación o ambientes molestos: por ejemplo, los turnos laborales. Esto ocasionará reacciones en el área fisiológica, psicológica o conductual.
2. El estrés como variable independiente, es decir, como estímulo. Los investigadores se han centrado en el estrés como un agente externo al individuo.
3. El estrés como variable interviniente, es decir, el enfoque interactivo. Aquí se subraya la importancia de cómo los individuos perciben esas situaciones y su modo de reaccionar ante ellas.

En el presente apartado se describen las tres perspectivas teóricas que se manejan para explicar el fenómeno del estrés.

1.2.1 Estrés como respuesta

Travers y Cooper (1996, p. 29), retomando a Fisher, mencionan que “se puede deducir que una persona se ha visto expuesta a condiciones interesantes si manifiesta índices de tensión”. Lo más importante dentro del presente modelo es la misma manifestación que presenta la persona, ya que es muy evidente cuando está bajo presión, esfuerzo o tensión, así que la respuesta ante el estrés puede ser de manera psicológica, fisiológica y/o conductual.

1.2.2 Estrés como estímulo

De acuerdo con Travers y Cooper (1996), las diversas características ambientales que causan conflicto influyen sobre la persona, lo cual provoca diversos cambios. Mencionan también que la metodología que se emplea en este enfoque suele darse en la identificación de los estímulos potencialmente estresantes: presiones ambientales, sociales, psicológicas, físicas y económicas, así como desastres naturales.

La forma que se considera este fenómeno psicológico va relacionada con la salud y la enfermedad con algunas condiciones presentes en el entorno de la persona, tales como el ruido; sociales, como el racismo; de igual manera, las psicológicas y aquí entra la depresión; físicas como alguna discapacidad; económicas como la pobreza y, por último, los desastres naturales, como son algunas inundaciones o terremotos (Holmes y Rahe, referidos por Travers y Cooper, 1996, p. 31).

Retomando a Travers y Cooper (1996), cada individuo posee un nivel de tolerancia que es superable, y que pueda provocarle daños temporales o permanentes. Los autores subrayan el hecho de que un individuo está expuesto siempre a infinidad de presiones y puede dominarlas con bastante infinidad, si bien con un suceso insignificante puede desequilibrar la balanza entre una actitud de resolución y un completo rendimiento potencial.

Travers y Cooper (1996, p. 32), retomando a Seyle, mencionan “que no podemos asumir que el término y el concepto de estrés sean automáticamente negativos, ya que podemos considerarlo un estimulante y es un rasgo vital”. Dicho autor clasifica el estrés como positivo, definiéndolo como eustrés, y el negativo como distrés; así como el hiperestrés que es un exceso de estrés y un defecto de estrés como hipoestrés.

1.2.3 El estrés como interacción persona-entorno

Travers y Cooper (1996, p. 32), citan Pearlin para sugerir que “el estrés no es un suceso, sino un proceso complejo, variado y desafiante a nivel intelectual”. Por lo tanto, se considera que el estrés psicológico es como una exigencia del entorno o como una reacción a este. Entre otras palabras, el entorno no es estresante, sino que es la relación entre este y la persona lo que puede dar lugar a una experiencia estresante; tiene lugar en el punto en el que la magnitud de los estímulos estresantes

supera la capacidad que tiene el individuo de resistirlos. Una persona, para poder controlar la experiencia del estrés, puede intentar alterar su entorno o aprender las formas de modificar su forma de reaccionar frente una situación concreta.

Lazarus y Lazarus (2000) mencionan que un acontecimiento se considera estresante para el individuo cuando lo interpreta de forma fenomenológica.

Al respecto, Travers y Cooper (1996, p. 33) citan a Fisher para constatar que “los estados o estructuras mentales determinan la presencia o ausencia del estrés”. Esto quiere decir que lo importante es la percepción que tiene cada individuo de un estímulo estresante y no la existencia objetiva de este. Por lo tanto, el estrés se considera como un concepto dinámico y relacional, en el cual se produce una interrelación constante entre la persona y su entorno, que está mediada por los siguientes complejos de procesos cognitivos:

- 1) Valoración cognitiva: la percepción subjetiva de la situación que conduce a la experiencia.
- 2) Experiencia: se considera como el refuerzo a lo anterior, como son éxitos o fracasos pasados, es decir, que la persona tiene familiaridad con la situación.
- 3) Exigencia: se incluye en conjunto con la capacidad de la persona, así como con la exigencia real y la percibida. Dicha percepción es reforzada para sus propias necesidades, deseos y su nivel de estimulación inmediata.

- 4) Influencia interpersonal: la forma en la que la persona percibe una fuente potencial de estrés depende en gran medida de la presencia o ausencia de otras personas, que influirían en la experiencia subjetiva del estrés y en las conductas de respuesta.
- 5) Un estado de desequilibrio: se presenta cuando existe falta de armonía entre la exigencia que se percibe y la capacidad asumida para superar esa demanda, por lo tanto, se generan estrategias de superación, las cuales toman en cuenta las consecuencias pasadas de tales acciones.

1.3 Concepto de estrés

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

El concepto integrador de estrés, mencionado por Lazarus (en Trianes, 2002) es:

...la existencia de una demanda, la percepción de esa demanda como amenaza, pérdida o daño. Por lo que también el sujeto no dispone de recursos suficientes, mantiene una presencia de emoción negativa. También suele presentar cierto peligro de inadaptación o desajuste psicológico. (p. 21)

1.4 Agentes estresores

El estrés es considerado como un sinónimo de cambio, por lo que “cualquier situación que provoca un cambio en las rutinas es causa de estrés, ya que puede ser un cambio positivo o negativo, ambos son estresores” (Palmero y cols., 2002, p. 424). De esta manera, también se llama estresores a los cambios imaginarios, denominados preocupaciones.

1.4.1 Estresores psicosociales

Palmero y cols. (2002) citan a Lazarus y Folkman para exponer que el estrés es una relación particular entre la persona y el entorno, que es analizado como desbordante o amenazante de sus recursos, por lo tanto, pone en peligro su bienestar. Los estudios realizados sobre el estrés centrados en sus desencadenantes han concentrado su trabajo en sistematizar la taxonomía de los diferentes cambios significativos producidos en la vida de una persona. Estos cambios actúan como estresores tanto positivos como negativos, esto se da en función de la intensidad de los cambios que existen en la vida de la persona. Los autores hablan de tres tipos de acontecimientos estresantes:

- Cambios mayores o estresores únicos: se refiere a cambios extremadamente drásticos en la vida de una persona, tales como ser víctima de terrorismo o de violencia. Una de las características de este tipo de estresores es su capacidad para afectar a un amplio número de personas, aunque también se puede dar el caso de a una sola. El número de afectados no altera de forma significativa el grado perturbador de dichos acontecimientos.

- Cambios menores o acontecimientos vitales estresantes. Corresponden a cambios significativos y de trascendencia vital en las personas. Son circunstancias que pueden encontrarse fuera del control del individuo, como el caso de la muerte de un ser querido, una amenaza hacia la propia vida, una enfermedad incapacitante o la pérdida de un puesto de trabajo. Existe una serie de áreas en donde las personas tienen cambios de trascendencia vital y, por lo tanto, son altamente significativos:
 - La vida conyugal: el propio matrimonio, así como la vida extramatrimonial, la separación o la muerte de algunos miembros de la familia.
 - La paternidad: el ser padre o madre, mantener la relación con los hijos o las enfermedades de ellos.
 - Las relaciones interpersonales: tener problemas con amigos, vecinos, socios o hasta con los familiares.

- El ámbito laboral: se incluye tanto en el trabajo como la escuela y las tareas domésticas como, por ejemplo, estar jubilado, en paro o tener problemas en la escuela.
 - Las situaciones ambientales: tales como los cambios de residencia o inmigración.
 - El ámbito económico: cuando no se maneja adecuadamente la situación económica, las finanzas pueden bajar considerablemente y generar un cambio de estatus económico.
 - Las cuestiones legales: el hecho de estar en un proceso penal, ya sea por un conflicto o por problemas familiares.
 - Las lesiones o enfermedades somáticas: cuando se padece algún tipo de enfermedad, se sufre un accidente o se vive un proceso quirúrgico.
 - Otros tipos de estrés psicosocial: cuando se sufre una persecución, un embarazo no deseado o una violación.
 - En el caso de niños y adolescentes: podrían existir relaciones frías y distantes entre los padres, o de abierta hostilidad, trastornos mentales en los miembros de la familia, comportamiento frío y distante en las relaciones paterno-filiales, así como un débil o insuficiente control paterno al igual que la pérdida de miembros de la familia nuclear.
- Por último, se tienen los estresores cotidianos o microestresores: son alteraciones en las rutinas cotidianas, pero de alta frecuencia, pueden irritar o perturbar en un momento dado, aunque sean menos dramáticas que los

cambios mayores o menores. Se hace referencia a que dichos estresores como las responsabilidades domésticas, aspectos relacionados con la economía el trabajo, problemas ambientales y sociales, y mantenimiento del hogar, la salud o el hogar. Son fundamentalmente clasificados en dos grupos.

- Las contrariedades: situaciones que causan malestar emocional o demandas irritantes, como es el caso de sufrir un atasco de tráfico, perder algún objeto, mantener alguna discusión o tener problemas familiares.
- Las satisfacciones: experiencias emocionales positivas que disminuyen efectos a las contrariedades.

1.4.2 Estresores biogénicos.

Palmero y cols. (2002, p. 431), citan a Everly al señalar que “los estresores son sucesos medio ambientales reales o imaginarios que configuran las condiciones para elicitarse la respuesta de estrés”. La mayoría de los estresores que enfrentan las personas son de índole psicosocial, sin embargo, no son los únicos estresores que existen, ya que las personas están expuestas a otro tipo, que son los biogénicos. Estos no utilizan los mecanismos de valoración cognitiva ni actúan directamente a los núcleos activadores neurológicos y afectivos, e inician directamente la respuesta de activación del estrés sin el usual requisito del proceso cognitivo afectivo.

Entre ellos se pueden mencionar los siguientes puntos:

- Cambios hormonales en el organismo, como son en la pubertad; estas modificaciones hormonales son importantes causas de estrés, ya que el cuerpo cambia de forma, así como el tono de voz en los hombres y sus órganos sexuales comienzan a funcionar. El síndrome premenstrual en las mujeres representa una potencial causa de estrés en los días que anteceden a la menstruación. Otra causa de estrés es la que conlleva el postparto, dado que los niveles de hormonas cambian dramáticamente.
- Ingestión de sustancias químicas, tales como las anfetaminas, cafeínas o la nicotina.
- Por último, existe el tipo de estrés alérgico, que es fuente de grandes cambios de energía física y emocional por parte del sistema inmunológico, para luchar contra lo que el cuerpo considera peligroso.

1.5 Procesos del pensamiento que propician el estrés.

Powell (1998, p. 93), cita a Ellis para mencionar que “solo es posible lograr un equilibrio emocional mediante el ajuste del pensamiento, puesto que nuestros pensamientos o ideas producen nuestras emociones”. Es probable tener armonía emocional y un ajuste en la conducta si fuese puesto en duda el pensamiento irracional e irreal. El mencionado autor enumera las principales causas del pensamiento ilógico, algunas están conjugadas con el desarrollo de la ansiedad y otras orientadas a desarrollar una hostilidad.

La idea inicial planteada por dicho autor habla de obtener la aprobación de todas las personas y de tomar única y especialmente el amor de las pertenecientes a la comunidad: mientras más se haya esforzado el individuo en alcanzar metas y objetivos que no son probables, al no lograr cumplir sus objetivos, reacciona de una manera frustrante y con ansiedad. Por lo tanto, nadie podrá obtener jamás amor y aprobación universales.

Retomando al mismo autor, otra idea irracional es cuando la persona quiere establecer una competencia perfeccionista y exitosa en todo logro: dicha distorsión se maneja claramente con un objetivo difícil de alcanzar, solo puede arrojarla a un excesivo esfuerzo y un temor constante al fracaso. De esa misma manera, otra de las distorsiones es cuando las experiencias pasadas y los eventos en la vida han determinado el comportamiento de ese sujeto; las personas racionales conocen la importancia del pasado y de sus influencias, aunque es importante que la persona se analice por medio de reevaluación de las visiones de su propia vida (Powell, 1998).

Dando seguimiento a las distorsiones, otra de ellas se presenta cuando la persona cree que existe solo una solución perfecta para cada uno de sus problemas, por lo que, si no la encuentra, esto será desolador para él. En realidad, el fracasar no es un evento catastrófico, como se menciona; por lo contrario, de él se aprende y se crece. Las personas racionales saben que existen alternativas para saber sobrellevar

el problema, también se considera que existen problemas los cuales no se les encuentra solución, por lo que se debe aprender a vivir con ellos.

Otra de las distorsiones es que uno debería preocuparse por los problemas y las perturbaciones de los demás, esto significa una impaciencia excesiva por hacer los problemas de los demás como propios, las personas racionales hacen un juicio de la situación y tratan de hacer lo posible para ayudar a los que lo necesitan.

Las categorías mencionadas anteriormente son actitudes irracionales que causan problemas a las personas (Ellis, citado por Powell, 1998).

1.6 Moduladores del estrés

“El individuo hace uso de sus recursos personales y sociales para afrontar el estrés y las emociones” (Palmero y cols., 2002, p. 527). Son estilos de afrontamiento mediante los cuales el individuo utiliza estrategias que dependen de la situación. Existen factores, denominados moduladores, que determinan y predicen el proceso de estrés y sus consecuencias en cuanto a la salud. Los anteriormente mencionados son de carácter social y personal, este último mencionado son como las creencias, las competencias, la experiencia y los rasgos de personalidad. Estos moduladores existen y, aunque la persona no esté sometida a una situación estresante, pueden influir en ella siempre.

Como consecuencia de lo anterior, Vingerhoets y Marsellissen (citados por Palmero y cols., 2002) destacan los principales moduladores del estrés tales como los factores situacionales, de personalidad y socio-culturales. Algunos de estos son de condición social, tales como el apoyo y las pautas culturales que predisponen al estrés, mientras que otros son de carácter personal.

1.6.1 Control percibido.

“El impacto de las fuentes de estrés sobre el organismo depende al menos de la magnitud de la propia fuente y del control que se puede ejercer sobre este” (Palmero y cols., 2002, p. 528).

Al respecto, se realizaron trabajos sobre efectos fisiológicos diferenciales en el afrontamiento activo y pasivo y se destacaron algunos, por lo tanto, se demuestra que los efectos cognoscitivos motivacionales y emocionales negativos son por falta de control de la persona (Seligman, referido por Palmero y cols., 2002).

En el siguiente apartado se mencionará un estudio sobre la percepción de control sobre los niveles de cortisol, se menciona que cuando la persona tiene altos niveles de esta sustancia, se incrementa el nivel de glucosa y el metabolismo en general. Dicho estudio se realizó a los soldados durante la guerra, y para verificar o manifestar que el entrenamiento recibido les proporciono tener más estrategias de afrontamiento y altos niveles de percepción de control sobre la situación (Martínez – Sánchez, retomado por Palmero y cols., 2002).

1.6.2 Apoyo social

Se ha definido como “las provisiones instrumentales no expresivas, reales o percibidas, aportadas por la comunidad, las redes sociales y los amigos íntimos” (Cascio y Guillén, 2010, p. 189). Se comprenderá en este caso que el apoyo social es una fuente de recursos para hacer frente a las demandas, por lo tanto, existen dos tipos de hipótesis que no son mutuamente excluyentes:

La primera es la hipótesis del efecto indirecto o protector: menciona que, cuando las personas están expuestas a estresores sociales, estos solo tienen efectos negativos entre los individuos cuando los niveles de apoyo social son bajos. Según dicha hipótesis, cuando no existen estresores sociales, el apoyo social influye sobre el bienestar de las personas. En otras palabras, los recursos proporcionados por otros individuos pueden disminuir la percepción de amenaza de los estresores y así evitar la amenaza de estrés.

Por otro lado, la hipótesis del efecto directo o principal menciona que el apoyo social fomenta la salud y el bienestar de los individuos, por lo tanto, a mayor nivel de apoyo social menores serán los trastornos psicológicos, y a menor grado de apoyo social, mayor es la probabilidad de incidencia a los trastornos psicológicos (Cascio y Guillén, 2010, p. 190).

Por otra parte, Palmero y cols. (2002), recuerdan que el apoyo social radica en los recursos aportados de otros individuos hacia el mismo, y por lo general se entiende que un bajo nivel de apoyo social se relaciona con un incremento de vulnerabilidad de enfermedades físicas y mentales.

El apoyo social está relacionado con la salud, es decir, en reducir el impacto negativo de los sucesos y otros agentes estresores por medio de diferentes vías, una de ellas reducirá el impacto del estresor, por lo tanto, la otra ayudará al individuo a afrontar la situación estresora; por último, es posible reducir la experiencia de estrés cuando esta se haya producido. La incorporación de las personas en las redes sociales tiene sus beneficios tanto en la expresión del afecto, como en la percepción de control y la autoestima, todo esto ayuda favorablemente en mejorar la salud física y mental.

Por lo tanto, Spiegel y cols. (citados por palmero y cols., 2002) describen que el apoyo social en los últimos años ha aumentado en la supervivencia de pacientes con cáncer de mama, a su vez estos resultados se han mezclado recientemente y así incrementa la calidad de vida de las personas significativamente.

1.6.3 Tipo de personalidad

Travers y Cooper (1996) citan a Friedman y Rosenman, quienes mencionan que los conceptos de personalidad tipo A y tipo B se tratan de un conjunto de

actitudes, reacciones emocionales y modelos de conducta que tienen que ver con los pacientes que manifestaban enfermedades debidas al estrés.

“La personalidad de tipo A no es propiamente un rasgo, sino una serie de comportamientos abiertos que el individuo tiene que enfrentar ante una situación” (Travers y Cooper, 1996, p. 91).

Al retomar a Friedman y Roseman (citados por Travers y Cooper, 1996), mencionan que las reacciones emocionales de los pacientes con conductas de tipo A son un complejo de acción-emoción, por lo tanto, este patrón de conductas implica hostilidad, agresividad, competitividad y un sentido de la urgencia. También estas personas pueden tener características más evidentes como andar de prisa, tienen un lenguaje muy acelerado, movientes rápidos, con asentimiento de culpabilidad o inquietud cuando no están trabajando o cuando se relajan y, por lo general, son muy impacientes. Por ello, a los individuos de tipo A no les gusta que les impidan cuando tratan de cumplir sus objetivos de manera rápida.

La siguiente lista habla sobre como identificar a una persona con una personalidad de tipo A la cual está basada en Watts y Cooper (retomados por Travers y Cooper, 1996):

- Manifiestan impaciencia frente al ritmo de los acontecimientos y les resulta muy difícil no hablar rápidamente frente a los demás.

- Suelen decir las últimas palabras de cada frase con más rapidez que las primeras.
- Intentan hacer casi todo de manera rápida: comer, caminar y moverse.
- Normalmente procuran realizar varias acciones a la vez, tales como pensar en un tema distinto mientras escuchan a otra persona.
- Se les reconoce por su forma tan característica como gestos nerviosos, por lo regular tienen los puños cerrados y dan golpes en la mesa para enfatizar lo que dicen.
- Las conversaciones giran en torno a ellos y a las situaciones que les interesan; si esta estrategia no les funciona, entonces hacen como que escuchan los temas de los otros, cuando en realidad siguen preocupados por su propio tema.
- Regularmente se sienten culpables cuando intentan relajarse o no hacen nada durante unas cuantas horas.
- No perciben las situaciones más interesantes que suceden durante el día.
- Intentan organizar más tareas en menos tiempo, siempre tienen urgencia por realizar todo rápido.
- Son desafiantes con otras personas con el mismo tipo de personalidad.

Por otra parte, el estrés y la conducta de los de tipo A suelen mencionarse como sinónimos, por lo que una persona con personalidad de tipo A experimenta grandes cantidades de estrés; por lo contrario, las de personalidad tipo B, rara vez se alteran o experimentan algún grado de estrés.

Los dos aspectos mencionados anteriormente son incorrectos, por la suposición que los de tipo B son individuos calmados y de fácil dominio. Estos pueden tener metas y lograrlas, como los de tipo A, la diferencia de ambos radica en que la persona de tipo B se interesa por la satisfacción de ciertas necesidades sin destrucción psicológica y físicos en ellos, a los que se encuentran expuestos los de tipo A (Ivancevich y Matteson, 1985).

1.6.3.1. Personalidad tipo A y problemas cardiacos

Ivancevich y Matteson (1985) mencionan un estudio realizado por Rosenman y cols. En el que, a principio de la década de los setenta, evaluaron a más de tres mil empleados de varias compañías, buscando personas con conducta tipo A, por lo tanto, los diagnósticos fueron elaborados por cardiólogos ajenos al estudio y no tenían conocimiento sobre los patrones de conducta ni otros factores de riesgo. Los empleados participantes estaban en un rango de edad entre los 39 y 59 años. Durante este periodo fueron sometidos a medición anual, tratando de buscar conducta tipo A durante un periodo que duró entre 8 y 9 años. Después de dos años y medio de la investigación, se observó que un promedio de setenta participantes había sufrido enfermedades cardiacas y el 77% de estos tenían conductas tipo A.

En dicha investigación es curioso observar que los participantes que sufrieron enfermedades fueron los más jóvenes y, por lo tanto, incrementaron seis veces más

las enfermedades cardiacas, en comparación a los de conducta tipo B. Tiempo después, tras cuatro años y medio de investigación, el problema en los participantes aumentó a 133 con enfermedades cardiacas, asimismo, los de conducta tipo A aun presentaban sucesos mucho más altos y estadísticamente significativos. Ocho años y medio después, 257 personas de la muestra original padecieron enfermedades cardiacas y los hombres con conducta tipo A tenían poco más del doble de enfermedades coronarias que los de tipo B.

Existen dos explicaciones para la conducta de los individuos de tipo A: la primera es que los individuos aumentan su probabilidad de exposición a ciertos estresores, mientras disminuyen su resistencia al estrés. Por lo tanto, las personas de conducta tipo A tienen la capacidad de crear estrés por sí mismas al exponerse diariamente a estresores, mientras que los de conducta tipo B tratan de evitar todo tipo de estresores. En otra idea, se menciona que el ambiente del individuo es importante para provocar determinadas conductas, ya sean personas de conducta tipo A o B (Ivancevich y Matteson, 1985).

1.7 Los efectos negativos del estrés

Menciona Seyle (referido por Ivancevich y Matteson, 1985) que existen enfermedades de adaptación, como la alta presión sanguínea, las enfermedades del corazón y los vasos sanguíneos, enfermedades del riñón, artritis reumática, enfermedades inflamatorias de los pies y ojos, enfermedades alérgicas y de

hipersensibilidad, algunas enfermedades mentales y nerviosas, así como también algunas disfunciones sexuales, ciertas enfermedades digestivas y disfunciones metabólicas, existe posibilidad de que el cáncer también sea una enfermedad de adaptación del organismo.

Todas estas enfermedades posiblemente están relacionadas con el estrés y algunas de estas se encuentran inmersas en las siguientes categorías, referidas por Ivancevich y Matteson (1985):

- Hipertensión: la respuesta del cuerpo con respecto a los estresores es comprimir las paredes arteriales, aumentando así la presión. Cuando pasa esta alarma en el cuerpo, la presión debe volver a la normalidad, pero si el estrés permanece, la presión seguirá a niveles altos.
- En el cuerpo se produce una sustancia llamada cortisona cuando se tienen grandes periodos de estrés; esta sustancia produce lesiones internas, como inflamación en el estómago y los intestinos, lo cual es conocido como úlceras.
- Otra de las afectaciones, muy grave, por cierto, es la diabetes, esto significa una deficiencia de insulina, por lo tanto, la consecuencia de esta afectación es que las personas no pueden consumir alimentos con alto nivel de azúcar. Así que cuando es estrés en el individuo persiste, provoca que el páncreas se debilite, dando como resultado una deficiencia permanente de insulina.

- Cuando la persona está expuesta a un largo periodo de estrés, su cuerpo se empieza a tensar, por lo tanto, se hace presente un largo dolor de cabeza, llamado jaqueca.
- El cáncer es uno de los efectos negativos del estrés, se menciona que dicha enfermedad se origina por células mutantes que se producen de manera continua en el cuerpo, aunque regularmente el sistema inmunológico las destruye antes de que estas se puedan multiplicar más y crecer. Durante el paso del tiempo se ha demostrado que las respuestas ante los estresores tienen como consecuencia alteraciones en el sistema inmunológico, lo cual hace que se multipliquen estas células malignas.

Para finalizar el tema, se han expuesto las diversas implicaciones que el estrés tiene en la vida del ser humano, por lo tanto, se incluyen alteraciones de la conducta, que se ven reflejadas cuando los patrones alimentarios se construyen como trastornos.

CAPÍTULO 2. INDICADORES PSICOLÓGICOS DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

En este capítulo se mencionarán los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios, también se hablará de los antecedentes, así como de los tipos de trastornos que existen. Se mencionarán diversos conceptos, así como los diagnósticos y tratamientos que se pueden utilizar.

2.1 Antecedentes históricos de la alimentación

Desde tiempos muy anteriores, se pueden encontrar en la historia conductas alimentarias desordenadas, ya que en los banquetes de antaño se comía de forma exagerada y se tenía un carácter social de demostración de poder. Durante estos banquetes solía ser algo normal vomitar y volver a comer (Jarne y Talarn, 2000).

En esa era, la cultura cristiana estuvo asociada a la restricción alimentaria, por lo que se practicaba el ayuno como una penitencia. No todos los cuadros anoréxicos de esas épocas estaban ligados a una vida de penitencia y sacrificio, sino que incluso se describieron algunos como significado clínico.

Desde el siglo XVII, han conservado documentos donde se podían detallar casos de inanición los cuales eran provocados por rechazo a la comida. Como el caso de Marthe Taylor, una joven de Derbyshire, que presentó un caso de inanición, el cual despertó la curiosidad de la gente, por las otras reacciones presentadas como

amenorrea, además de restringir aún más la comida y vomitarlo después. Ella sobrevivió más de un año con bebidas azucaradas, por lo tanto, durante este tiempo no orinó ni defecó (Jarne y Talarn, 2000).

Desde los sesentas, se tiene una visión más práctica sobre el problema, por lo tanto, se afirma que este se desencadena por factores psicológicos, biológicos y sociales. Asimismo, se abordan modelos de tratamiento pluridisciplinario para estos tres núcleos conflictivos de la anorexia, como son: el peso, la figura y los pensamientos alterados.

Según Russell, en 1979 (citado por Jarne y Talarn, 2000) se describió el problema como cuadro caracterizado por episodios de ingesta voraz y conductas posteriores de purga, lo que se consideraba vinculado a la anorexia nerviosa, por otro lado, se detectó a pacientes anoréxicas que tenían una evolución muy repentina e iniciaban conductas de ingesta voraz y de purga, por lo tanto, a esta situación se le llamo bulimia nerviosa.

2.2 Definición y características clínicas de los trastornos alimentarios

Según Jarne y Talarn (2000), la anorexia nerviosa se caracteriza por un deseo intenso de pesar cada vez menos, gran miedo al hecho de estar obesa y un propio trastorno del esquema corporal, que hace que las pacientes se vean más gordas de lo que están en realidad.

Se mencionarán las siguientes características clínicas de los trastornos alimentarios, según la Asociación Norteamericana de Psiquiatría (APA, 2002):

- Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la talla y la edad. Cuando la pérdida de peso es inferior al 85% del que es esperable, o hay fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el periodo de crecimiento, lo cual da lugar a un peso corporal inferior al 85% del peso esperable.
- El sujeto genera un miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso aunque se encuentre dentro del peso normal.
- Presenta alteración en la percepción del peso o la silueta corporal, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que conlleva el bajo peso corporal.

En el DSM-5 (APA, 2014) se menciona que la anorexia nerviosa, en la restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, conduce a un peso corporal significativamente bajo en relación con la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. El peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.

La anorexia es caracterizada por un ansia intensa de pesar cada vez más, esto provoca gran miedo a hecho de ser obeso y, por lo tanto, también sufren por el esquema corporal, lo cual hace que los pacientes se vean más gordos de lo que en realidad están (Jarne y Talarn, 2000, p. 150).

2.2.1 Anorexia nerviosa

En el DSM-IV (APA, 2002) se mencionarán cuatro criterios para el diagnóstico de anorexia nerviosa, los cuales son:

- A. Rechazan su peso corporal si está por encima del valor mínimo normal, donde se tiene que considerar la talla y la edad.
- B. Presentan un miedo profundo a ganar peso o a volverse una persona obesa, aun cuando está dentro del peso normal.
- C. Existen alteraciones en la percepción del peso o la silueta corporal.
- D. Las mujeres pospuberales presentan amenorrea, lo cual significa ausencia de un mínimo de tres ciclos menstruales consecutivos.

Existen dos tipos de anorexia, los cuales son, según la referencia anterior:

- Restringido: cuando se presenta el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre a grandes ingestas de alimentos o purgas (vómitos, laxantes, diuréticos o enemas).
- Purgativo: cuando se presenta el episodio de anorexia nerviosa el individuo recurre regularmente a grandes ingestas o purgas (vómitos, laxantes, diuréticos o enemas).

En cuanto a las alteraciones cognitivas, las más frecuentes en la anorexia son distorsiones cognitivas, trastornos de la imagen corporal y alteraciones que hacen

referencia a estímulos o sensaciones que provienen de los órganos internos del cuerpo humano.

2.2.2 Bulimia nerviosa

Por otra parte, se desarrollará el tema de bulimia nerviosa, en el cual se mencionará su concepto, características diagnósticas y sus subtipos.

Según Belloch y cols. (1995), la palabra bulimia proviene de las raíces griegas bus-buey- y limos-hambre, por lo que su significado es hambre desmesurada. En el ámbito clínico se define como como una necesidad imperiosa e irrefrenable de ingerir grandes cantidades de comida, normalmente de alto contenido calórico. Los sentimientos más evidentes en la persona incluyen autorrepulsa y culpa, por lo tanto, tiene la necesidad de moderar los efectos de su exceso.

El DSM-IV (APA, 202) menciona que la bulimia nerviosa se caracteriza por episodios de atracones recurrentes, que se caracterizan por los dos hechos siguientes:

1. Ingestión, en un periodo determinado, de una cantidad de alimentos superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo similar en circunstancias parecidas.
2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio.

La bulimia es un trastorno que se caracteriza por un modelo de alimentación anormal con episodios de ingesta, seguidos por maniobras para eliminar las calorías ingeridas, por lo tanto, después del episodio, el sujeto se siente malhumorado, con tristeza y sentimientos de autocompasión o menosprecio. Este trastorno se presenta entre mujeres occidentales de 19 a 25 años, las cuales pertenecen a cualquier nivel sociocultural.

El DSM-IV (APA, 2002) muestra, sobre dicho padecimiento, los siguientes puntos, para establecer su diagnóstico:

1. Presencia de atracones: Se caracteriza por la ingesta de alimentos en un corto espacio de tiempo, en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerían en un periodo de tiempo similar y en las mismas circunstancias; por otro lado, también se presenta una sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimento.
2. Conductas compensatorias inapropiadas, estas se dan de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como la provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos, ayuno y ejercicio excesivo.
3. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas, forman parte de al menos dos veces a la semana durante un periodo de 3 meses.
4. La autoevaluación es exageradamente condicionada por el peso y la silueta corporal.

5. La alteración no parece únicamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

2.2.3 Obesidad

Según Belloch y cols. (1995) la obesidad es un problema crónico que requiere atención a largo plazo, la obesidad es como cuando hay presencia de abundante grasa en el conjunto corporal. Este padecimiento no necesariamente se relaciona con un trastorno alimentario, pues sus causas suelen ser diversas.

2.2.4 Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas.

Según Castillo y León (2005), la hiperfagia se refiere a la ingesta excesiva, lo cual se presenta como una reacción de los acontecimientos estresantes y, por lo tanto, da lugar a la obesidad reactiva la cual es causada por duelos, accidentes, intervenciones quirúrgicas y acontecimientos emocionalmente estresantes.

2.2.5 Vómitos en otras alteraciones psicológicas

Castillo y León (2005) señalan que también es conocido con el término de vómitos psicógenos e hiperémesis gravídica psicógena. Se pueden presentar vómitos repetidos, no autoprovocados, en cuadros disociativos, en la hipocondría como uno de los muchos síntomas corporales experimentados y en el embarazo,

donde los factores emocionales pueden facilitar la aparición de vómitos y náuseas recurrentes.

2.2.6 Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia

Al hablar de trastornos alimentarios “menores”, se alude a un conjunto de comportamientos problemáticos, relacionados con la alimentación y que, a diferencia de otras alteraciones mayores como la bulimia, anorexia y obesidad, no generan un riesgo, en su mayoría de los casos para la salud del infante.

Desde el punto de vista psicológico, se han propuesto diversos tipos de clasificación de los problemas alimentarios infantiles.

Según Palmero y cols. (2002), se propone un sistema que clasifica la naturaleza del problema como en las posibles causas del mismo. Por lo tanto, se agruparán los siguientes problemas alimentarios: problemas de la conducta a la hora de la comida, hábitos dietéticos inadecuados, negación a tomar distintos alimentos, mantener la dieta basada en las comidas trituradas durante un tiempo excesivo, dificultad para tragar, succionar o masticar.

- Comportamientos disruptivos durante la comida y hábitos alimentarios inadecuados.

Según Jiménez (1997), se refiere a la costumbre de comer de pie o levantándose continuamente de la silla, cuando el menor come y juega al mismo tiempo, come solo si está bajo supervisión del adulto y si este le cuenta una historia o simplemente mantiene una conversación con él; además, si tiende a negarse a utilizar cubiertos aun cuando estos sean necesarios y, por último, si se resiste a comer solo aun cuando ya tiene edad para hacerlo.

- Rechazo de alguna clase de comida

Según Bernal (retomado por Jiménez, 1997), se hace notorio este problema cuando se manifiesta un rechazo a tomar algún tipo de alimento se podría considerar como un comportamiento normal, ya que todas las personas tienden a negarse a ingerir algún tipo de alimento. Por lo tanto, este problema se presenta cuando el rechazo del niño a algún tipo de alimento concreto es sustituido por otro con características similares o, por lo contrario, la gama de alimentos que se niega a ingerir puede afectar negativamente la salud del infante.

- Negación a tomar alimentos sólidos

Hatcher, Godoy y Cobos (retomados por Jiménez, 1997) indican que son no tan frecuentes y suelen darse hacia los alimentos sólidos. El niño solo acepta a ingerir alimentos líquidos, pasados o semipasados, negándose a tomar todos aquellos que son de constitución sólida. El rechazo se puede originar a todos los alimentos sólidos o solo a algunos.

- Ingesta de comida mezclada

Según Godoy y Cobos (retomados por Jiménez, 1997), se refiere a cuando el infante ingiere solo aquellos alimentos que están triturados y con mezcla de sabores. El problema generalmente lo ocasiona el adulto que se encarga de dar la comida al niño.

- Falta de apetito

Después del primer año de edad, es cuando el apetito decrece de forma natural por lo que el niño tendrá ganancia de peso de solo dos kilos por año durante los tres o cuatro años siguientes. En esos años son en los que con mayor frecuencia los padres sufren para que su hijo acepte ingerir los alimentos proporcionados. Por lo tanto, se generan cambios que dan paso a la ansiedad de los padres y hacen que se adopten comportamientos a medio y largo plazo, retroceden a los hábitos alimenticios inadecuados. La percepción de los padres hacia la cantidad de comida que debe ingerir el niño la mayoría de veces es distorsionada, por lo que se aconseja acudir al pediatra y consultar si el peso y la cantidad de comida que toma el niño está dentro de niveles normales.

- Tiempo de comida excesivo

Menciona Sanok (retomado por Jiménez, 1997) que este tipo de problema es mucho más frecuente y el resultado de la mayoría de veces de alguna de las alteraciones que se mencionaran a continuación. Los motivos de lentitud para comer son varios como: rechazo a ingerir el alimento que se le ha preparado, negación a

pasar de la comida triturada a la sólida, rechazo a tomar toda la comida que los padres quieren que coma, así como excesivos estímulos distractores.

- Los vómitos

Estos se producen como rechazo a la comida, mayormente en el caso de los niños, lo que suele implicar el rechazo a la escuela por diferentes motivos y los vómitos le dan la oportunidad de no asistir a la escuela; no es una acción premeditada, sin embargo, al darse una y otra vez, el niño aprende que es un medio para conseguir lo que quiere.

2.3 Esfera oroalimenticia en el infante

Este rubro se refiere a la organización funcional de la alimentación. En este escenario, aparece tempranamente el automatismo oroalimenticio de succión y deglución. Los movimientos de succión labial, provocados al tocar con los dedos, los cuales existen ya desde el nacimiento (Preyer y Thomas, referidos por Ajuriaguerra, 1973). La misma lengua se mueve hacia el excitante, colocando azúcar en este, se provocarán movimientos prolongados, el orificio bucal se estrechará y la succión será más intensa. Se hablará sobre una especie de reacción inmantatoria por parte del excitante. Dicho fenómeno llamado por Preyer “reflejo de búsqueda” y por otros “reflejo focalizador”, Lo ha denominado André-Thomas la prueba de los puntos cardinales (mencionados por Ajuriaguerra, 1973).

Según A. Freud (retomada por Ajuriaguerra, 1973), existen dos satisfacciones distintas: la de saciar el apetito y la erótica oral. En cuanto a la del apetito el recién nacido, se balancea entre la tensión del hambre y la satisfactoria. Posteriormente, la búsqueda de satisfacciones comenzará a tomarse hacia la comida, la cual será una fuente de placer. Después del segundo año, el niño distinguirá entre su madre y el alimento.

2.3.1 Organización oroalimenticia

Esta área hace referencia al carácter oral y la vida de relación del menor. Según Ajuriaguerra (1973), el dar alimento a un niño no es solo una acción nutritiva, sino que es una entrega por parte de la madre de sí misma; no es nada más por el pecho que esta le da, sino por la actitud que toma. En el proceso de darle pecho, encuentra su comodidad, una posición cálida y un olor característico. Por lo tanto, no solo satisface el hambre, sino todas las necesidades que puede obtener de la madre.

Durante el primer semestre suele dársele de comer con una rigidez excesiva, así como en horarios fijos y raciones de igual cantidad. Psicofisiológicamente, hacerlo de esta manera puede ocasionar consecuencias tales como las que se mencionaran: se le fuerza cuando no tiene hambre y queda insatisfecho cuando más necesita.

Cuando el niño comienza con la adaptación a la sociedad, utiliza la comida como medio de cambio, por lo que la madre tiene que utilizar mucha astucia para

lograr hacerle comer y el niño para hacerse rogar. Generalmente, las madres, por la prisa, suelen atiborrar al niño de comida, así como también se comportan de manera ansiosa, temiendo que su niño este mal alimentado.

2.3.2 Alteraciones en la esfera oroalimenticia

Una de las alteraciones más comunes es la anorexia del recién nacido, que se divide en dos fases: la anorexia esencial precoz y la anorexia del segundo semestre; después de la última mencionada, se describirán los dos tipos de anorexia existentes en el bebé.

La anorexia esencial precoz es relativamente muy rara. En su opinión, Levesque (retomado por Ajuriaguerra, 1973) menciona que la verdadera anorexia del recién nacido, se muestra por una especial constitución neuropática. Estos síntomas se dan en niños de poco peso, nerviosos y muy despiertos. Al principio muestran agrado por la comida, pero al paso de algunos meses se muestran renuentes a comer.

La anorexia del segundo semestre es más común, esta aparece entre el quinto y el octavo mes, al suprimirse paulatinamente la leche e ir diversificado el régimen, cuando aún es muy inestable el apetito y todavía se producen grandes cambios en el desarrollo infantil.

La anorexia inerte, en cambio, se da cuando el pequeño no tiene iniciativa ni coopera y en otras ocasiones no quiere comer, suele escapársele la leche por la comisura de los labios o incluso vomita la poca que ha podido tomar.

En la anorexia de oposición, el menor reacciona con un tipo de carácter demasiado fuerte ante el gozo de la comida, como con llantos, agitaciones, intensa rotación de molestia, no quiere comer, presenta vómitos y distintos métodos de rechazo a la comida que le ofrecen los padres.

En lo que concierne a la anorexia de la segunda infancia, suele seguir a la de la primera infancia, y se da al mismo tiempo en niños que sean alimentados con normalidad en su primer año, por lo tanto, estos mecanismos de rechazo son causados por ciertas exploraciones de su comida en el ambiente familiar, tienden a manejar inicios fóbicos hacia la comida y mantener una contrariedad a sus padres.

2.4 Perfil de la persona con trastornos de alimentación

El perfil de una persona en riesgo de formar un trastorno de alimentación, o de su familia, por lo general se detecta a partir de que este trastorno ya se ha instalado. Los trastornos del comer afectan a la personalidad, así como a los rasgos característicos de la persona.

Según Ph Bourgeois (mencionado por Costin, 2003), de la interpretación del test de Rorschach y de la vivencia corporal de las anorexias, se deslinda que las

pacientes presentan límites corporales desvaídos o mal definidos, frágiles o deformes, lo que hace muy vulnerables; su resultado final es que los límites entre un mundo interior y un mundo exterior están mal definidos.

Con respecto a los problemas con la autonomía, significa que son jóvenes que viven muy pendientes de lo que otros esperan de ellos, de cumplir con los ideales de sus padres, o de darles satisfacción a los demás; por lo tanto, sienten la obligación de siempre ser adecuados para los demás, así que los lleva a obtener inseguridad sobre ellos mismos y no los deja desarrollar una etapa de crecimiento adecuada (Costin, 2003).

La seguridad que quieren sentir las personas se basa solamente en el exterior, para cumplir las expectativas de otros hacia la persona con el problema.

Los jóvenes que padecen estos trastornos son por cambios en su vida cotidiana, tales como: cambios de escuela, de amigos, de ambientes sociales, en relaciones con los padres o el tener una relación con el sexo opuesto. La dificultad para encarar estas situaciones y resolverlas hace que una persona vulnerable a desarrollar este problema de la alimentación tienda a convertir su cuerpo en símbolo y fuente de autonomía, control, eficacia, personal e identidad (Costin, 2003).

Por otra parte, otra característica del perfil en este trastorno es el déficit en la autonomía. En este sentido, las personas se visualizan y se fabrican su propio concepto. “el grado en el que el individuo se acepta a sí mismos es conocido como

autoestima” (Costin, 2003, p. 74.) esto significa que cuando la persona tiene sus ideales bajos, tenderá a presentar cuadros de autoestima baja.

La autoestima baja se puede presentar en ambos sexos de diferente manera, en las mujeres la autoestima está más conectada con factores como la imagen externa o apariencia, la aprobación del otro, cumplir con las expectativas y responder a las necesidades de las demás.

El camino a la perfección y el autocontrol son atributos que también se asocian a una persona con trastornos alimenticios. El perfeccionismo es bastante común en jóvenes con trastornos del comer, así como el sufrimiento y la sensación de ineficiencia los hace muy exigentes, a tal punto que nunca sienten que lo que hacen es suficientemente bueno. Si creen que no podrán hacer algo correctamente no lo intentarán.

La perfección también se desplaza al peso corporal para así alcanzar un cuerpo ideal a cualquier costo. De ese modo, estas personas lograrán ser seguras y tener la confianza suficiente para enfrentar los problemas cotidianos de su vida.

Por otra parte, los trastornos de la alimentación generalmente se desarrollan en el periodo que va desde la pubertad, pasando por la adolescencia, hasta la juventud. Es una etapa de numerosos cambios: a nivel físico, sexual, emocional y social. Algunos jóvenes sienten que no tienen capacidad para sobrevivir a estos cambios, aunque no recurren a ayuda para sobrellevarlos.

El miedo a crecer se muestra en pensamientos dicotómicos y extremistas, más propios de un niño que no acepta la realidad ni el hecho de que cualquier meta que uno quiere lograr requiere un esfuerzo continuado. Es esencial ir paso a paso y avanzar no por correctas e incorrectas circunstancias, sino por situaciones regulares. El miedo a crecer también contribuye en el trastorno de la alimentación, porque se expresa una severa incapacidad para aceptar un peso promedio como saludable y adecuado.

2.5 Causas del trastorno alimenticio

Existen diferentes factores que inciden para que finalmente alguien pueda tener un trastorno de alimentación, pero ninguno de ellos es suficiente para que el trastorno de alimentación se presente. Más que un factor que causa el trastorno de comer, es un problema que hace a una persona más vulnerable para desarrollarlo. Las causas más comunes en este trastorno pueden ser: estrés, actitudes anormales con peso y figura, dietas extremas y pérdidas de peso. (Costin, 2003).

En el problema de trastorno alimenticio también le pueden influir problemas personales, como pueden ser: baja autoestima, sentimientos de insuficiencia, depresión, ansiedad, enojo y soledad (Trujillo, referida por Costin, 2003).

2.5.1 Factores predisponentes individuales

Cuando se habla de los factores predisponentes, se menciona que hay elementos en el contexto sociocultural en el que la persona se encuentra inmersa y en sus características individuales, las cuales implican dietas extremas y pérdida de peso, y en las de su familia (Costin, 2003). En los siguientes apartados se indicarán algunos puntos importantes sobre los factores predisponentes individuales.

Un componente básico es el significado de la comida. Al respecto, las teorías psicológicas de la elección de la dieta consideran los factores individuales, los cuales influyen en la dieta del comer; hacen hincapié en el aprendizaje, las creencias, las actitudes y la constitución psicofisiológica de la persona. Los nutricionistas saben que el paladar se entrena, el sabor y el olor están sometidos a control cultural, por lo que la investigación clasifica los efectos culturales como interferencias. Particularmente, se describen los sistemas de clasificación de alimentos, los cuales se ofrecen como medio para su comprensión y su consumo.

El significado de la comida está dividido en cuatro puntos importantes: los sistemas de clasificación de las comidas, la comida como afirmación del yo, la comida como interacción social y la comida como identidad cultural.

Los sistemas de clasificación de las comidas, según Douglas (retomado por Ogden, 2005), menciona que la comida es entendida como una estructura profunda subyacente. Por lo tanto, Helman (referido por Ogden, 2005) destaca cinco tipos de

clasificación de las comidas, como: comida frente no comida, comidas sagradas frente a profanas, clasificación de comidas paralelas, comida como medicina y medicina como comida, así como las comidas sociales.

La comida como afirmación del yo, significa la identidad personal y actúa como una comunicación de necesidades internas, conflictos internos y el sentido del yo. Los significados individuales de la comida están íntimamente ligados a la identidad de género y a la idea de ser mujer. Particularmente, la comida representa la sexualidad, los conflictos entre culpabilidad y placer, comer y negación, y una expresión de autocontrol.

La comida como interacción social, hace referencia a que:

La comida es un instrumento corriente de comunicación en la familia, por lo tanto, el comedor es el único lugar en el que esta se reúne y la comida familiar puede convertirse en el foro para poner en común las vivencias de la jornada. En consecuencia, algunos de los estudios han examinado el significado de la comida como interacción social, tales como la comida como amor, salud frente al placer y relaciones de poder. (Ogden, 2005, p. 73).

La comida como interacción cultural “es una forma de comunicación sobre la identidad de una persona y sobre esta identidad en el contexto de otras” (Ogden, 2005, p. 76). La comunicación es producida en un contexto social amplio y la comida suele interpretarse como información relativa a la identidad cultural, por lo que se ha

estudiado a la comida como cultura en los siguientes sentidos: como identidad religiosa y como poder social.

2.5.2 Factores predisponentes familiares

En los factores predisponentes familiares, resulta complejo diferenciar cuáles son los elementos característicos de las familias antes de que se desarrolle un trastorno de alimentación y los que se ocasionan después de que el mismo se ha instalado. Algunas de las causas dentro de la familia son poca comunicación entre sí, una interrelación pobre y relaciones deficientes.

“Cuando se presentan trastornos de este tipo, se generan relaciones distorsionadas en el seno familiar, por lo tanto, se originan sentimientos de enojo, ansiedad y culpa, así como la lucha por obtener poder y crecientes dificultades en la comunicación” (Costin, 2003, p. 79).

Suele haber mayor presencia de trastorno afectivo y alcoholismo en los antecedentes familiares de las pacientes bulímicas, a su vez, las madres anoréxicas de tipo bulímico y las bulímicas nerviosas tienen mayor incidencia de obesidad y de trastornos del comer, según señala Rausch (1996).

2.5.3 Factores socioculturales

Los factores socioculturales involucran el criterio social, en el que se dejan llevar las personas por el qué dirán de la figura física y crean así una autoestima baja en el mayor de los casos, ocasionando un problema mental alimentario. Normalmente, los medios son los elementos que tienen mayor influencia sobre las mujeres, ya que prometen una vida sofisticada a las de figura esbelta y baja de peso, así como una gran aceptación social y éxito.

Los trastornos de alimentación son típicos de las sociedades industrializadas del mundo occidental y aunque están comenzando en las del mundo oriental, es posible asegurar que no afectan por igual a mujeres de las diferentes zonas mundiales. No impactan de igual manera a las diferentes clases sociales; las clases más afectadas son: media y alta.

2.6 Percepción del cuerpo en el trastorno alimenticio

La anorexia nerviosa está caracterizada por la presencia de pensamientos distorsionados relacionados con la comida, el peso y la figura. Las anoréxicas rechazan la posibilidad de llegar a ser obesas, su éxito personal y la aceptación social lo establecen en el hecho de estar delgadas. Con frecuencia, son adolescentes que modifican su dieta para obtener una figura y peso más ajustado a un modelo social. Reciben los mensajes de los medios de comunicación, los cuales

favorecen a un estereotipo femenino muy concreto y poco alcanzable para la mayoría de ellas.

Los pensamientos relativos a las dietas y la figura se asocian a otros más complejos, pero de difícil interpretación: ser delgado indica perfección, autocontrol y virtud. El exceso de grasa en el cuerpo indica lo contrario: es enfermiza, imperfecta y conlleva una pérdida de autocontrol.

Los pensamientos distorsionados atentan contra los conocimientos básicos de la fisiología, por lo que estas personas que creen que los alimentos se convierten en grasa por sus características físicas exteriores. La anorexia nerviosa se basa erróneamente en las dimensiones de su cuerpo, por lo tanto, existe una gran pérdida involuntaria de su peso corporal. Estas alteraciones cognitivas están acompañadas de otras conductas como alteraciones de pensamiento, las cuales generan cambios de conducta (Jarne y Talarn, 2000).

2.7 Factores que mantienen los trastornos alimenticios

Los factores que causan los trastornos alimenticios se denominan predisponentes, los cuales se componen por problemas socioculturales, familiares e individuales. Los factores precipitantes, en cambio, son causados por estresores, actitudes anormales con peso y figura; los perpetuantes, abarcan atracones, purgas, secuelas fisiológicas y psicológicas.

A continuación, se diferenciará entre los términos predisponentes, precipitantes y perpetuantes. Al respecto, Costin (2003) menciona el significado de predisponer, que implica preparar con anticipación una situación o el ánimo para un fin. Cuando se habla de factores predisponentes, se dice que existen elementos en el contexto sociocultural en el que se encuentra la persona, así como en las características de ella o en las de su familia.

El término precipitante, según Costin (2003), significa despeñar, derribar de un sitio alto, arrojarse a hacer algo con arrebatos y sin prudencia, así como acelerar.

Finalmente, se menciona el término perpetuar que, según Costin (2003), da significado de hacer perpetuo una cosa, o tener una duración extensa, que parece no tener fin. Por lo tanto, una persona es más vulnerable para desarrollar un trastorno de alimentación cuando se dan determinadas combinaciones de factores individuales, familiares y socioculturales. Durante la adolescencia, es más probable que exista un evento estresante. Según Costin (2003), predisponer involucra la combinación de algo personal y familiar, con otros factores contextuales o de circunstancias vitales de la persona, lo que hace que se anticipe la situación.

Es importante recalcar que, frente a periodos prolongados de ayuno, el riesgo de padecer un trastorno es más inminente y se da la probabilidad de tener un atracón compensatorio por lo que lleva a un problema más grave y a dietas más estrictas.

2.8 Trastornos mentales asociados a los trastornos alimenticios

Existen diversas perturbaciones mentales de las que se asume una relación con los trastornos alimentarios. En los siguientes párrafos se explican algunas de las más comunes, referidas por Jarne y Talarn (2000).

- Trastornos de la alimentación en la esquizofrenia

En esta enfermedad, es muy frecuente la presencia los trastornos de alimentación, aunque no son de tipo primario, sino que regularmente están relacionados con la atención clínica o con los tratamientos farmacológicos que este recibe. Con frecuencia, el paciente se niega a ingerir algunos alimentos o todos, ya que se le ofrecen en el momento de que está desarrollando los episodios de ideación delirante de envenenamiento.

- Trastornos de la alimentación en las depresiones.

Mencionan Jarne y Talarn (2000) que los trastornos de alimentación siempre están estrechamente involucrados en los trastornos afectivos, sean cuales sean sus formas clínicas, así que la depresión está involucrada en mayor medida con la anorexia, aunque en ocasiones se evidencia una ingesta excesiva y en otras una disminución de esta. Existe un tipo de trastorno como depresión melancólica delirante, el cual significa que los pacientes presentan una ideación delirante de ruina, no comen por su mala situación económica. Por lo tanto, el delirio hipocondriaco está centrado en el aparato digestivo, esto lo hace referente a que sus

órganos internos se enferman con la alimentación, por eso la persona manifiesta oposición a ingerirlos.

La negativa al ingerir alimento durante las depresiones menores reactivas hace referencia a que solo aparece temporalmente con el nivel de tristeza más alto del enfermo.

- Trastorno de la alimentación en la ansiedad

A este respecto, mencionan Jarne y Talam (2000), que “el trastorno ansioso de presentación aguda suele cursar con pérdida del apetito de moderada intensidad, mientras que en los de curso cronificado, la pérdida, aunque moderada, es sostenida y puede llegar a tener repercusiones ponderales estimables” (p. 147).

En casos diferentes, se menciona que cuando el enfermo realiza ingestas fuera de las horas habituales, manifiesta hábitos alimentarios incorrectos.

- Trastornos de la alimentación en el trastorno obsesivo-compulsivo

Autores como Jarne y Talam (2000) mencionan que el trastorno obsesivo compulsivo no tiene por qué intervenir en los trastornos de alimentación, ya que la patología está enfocada solo en esta área. Normalmente, hay ocasiones en las que se observa una alimentación lenta, en donde los alimentos son escogidos con especial delicadeza, añadiendo cierta duda y compulsividad. También las ideas de

contaminación y suciedad son un factor importante en los hábitos alimentarios de las personas que presentan este problema.

Según Belloch y cols. (1995, p. 75) “en la comorbilidad es frecuente la presencia de ansiedad, depresión e irritabilidad, así como ideación suicida, sobre todo agudizada por los episodios bulímicos”. Se considera el trastorno alimenticio como una variante de la depresión, por lo tanto, la experiencia indica que los síntomas depresivos tienden a desaparecer a medida que la conducta de comer se normaliza. La mayor parte de los síntomas se relaciona con situaciones que están relacionadas con el alimento y el comer.

2.9 Tratamiento de los trastornos alimenticios

La normalización de la dieta y los hábitos alimenticios constituye un paso fundamental en el proceso terapéutico, por lo que se tienen que resolver los problemas psicológicos, familiares y sociales que se presentan durante la anorexia nerviosa. El tratamiento involucra las siguientes medidas:

1. Recuperación ponderal: Abarca la rehabilitación nutricional y la normalización dietética, que corrigen las secuelas físicas y psicológicas de la mala nutrición.
2. Tratamiento dietético: Dicho tratamiento tiene que partir de contenidos calóricos normales, que se tienen que reaprender a partir de dietas bajas en calorías.

3. Tratamiento psicológico: Es la piedra angular de un correcto programa terapéutico de la anorexia nerviosa. Las pacientes mal nutridas y de bajo peso se muestran herméticas a la psicoterapia y difícilmente se muestran cambios comunicativos hasta que no se ha recuperado un determinado peso. Otra parte del tratamiento incluye la psicoterapia de refuerzo, las técnicas de relajación y las secciones psicoeducativas, estas facilitan que el paciente no vea el programa conductual como algo emocionalmente pesado. La terapia cognitivo-conductual es la más efectiva en el tratamiento de la anorexia nerviosa y, por lo tanto, algunos estudios controlados avalan su eficiencia.
4. Tratamiento farmacológico: En la anorexia nerviosa, es complemento de las técnicas psicológicas y funciona como tratamiento a la psicopatología asociada a la depresión. Los medicamentos utilizados son: ciproheptadina, un antihistamínico orexígeno especialmente indicado para la anorexia restrictiva y menos en la purgativa. Los más conocidos y utilizados son los antidepresivos, tales como amitriptilina y la clomipramina.
6. Terapia familiar: Poco a poco se ha ido implicando a la familia en los programas de tratamiento, tanto en el ámbito ambulatorio como en el régimen hospitalario.
7. Planificación del tratamiento: En este espacio se necesita un programa de intervención complejo y bien estructurado, el cual debe incluir tres áreas de intervención: el peso, la figura y las cogniciones.

8. Tratamiento en hospitalización: Es necesario ingresar a las personas que presentan problemas de motivación, inestabilidad psicológica, trastorno psiquiátrico y un ambiente familiar poco cooperador. Por lo que el tratamiento de las personas con este problema debe ser minucioso y exigente, el equipo para el tratamiento debe estar formado por médicos, psicólogos, psiquiatras, enfermeras y auxiliares.

9. Indicaciones de hospitalización: en ellas se toman en cuenta las complicaciones físicas, la pérdida de peso, complicaciones psíquicas, crisis de las relaciones familiares, mala respuesta al tratamiento ambulatorio y ocasionalmente el tratamiento en hospitales durante el día.

Con los planteamientos anteriores concluye el presente capítulo y, consecuentemente, el marco teórico. En las páginas restantes se abordará el plan metodológico seguido y los resultados a los que se llegó.

CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Una vez revisado el marco teórico, se tendrá que dar seguimiento en este capítulo a presentar la metodológica que guio la siguiente investigación, así como la recolección de datos en la investigación de campo, para así poder llegar a una interpretación y las conclusiones adecuadas.

3.1 Descripción metodológica

De acuerdo con Hernández y cols. (2014) la investigación se define como un conjunto de procesos sistemáticos, críticos y empíricos que se aplican al estudio de un fenómeno o problema.

Según estos autores, han surgido diferentes corrientes de pensamiento a lo largo de la historia y diferentes fuentes de interpretación, tales como el realismo y el constructivismo, que han abierto diferentes para la búsqueda de conocimiento. De acuerdo a las diferentes corrientes que las sustentan, desde el siglo pasado estas corrientes se polarizaron en dos aproximaciones principales de investigación tales como: el enfoque cuantitativo y el enfoque cualitativo.

Los dos enfoques emplean procesos muy cuidadosos, metódicos y empíricos, en su proceso para generar conocimiento, por eso mismo la definición de

investigación es empleada para los dos de igual manera. Estos dos métodos utilizan cinco estrategias muy parecidas y están relacionadas entre sí.

- Observan y evalúan fenómenos.
- Hacen suposiciones o ideas como una consecuencia de la observación y evaluación realizadas.
- Demuestran qué tanto es el grado de fundamento ante las suposiciones o ideas.
- Revisan dichas suposiciones o ideas sobre la base de las pruebas o del análisis.
- Proponen nuevas observaciones y evaluaciones para dejar más claro y así modificar y fundamentar las suposiciones e ideas (Hernández y cols., 2014).

3.1.1 Enfoque cuantitativo.

El enfoque cuantitativo supone un proceso secuencial y probatorio. Cabe mencionar que no se puede alterar el orden de los pasos ni omitir alguno. Generalmente parte de una idea se deriva de objetivos, preguntas e hipótesis. Dichas hipótesis trazan un plan para ser sometidas a prueba a través de métodos estadísticos y así generan una serie de conclusiones.

Las principales características de este método son:

- Refleja la necesidad de medir y estimar magnitudes de los fenómenos o problemas de investigación tales como, en que magnitud y cada cuánto ocurren.
- El investigador tiene que plantear un estudio limitado y concreto sobre el problema.
- Después de haber planteado el problema de estudio, el investigador tiene que construir un marco teórico, del cual se deriva una o varias hipótesis, estas son sometidas a prueba mediante diseños de investigación correctos. Los resultados obtenidos corroboran las hipótesis obtenidas.
- Se realiza una recolección de datos, los cuales se fundamentan en la medición. Dicha recolección se lleva a cabo por medio de procedimientos estandarizados y aceptados científicamente. Para que la investigación sea válida y creíble por otros investigadores, debe demostrarse que se siguieron los siguientes procedimientos.
- Debido a que los datos son producto de mediciones, se representan mediante números y son analizados con métodos estadísticos.
- La investigación cuantitativa debe ser lo más objetiva posible, no debe ser afectada por el investigador; sus creencias, deseos y tendencias no deben influir.
- En una investigación cuantitativa se generalizan los resultados encontrados en un grupo o segmento.
- Al final, con los estudios cuantitativos se pretende confirmar y predecir los fenómenos investigados, así como buscar regularidades y relaciones causales

entre elementos. Por lo tanto, significa que la meta principal es la formulación y demostración de teorías.

3.1.2 Investigación no experimental

Según Hernández y cols. (2014), la investigación no experimental se define como aquella realizada sin manipular deliberadamente variables, esto significa que son estudios en los que no varían de forma intencional las variables independientes para ver su efecto sobre otras variables.

La investigación no experimental es sistemática y empírica; en ella, las variables independientes no son manipuladas ya que estas simplemente ocurren en su contexto natural.

Las suposiciones para analizar la relación entre variables son realizadas sin intervención o influencia directa, en el cual no se genera ni se provoca intencionalmente ninguna situación, sino que se observan las ya establecidas por quien la realiza, así que no se puede influir sobre ellas porque ya ocurrieron, al igual que sus efectos.

El presente estudio se considera no experimental debido a que no se manipularon las variables investigadas, sino que simplemente se midieron tal como se presentaron en su contexto natural, tanto los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios, como el nivel de estrés académico de los sujetos de estudio.

3.1.3 Diseño transversal

Esta investigación se caracteriza como transversal debido a que la recolección de datos se da en una sola exhibición. Se aplican los métodos para lograr medir ambas variables, lo cual se realiza en el mismo día, tanto el Inventario SISCO de Estrés académico, así como el Inventario de Trastornos Alimentarios (EDI-2).

Se considera transversal, ya que se mide en un solo momento por medio de pruebas estandarizadas y confiables, las cuales, después de aplicadas, fueron calificadas.

3.1.4 Alcance correlacional

Se considera que este estudio tiene un alcance correlacional, debido a que la finalidad radicó en encontrar la relación que existe entre la variable de estrés con los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios. Por lo tanto, para comprobar lo antes mencionado primero se midieron cada una de estas variables en los sujetos de estudio, para después calcular el nivel de correlación entre ellas (Hernández y cols., 2014).

La utilidad del estudio correlacional consiste en saber cómo es el comportamiento de una variable al conocer el comportamiento de otras variables relacionadas. La correlación de las variables puede ser positiva o negativa, si es el primer caso, significa que los alumnos con niveles altos en una variable tenderán también a mostrar niveles altos en la otra. Por lo tanto, si es negativa significa que

sujetos con niveles elevados en una variable tienden a mostrar niveles bajos en la otra. Cuando no existe correlación entre las dos variables, esto indica que no hay un patrón en común.

El presente estudio se considera correlacional, ya que se medirán la relación que tiene el estrés con los indicadores psicológicos de trastornos alimentarios.

3.1.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Las técnicas utilizadas en la presente investigación fueron inventarios estandarizados. Los cuales se caracterizan por tener una uniformidad en las instrucciones para organizar y calificar, así como etapas de específicas de desarrollo y reconfirmación.

Un inventario estandarizado puede ser aplicado a cualquier tipo de persona y el tiempo que se otorga para contestarlo en ocasiones suele ser flexible, así como en otras no (Hernández y cols. 2014).

Todo instrumento de medición debe cumplir con tres requisitos muy importantes: confiabilidad, validez y objetividad.

Según Hernández y cols. (2014, p. 200) “La confiabilidad de un instrumento de medición se refiere al grado en que su aplicación repetida al mismo individuo u objeto produce resultados iguales”, por lo tanto, la confiabilidad de un instrumento de medición es determinado por medio de diferentes técnicas.

Mencionan Hernández y cols. (2014) “que la validez en términos generales, se refiere al grado en que un instrumento mide realmente la variable que pretende medir”. Cabe mencionar que la validez es un concepto del cual se obtienen diferentes tipos de evidencia tales como: la relacionada con el contenido, la relacionada con el criterio y la vinculada con el constructo.

En la presente investigación se empleó el Inventario SISCO de Estrés Académico, el cual es un instrumento de autoinforme, que se enfoca en medir indicadores del estrés que suelen acompañar a los estudiantes en su proceso académico y en distintos ámbitos de su vida.

Este instrumento fue creado por Barraza (2007) y analizado en sus propiedades psicométricas por Rossana Jaimes Parada, en la Universidad Pontificia Bolivariana de Bucaramanga, Colombia, con una población de 330 estudiantes de distintas edades, obteniendo una confiabilidad de variación ítem total de 0.861 y de análisis por mitades de 0.804. Se analizó también su validez a través del método de rotación varimax, obteniendo resultados satisfactorios (Jaimes, 2013).

El inventario está conformado por:

- 1 ítem de filtro que permite detectar si el candidato es adecuado o no para contestar el inventario.
- 1 ítem de escalamiento tipo Likert que 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 la que se presentan los síntomas o reacciones al estímulo estresor.
- 6 ítems que identifican la frecuencia del uso de las estrategias de afrontamiento.

Al final, se obtiene una escala global del índice de estrés general, a partir de la suma de las anteriores.

También se utilizó la prueba psicométrica conocida como Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2) fue elaborada por David M. Garner en 1998.

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

El EDI-2 cuenta con una confiabilidad de 0.83 en el alfa de Cronbach y validez de contenido concurrente, de criterio, así como de constructo (Garner, 1998).

Finalmente, la prueba cuenta con once escalas las cuales son: obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva, miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad e inseguridad social.

3.2. Población y muestra

A continuación, se indica que no en todas las investigaciones se emplea una muestra, pero en la mayoría de las situaciones sí. Por lo tanto, para seleccionar una muestra, primero hay que definir la unidad de muestreo /análisis, posteriormente se delimita la población.

Hernández y cols. (2014, p. 206) Mencionan “que una muestra es un subgrupo de la población de interés sobre el cual se recolectaran datos, y que tiene que definirse y delimitarse de antemano con precisión, además que debe ser representativo de la población”.

Cabe mencionar que el investigador quiere que los resultados encontrados en la muestra se generalicen a la población. Por lo que lo importante es que la muestra sea estadísticamente representativa.

3.2.1. Descripción de la población

Después de definir la unidad de muestreo/análisis, posteriormente hay que delimitar la población que va a ser estudiada y sobre la cual se pretende generalizar los resultados. Según Lepkowski (retomado por Hernández y cols., 2014, p. 207), “la población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones”.

En algunos trabajos de investigación, suele haber deficiencias tales como no describir lo suficiente las características de la población que consideran la muestra y se representa de manera automática. Por lo tanto, es preferible determinar con claridad las características de la población, con la finalidad de fijar los parámetros muestrales.

En ocasiones, la delimitación de las características de la población no solo depende de los objetivos de la investigación, sino de otras razones prácticas. Los estudios no son mejores por tener una población más grande, por lo tanto, la calidad de un trabajo de investigación aumenta delimitando la población en función del planteamiento del problema. Las poblaciones deben ser fijadas claramente por sus características de contenido, lugar y tiempo.

3.2.2. Descripción de tipo de muestreo

La muestra es en esencia, un subgrupo de la población. Es un subgrupo conjunto de elementos que pertenecen a ese conjunto definido por sus características al que se le llama población (Hernández y cols., 2014).

Los tipos de muestra están caracterizados en dos grandes ramas: las no probabilísticas y las probabilísticas, estas últimas son conformadas por elementos de población que tienen la misma posibilidad de ser escogidos para una muestra y son resultado de definir las características de la población y el tamaño de la muestra, por medio de una selección de las unidades de muestreo.

Las muestras no probabilísticas, también llamadas muestras dirigidas, suponen un procedimiento de selección guiado por las características de una investigación, más que por algún criterio estadístico de generalización. Estas muestras son tomadas y seleccionan individuos o casos típicos, sin que sean estadísticamente representativos de una población, se determinan para fines deductivos-cuantitativos, cuando se generaliza o se realiza una exploración de resultados hacia la población con una finalidad en sí misma, las muestras recopiladas implican desventajas, ya que, al no ser probabilísticas, no es posible calcular con precisión el error estándar, o no se pueden determinar con un nivel de confianza (Hernández y cols., 2014).

3.3 Descripción del proceso de investigación.

Para iniciar con la investigación, se tuvo que elegir dos variables. Primero, la autora optó por escoger las variables estrés y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios, las cuales se examinarían dentro del ámbito educativo.

Después de obtener las variables a estudiar, se dio paso a investigar trabajos realizados anteriormente, así como, así como la investigación de fuentes válidas, también se plantearon objetivos (general y particulares), hipótesis (de investigación y nula) y un planteamiento del problema.

Para llevar a cabo la investigación de campo, se tuvo que pedir una autorización a la institución, en este caso a la ESFU 4.

Después de haberse dado la autorización del proyecto en la institución elegida, se elaboraron los dos primeros capítulos teóricos: el primero sobre la variable estrés y el segundo sobre los trastornos de alimentación.

Posteriormente, se investigó sobre los instrumentos que se aplicarían a los sujetos, en este caso se eligieron: Inventario SISCO de Estrés Académico y EDI-2.

La aplicación se llevó a cabo en la escuela denominada ESFU 4, con la supervisión del prefecto de dicha institución. Las pruebas fueron aplicadas de manera grupal, se tomaron varios días para realizarla porque eran 5 grupos de 25 alumnos cada uno, y estas se tenían que administrar en horas que no tuvieran clase. Ambas pruebas se contestaron en un lapso de 40 a 50 minutos.

Para iniciar, se tuvo que decir las instrucciones sobre cómo se aplicaría la prueba, posteriormente, los alumnos se dieron a la tarea de responder los reactivos. El comportamiento de los sujetos a los cuales se les aplicaron las pruebas, fue diferente en cada grupo: en algunos estuvieron más inquietos y un poco renuentes a responder y en otros fue muy positiva, debido a que pusieron atención en las indicaciones de una manera ordenada y disciplinada.

Posteriormente, se calificaron los formatos de respuesta para obtener los puntajes totales de cada variable, por consiguiente, se siguió el vaciado de datos para calcular las medidas de tendencia central, de dispersión y los índices de correlación.

Para concluir, después de obtener los datos estadísticos se interpretaron los resultados de cada variable y su relación.

3.4 Análisis e interpretación de resultados.

En este apartado se encuentran los resultados más importantes encontrados en la investigación, los cuales fueron analizados estadísticamente, para así seguir con la interpretación. Los resultados obtenidos son fundamentados en el marco teórico presentado en los capítulos anteriores.

Los resultados se estructuraron en tres categorías. La primera se refiere a la variable estrés, la segunda, a los indicadores psicológicos de los trastornos alimenticios y la tercera, a la correlación de las variables antes mencionadas.

3.4.1 El nivel de estrés en la población de estudio.

De acuerdo a lo señalado por Travers y Cooper (1996, p. 29), retomando a Fisher, “una persona se ha visto expuesta a condiciones interesantes si manifiesta índices de tensión”.

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 43. 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 7.7.

Asimismo, en la escala de síntomas del estrés se obtuvo una media de 41, una mediana de 40, una moda de 40 y una desviación estándar de 8.5.

Por otra parte, en la escala que se enfoca a evaluar las estrategias de afrontamiento se obtuvo una media de 40, una mediana de 40, una moda de 40 y una desviación estándar de 10.0.

Finalmente, como puntaje total de estrés y producto de las tres escalas anteriores, se obtuvo una media de 38, una mediana de 40, una moda de 40 y una desviación estándar de 8.8.

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 por debajo de los parámetros normales, es decir, el nivel de estrés no es algo preocupante en la muestra de estudio.

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 de T60. Así, se ubicarán

las escalas en las que hay mayor incidencia de casos preocupantes sobre el problema de estrés.

De este análisis se encuentra que solo en la escala de síntomas se ubica un caso (1%) y en la de estrategias de afrontamiento 3 casos (3%). Estos datos se pueden observar gráficamente en el Anexo 2.

En función de los datos anteriores, se puede afirmar que son aislados los casos en que hay elevados niveles de estrés.

3.4.2 Indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en la población de estudio.

De acuerdo a lo señalado por Russell en 1979 (citado por Jarne y Talarn, 2002), los trastornos alimentarios describen el problema como cuadro caracterizado por episodios de ingesta voraz y conductas posteriores de purga, que se consideraba vinculado a la anorexia nerviosa; por otro lado, las pacientes anoréxicas tenían una evolución muy repentina e iniciaban conductas de ingesta voraz y de purga, por lo tanto, a esta situación se le llamo bulimia nerviosa.

La bulimia nerviosa, de acuerdo con Jarne y Talarn (2000), es un trastorno que se caracteriza por un modelo de alimentación anormal, con episodios de ingesta voraz, seguido por maniobras para eliminar las calorías ingeridas. Después del episodio, el sujeto se siente de mal humor, triste y con sentimientos de menosprecio

y autocompasión; la alimentación puede no ser normal, estar restringida o en un perpetuo ciclo de vómitos o ingestas.

La anorexia nerviosa, de acuerdo con Belloch y cols. (1995), quiere decir literalmente falta de apetito, sin embargo, la persona, lejos de carecer de apetito, se comporta como un organismo hambriento: no come, pero no deja de pensar en cuáles alimentos son los idóneos de ingerir para no subir de peso y es ahí donde radica su psicopatología.

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 55, una mediana de 51, una moda de 34 y una desviación estándar de 22.

La escala de obsesión por la delgadez 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 nerviosa (Garner, 1998).

Asimismo, en la escala de bulimia se obtuvo una media de 52, una mediana de 47, una moda de 47 y una desviación estándar de 15.

La escala de bulimia evalúa la tendencia a tener pensamientos o a 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 45, una mediana de 44, una moda de 14 y una desviación estándar de 23.

La insatisfacción corporal 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).

Por otra parte, en la escala de ineficacia se obtuvo una media de 58, una mediana de 55, una moda de 44 y una desviación estándar de 25.

La escala de ineficacia 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 57, una mediana de 59, una moda de 59 y una desviación estándar de 28.

La escala de perfeccionismo mide 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 68, una mediana de 75, una moda de 16 y una desviación estándar de 26.

La escala de desconfianza interpersonal 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 introceptiva se obtuvo una media de 53, una mediana de 51, una moda de 27 y una desviación estándar de 27.

Esta 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 63, una mediana de 65, una moda de 65 y una desviación estándar de 25.

La escala antes mencionada evalúa 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 50, una mediana de 48, una moda de 48 y una desviación estándar de 23.

La escala antes indicada 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 46, una mediana de 41, una moda de 14 y una desviación estándar de 26.

Esta 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 73, una mediana de 81, una moda de 93 y una desviación estándar de 24.

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 30% de sujetos se encuentra por arriba del percentil 70; en la escala de bulimia, el porcentaje fue de 16%; en la de insatisfacción corporal, el 15%; en la de ineficacia, el 34%; en la de perfeccionismo,

el 35%; en la que respecta a la desconfianza interpersonal, 55%; en la de conciencia introceptiva, 32%; respecto a la de miedo a la madurez, 47%; en la de ascetismo, 19%; en la de impulsividad, 23% y finalmente, en la escala de inseguridad social, el 63.

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, se encuentran en su mayoría dentro de los parámetros normales, aunque tendiendo a los niveles altos. En particular, la escala de inseguridad se ubica, según las medidas de tendencia central, en niveles preocupantes.

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

Diversos autores han afirmado la relación que se da entre los trastornos alimentarios y el estrés.

En la investigación realizada en la Escuela Secundaria Federal Emiliano Zapata (ESFU 4), 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 con la prueba "r" de Pearson.

Esto significa que entre el nivel de estrés y la escala señalada existe una correlación positiva débil, de acuerdo con la clasificación de correlación que proponen Hernández y cols. (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 y cols., 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 0.25 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre estrés y la escala señalada existe una correlación positiva débil. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.06, lo que significa que entre el estrés y la escala de bulimia hay una relación del 6%.

Asimismo, entre el nivel de estrés y la escala de insatisfacción corporal existe un coeficiente de correlación de 0.26 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre el estrés y dicha escala 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 insatisfacción corporal hay una relación del 7%.

Adicionalmente, se encontró que entre el nivel de estrés y la escala de ineficacia existe un coeficiente de correlación de 0.25 obtenido con la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre el estrés y tal escala existe una correlación positiva débil. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.06, lo que indica que entre el estrés y la escala de ineficacia hay una relación del 6%.

Por otra parte, entre el nivel de estrés y la escala de perfeccionismo existe un coeficiente de correlación de 0.13 según la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre el estrés y la escala indicada existe una correlación positiva débil. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.02, lo que señala que entre el estrés y la escala de perfeccionismo hay una relación del 2%.

Asimismo, se obtuvo que entre el nivel de estrés y la escala de desconfianza interpersonal existe un coeficiente de correlación de 0.07 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre el estrés y la escala en cuestión existe una correlación ausente. 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 introceptiva existe un coeficiente de correlación de 0.36 calculado con la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre el estrés y dicha escala existe una correlación positiva media. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.13, lo que permite afirmar que entre el estrés y la escala de conciencia introceptiva 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 -0.06, de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre el estrés y la escala indicada existe una correlación ausente. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.00, 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 0.29 de acuerdo con 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 0.08, lo que significa que entre el estrés y la escala referida hay una relación del 8%.

Por otro lado, se encontró que entre el nivel de estrés y la escala de impulsividad existe un coeficiente de correlación de 0.21, según la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre el estrés y esta escala 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 impulsividad hay una relación del 4%.

Finalmente, se obtuvo que entre el nivel de estrés y la escala de inseguridad social existe un coeficiente de correlación de 0.13, obtenido con la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre el estrés y esta escala existe una correlación positiva débil. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.02, lo que denota que entre el estrés y la escala referida hay una relación del 2%

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

En función de lo anterior, se puede afirmar que el nivel de estrés se relaciona de forma significativa con la escala de conciencia introceptiva. En contraparte, no se encontró una relación estadísticamente significativa entre el nivel de estrés y el resto de las escalas.

En función de los resultados presentados, se confirma la hipótesis de trabajo, la cual plantea la relación entre el nivel de estrés y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios solo para la escala de conciencia introceptiva.

Asimismo, se confirma la hipótesis nula, que plantea la no relación entre las variables, para el resto de las escalas.

CONCLUSIONES

En la presente investigación, se logró obtener la corroboración de la correlación estadística entre el estrés y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios, especialmente para la escala de ineficacia.

Por otro lado, en la hipótesis nula se logró corroborar para los casos del estrés y sus relaciones con las escalas de obsesión por la delgadez, bulimia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva, insatisfacción corporal, miedo a la madurez, ascetismo, inseguridad social e impulsividad.

Por otra parte, los objetivos teóricos referidos a la variable estrés, fueron cubiertos con suficiente amplitud en el capítulo 1. Cabe mencionar que una definición que dejó satisfecho a la investigadora, fue aquella que señala que el estrés es un proceso psicológico que se origina ante una exigencia del organismo, la cual no tiene recursos para dar una respuesta adecuada, por lo tanto, se genera un mecanismo de emergencia que realiza una activación psicofisiológica y permite recoger más y mayor información, que se procesa e interpreta más rápidamente y así se permite al organismo actuar de manera adecuada.

Adicionalmente, los objetivos particulares que hacen referencia a la naturaleza psicológica, causas y consecuencias de los trastornos alimentarios, fueron tratados de manera sistemática y suficiente en el capítulo 2.

El objetivo que refiere a la medición de la presencia del estrés en la muestra estudiada, mediante instrumentos reconocidos en la comunidad científica, se logró cumplir con la debida satisfacción, a su vez, la variable número dos del presente estudio fue medida en un campo de manera objetiva y los resultados se presentan y analizan en el capítulo 3.

La medición de las variables estableció un nivel de correlación estadística, así como una identificación porcentual de influencia de una variable sobre otra. Se logró, con ello, cubrir satisfactoriamente el objetivo general, que orientó los esfuerzos que realizó la investigadora responsable en el presente estudio, con hallazgos relevantes en cuanto el fenómeno del estrés, en los cuales se presentan niveles medios de estresores.

Es importante mencionar que los datos obtenidos en la presente investigación hacen referencia al escenario donde fue aplicada, es decir, se podrían tener como base para futuras investigaciones en otros sujetos de otra población.

En este estudio arroja resultados de campo, con aportaciones a las ciencias psicológicas en cuanto a la relación entre el estrés y los trastornos alimentarios. Considerando los resultados, se realiza una sugerencia a la institución para que tomen un plan de intervención a los estudiantes, en el caso de la escala de inseguridad social.

BIBLIOGRAFÍA

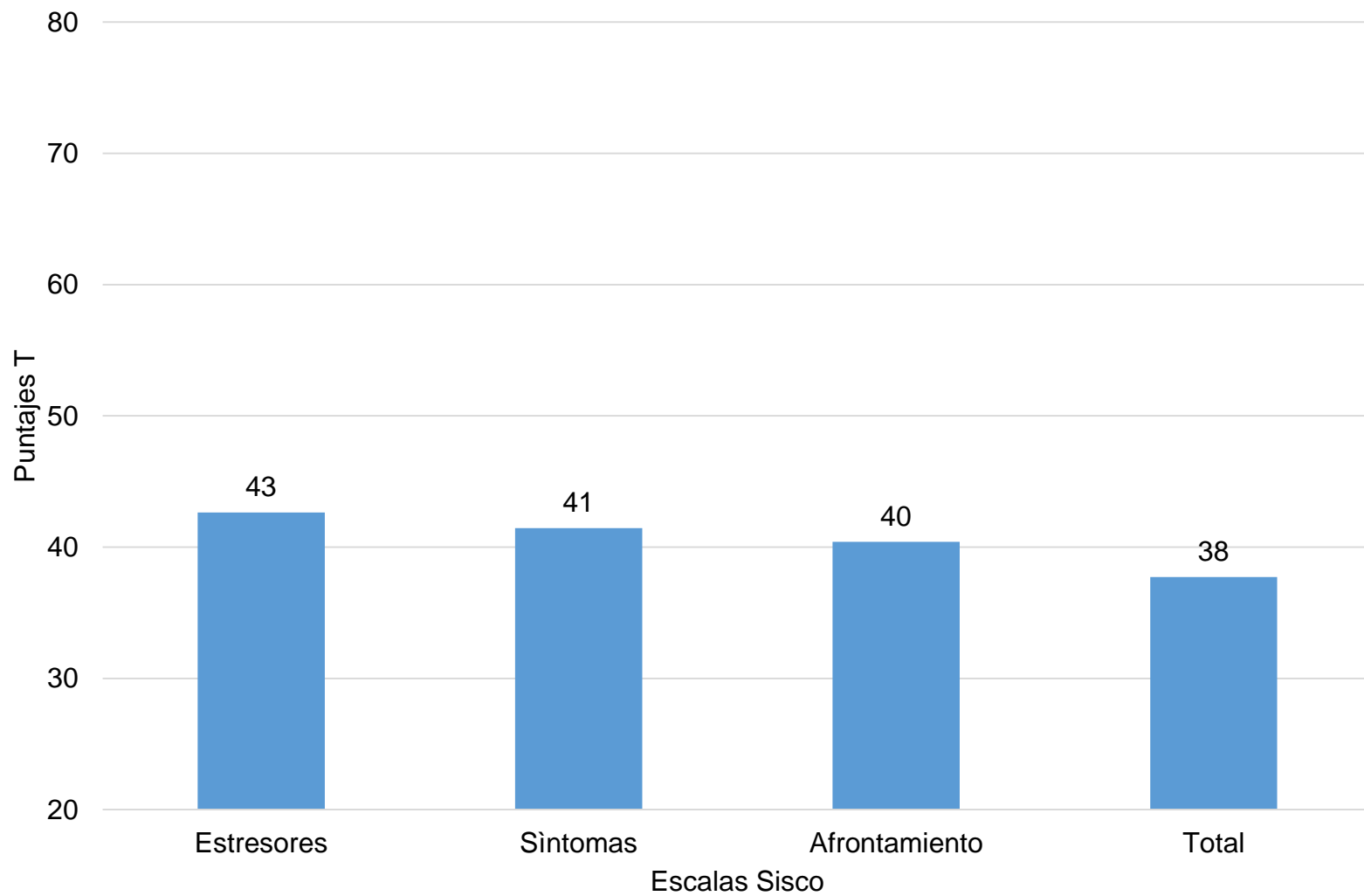
- Ajuriaguerra, J. (1973). *Manual de psiquiatría infantil*. Editorial Mason. Barcelona.
- American Psychiatric Association (APA) (2002). *DSM IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Editorial Masson. Barcelona.
- American Psychiatric Association (APA). (2014) *DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Editorial Médica Panamericana. México.
- Belloch, Amparo; Sandin, Bonifacio y Ramos, Francisco (1995). *Manual de psicopatología*. Editorial McGraw-Hill. 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 Alcalá, S. L. 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.
- Garner, David M. (1998). *Inventario de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2)*. TEA Ediciones. Madrid.
- Hernández Sampieri, Roberto; Fernández-Collado, Carlos; Baptista Lucio, Pilar. (2014). *Metodología de la investigación (sexta edición)*. McGraw-Hill. México.
- Ivancevich, John y Matteson, Michael (1985). *Estrés y trabajo*. Editorial Trillas. México.
- Jarne, Adolfo y Talarn, Antoni. (2000). *Manual de Psicopatología clínica*. Editorial Paidós Ibérica. Buenos Aires.
- Jiménez H., Manuel (1997). *Psicopatología infantil*. Editorial Aljibe. Granada.
- Lazarus, S. Richard y Lazarus, N. Bernice (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 emoción*. Editorial McGraw-Hill. España.
- Powell, John (1998). *Plenamente humano, plenamente vivo*. Editorial Diana. México.
- Rausch Herscovici, Cecile (1996). *La esclavitud de las dietas*. Editorial Paidós. Argentina.
- Sánchez, María Elena (2007). *Emociones, estrés y espontaneidad*. Editorial Ítaca. México.
- Travers, Cheryl y Cooper, Cary (1996). *El estrés de los profesores*. Editorial Paidós. España.
- Trianes, Victoria (2002). *Niños con estrés: cómo evitarlo, cómo tratarlo*. Editorial Narcea. México.

HEMEROGRAFÍA

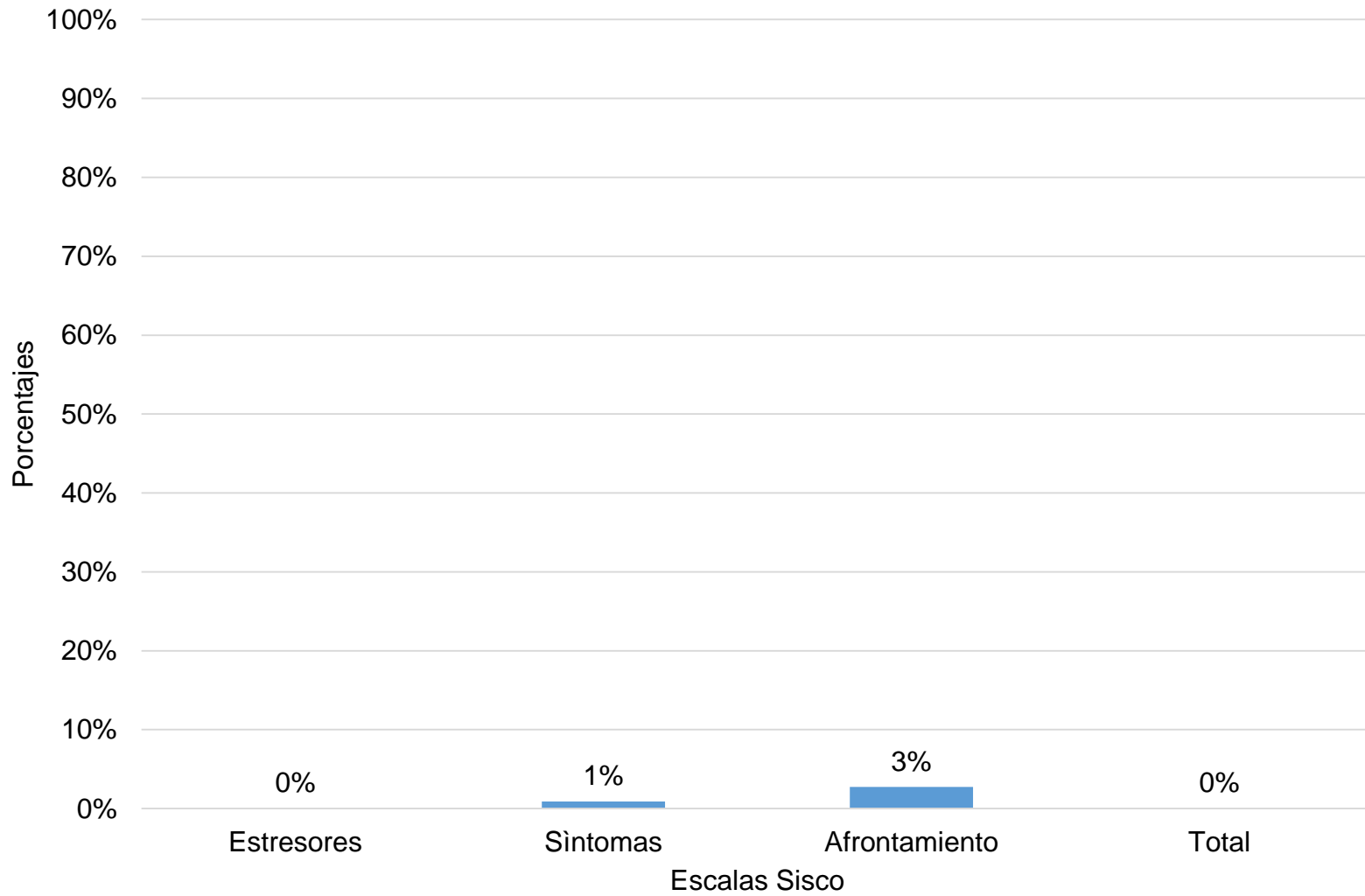
- Barraza Macías, Arturo (2007). *El Inventario SISCO del Estrés Académico*. Universidad Pedagógica de Durango. Recuperado de <https://www.researchgate.net/publication/28175062>
- Behar A., Rosa; Valdés W., Claudia (2009). Estrés y trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, vol. 47, núm. 3, septiembre, 2009, pp. 178-189. Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile. Santiago, Chile. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=331527717002>
- Caldera Montes, Juan Francisco; Pulido Castro, Blanca Estela y Martínez González, Ma. Guadalupe. (2007). Niveles de estrés y rendimiento académico en estudiantes de la carrera de psicología del Centro Universitario de Los Altos. *Revista de educación y desarrollo*. Octubre-Diciembre 2007. Pp.77-82. Recuperado de http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/7/007_Caldera.pdf
- Jaimes Parada, Rosanna (2013). *Validación del inventario SISCO del estrés académico en adultos jóvenes de la Universidad Pontificia Bolivariana, Seccional Bucaramanga*. Recuperado de <https://repository.upb.edu.co/handle/20.500.11912/224>
- Nuño-Gutiérrez, Bertha Lidia; Celis-de la Rosa, Alfredo y Unikel-Santoncini, Claudia (2009). Prevalencia y factores asociados a las conductas alimentarias de riesgo en adolescentes escolares de Guadalajara según sexo. *Revista de Investigación Clínica / Vol. 61, Núm. 4 / Julio-Agosto, 2009 / pp 286-293*. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2009/nn094e.pdf>
- Zagalaz Sánchez, Ma. Luisa; Romero Granados, Santiago y Contreras Jordán, Onofre R. (2002) La anorexia nerviosa como distorsión de la imagen corporal. Programa de prevención desde la educación física escolar en la provincia de Jaén. *Revista iberoamericana de educación*. Recuperado de <https://rieoei.org/deloslectores>

ANEXO 1
Media aritmética de las escalas de estrés



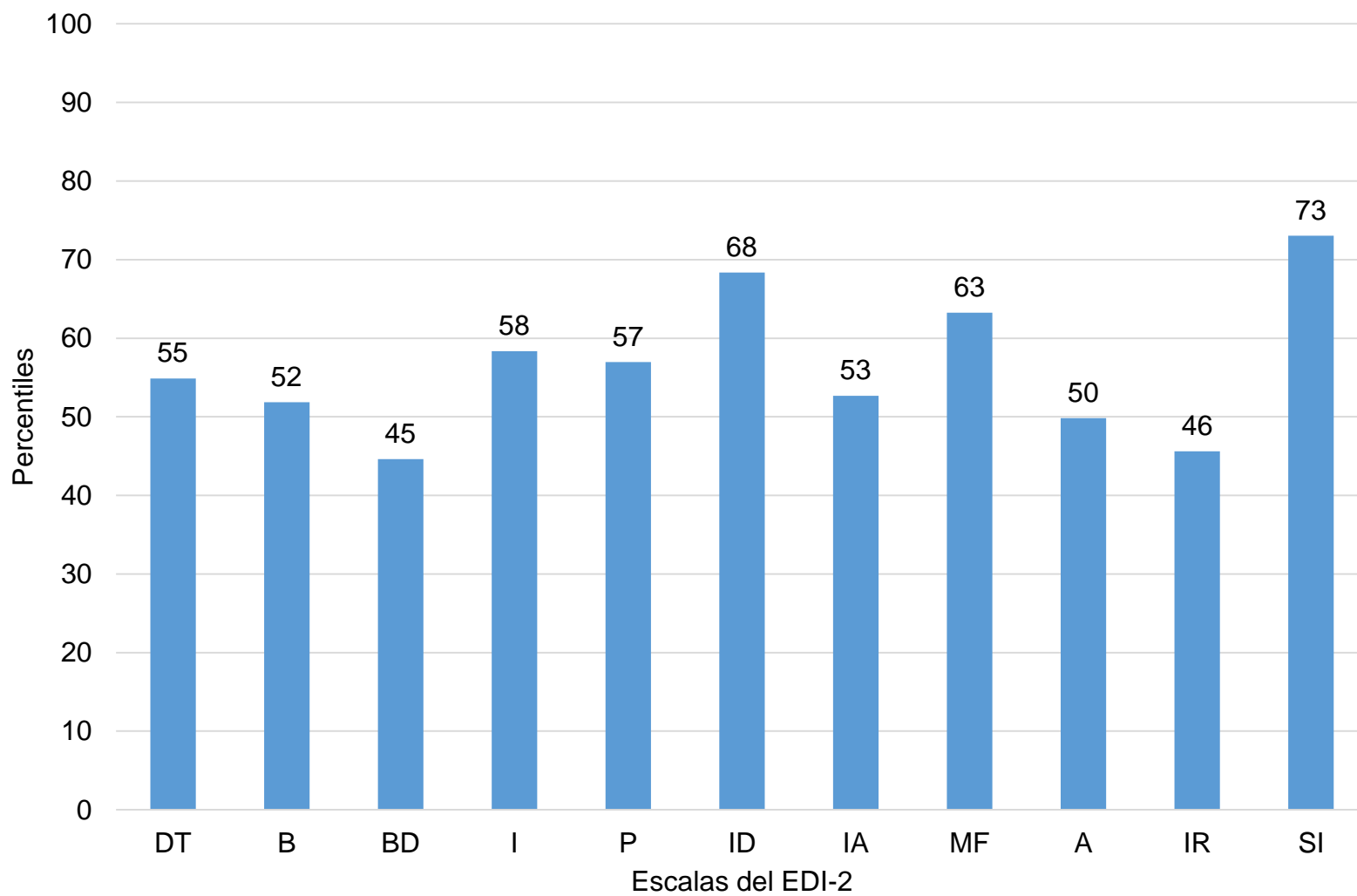
ANEXO 2

Porcentajes de puntajes preocupantes de las escalas de estrés



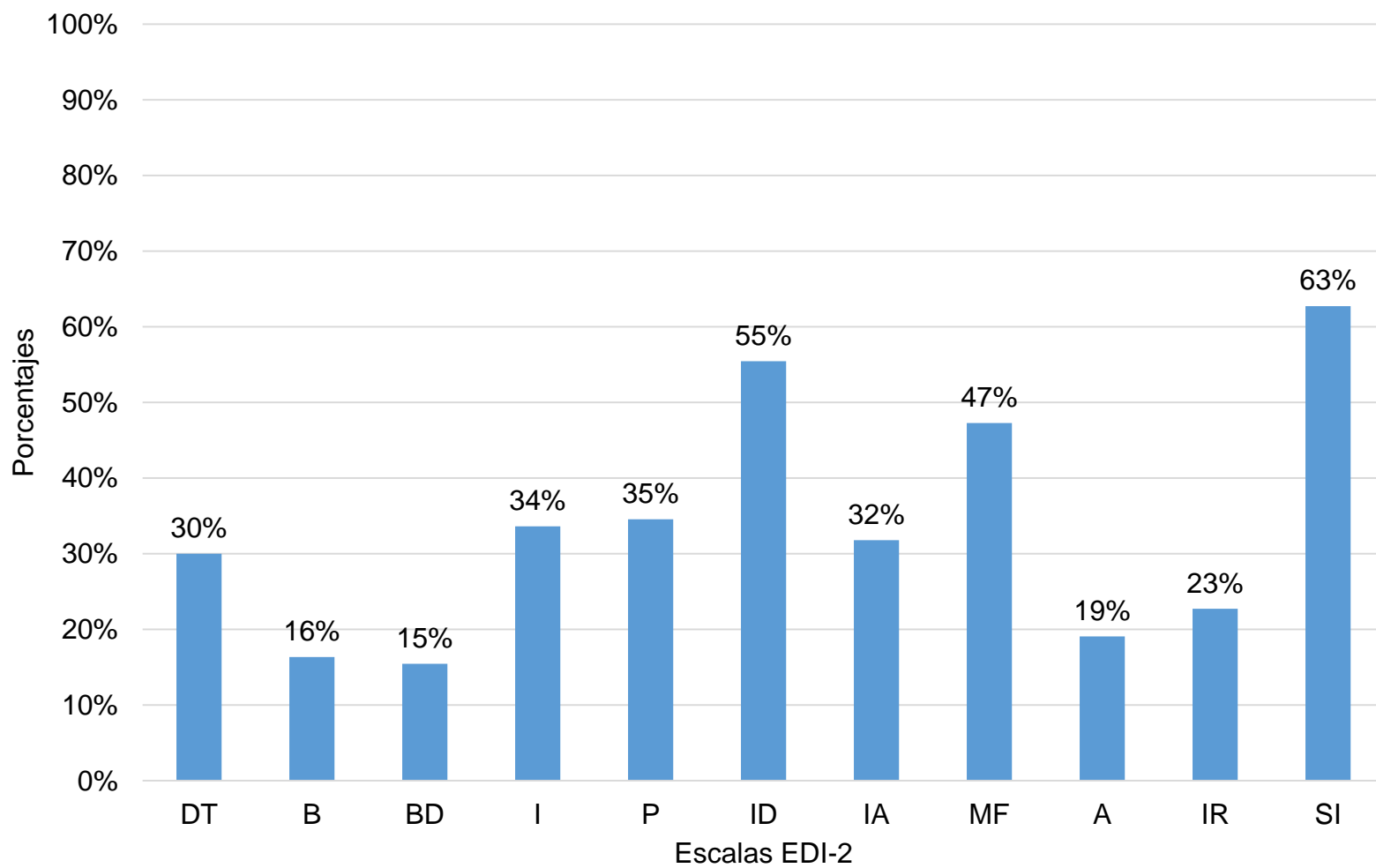
ANEXO 3

Media aritmética de los indicadores de los trastornos alimentarios



ANEXO 4

Porcentajes de puntajes preocupantes de las escalas de trastornos alimentarios



ANEXO 5

Correlación entre el nivel de estrés y las escalas de trastornos alimentarios

