



UNIVERSIDAD DON VASCO, A.C.

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

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

*RELACIÓN EXISTENTE ENTRE EL ESTRÉS Y LOS TRASTORNOS
ALIMENTARIOS EN LA SECUNDARIA FEDERAL No. 2 DE
URUAPAN, MICHOACÁN*

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

Indira Yasmin Torres Castrejón

Asesor: Lic. Héctor Raúl Zalapa Ríos

Uruapan, Michoacán, a 9 de agosto del 2011.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Primero que nada quiero agradecerle a Dios por permitirme llegar hasta este momento, por darme la fortaleza que necesitaba día con día. La sabiduría para comprender las cosas y sobre todo por darme la oportunidad de continuar con mi formación.

Al igual agradezco a mis padres por el apoyo incondicional en todos los aspectos. Por darme la satisfacción de realizar mí sueño. Por inculcarme el estudio

También a mis hermanos que fueron un apoyo incondicional muy importante en mi carrera porque siempre confiaron en mí y fueron una inspiración.

A mi hijo por darme las fuerzas que necesitaba a diario, por ser una motivación más para seguir adelante

Y por último a mis profesores que contribuyeron en mi formación académica.

ÍNDICE

Introducción.

Antecedentes.	1
Planteamiento del problema	5
Objetivos.	6
Hipótesis.	7
Justificación.	9
Marco de referencia.	12

Capítulo 1. Estrés.

1.1. Antecedentes históricos del estrés.	13
1.2.1 El estrés como estímulo	16
1.2.2 Estrés como respuesta	18
1.2.3 Estrés como relación persona-entorno (enfoque interaccionista)	23
1.2.3.1. Concepto integrador de estrés	26
1.3 Los estresores.	27
1.3.1. Estresores psicosociales: cambios mayores, vitales y cotidianos.	27
1.3.2 Estresores biogénicos.	30
1.3.3 Estresores en el ámbito académico	31
1.4 Procesos del pensamiento que propician el estrés	32
1.5 Los moduladores del estrés.	34
1.5.1 El control percibido.	35
1.5.2 El apoyo social.	35

1.5.3	El tipo de personalidad A/B.	36
1.5.3.1	Personalidad tipo A y problemas cardiacos.	38
1.6	Los efectos negativos del estrés.	39

Capítulo 2. Trastornos alimentarios

2.1.	Antecedentes históricos de la alimentación.	42
2.2.	Definición y características clínicas de los trastornos alimentarios.	43
2.2.1	Anorexia nerviosa.	43
2.2.2	Bulimia nerviosa.	45
2.2.3	Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas.	47
2.2.4	Vómitos en otras alteraciones psicológicas.	47
2.2.5	Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia.	48
2.3	Esfera oroalimenticia en el infante.	51
2.3.1	Organización oroalimenticia.	51
2.3.2	Alteraciones en la esfera oroalimenticia.	53
2.4	Perfil de la persona con trastornos de alimentación.	54
2.5	Causas del trastorno alimenticio.	57
2.5.1	Factores predisponentes individuales.	58
2.5.2	Factores predisponentes familiares.	62
2.5.3	Factores socioculturales.	64
2.6	Percepción del cuerpo en el trastorno alimentación.	65
2.7	Factores que mantienen los trastornos alimenticios.	69
2.8	Trastornos mentales asociados a los trastornos alimenticios.	71
2.8.1	Trastornos alimenticios y depresión.	73

2.8.2	Trastornos alimenticios y ansiedad.	75
2.9	Tratamiento de los trastornos alimenticios.	80

Capítulo 3. Metodología, análisis e interpretación de resultados.

3.1.	Descripción metodológica .	86
3.1.1	Enfoque cuantitativo.	86
3.1.2	Investigación no experimental.	89
3.1.3	Estudio transversal.	90
3.1.4	Diseño correlacional.	91
3.1.5	Técnicas de recolección de datos.	93
3.2	Población y muestra.	97
3.2.1	Delimitación y descripción de la población.	97
3.2.2	Proceso de selección de muestra.	98
3.3	Descripción del proceso de investigación.	99
3.4	Análisis e interpretación de resultados.	100
3.4.1	Los trastornos alimentarios.	100
3.4.2	Descripción de la variable estrés.	104
3.4.3	Relación entre el nivel de estrés y los trastornos alimentarios.	105
	Conclusiones	112
	Bibliografía	114
	Otras fuentes de información	117
	Anexos	

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo general “Establecer la correlación que existe entre el estrés y los trastornos alimentarios de los alumnos de primer y segundo grado del ciclo escolar 2010-2011, de la Escuela Secundaria Federal Urbana número dos, de Uruapan, Michoacán”.

La metodología implementada fue con enfoque cuantitativo, tipo de investigación no experimental, su estudio fue de tipo transversal para posteriormente hablar del alcance correlacional no causal de la investigación.

La población estudiada fueron los alumnos de la Escuela Secundaria Federal Urbana número dos, de primero y segundo grado del ciclo escolar 2010-2011.

Los principales resultados que se encontraron fue que no existe relación significativa entre el nivel de estrés y ocho de las once subescalas de trastornos alimenticios: obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, miedo a la madurez, ascetismo e impulsividad.

Por otra parte, se encontró que existe correlación entre el estrés y las subescalas de ineficacia, conciencia introceptiva e inseguridad social.

INTRODUCCIÓN

En la presente investigación se abordarán las siguientes variables: estrés y trastornos alimentarios tales como anorexia y bulimia; dichos conceptos se abordarán a continuación, así como el encuadre bajo el cual se estudiarán a detalle.

Antecedentes

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

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

Señalan Palmero y cols. (2002: 424), en el mismo sentido, que el estrés “es un proceso psicológico que se origina ante una exigencia al organismo, frente a la cual éste no tiene recursos para dar una respuesta adecuada, activando un mecanismo de emergencia consistente en una activación psicofisiológica que permite recoger más y mejor información, procesarla e interpretarla más rápida y eficientemente, y así permitir al organismo actuar de una manera adecuada a la demanda”.

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

En 1874, William Gull (referido por López y cols. en www.tallersur.com) asignó a la enfermedad el nombre de anorexia nerviosa. En su representación, Gull destacó su aparición en la adolescencia y principalmente en mujeres.

Lasegue (retomado por López y cols. en www.tallersur.com) menciona que la anorexia emerge como entidad en el marco del discurso psiquiátrico, vinculada a la histeria. Este autor habla teóricamente del proceso de la enfermedad en tres tiempos: el primero se manifiesta mediante el rechazo a alimentarse, en el segundo tiempo, esta resistencia se convierte en una perversión mental hasta desembocar en un tercer estadio, en el cual se verifica la enfermedad declarada (Salin, retomado por López y cols. en www.tallersur.com).

Como tal, el concepto de anorexia se puede definir como una falta de apetito por la persona, ya que ésta llega a percibirse de manera distorsionada, de tal manera que adquiere ciertos comportamientos como dietas rigurosas y ejercicios excesivos, por el miedo a subir de peso.

Por su parte, la bulimia se caracteriza por darse atracones de comida y presentar miedo a subir de peso, el cual viene acompañado de conductas inapropiadas tales como el vómito provocado, o la toma de laxantes u otros medicamentos. En un inicio se pensó que la bulimia nerviosa era un trastorno consecuente de la anorexia, pero en la actualidad se consideran como trastornos separados.

Bermúdez y cols.; en el año 2006, realizaron una investigación denominada “Evaluación de la relación entre rendimiento académico y estrés en estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Manizales”, en la cual el objetivo principal era identificar factores de riesgo, los cuales afectan el rendimiento académico, entre ellos se incluyeron: consumo de alcohol, depresión y la funcionalidad familiar. En dicha investigación se realizó un estudio descriptivo, de una muestra probabilística de estudiantes de segundo a decimoprimer semestre, con un total de 212 estudiantes de entre 17 y 31 años; como instrumento se empleó una encuesta de tipo transversal.

Como conclusión, se encontró que existe una relación entre el rendimiento académico y estrés, y de éste con depresión, el consumo de alcohol y la funcionalidad familiar.

Ruiz y cols. (2004) realizaron una investigación acerca de los trastornos alimentarios en hombres y mujeres adolescentes deportistas y no deportistas, la cual tuvo como objetivo detectar si la práctica deportiva aeróbica es un factor de riesgo en

la presencia de trastornos alimentarios; dicha investigación se aplicó a 100 adolescentes de entre los 15 y 20 años pertenecientes al servicio de rehabilitación ortopédica del centro nacional de rehabilitación. Se utilizó el inventario de trastornos de la alimentación de (MD) de treinta y tres reactivos.

Como resultado, no se encontró diferencia significativa entre el grupo de hombres y mujeres adolescentes deportistas y no deportistas.

En la Escuela Secundaria Federal Urbana número dos, de Uruapan Michoacán, se ha observado que existen problemas acerca de la percepción corporal que los jóvenes tienen de sí mismos, ya que cada vez es más frecuente en ellos la preocupación por su figura física, traducida en una tendencia fuerte a cuidarse de mantener una figura delgada, lo que para algunos autores pueden ser antecedentes o indicadores de algún problema alimenticio.

Planteamiento del problema

Los trastornos alimentarios son problemas de mucha actualidad y, asociados a éstos, se puede encontrar el estrés, ya que el simple hecho de vivir en una cultura en la cual existen bastantes contradicciones entre una idea de comida abundante y una obsesión por la delgadez, lleva a la gente a vivir bajo presión social y genera estrés en la mayoría de jóvenes.

Por lo anterior, es necesario tener un panorama más amplio de lo que en esta investigación se va a exponer, ya que resulta de suma importancia conocer acerca de los trastornos alimentarios y el estrés. Varios autores han establecido que quienes padecen dichos trastornos, tienen una estrecha relación con sus niveles de estrés.

En lo que respecta a los alumnos de secundaria, se puede observar específicamente que en la Escuela Secundaria Federal Urbana número dos, los alumnos de primer y segundo grado del ciclo escolar 2010-2011, se encuentran con una gran preocupación por el aspecto físico, ya que se observan algunas conductas que afectan su imagen corporal; esta situación se corrobora al escuchar la manera en cómo se expresan de sí mismos, por su imagen idealizada.

Por otra parte, se observa que existe consumo, en un corto período de tiempo, de una cantidad de alimentos muy superior a la que la mayoría de los individuos consumirían en un periodo de tiempo similar y en las mismas circunstancias. Sin embargo, es necesario obtener datos de la realidad para poder profundizar en el

conocimiento de estos fenómenos, en este sentido, la investigación abordará la relación existente entre el estrés y los trastornos alimentarios, por lo cual se plantea la siguiente pregunta:

¿Existe relación entre el nivel de estrés y los trastornos alimentarios en los alumnos de primer y segundo grado, del ciclo escolar 2010-2011, de la Escuela Secundaria Federal Urbana número dos, de Uruapan, Michoacán?

Objetivos

Todo estudio se encuentra regulado por directrices que le permiten regular sus tareas y esfuerzos. A continuación se presentaran los objetivos por los que está guiada esta investigación.

Objetivo general

Establecer la correlación que existe entre el estrés y los trastornos alimentarios de los alumnos de primer y segundo grado del ciclo escolar 2010-2011, de la Escuela Secundaria Federal Urbana número dos, de Uruapan, Michoacán.

Objetivos particulares

1. Definir el concepto de estrés.
2. Determinar las características del estrés.

3. Identificar los enfoques teóricos del estrés.
4. Identificar las causas del estrés.
5. Definir el concepto de trastornos alimentarios.
6. Identificar las causas de los trastornos alimentarios.
7. Identificar las características psicológicas de los trastornos alimentarios.
8. Evaluar el nivel de estrés de los alumnos de primer y segundo grado del ciclo escolar 2010-2011, de la Escuela Secundaria Federal número dos, de Uruapan, Michoacán.
9. Medir los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en los alumnos de primer y segundo grado del ciclo escolar 2010-2011, de la Escuela Secundaria Federal Urbana número dos, de Uruapan, Michoacán.
10. Establecer la correlación estadística existente entre el nivel de estrés y los trastornos alimentarios en los alumnos de primer y segundo grado del ciclo escolar 2010-2011, de la Escuela Secundaria Federal Urbana número dos, de Uruapan, Michoacán.

Hipótesis

Enseguida se muestran las explicaciones iniciales sobre la realidad de estudio del presente trabajo.

Hipótesis de trabajo

Existe relación significativa entre el nivel de estrés y los trastornos alimentarios en los alumnos de primer y segundo grado del ciclo escolar 2010-2011, de la Escuela Secundaria Federal Urbana número dos, de Uruapan, Michoacán.

Hipótesis nula

No existe relación significativa entre el nivel de estrés y los trastornos alimentarios en los alumnos de primer y segundo grado del ciclo escolar 2010-2011, de la Escuela Secundaria Federal Urbana número dos, de Uruapan, Michoacán.

Operacionalización de las variables de investigación

La variable estrés se identificará como el resultado que el sujeto obtenga en la aplicación de la prueba CMAS-R de los autores Reynolds y Richmond(1997), la cual está conformada por cuatro escalas y una más que mide la mentira en el sujeto investigado.

La variable de trastornos alimentarios se identificará por el puntaje que el sujeto obtenga en la administración de la prueba Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2), de David M. Gardner (1998), la cual ubica 11 escalas relacionadas con los rasgos psicológicos propios de los trastornos alimentarios.

Justificación

El ser humano es un ser cambiante, que busca la estabilidad individual y en ocasiones, en dicho proceso, se encuentra con obstáculos o factores de riesgo que no lo dejan crecer, lo que obstaculiza la interacción adecuada con el medio ambiente que lo rodea.

Esta investigación, como pionera en la Escuela Secundaria Federal Urbana número dos, podrá aportar material relevante al facilitar información acerca de las características psicológicas que conllevan los trastornos alimentarios y el estrés, para así elaborar posibles estrategias de prevención o tratamiento que contribuyan a aumentar la calidad de vida de los alumnos con esta problemática.

Al igual, será provechosa para que los padres de familia tomen medidas de prevención y estén alertas, ya que podrán comprender que dicha problemática implica riesgos.

A la psicología clínica le aportará información acerca de las causas y características negativas de las variables indagadas, ya que el psicólogo clínico juega un papel fundamental tanto en lo preventivo como en la intervención de estas características que afectan la salud emocional de los individuos. Al igual, es necesario tener en cuenta las causas más sobresalientes para poder realizar una evaluación acertada y saber cómo prevenir las problemáticas a través de medidas adecuadas para aquellas personas que se encuentran en riesgo.

En lo que respecta a la psicología social, se pueden resaltar las características que llevan a un inadecuado desarrollo; el área mencionada posibilita una intervención tendiente a adoptar indicadores psicológicos positivos y así animar a las personas a que adopten dichas medidas, que ayudarán a que se incorporen de manera saludable a su medio ambiente y por consecuencia, tendrán un mejor desarrollo social que facilite su interacción.

Al igual, el presente estudio se vincula con la psicología educativa, ya que es importante dar a conocer a los alumnos de nivel escolar básico las consecuencias y características tanto del estrés como de los trastornos alimentarios, para así poder prevenirlos dando énfasis al proceso enseñanza-aprendizaje, ya que los factores citados influyen en la educación.

Adicionalmente, la investigación servirá a los pedagogos, para que puedan realizar programas de prevención e intervención, tanto de las causas como de las consecuencias, al realizar programas educativos dirigidos tanto a niños como adultos.

Así también, le servirá a la Universidad Don Vasco como material de apoyo para las licenciaturas humanísticas como psicología, pedagogía o trabajo social, entre otras, ya que la relación entre el estrés y trastornos alimentarios, es un fenómeno de amplias repercusiones sociales.

Finalmente a la investigadora le servirá para aprender más a profundidad sobre el tema y conocer las ventajas que trae el indagar más acerca de la relación existente entre los trastornos alimentarios y estrés, y al mismo tiempo, para que sepa cómo obtener información, saber cuáles métodos se pueden utilizar, qué aspectos tomar en cuenta y cuáles son reales o ficticios.

Marco de referencia

Se realizó la investigación en la Escuela Secundaria Federal Urbana número dos, ubicada en la calle Emiliano Zapata número 464, Colonia Revolución, en la ciudad de Uruapan, Michoacán; dicha institución se encuentra en actividad desde 1973; su misión consiste en formar jóvenes con valores, con herramientas que puedan ser útiles para la sociedad y así enfrentar a la vida de forma satisfactoria.

Esta escuela es del sector público, cuenta con una población de 679 alumnos en el turno matutino, en su mayoría son adolescentes de entre 12 y 15 años de edad, cuenta con seis grupos de cadagrado, de primero a tercero. Está conformada por 21 trabajadores, incluyendo director, subdirector, prefecto y trabajadora social, la profesión con la cuentan los docentes en su mayoría es de ingenierías.

En cuanto a la infraestructura cuenta con seis edificios, cada uno cuenta con seis salones, los cuales tienen en cada caso aproximadamente 35 butacas, dos ventanas grandes, un pizarrón, un escritorio y una puerta; hay además cinco oficinas, una biblioteca, una sala audiovisual, aulas para talleres de taquimecanografía, corte y confección, electricidad, carpintería, computación, estructura y dibujo; también se tienen sanitarios para hombres y mujeres y una cooperativa. Existen varias canchas deportivas: dos de voleibol, una de básquetbol y una de futbol, además de cuatro áreas verdes.

CAPÍTULO 1

ESTRÉS

En este capítulo se hablará de los antecedentes históricos del estrés, para ello se hablará de los investigadores pioneros del término; se describirá además el concepto de éste y se detallarán los estresores principales; de igual manera, se hará mención de los procesos del pensamiento que propician el dicha condición, de igual manera, se mencionarán sus moduladores y los tipos de personalidad relacionados con la variable mencionada.

1.1 Antecedentes históricos del estrés

La palabra estrés ya se utilizaba de manera ocasional en el siglo XIV, para señalar dureza, momentos angustiosos, adversidades o aflicción.

Lazarus y Lazarus (2000) señalan que el estrés es un fenómeno preocupante de esta época, si bien ha existido siempre. En el siglo XVII consiguió su primera importancia cuando un físico y biólogo Robert Hooke, se interesó en el trabajo de los ingenieros en los cuales se basó en diseñar estructuras que puedan resistir vientos, terremotos y otros fenómenos de la naturaleza. Dicho análisis contribuyó para definir la tensión fisiológica, psicológica y sociológica.

Por consecuencia, el estrés se define como una reacción inespecífica del ser humano ante circunstancias adversas que se presentan a lo largo de su vida, y así puntualizar que es similar a la teoría de Hooke la cual plantea el término como la resistencia que un puente puede manifestar.

Según Sánchez (2007:16) Claude Bernard, “demostró que la naturaleza provee genéticamente a los seres vivos de mecanismos para enfrentar las contingencias del ambiente externo. Este médico francés descubrió que si bien cualquier cambio externo en el ambiente puede perturbar al organismo, los seres vivos poseen la capacidad para mantener la estabilidad interna aunque se modifiquen condiciones externas”.

Según Lazarus y Lazarus (2000), durante la primera mitad del siglo XX, los principios de Bernard fueron utilizados por el estadounidense Walter Bradford Cannon quien nombró al estado dinámico de equilibrio en el organismo, como homeostasis, así dio a conocer que el ser humano puede tener adaptación al enfrentarse a peligros constantes. Selye utilizó dichas bases para explicar que cuando el organismo del ser humano se encuentra en peligro se activa en su cerebro el sistema nervioso simpático.

Según Travers y Cooper (1996), fue entonces que en 1922 Cannon utilizó el término homeostasis, que se da cuando la persona se encuentra en equilibrio con su medio interno. Enfatizó sobretodo la función del sistema nervioso central y en la descarga de adrenalina por las glándulas suprarrenales, como mecanismos del

cerebro frente a situaciones de amenaza a la homeostasis. Este proceso autónomo provoca, a su vez, modificaciones cardiovasculares que preparan al ser humano para la defensa.

Lazarus y Lazarus (2000) expresan que durante la Segunda Guerra Mundial se mostró interés por conocer más acerca del estrés, ya que los soldados en repetidas ocasiones mostraban una actitud de tristeza emocional cuando se enfrentaban a combates militares. A dicho estado se le llamó fatiga emocional o neurosis de guerra. Al observar las conductas de estrés que mostraban dichos hombres, las autoridades militares mostraron un gran interés, ya que los sujetos presentaban comportamientos como el miedo al enemigo, lo cual ocasionaba que en el momento de la guerra no dispararan sus armas, lo cual ocasionaba que fueran suplidos de sus deberes como militares debido al estrés que mostraban en dicha actividad. Dichos líderes se mostraron inquietos, ya que comenzaron a pensar en estrategias para poder seleccionar a hombres que supieran manejar el estrés, que fueran resistentes a este fenómeno y que respondieran de forma eficaz ante los problemas.

Pasando el conflicto citado, los investigadores se dieron cuenta que el estrés también surgía en diversas adversidades de la vida tales como en el matrimonio, o en algún cambio drástico durante la vida. Dichas experiencias podrían poner al hombre en desequilibrio emocional y sus relaciones personales serían inestables.

Sin embargo, de acuerdo con Lazarus y Lazarus (2000: 281) “el interés por el estrés como causa de angustia y disfunción humana prosperó en las décadas de los sesentas y los setentas, y sigue siendo importante. Lo que hemos aprendido es que todos necesitamos de cierto estrés para movilizar nuestros esfuerzos para enfrentarnos a los problemas habituales del ser humano. El estrés es una respuesta natural a las exigencias de la vida y no es todo malo; probablemente se esté haciendo demasiado hincapié en su lado negativo”.

Existen tres enfoques teóricos para el estudio del estrés, los cuales son: como estímulo, como respuesta y como relación persona-entorno. Cada uno de ellos se explica a continuación.

1.2.1 El estrés como estímulo

Hipócrates (citado por Travers y Cooper; 1997: 30), “creía que el entorno condicionaba las características de la salud y de la enfermedad”.Dicho enfoque utiliza un modelo estático para así explicar sus primeras propuestas.

Desde este punto de vista, las características del ambiente que influyen sobre el individuo hacen que éste se encuentre en cambios constantes. Dichas características dan como resultado una presión en el individuo, la cual puede ser física o emocional; si dura cierto tiempo, se puede convertir en una reacción de ansiedad que a su vez resulta estresante.

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

La perspectiva planteada por estos autores se basa en la tensión que presenta el individuo, ya que identifica factores estresantes ambientales (el ruido), sociales (el racismo), psicológicos (la depresión), físicos (la discapacidad), y los desastres naturales (derrumbes, inundaciones). Un fenómeno importante en dicha teoría es que los individuos poseen cierto nivel de tolerancia que pueden superar y que si se llega a alterarse puede ser perjudicial.

En contraparte, Selye “ha puesto de relieve 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” (referido por Travers y Cooper; 1997: 32).

El estrés se puede dividir en positivo o negativo: el primero lleva por nombre eustrés, el cual motiva el crecimiento, el desarrollo y ayuda al cambio; el segundo, llamado distrés, es incontrolable, dañino para la salud e indeseable.

Existen cuatro tipos de estrés, los cuales pueden ser experimentados por la persona y son los siguientes: defecto de estrés o hipoestrés, exceso de estrés o hiperestrés, estrés positivo o eustrés y estrés negativo o distrés.

1.2.2 Estrés como respuesta

Al hablar de estrés como reacción, se habla con base en los estímulos que lo están causando y puede dar como respuesta una resistencia fisiológica, psicológica o conductual. Se puede decir que cuando una persona es expuesta a situaciones que le causen estrés, da como respuesta algún tipo de tensión. Algunas de estas reacciones son benéficas para el ser humano, como pueden ser las psicológicas, las cuales realizan la actividad de poner en alerta al sujeto, de ayudar a pensar de manera eficaz y rápida, así como ser más eficiente en las actividades que se están realizando. Sin embargo, si dicho estrés llega a sobrepasar los límites, puede ser perjudicial, ya que agota la energía del individuo, y surge un deterioro en el desempeño.

Hans Selye “quien hizo mucho por centrar la atención de médicos y psicólogos en los efectos del estrés, popularizó el Síndrome de Adaptación General (GAS; por sus siglas en inglés, General Adaptation Syndrome), como modelo de nuestra reacción ante los estresores. Éste reconoce tres fases: la reacción de alarma, la etapa de resistencia y la etapa de agotamiento”(citado por Fontana; 1992: 11).

Así estas tres fases se explican cuando el organismo se alerta (reacción de alarma), se da la actividad autónoma (etapa de resistencia), y si dicha actividad dura demasiado, se produce el daño y ocurre el desmoronamiento (etapa de agotamiento).

La reacción de alarma es una respuesta normal que el organismo tiene para enfrentar o huir, la cual provoca las siguientes reacciones: el oído se agudiza, las pupilas se agrandan, los músculos se tensan para responder a dicha amenaza, la frecuencia cardíaca y la respiración aumentan, de manera que la sangre es bombeada en forma abundante y rápida para que el oxígeno llegue a las células y así favorecer las respuestas de peligro (Fontana; 1992).

La reacción de alarma indica que en el momento en el que el sujeto se expone a un estresor, disminuye la resistencia fisiológica, mientras tanto, el organismo se encuentra reuniendo fuerzas para llegar a la resistencia. Dicha etapa depende de que tanta fuerza tiene el individuo, ya que si se le obliga a continuar demasiado, la fase de agotamiento se presenta invariablemente (Fontana; 1992).

Sobre la misma idea, Fontana (1992: 12) menciona: “en cuanto a los efectos psicológicos del estrés, los beneficios se aplican hasta cierto momento de la etapa de resistencia (el momento exacto depende de las valoraciones cognoscitivas del individuo sobre la utilidad del estresor, su capacidad de resistencia y sus necesidades de enfrentarse a desafíos), en tanto que los efectos dañinos se presentan y se mantienen a lo largo de la etapa de agotamiento”.

Los efectos mencionados por el autor anterior varían de un individuo a otro y se han dividido como a continuación se muestra: primero con el pensamiento y el conocimiento (efectos cognoscitivos); por otra parte, sentimientos, emociones y la personalidad, (efectos emocionales); finalmente, con los factores tanto cognoscitivos

como emocionales (efectos conductuales generales). Enseguida se hace una exposición más detallada de los tres tipos de consecuencias, desde la propuesta de Fontana (1992).

Los efectos cognoscitivos incluyen los siguientes:

- Se presenta un decremento del periodo de la concentración y atención; en este efecto se da el problema para mantener la concentración y existe disminución en la capacidad para observar.
- La velocidad de la respuesta se vuelve impredecible, ya que los intentos por compensarla pueden llevar a la toma de decisiones apresuradas.
- Deterioro de la memoria a corto y largo plazo: existe una gran reducción en la memoria a largo plazo, de igual manera, comienza a deteriorarse el recuerdo de la familia.
- Aumento de la distracción: con frecuencia se pierde la coherencia de lo que se está diciendo o pensando.
- Los errores aumentan con frecuencia: como consecuencia de todo lo anterior, se extienden los errores en las tareas cognoscitivas y las decisiones se vuelven inciertas.
- Deterioro de la capacidad de organización y de la planeación a largo plazo: la persona no puede ver con exactitud sus consecuencias.
- Aumento de los delirios y de los trastornos del pensamiento: la prueba de la realidad se vuelve ineficaz, ya que la objetividad se pierde, así como la

capacidad de crítica; los patrones de pensamiento se vuelven irracionales y confusos.

Los efectos emocionales se traducen en:

- Aumento de la tensión física y psicológica: el tono muscular pierde la capacidad para relajarse, sentirse bien, disminuir la ansiedad y las preocupaciones.
- Aumento de la hipocondría: las enfermedades imaginarias se agregan a los malestares reales causados por el estrés. Desaparece la sensación de salud y bienestar.
- Aparecen cambios en los rasgos de personalidad: se modifican las actitudes, por ejemplo, las personas pulcras y cuidadosas se vuelven desaseadas y descuidadas.
- Aumento de los problemas de personalidad existentes: la ansiedad, la defensividad, la sobresensibilidad y la hostilidad empeoran.
- Debilitamiento de las restricciones morales y emocionales: se aminora la conducta y el control de impulsos sexuales, o viceversa, pueden volverse encarecidamente rígidos; también se incrementan las explosiones emocionales.
- Aparecen la depresión e impotencia; el ánimo se deprime y nace una sensación de incapacidad para influir en los sucesos o en los propios sentimientos acerca de ellos y de uno mismo.

- Pérdida repentina de la autoestima: surgen sentimientos de incapacidad y de autodesvaloración.

Los efectos conductuales engloban las siguientes características:

- Aumento de los problemas del habla: se incrementan la tartamudez, el farfullar y la vacilación existentes; o bien, suelen aparecer en personas que no tenían ningún problema.
- Disminución de los intereses y el entusiasmo: decremento en las actividades placenteras.
- Aumento del ausentismo; a través de enfermedades reales o ficticias o de pretextos inventados; los retardos o la falta al trabajo se vuelven un problema para la persona.
- Aumento del consumo de drogas: se evidencia el consumo de cafeína, nicotina y otras drogas libres o prescritas.
- Descenso de los niveles de energía: ya que puede disminuir de un día para otro sin causa aparente.
- Alteración de los patrones de sueño, el cual disminuye y la persona puede tener problemas de conciliarlo por más de cuatro horas.
- Aumento del cinismo acerca de los clientes y de los colegas, se presenta la tendencia a culpar a los demás.
- Se ignora la nueva información: no acepta los nuevos reglamentos o cambios aunque le beneficien.

- Las responsabilidades se depositan en los demás: todas las consecuencias caen sobre los ellos.
- Se afrontan los problemas a un nivel cada vez más superficial: las soluciones son superficiales y a corto plazo, no se hace el intento de comprender profundamente.
- Aparecen patrones de conducta excéntricos, conducta impredecible y nada característica.
- Pueden existir amenazas de suicidio, expresan frases de incompreensión.

Cabe mencionar que los efectos mencionados no se presentan en todos los individuos con estrés, pero sí algunos de ellos, esto depende de la misma personalidad del individuo, la cual condiciona su forma de reaccionar.

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

Pearlin y cols. (citados por Travers y Cooper; 1997: 32) “sugirieron que: «El estrés no es un suceso, sino un proceso complejo, variado y desafiante a nivel intelectual»”. Como consecuencia, el estrés psicológico se considera una demanda del entorno o como una reacción a éste.

Como resultado, el estrés es un estado de adaptación entre persona y entorno, o mejor dicho, es un producto de la relación que existe entre ambas entidades y esto, a su vez, provoca experiencias estresantes.

En ocasiones, los estímulos estresantes resaltan la capacidad que tiene la persona para resistirlos. Para poder controlar la experiencia del estrés, la persona puede intentar alterar su entorno o aprender las formas que existen de modificar el modo de reaccionar frente a alguna situación concreta.

Según Travers y Cooper(1997: 33) “la actitud de enfrentarse al estrés se produce para intentar que la persona y el entorno logren alcanzar un estadio de adaptación”.

Según estos autores, los modelos transaccionales han dado como resultado un creciente reconocimiento del valor que tiene la actividad mental como agente crucial para determinar el estrés. Para que un suceso se considere como un estímulo estresante, se debe interpretar fenomenológicamente.

Travers y Cooper (1997: 33) expresan que “desde un punto de vista transaccional «el estrés se define como un concepto relacional mediado de forma cognitiva»”.

Algunos aspectos fundamentales de esta perspectiva, son los siguientes:

1. Valoración cognitiva de la situación: puede ser neutra e irrelevante, amenaza o daño, o benéfica, es decir, eustrés.
2. Experiencia: el suceso depende de la experiencia que el sujeto obtiene a lo largo de su vida, es decir la cercanía que tiene con la situación.

3. Exigencia: contiene requerimientos reales o percibidos, éstos dos quedan fortalecidos por las necesidades del individuo.
4. Influencia interpersonal: es la forma en la que la persona percibe el estrés, ésta depende de la ausencia o presencia de otros individuos.
5. Un estado de desequilibrio: cuando existe inestabilidad, se van formando las estrategias de superación que toman en cuenta las consecuencias pasadas de dichas acciones.

Lazarus y Lazarus (2000: 282) expresan que “la relación persona-entorno que produce el estrés es un desequilibrio subjetivo entre las demandas que recibe la persona y sus recursos para satisfacerla. Dependiendo del grado de desequilibrio, experimentamos más o menos estrés.”

Por consecuencia, cuando el medio ambiente se vuelve demasiado pesado para los recursos del ser humano, existe un desequilibrio y esto hace que la carga se incline hacia su entorno; cuanto mayor es el desequilibrio, más alto el estrés. Por otra parte, el ser humano tiene muchas demandas y cuando se satisfacen con facilidad, éste se siente confiado para poder reconocerlas, pero cuando los recursos de la persona son más importantes que las exigencias, es probable que exista una demanda insuficiente y entonces aparece el aburrimiento, el cual se vuelve nocivo.

Como resultado de lo anterior, el estrés tiene lugar cuando la persona trata de interpretar que los estímulos estresantes superan la capacidad que piensa y que posee para resistirlos.

Una vez expuestos los diferentes enfoques sobre el estrés, a continuación se hablará de un concepto totalizador.

1.2.3.1. Concepto integrador de estrés

A partir de la revisión de los tres enfoques, es oportuno establecer el concepto de estrés como “una respuesta adaptativa, mediada por las características individuales y/o procesos psicológicos, la cual es al mismo tiempo consecuencia de una acción, situación o evento externo que plantea a la persona especiales demandas físicas o psicológicas” (Ivancevich y Matteson; 1985: 23).

Existe una percepción de esa demanda como amenaza, perdida o daño, ya que el sujeto no dispone de recursos suficientes cuando existe la presencia de emoción negativa, peligro de inadaptación o desajuste psicológico. Asimismo, se ha venido hablando del estrés como un fenómeno negativo, sin embargo, es importante mencionar que por su contenido, el estrés puede ser identificado más bien como una experiencia favorable, lo cual da lugar así al término de eustrés, que es necesario en la vida diaria, ya que es una experiencia que puede dar como resultado una respuesta de adaptación positiva ante la existencia de estresores.

Según Ivancevich y Matteson (1985: 248), “Eustrés es una palabra acuñada por Selye (del griego eu que significa bueno, como euforia), y se refiere al estrés que es bueno o produce un resultado positivo”.

En este tipo de estrés existen estímulos positivos que dan como resultado experiencias que satisfacen a la persona, aunque esto puede ser relativo dependiendo de la situación, por ejemplo, dar por terminado un trabajo difícil puede derivar para algunas personas en eustrés, pero para otras eso puede ser origen de distrés.

1.3 Los estresores

Este vocablo se aplica a los elementos que puedan originar estrés; dada su diversidad, existen diferentes clasificaciones con sendos criterios. “Cabría realizar diferentes taxonomías sobre los estresores, en función de criterios meramente descriptivos —características físicas, perceptivas, etc.—; sin embargo, dado que la inmensa mayoría de estas situaciones son de tipo psicosocial, se ha tendido a clasificarlos por el tipo de cambios que producen en las condiciones de vida, cambios que afectan precisamente a las propias condiciones psicosociales de las personas”.(Palmero y cols.; 2002: 425).

1.3.1. Estresores psicosociales: cambios mayores, vitales y cotidianos

Lazarus y Cohen(citados por Palmero y cols.; 2002)mencionan que existen tres tipos de acontecimientos estresores psicosociales en función de la intensidad de los cambios que existen en la vida de una persona, y son los siguientes:

- Cambios mayores o drásticos en la vida de una persona, que no sólo afectan a ella, sino a un gran número.
- Cambios menores o estresores múltiples, sólo afectan a una persona o a un pequeño grupo de éstas, ya que existen cambios significativos que pueden tener consecuencias trascendentales para ellas.
- Estresores cotidianos o microestresores, son molestias en las rutinas cotidianas del ser humano.

Se entienden por cambios mayores todos aquellos cambios decisivos que afectan a grandes poblaciones o a una sola persona, que pueden ser de gran impacto o traumáticos para su vida.

“Una de las características definitorias de este tipo de estresores es su potencial capacidad para afectar a un amplio número de personas, aunque puede afectar también a una sola persona o a un número relativamente bajo de ellas, pero el número de afectados no altera de forma significativa la capacidad perturbadora de tales acontecimientos”(Palmero y cols.; 2002: 426).

En segundo lugar se encuentran los cambios vitales y su característica principal es que los acontecimientos se encuentran fuera del alcance del sujeto, esto es, no tiene el control de dichos sucesos, como por ejemplo, la muerte de algún ser querido. Entre dichas alteraciones con trascendencia vital y que, por consecuencia, son significativas en la vida, se encuentran:

- Las relaciones interpersonales, problemas en las relaciones con amigos, vecinos o familiares cercanos.
- El propio desarrollo biológico, como la pubertad, la menopausia o la época de los cuarenta.
- Otros tipos de estrés psicosocial, como sufrir alguna persecución, una violación o un embarazo no deseado.
- En el caso de niños y adolescentes, relaciones frías y distantes entre los padres, relaciones de hostilidad, trastornos mentales en miembros de la familia.

Por último se encuentran los estresores cotidianos o microestresores: se trata de las pequeñas situaciones que pueden causar molestias en los sujetos, como vivir con alcohólicos o presenciar alguna pelea de pareja.

Citando a Palmero y cols. (2002: 430) “algunas de las características objetivas que con frecuencia presentan los estresores cotidianos son las siguientes: implican un cambio o novedad en la situación ambiental”.

Dicha tipología hace referencia a temas relacionados con responsabilidades domésticas, economía, el trabajo, problemas ambientales y sociales(Palmero y cols.; 2002).Existen dos tipos de microestresores, los cuales son las contrariedades y las satisfacciones. Se entiende por contrariedades aquellas situaciones que causan malestar emocional y problemas sociales; las satisfacciones, por su parte, son

experiencias y emociones positivas y tienen la ventaja de contrarrestar los efectos de las contrariedades.

1.3.2 Estresores biogénicos

Esta clase de estresores se distingue de los tres tipos anteriores en que su origen no tiene relación con las emociones del individuo ni con su interacción social; su etiología se remite al aspecto fisiológico de la persona.

“Los estresores son sucesos medioambientales reales o imaginarios que configuran las condiciones para elicitación de la respuesta de estrés. La mayoría de los estresores a los que nos enfrentamos son psicosociales, por lo que se puede decir que el estrés reside en el ojo de quien lo contempla.” (Palmero y cols.; 2002: 431).

Los estresores biogénicos, por sus propiedades inherentes, actúan solamente en los núcleos elicítadores neurológicos del estrés. A continuación se darán algunos ejemplos de dichos estresores:

- Cambios hormonales en el organismo: dichas modificaciones en la pubertad e inicio de la menstruación, son causantes de estrés.
- Ingestión de determinadas sustancias químicas, como nicotina, alcohol o cafeína, pueden causar estrés al sujeto.

- Por último se encuentra el estrés alérgico, ya que una fuerte alergia en la persona puede ser causa de estrés, debido a que existen cambios en el sistema inmunológico.

1.3.3 Estresores en el ámbito académico.

Existen causantes del estrés académico, los cuales no favorecen al rendimiento del alumno, ya que no funciona de acuerdo con el medio que lo rodea.

Hernández, Polo y Poza (citados por Barraza; 2003) hablan acerca de algunos estresores académicos, los cuales son: la exposición de trabajos, realizar o responder preguntas, participar en coloquios, realización de un examen, competitividad entre compañeros, trabajar en grupo, tiempo limitado para entrega de trabajos, conflictos con profesores y/o compañeros y sobre todo, las evaluaciones.

De acuerdo con lo anterior existen respuestas que da el estrés académico, sin embargo, según Hernández, Polo y Poza (citados por Barraza; 2003), existen 12 tipos de respuestas, las cuales son: la preocupación, el corazón late muy rápido, respiración agitada, realizar movimientos repetitivos con alguna parte del cuerpo, sentir miedo, sentir molestias estomacales, fumar, comer o beber demasiado, tener pensamientos o sentimientos negativos, temblor en las manos o piernas, dificultad al expresarse verbalmente, sentir la boca seca y ganas de llorar. Todos ellos son causantes del estrés en sujetos que se enfrentan a diferentes situaciones escolares.

Al igual, pueden existir eventos positivos que favorezcan a la persona como por ejemplo, el enamoramiento o prepararse para realizar un viaje de estudio. Cabe mencionar que aunque son eventos agradables, traen consigo cierta carga de tensión. Por consecuencia, es importante que se determinen y reconozcan las características que presenta el estrés académico para así poder atacar el problema de raíz.

1.4 Procesos del pensamiento que propician el estrés.

Los esquemas de apreciación que resultan estresantes se entienden como distorsiones cognitivas, aunque irracionales; son creídas por la persona, tienden a ser reiterativas e impiden evaluar adecuadamente los eventos.

(Palmero y cols.; 2002) hablan acerca de algunos procesos, los cuales son:

- El filtraje: en este proceso sobresale solamente una parte de la situación y todo el problema queda marcado por ese detalle.
- La sobregeneralización: por una experiencia agradable o desagradable que el sujeto pasó, extiende la manera de reaccionar a otras situaciones similares que pueda estar viviendo, aunque dicha opción no sea adecuada.
- La interpretación del pensamiento: se da cuando una persona cree descifrar el pensamiento y hace juicios repentinos acerca de los demás.

- La polarización y la visión catastrófica: el sujeto juzga todo como favorable o nocivo, no existen puntos medios y esto lleva al catastrofismo, ya que cuando ocurre algo malo, se interpreta como la peor desgracia que pueda pasar.
- La falacia de control, dentro de la cual existen dos formas en que puede distorsionarse: el sentido de poder y control de una persona. “Una persona puede verse a sí misma como impotente y externamente controlada, o como omnipotente y responsable de todo lo que ocurre alrededor. La persona que se siente externamente controlada se bloquea. En el polo opuesto de la falacia del control externo, se encuentra la falacia del control omnipotente, a partir de la cual la persona experimenta esta distorsión se cree responsable de todo y de todos” (Palmero y cols.; 2002:434).
- El razonamiento emocional: lo que la persona siente tiene que ser verdadero.
- La falacia de cambio: la felicidad depende de otras personas, ya que los demás tienen que satisfacer sus necesidades.
- La culpabilidad: la persona se siente culpable de las circunstancias negativas que le puedan pasar a ellas o a personas allegadas; sienten la obligación de satisfacer las necesidades de los demás y si esto no resulta exitoso, sienten una gran culpa.
- El tener razón: este tipo de individuos tienen que probar que su punto de vista es el adecuado, no escuchan nuevas propuestas.
- La personalización: relacionan cualquier cosa que pasa, consigo mismas, se comparan continuamente con los demás.

1.5 Los moduladores del estrés

El individuo hace uso de sus recursos personales y sociales para enfrentar el estrés y las emociones. Estas estrategias dependen de las características de la situación y posteriormente, de las propias particularidades del individuo; se les puede dar el nombre de estilos de afrontamiento.

Existen factores que influyen en el estrés y son llamados moduladores, es decir, son factores que no se pueden predecir para determinar cuál será el curso del estrés y las consecuencias que tendrá sobre la salud. Existen varios tipos de moduladores, unos son de carácter social, como el apoyo que puede recibir una persona en dificultades y las pautas culturales que canalizan y predisponen la apreciación de las fuentes de estrés; otros, son de carácter personal, como por ejemplo, las creencias, las competencias, la experiencia y los rasgos de personalidad.

Dichos moduladores existen aunque el individuo no esté sometido a estrés y probablemente le afecten siempre, sin embargo, en los contextos de estrés pueden destacar por ser capaces de determinar a casi todos los elementos que constituyen el núcleo del estrés y, por tanto, también a sus consecuencias nocivas o benéficas.

1.5.1 El control percibido

SegúnPalmero y cols. (2002: 528) “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 pueda ejercer sobre éste”.

La percepción del control se puede entender como una creencia general sobre el grado en el que la persona es capaz de controlar y lograr las metas u objetivos deseados, normalizando los problemas que aparecen en el curso de su consecución. Dicho control puede llegar a tener consecuencias en la conducta, por ejemplo, cuando el individuo cree tener la regulación sobre el entorno, aunque ésta sea ficticia, dicha creencia lo protege generalmente de los efectos negativos que le podrían provocar el estrés.

1.5.2 El apoyo social

El apoyo social se puede definir como el conjunto de abastecimientos instrumentales o expresivos, reales o percibidos, aportados por las comunidades, redes sociales y amigos íntimos.

Si se considera que el estrés proviene del desequilibrio percibido entre demandas y recursos, entonces resulta simple entender que el apoyo social es una fuente de recursos para hacer frente a las demandas.

Según Cascio y Guillén (2010: 190), “en cuanto al modo de acción del apoyo social sobre la salud y el estrés, se han supuesto dos mecanismos principales que no son mutuamente excluyentes: a) la hipótesis del efecto indirecto o protector y b) la hipótesis del efecto directo o principal”.

La hipótesis del efecto indirecto o protector habla acerca de que cuando los individuos se encuentran expuestos a estresores sociales, éstos sólo tienen efectos negativos si nivel de apoyo social es bajo, sin embargo, según dicha hipótesis, sin estresores sociales el apoyo social no interviene sobre el bienestar y su función se limita a proteger a las personas de los efectos patógenos del estrés.

La hipótesis del efecto directo o principal afirma que el apoyo social fomenta la salud y el bienestar independientemente del nivel de estrés. Según esto, a mayor nivel de apoyo social, menor malestar psicológico, y a menor grado de apoyo social mayor es el riesgo de tener trastornos.

1.5.3 El tipo de personalidad A/B

Se ha descubierto que los estilos de conducta actúan como modificadores de la respuesta individual ante el estrés, con lo cual afecta la relación entre los estresantes psicosociales y las tensiones.

Friedman y Rosenman (citados por Travers y Cooper; 1997) estudiaron los conceptos de los tipos de personalidad A y B; con base en ello, sugirieron que se

trata de un conjunto de actitudes, reacciones emocionales y modelos de conducta que tenían que ver con pacientes que manifestaban enfermedades debido al estrés.

“A finales de los años 50, los cardiólogos Friedman y Rosenman (1959) observaron que sus pacientes con enfermedades coronarias compartían un patrón de conducta similar y unas reacciones emocionales que ellos denominaron conducta del Tipo A (TAB), descrita como «un complejo acción-emoción» (Travers y Cooper; 1997: 91).

Dicho patrón de conducta trae consigo agresividad, hostilidad, competitividad y un sentido de la urgencia, las personas de tipo A pueden ser también intolerantes, exigentes y orientadas al éxito de sus objetivos.

Algunas de las características de estas personas son las siguientes: son impacientes, su forma de hablar es apresurada, se encuentran muy activas, se mueven, caminan y comen rápidamente, sin embargo, también procuran hacer dos o más tareas a la vez, por ejemplo, pensar en un tema diferente mientras están escuchando a otra persona, a esta actividad se le llama polifásica y es uno de los rasgos más comunes del tipo A.

Estas personas tienen características demasiado reveladoras y se les reconoce por gestos como tics nerviosos, su conversación gira en torno a ellos, casi siempre se sienten ligeramente culpables cuando intentan relajarse. Un aspecto central de la personalidad es el de tener un sentido crónico de urgencia.

Por otra parte, los individuos del Tipo B se ven fuera de estos rasgos, no sufren por la urgencia, ni la impaciencia, no traen consigo hostilidad, sino que pueden relajarse libremente sin sentir culpa.

1.5.3.1 Personalidad tipo A y problemas cardiacos

Según Ivancevich y Matteson (1985: 203) “muchos escritores han sugerido que estrés y conducta tipo A son sinónimos. Es decir, los individuos tipo A experimentan una gran cantidad de estrés, mientras que sus contrapartes más relajadas y tranquilas del tipo B, raras veces se alteran o experimentan estrés. Dos aspectos de esta postura son incorrectos: el primero, la suposición de que los tipos B son individuos calmados, de fácil dominio. Los del tipo B pueden tener, en todos los sentidos, metas trazadas como los del tipo A; pueden estar tan deseosos de éxito y logros como ellos. La diferencia estriba en que la persona de tipo B busca la satisfacción de estas necesidades de tal forma que no crea los estragos psicológicos y físicos a los que se encuentra sujeto el tipo A”.

El segundo error es cuando se afirma que A es igual a estrés y B es igual a falta de estrés, esto es algo exagerado y muy probablemente erróneo. Sin embargo, no queda duda de que existe una relación entre la conducta del tipo A y las consecuencias negativas del estrés.

De acuerdo con lo anterior, los individuos del tipo A tienen características que aumentan la probabilidad de exponerse a estresores, mientras que su resistencia al estrés disminuye, al no querer relajarse ni llevar una vida más tranquila.

Estos individuos generan estrés por sí mismos al estar en exposición constante a estresores que los de tipo B evitan, ya que el ambiente en el que se encuentre el individuo es de suma importancia porque puede provocar en él, ciertas conductas.

1.6 Los efectos negativos del estrés

De acuerdo con todo lo anterior, el estrés tiene relación con algunas afecciones que a continuación se mencionarán, con base en Ivancevich y Matteson (1985).

La hipertensión es una enfermedad de los vasos sanguíneos, en la cual la sangre fluye a través de las venas a una presión elevada. La respuesta negativa que el cuerpo tiene al enfrentarse a situaciones estresantes es el comprimir las paredes de las venas y así aumentar la presión; ya que pasa la situación estresante, la presión debe volver a la normalidad, pero si el estrés dura demasiado tiempo, la presión puede estar en niveles anormalmente altos.

Las úlceras son lesiones en el estómago o intestino y una de sus causas más conocidas es la variación de cortisona, la cual aumenta durante el estrés y cuando éste es muy prolongado, puede llegar a causar lesiones.

La diabetes implica deficiencia de insulina y ésta tiene como consecuencia que las personas no puedan absorber suficiente azúcar de la sangre. Si el estrés es persistente, el páncreas puede debilitarse, dando como resultado una deficiencia de dicha función fisiológica. Las jaquecas, por otra parte, son el resultado de la tensión muscular, en sí, la jaqueca es un estresor que lleva a una mayor tensión muscular y ésta, a su vez, aumenta el dolor.

“El cáncer es uno de los conceptos más controvertidos de la categoría de las enfermedades de adaptación. Una teoría actual sobre el cáncer es la de que las células mutantes (cáncer) se están produciendo continuamente en nuestro cuerpo, pero que normalmente son destruidas por el sistema inmunológico antes de que puedan multiplicarse y crecer. Se ha demostrado que las respuestas a los estresores traen como consecuencia pequeñas alteraciones bioquímicas en el sistema inmunológico. Algunos piensan que los cambios bastan para permitir la reproducción de pequeñas cantidades de estas células mutantes, que a su vez se convierten en tumores malignos”.(Ivancevich y Matteson; 1985: 107).

Con los diversos aspectos expuestos en este capítulo, se concluye que el estrés es un aspecto de la vida que se debe saber prevenir, ya que trae consigo consecuencias que afectan al ser humano tanto en lo físico como en lo emocional;

constituye un fenómeno que se relaciona con la persona y el entorno, puede ser visto como peligroso y pone en peligro el bienestar, por eso es elemental que la persona realice cambios en sus rutinas de vida, para romper así con la monotonía y generar nuevas condiciones y necesidades de vida, ante las cuales la tiene que valorar su forma de actuar.

CAPITULO 2

TRASTORNOS ALIMENTARIOS

En este capítulo se expondrán diversos aspectos sobre la segunda variable a tomar en cuenta para la presente investigación: los desórdenes alimentarios, los cuales son entendidos como una problemática que se abordará desde sus orígenes, las teóricas que los explican y los factores que en ellos influyen; asimismo, se propone un perfil tentativo de la persona que padece dichas perturbaciones.

2.1 Antecedentes históricos de la alimentación

Desde la antigüedad, han existido contextos en los que la comida se proporcionaba de forma desmesurada, pero en las civilizaciones pasadas se trataba de una demostración de poder y en ocasiones era un símbolo sagrado; desde entonces, el vómito era un recurso común para seguir comiendo.

En lo que concierne a los antecedentes de los trastornos alimentarios, “casi simultáneamente, en 1873, Gull en Londres, y Lassage, médico del hospital La Pitie, de Paris, hicieron descripciones completas de cuadros anoréxicos. Gull, un experto clínico, constato la inexistencia de patología orgánica que justificara la clínica anoréxica y se inclinó desde el principio por una etiología psicógena.” (Jarne y Talarn; 2000: 142).

Las características descritas por los autores anteriores son muy similares a los que se pueden encontrar en la actualidad, aunque han ido variado un poco la interpretación etiopatogénica. Las primeras teorías sugerían una afección con origen en el área biológica, que se da a nivel de la hipófisis y en la glándula pituitaria.

“Russell, en 1979, describió un cuadro caracterizado por episodios de ingesta voraz y conductas de purga posteriores que consideraba vinculado a la anorexia nerviosa, ya algunas pacientes anoréxicas evolucionaban tórpidamente en su trastorno e iniciaban entonces conductas de ingesta voraz y purga; le denominó bulimia nerviosa y sería una forma ominosa de evolución de la anorexia, tal como la definió Russell” (mencionado por Jarne y Talarn; 2000: 142).

2.2 Definición y características clínicas de los trastornos alimentarios.

En este apartado se mencionarán las características relevantes que se presentan en los trastornos alimenticios, ya que la comida representa aspectos de identidad del sujeto en términos de género, autocontrol y comunicación.

2.2.1 Anorexia nerviosa

La anorexia nerviosa es un problema que se encuentra en la sociedad: no distingue raza, posición social, edad ni religión; este problema se da principalmente en las mujeres, aunque no se puede descartar que en los hombres también exista dicho problema.

Generalmente la pérdida de peso se consigue a través de una disminución de la ingesta total. A pesar de que los individuos comienzan por quitar alimentos con alto contenido de calorías, la mayoría de ellos terminan con una dieta muy restringida, limitada a unos pocos alimentos.

Existen dos subtipos de anorexia nerviosa, según la American Psychiatric Association (APA; 2002), los cuales son los siguientes:

- Tipo restrictivo: éste se caracteriza por una restricción de alimentos, por realizar dietas rigurosas, ejercicio excesivo y por provocarse el vómito; no se recurren a atracones ni a purgas.
- Tipo compulsivo o purgativo: éstos, a diferencia del tipo restrictivo, sí recurren a atracones o a purgas, se provocan el vómito, comienzan a comer y luego se empiezan a experimentar sentimiento de culpa.

La anorexia nerviosa atípica, por su parte, no cumple con todas las características clínicas o el individuo no puede presentar pérdida significativa de peso, los signos pueden fallar, así como la pérdida significativa de peso o la amenorrea. Para realizar un diagnóstico certero, se debentomar en cuenta las características que presenta la anorexia nerviosa.

2.2 2 Bulimia nerviosa

Las características que presenta la bulimia nerviosa consisten en la presencia de atracones recurrentes, dado que existe una sensación de la pérdida del control durante dichos episodios, lo cual impide evitarlos, o bien, terminarlos; existe dolor intenso de estómago, preocupación por la silueta y peso, se manifiestan sentimientos de vergüenza y culpa que hacen que el individuo oculte cierta conducta.

El tipo de comida que ingieren estos sujetos puede ser variada y generalmente se trata de dulces y alimentos con un alto contenido de calorías, sin embargo los atracones se caracterizan más por una cantidad anormal de comida ingerida que por un ansia de comer un alimento determinado, como los hidratos de carbono.

Los individuos con este trastorno pueden estar sin comer uno o más días, o realizar ejercicio excesivo e intenso, en un intento por compensar el alimento ingerido durante los hartazgos.

Aquí también se encuentran dos clases de bulimia (APA; 2002):

- Tipo purgativo: el sujeto se provoca el vómito, para lo cual utiliza laxantes y diuréticos.
- Tipo no purgativo, el individuo emplea conductas como el ayuno, no se provoca el vómito, sino que realiza ejercicio intenso.

En la bulimia nerviosa atípica, por otro lado, existe una ingesta excesiva seguida de vómitos o purgas, así como la presencia de síntomas depresivos.

Se puede encontrar también el trastorno por atracón, el cual se caracteriza por la aparición de atracones recurrentes en los que se pierde el control, pero sin conductas compensatorias.

Algunos síntomas que los pacientes presentan consisten en un estado de ánimo disfórico, en el cual se presentan situaciones como la depresión o la ansiedad. En el tratamiento se utilizan dos objetivos fundamentales:

1. Conseguir un peso adecuado a su talla y edad, ya que es frecuente la obesidad en esto.
2. Controlar los atracones.

Los tratamientos más utilizados son los fármacos inhibidores del apetito, antidepresivos dirigidos a los cuadros depresivos. Dentro de las psicoterapias más recomendadas se encuentra el modelo cognitivo conductual. Esta enfermedad es de carácter crónico, los programas de adelgazamiento en los que entra, son de índole conductual.

2.2.3 Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas

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

Existe aparición de atracones recurrentes en los cuales se pierde el control, no hay conductas compensatorias, sensación de disgusto, culpa ni depresión; aparece después de una pérdida significativa de peso lograda por una dieta; los individuos que la padecen, comen sin hambre, han realizado demasiadas dietas sin resultado alguno y son personas que comen a solas.

A este trastorno también se le conoce con el nombre de hiperfagia psicógena.

2.2.4 Vómitos en otras alteraciones psicológicas

Se le conoce también con el término de vómitos psicógenos e hiperémesis gravídica psicógena.

En este trastorno “pueden aparecer vómitos repetidos, no autoprovocados, en cuadros disociativos, en la hipocondría como uno de los muchos síntomas corporales

experimentados, y en el embarazo en donde factores emocionales pueden facilitar la aparición de vómitos o náuseas recurrentes”. (Castillo y León; 2005: 225).

2.2.5 Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia

“De acuerdo con el CIE-10 se hace referencia a un trastorno que se presenta por lo general en la infancia y en la niñez. La característica fundamental es que el niño rechaza los alimentos o presenta conductas muy caprichosas que se alejan bastante de lo que es una conducta alimentaria normal y lo hace frente a su cuidador habitual” (Castillo y León; 2005: 225).

Al hablar de problemas alimenticios menores se puede hacer referencia al conjunto de comportamientos problemáticos, relacionados con la alimentación y que, a diferencia de otras alteraciones mayores, no ponen en riesgo a la salud del infante.

Se puede encontrar algunos problemas alimenticios, los cuales consisten en que el niño rechace alguna clase de comida, negación a tomar alimentos sólidos, ingesta de comida mezclada o falta de apetito; muchos niños tardan en comer hasta por un lapso de dos horas; dichos padecimientos se explicarán a continuación, desde la perspectiva de Jiménez (1997):

1. Comportamientos disruptivos durante la comida y hábitos alimentarios inadecuados: se refiere situaciones en las que los padres no saben cómo manejar esta situación, ya que los niños acostumbran a comer de pie o

levantándose continuamente de la silla, o hacerlo sólo si el adulto lo está mirando o si le cuenta una historia. Dichos comportamientos dificultan el establecimiento de hábitos alimenticios adecuados, por eso es importante que los padres tengan el conocimiento para saber cómo manejar las conductas relacionadas con la alimentación de sus hijos.

2. Rechazo de alguna clase de comida: el problema radica en que el menor rechaza sólo algún tipo de alimento que puede ser sustituido por otro de características similares, o puede ser que si no ingiere ese alimento le pueda afectar en su salud. Los motivos de tal rechazo pueden ser variados, que no le guste el olor, que la consistencia no sea agradable o por el sabor.
3. Negación a tomar alimentos sólidos: el niño acede a tomar todos aquellos alimentos que son de consistencia líquida, dicho problema puede aparecer cuando el pequeño comienza a ingerir comida que no sea papilla o biberón, generalmente sucede a los ocho meses o cuando aparecen los primeros dientes.
4. Ingesta de comida mezclada: por lo general este problema lo inician los padres, cuando trituran los alimentos tales como carne, fruta, verdura o lácteos, para que el niño este bien nutrido. Dicha forma de dar los alimentos triturados se vuelve un problema porque el niño se acostumbra a ingerirlos de forma combinada y sin mayor esfuerzo, por lo que después ya no quiere comerlos de forma apropiada.
5. Falta de apetito: a la edad de tres o cuatro años la apetencia del niño disminuye de forma natural y sus preferencias alimenticias pueden variar;

sin embargo, cuando el niño llega a la edad escolar, se produce un incremento del apetito, pero dependiendo de los hábitos que tenga en ese momento, los cuales son aquellos que ha ido aprendiendo durante los años anteriores.

6. Tiempo excesivo de comida: es normal que un niño se tarde más en comer que un adulto, sólo constituye un problema cuando ese tiempo se vuelve desmedido y esto depende de la edad del niño y del momento de la comida. Los motivos de dicha lentitud pueden variar, como por ejemplo: un rechazo a comer el alimento que se preparó, negación a pasar de la comida triturada a la sólida, resistencia a comer toda la ración que los padres le ha preparado o por la existencia de muchos estímulos que lo distraen.
7. Los vómitos: representan un problema que causa alarma en los padres, ya que lo relacionan con un inconveniente de tipo físico, dicha situación puede darse por un rechazo a la comida, sin embargo, es necesario establecer si el vómito es una salida a problemas o a situaciones desagradables o si existe relación directa con la comida.

Por otro lado Castillo y León(2005) hacen mención de tres padecimientos más que se presentan durante la infancia y son los siguientes:

- La pica es un trastorno de la conducta alimentaria en la que el individuo ingiere de forma constante sustancias no nutritivas, por ejemplo tierra.

- Ruminación o mericismo: este trastorno aparece entre los tres y los doce meses. Se caracteriza por la regurgitación repetida de comida ingerida y se acompaña con la pérdida o incapacidad para ganar el peso esperado para la edad del niño.
- Potomanía: se trata de la ingesta excesiva de líquidos, habitualmente agua. “Siempre que nos encontremos con esta patología se deberá hacer un diagnóstico diferencial con la diabetes insípida” (Castillo y León; 2005: 227).

2.3 Esfera oroalimenticia en el infante

El reflejo oroalimenticio (alimentación por la vía oral) es una de las primeras formas de relación con el mundo externo, ya que la actividad oral es una fuente de satisfacción para saciar la necesidad de nutrición.

Este reflejo es una fuente de contacto para apropiarse de los objetos de amor, en este caso la madre, ya que el recién nacido percibe inconscientemente el objeto adecuado (madre) del cual puede obtener el beneficio.

2.3.1 Organización oroalimenticia

“En la serie de reflejos humanos, el automatismo oroalimenticio de succión y deglución aparece muy tempranamente. Los movimientos de succión labial,

provocados al tocar con los dedos, existen ya desde el nacimiento.” (Ajuriaguerra; 1973: 178).

Se habla de una especie de reacción la cual es llamado por Preyer (citado por Ajuriaguerra; 1973) reflejo de búsqueda y por otros autores, reflejo focalizador, por consiguiente, desde muy temprano se observa un reflejo oroalimenticio.

La reacción oral es una de las primeras formas que el niño tiene para relacionarse con el mundo externo, aunque todavía no se una relación de objeto, ya que la madre aún no es el objeto amado, más bien representa una dependencia infantil y se le llama madre-alimento. Es necesario mencionar que el niño va a reaccionar más cuando tiene hambre que cuando se encuentra saciado.

Spitz (mencionado por Ajuriaguerra; 1973) habla acerca de la conducta infantil ante el pecho materno, la cual pasa por diversas fases:

1. Hasta el segundo mes de vida, el niño sólo conoce la señal de la comida cuando tiene hambre.
2. A los tres meses, el niño reacciona al tomar el biberón con cambios motores o movimientos de succión.
3. A los ocho meses el niño responde a las señales que son las de sensibilidad profunda y del equilibrio.

“A. Freud distingue dos satisfacciones distintas: la satisfacción de saciar el apetito y la satisfacción erótica oral. En cuanto al hambre, en la fase narcisista el recién nacido oscila entre la tensión del hambre y la tensión satisfactoria. Posteriormente, la búsqueda de satisfacciones comenzará a tornarse hacia la comida, también fuente de placer. En la fase objetal llevará a su afecto hacia la madre que le proporciona el alimento. A partir de segundo año distinguirá entre su madre y el alimento aun cuando subconscientemente subsista esta relación.” (Ajuriaguerra; 1973: 179).

2.3.2 Alteraciones en la esfera oroalimenticia

En este subtema se habla de la anorexia del recién nacido. A este respecto, se encuentra en primer término la anorexia esencial precoz, que puede aparecer en las primeras semanas de vida o el primer día de vida del lactante. La anorexia del segundo semestre, por otra parte, aparece entre el quinto y octavo mes, ya que se suprime lentamente la leche (Ajuriaguerra; 1973).

Según el comportamiento infantil ante la comida se señalan dos tipos de anorexia.

1. La anorexia inerte, que es cuando el niño no quiere comer, no tiene iniciativa o puede llegar a vomitar la poca comida que ha ingerido.
2. La anorexia de oposición, en la cual el niño llora, rechaza la comida y lucha contra los padres para no comer.

Kreisler (citado por Ajuriaguerra; 1973) distingue dos tipos de anorexia:

1. La anorexia simple, es una conducta de rechazo en un nivel elemental y no se considera como pérdida de hambre.
2. La anorexia compleja, en la cual la comida no le interesa al niño, ya que existe una resistencia a probar los alimentos.

2.4 Perfil de la persona con trastornos de alimentación

“Una experiencia que se realizó en Minnesota en los años 40 comprobó que la inanición aguda provocada por una dieta restrictiva genera cambios de personalidad y comportamientos aberrantes con la comida, iguales a los que se observan en las personas con anorexia nerviosa o bulimia nerviosa. Estos cambios, entonces, no son genuinos sino aparentes, ya que a medida que la persona va recuperándose del trastorno alimenticio, van desapareciendo.” (Costin; 2003: 69).

Existen factores predisponentes tanto individuales como familiares que afectan a las personas con trastornos alimentarios, los cuales se mencionaran a continuación:

1. Problemas con la autonomía: los jóvenes tienen dificultad para funcionar de forma separada de la familia o de otros patrones externos.

En la autonomía, la seguridad es muy importante, sobre todo cuando se enfoca hacia el exterior, en tareas como cumplir con lo que se supone que se espera de uno, en adecuarse a la imagen que otros puedan tener de uno mismo; es inevitable que se tenga una cierta sensación de ineficacia personal y una gran dificultad para resolver las cosas apelando a recursos personales.

Los jóvenes padecen dichos trastornos y así pasan por una etapa que normalmente se encuentra en situaciones cambiantes y muchas veces, es la dificultad para enfrentar ciertas situaciones y resolverlas lo que hace que una persona sea vulnerable a desarrollar un trastorno de la alimentación y su cuerpo se convierta en un símbolo.

2. “Déficit en la autoestima, las personas desarrollan imágenes sobre sí mismas y fabrican su propio concepto a cerca de quienes son. El grado en que el individuo se acepta a sí mismo es conocido como autoestima. Cuando menos parecido a lo que la persona considere como ideal en el concepto que tiene de sí misma, más baja estará su autoestima.” (Costin; 2003: 74).

La autoestima sobresale en las mujeres, ya que se está más ligada con factores como la imagen externa o apariencia, la aprobación del otro o cumplir con las expectativas y responder a las necesidades de los demás.

3. Camino a la perfección: la corrección es un tema común entre los jóvenes con trastornos alimentarios, el sufrimiento y la sensación de ineficacia los hacen muy exigentes, hasta llegar al punto de que nunca se sienten satisfechos con lo que hacen; si no sienten que van a hacer las actividades a la perfección, entonces no realizan ningún intento.

La búsqueda por la perfección también se basa en el peso corporal, ya que para alcanzar dicha cualidad es necesario mantener el cuerpo ideal, al costo que sea necesario.

Las jóvenes que sufren trastornos alimentarios crean una tendencia muy marcada a controlar todos los aspectos de su vida, lo cual incluye por supuesto un control excesivo de su cuerpo, se sienten poderosas al tener manipulación de su peso corporal, aunque es una compensación de sensaciones de impotencia que sufren al no saber cómo enfrentar situaciones difíciles.

“En realidad, no es esperable que alguien que enfrenta situaciones nuevas, sepa desde el comienzo cómo desempeñarse o cómo resolverlas. Pero estas jóvenes no soportan que las cosas no estén bajo su control y tienen una gran dificultad para ensayar alternativas de salida, porque suponen que ‘deberían saber’ cómo hacer todo bien desde el comienzo. Entonces, surge el área de la comida y el peso como un campo que sí es posible controlar, y la ilusión de que al lograrlo tendrán la prueba cierta de su capacidad para enfrentar las cosas en la vida”. (Costin; 2003: 77).

4. Miedo a madurar, los trastornos alimentarios comienzan por lo general desde la pubertad pasando por la adolescencia, hasta la juventud. Es un periodo de muchos cambios físicos, sexuales, emocionales y sociales.

Los cambios físicos vienen acompañados de un aumento natural de peso corporal, que es lo que al final le da al cuerpo una forma más de mujer, para muchas jóvenes que tienen trastornos alimentarios, éste puede ser un factor precipitante, por ello, estas jóvenes generalmente se estancan en la etapa de la niñez y temen crecer y manejar la independencia que esto implica.

“Otro aspecto de ese temor a crecer, de ese mantenerse como niños, es que conservan un pensamiento infantil que se mueve entre los extremos: bueno o malo, todo o nada y obeso o delgado” (Costin; 2003: 79).

2.5 Causas del trastorno alimenticio.

En la anorexia y bulimia las causas son variadas, por eso a continuación se explicarán los factores predisponentes individuales, familiares y sociales, los cuales contribuyen para que se den los trastornos alimentarios.

Tanto la familia como la sociedad son muy importantes en la vida del ser humano, y tienen una gran influencia en las decisiones que éste pueda tomar. La elección de consumir o rechazar la comida tiene la capacidad de cambiar el tamaño y la forma del cuerpo, que también están sujetos a muchas interpretaciones sociales.

2.5.1 Factores predisponentes individuales

En este subtema se hablará acerca del significado que tiene la comida, ya que todo lo que se come tiene la posibilidad de cambiar el tamaño corporal, sin embargo, la comida engloba mucho más que las sustancias necesarias, que pueden promover la salud o desencadenar la enfermedad: ocupa una posición fundamental dentro de cada cultura e incluye una multitud de significados.

La comida se puede clasificar en cinco tipos, a continuación se indica a que se refiere cada uno, según Ogden (2005).

1. Comida frente a no comida: delimita las entidades que son comestibles y las que no lo son.
2. Comidas sagradas frente a comidas profanas: distingue entre las comidas validadas por las creencias religiosas y las que no lo son.
3. Clasificaciones de comidas paralelas: los alimentos se pueden clasificar como calientes o fríos; en este tipo, la salud se adjudica al equilibrio entre los alimentos calientes y fríos.
4. Comida como medicina, medicina como comida: describe la separación y el solapamiento entre la comida y la medicina.
5. Comidas sociales: describe la función social de la comida, la cual puede entenderse como forma de afirmar y desarrollar relaciones, simbolizar estatus, al ofrecer platillos caros, raros o deliciosos.

En lo individual, la comida trasmite el sentido del yo, actúa como medio de comunicación entre individuos y es fundamental para el establecimiento de una identidad cultural.

Dentro del concepto de la comida, se encuentra su función como afirmación del yo, que se divide en sexualidad, comer frente a negación, culpabilidad frente a placer y autocontrol; se puede encontrar también la comida como interacción social y se divide en: la comida como amor, salud frente al placer y el poder, y por último, se encuentra la comida como identidad cultural, religión, poder social y cultura frente a naturaleza. Todos estos aspectos se retoman de Ogden (2005).

1. La comida como afirmación del yo: facilita información sobre la identidad personal y actúa como una comunicación de necesidades internas, conflictos internos y el sentido del yo.

“Los significados individualizados de la comida están, pues, íntimamente ligados a la identidad de género y a la idea de ser mujer. En particular, la comida representa la sexualidad, los conflictos entre culpabilidad y placer, comer y negación, y una expresión de autocontrol.” (Ogden; 2005: 67)

2. Comida y sexualidad: las explicaciones de la asociación entre la comida y el sexo suelen destacar la semejanza biológica entre las dos actividades, por tratarse, en ambos casos, de un impulso básico para la supervivencia, ya que

ambos perpetúan la vida, pueden ser placenteros e implican una vulnerabilidad al violar los límites corporales normales.

3. Comer frente a la negación: la comida puede ser un ámbito de conflictos intrapersonales, uno de los principales es la conducta del comer y la negación.

“La comida es una fuente de placer, pero con frecuencia no para las personas que tienen la responsabilidad principal de facilitarla. Las mujeres tienen el control de la comida, pero al mismo tiempo se niegan a sí mismas el placer de comer” (Ogden; 2005: 70).

4. Culpabilidad frente a placer: tanto la comida como el sexo son al mismo tiempo actividades placenteras que generan sentimientos de culpa.

“Tras el consumo de algunos alimentos aparece la culpabilidad y los sentimientos de vergüenza, una sensación de complejo, desesperación y perversidad. En consecuencia, la comida es un foro para los conflictos entre la culpa y el placer.

5. La comida y el autocontrol la comida comunica aspectos del yo en relación con la sexualidad, los conflictos entre culpabilidad y el placer, el comer y la negación y es una declaración de autocontrol” (Ogden; 2005: 73).

6. La comida, como interacción social, es un medio de comunicación, ya que a menudo, el comedor es el único lugar en el cual la familia se reúne y se convierte en el espacio para poner en común lo que se ha vivido durante el día.

7. La comida como amor: los alimentos sanos y sabrosos son signos de amor familiar, de agradecimiento y satisfacción para los distintos miembros de la familia.

“Lawrence dice que la comida es el medio por el que las mujeres demostramos nuestro amor y preocupación por nuestros hijos, amantes, maridos y amigos y que ocuparnos de la preparación de la comida es un acto de amor” (Ogden; 2005: 73).

8. Salud frente a placer: “Es más como decía Lawrence, un alimento bueno y nutritivo es lo que todas las madres saben que necesitan sus hijos.” (Ogden; 2005: 75).

9. Relaciones de poder “La comida lleva consigo un significado y constituye una forma fundamental de comunicación en la interacción de los individuos. En este contexto social, la comida es un foro para las expresiones de amor y atención y para los conflictos entre salud y placer, y es símbolo de las relaciones de poder en el seno de la familia.” (Ogden; 2005: 76).

10. La comida como identidad cultural, “es una forma de comunicación sobre la identidad de una persona y sobre esta identidad en el contexto de otras. En último término no obstante, esa comunicación se produce en el contexto social más amplio y la comida puede interpretarse como información relativa a la identidad cultural.” (Ogden; 2005: 76).

11. La comida como identidad religiosa: los alimentos y las comidas familiares destacan un papel central en el establecimiento de la identidad religiosa, ya que consumir alimentos, preparar la comida y darla a los demás se puede convertir en un medio a través del cual puede comunicarse la santidad dentro de la familia.

12. La comida, como poder social, es una declaración de estatus social y una muestra del poder social. La presencia de comida representa un poder social y su rechazo es un arma poderosa para recuperar el control del mundo político.

2.5.2 Factores predisponentes familiares

Aunque no se puede aseverar que en la familia radique la totalidad de la predisposición hacia los trastornos alimentarios, se habla de que las familias con poca comunicación entre sí, con una interrelación pobre, son causantes del desarrollo de un trastorno alimentario en uno de sus miembros.

Los trastornos terminan generando una relación distorsionada en el seno familiar, ya que originan sentimientos de enojo, ansiedad y culpa, luchas por el poder y grandes dificultades en la comunicación; aunque no es justo de ningún modo declarar que las familias son causantes del problema, ya que se puede considerar que el hecho de que una familia tenga crisis no necesariamente implica que sea una familia con una patología.

La enfermedad se da por la combinación de diversos factores sociales, individuales y familiares, de cuya interacción resulta el desarrollo de un trastorno alimentario.

“Las características familiares pueden predisponer a alguien —volverlo más vulnerable—, tener trastornos del comer, es la combinación especial de esas características con los rasgos de personalidad del individuo y la incidencia de los factores socioculturales lo que dará como resultado una persona con un trastorno de la alimentación.” (Costin; 2003:80).

Existen características que se pueden encontrar en familias de mujeres bulímicas que son las siguientes: ambos padres son demasiado exigentes, existen grandes expectativas de las madres hacia sus hijas, existe problema en el control de conductas por parte de las madres; los padres presentan depresión, rigidez, excesiva autodisciplina y distancia emocional, ambos padres incrementan la rivalidad entre hermanos, la tensión en la familia es excesiva y hay mucha tensión entre los padres e hija.

“Las pacientes con bulimia nerviosa suelen informar mayor malestar y conflicto en el seno familiar, en tanto que la opinión de ambos padres al respecto es variable. Cabe destacar que la percepción de la paciente mejora respecto de su familia, conforme se va recuperando de su trastorno alimentario, lo que realmente beneficia al sistema familiar.” (Rausch; 1996: 48).

2.5.3. Factores socioculturales.

Desafortunadamente, la sociedad premia a la delgadez, ya que existen numerosos prejuicios acerca de la gordura y esto va aumentando conforme van pasando los años. Por eso es importante recordar que cuando se habla de un cuerpo ideal o espectacular, no necesariamente se refiere a la idea de tener buena salud o bienestar, sino que más bien se habla acerca de la moda.

“La persona que sufre de un trastorno de la alimentación llega a estar tan obsesionada con la comida y el comer, que dispone de poco o nada de tiempo para pensar en estar bien y mucho menos tiene las condiciones de estabilidad emocional mínimas para tener un buen desempeño en su actividad laboral, escolar o social.” (Costin; 2003: 60).

En la mayoría de las ocasiones, los medios de comunicación son los culpables de que existan estos tipos de trastornos, ya que por la información que se da, las mujeres son más propensas a decaer, a no tener firmes los valores, y a presentar sentimientos negativos.

Es de suma importancia que las personas recapaciten que lo más importante son los valores, como por ejemplo sus éxitos laborales, sus habilidades y los conocimientos adquiridos, los cuales se pueden aumentar y mejorar con el paso del tiempo.

Para dar fin a los factores socioculturales, es conveniente saber que existen prejuicios, que sin duda, son parte de lo que induce a la confusión en relación con el control del peso.

“En un Congreso Internacional de Obesidad, celebrado no hace mucho, los especialistas preocupados por los trastornos que está provocando la obsesión por adelgazar señalaban que es importante tener en cuenta los factores genéticos contra los que no se puede luchar, cuidar la discriminación a la que se está sometiendo a los gordos.” (Costin; 2003: 66).

2.6 Percepción del cuerpo en el trastorno alimentación

“Se define la imagen corporal como la «representación diagramática del propio cuerpo en la conciencia». Esta definición se complementa con otra que hace más hincapié en los aspectos emocionales ligados a esta representación: «los sentimientos y actitudes hacia el propio cuerpo». Se perfilan así los dos aspectos que forman la imagen corporal: uno cognitivo, asociado a la percepción del propio cuerpo, y otro emocional, unido al sentimiento que ello provoca.” (Jarne y Talarn; 2000: 144).

Los trastornos de la alimentación se pueden presentar en mayor o menor medida en todos los trastornos psicopatológicos. A pesar de ello, su forma de aparición suele ser por episodios, espontánea y está muy ligada a la enfermedad base.

Dentro de la enfermedad se encuentra la insatisfacción corporal, la cual puede considerarse en tres perspectivas diferentes, según Odgen (2005), las cuales son:

1. Imagen corporal deformada: se puede entender como una estimación alterada del tamaño corporal y una percepción de que el cuerpo es más voluminoso de lo que es en realidad, ya que las anoréxicas sobrestiman consistentemente su tamaño del cuerpo.
2. Discrepancia del ideal: existe divergencia entre la percepción de la realidad y la de un ideal, dicha perspectiva no lleva a la comparación con el volumen real de la persona.
3. Respuestas negativas al cuerpo: son sentimientos y pensamientos negativos en el organismo, ya que se puede encontrar una gran diferencia entre la percepción que tiene el sujeto del volumen de su propio cuerpo y su volumen real, o en su defecto, la discrepancia entre la percepción de su volumen real y el volumen ideal, o simplemente como sentimientos de disconformidad con el volumen y la forma corporales.

Algunas causas de la insatisfacción corporal son en primer plano los factores sociales, entre los cuales se cuentan, según Odgen (2005), los siguientes:

1. Los medios de comunicación: la insatisfacción corporal es una respuesta a las representaciones de mujeres delgadas en los medios de comunicación social. Las mujeres que utilizan los medios de comunicación suelen ser delgadas y, por tanto, no sólo se puede inculcar que la delgadez es la norma deseada, sino también la efectiva.
2. Cultura: la insatisfacción corporal tiene relación con un grupo étnico o con una clase social, también se habla de que la insatisfacción corporal surge cuando un grupo intenta asimilar los elementos culturales de su nuevo entorno.
3. La familia: las madres descontentas con su propio cuerpo comunican esa sensación a sus hijas, lo que lleva a éstas a su propia insatisfacción corporal.

A continuación se mencionarán los factores psicológicos los cuales son las creencias y relación entre madre e hija.

En cuanto a las creencias se puede decir “que aunque los factores sociales, como la clase social y el carácter étnico pueden estar relacionados con la insatisfacción corporal, es probable que su influencia esté mediada por el papel que desempeñan las creencias de la persona insatisfecha de los miembros de su familia con respecto al cuerpo de dicha persona.” (Ogden; 2005: 109).

Se encuentra también la relación entre madre e hija, la cual habla de que existe probabilidad de que las hijas estén inconformes con su cuerpo cuando se da

una relación en la que la madre no cree en su propia autonomía ni en la de sus hijas, y así muestran una tendencia a proyectar en éstas sus propias expectativas.

En este sentido, “parece que la insatisfacción corporal puede provenir de los medios de comunicación. Es más, puede estar relacionada con el carácter étnico, la clase social y la propia insatisfacción corporal de la madre. Además es posible que el impacto de esas influencias sociales esté mediado por factores psicológicos, como las creencias y la naturaleza de las relaciones.” (Ogden; 2005: 110).

Se presentaran a continuación algunas consecuencias de la insatisfacción corporal, ya que abundan tanto mujeres como hombres que están descontentos con el tamaño y la forma del cuerpo.

Respecto a las mujeres, muestran la consecuencia más común como el sometimiento a regímenes alimenticios, hasta llegar al punto de que más del 70% de ellas sigue algún régimen en su existencia y alrededor del 40% lo mantienen durante toda su vida.

Como otra forma para combatir la insatisfacción corporal se encuentra el ejercicio, el cual se debería de realizar para mejorar la salud, pero este tipo de mujeres no lo hacen por ese motivo, sino que lo que las incentiva a realizarlo es para perder peso, moldear la figura y modificar el tono muscular.

Se puede encontrar también la cirugía estética, la cual la utilizan la minoría de las mujeres aunque en los últimos años ha ido en aumento.

Respecto a los hombres, es menos común que se sometan a un régimen alimentario y existen más probabilidades de que ellos participen en los deportes. El principal motivador del ejercicio para los hombres es una combinación de contacto social y diversión, aunque muchos también realizan ejercicio para modificar la forma de su cuerpo.

Como conclusión, se puede conceptualizar a la insatisfacción corporal como una imagen deformada del cuerpo en comparación con una medida objetiva de la realidad, una diferencia entre el volumen corporal real percibido y el ideal o, simplemente, como sentimientos negativos respecto al cuerpo.

2.7 Factores que mantienen los trastornos alimenticios

“Se ha demostrado en la experiencia clínica que poseer una información cabal acerca de los problemas físicos y emocionales que se asocian con la mala alimentación constituye un primer paso fundamental para la modificación de estas conductas. El conocimiento de los efectos que provoca la mala alimentación, ya sea en el campo orgánico como en el anímico, ayuda a normalizar muchas de las cosas que están pasando.” (Costin; 2003: 90).

La dieta es un factor importante para que el cuerpo que se encuentra mal alimentado manifieste un malestar anímico y emocional, por lo tanto, es inevitable que las consecuencias afecten tanto al organismo como el ánimo. Dentro de esto existen complicaciones psicológicas cognitivas y sociales que se derivan de la mala alimentación (Costin; 2003).

Las complicaciones de tipo psicológico son transformaciones anímicas las cuales se pueden describir como un bajón general en el estado de ánimo y suele suceder que en ocasiones llegan a estados depresivos graves.

En el área social, cuando las personas presentan conductas extrovertidas y sociables, pueden cambiar repentinamente en un estado de aislamiento y ensimismamiento, y ya no participan en actividades grupales, sino mostrar incomodidad al interactuar con otros.

En el tipo cognitivo, presentan dificultades en la concentración, en la comprensión y en el estado de alerta.

Se encuentran también complicaciones en el aspecto físico y sus síntomas son: dolor de cabeza, hipersensibilidad a la luz y a los ruidos, molestias gastrointestinales, problemas de visión y auditivo, pérdida de cabello y taquicardia; en las mujeres, la menstruación se interrumpe y existe una debilidad en los músculos, así como deshidratación.

2.8 Trastornos mentales asociados a los trastornos alimenticios

“Cuando hablamos de comorbilidad nos referimos a la ocurrencia conjunta de dos o más trastornos mentales o condiciones médicas. En general, se aplica a trastornos o enfermedades, no a síntomas. Pero que dos trastornos o entidades aparezcan juntos no quiere decir, necesariamente, que ambos estén ahí. Un relevamiento inadecuado de las presentaciones clínicas originado en una mala definición de los criterios de identificación o discriminación arrojará como resultado diagnósticos confusos o supuestos.” (Kirschman y Salgueiro;2002: 111).

La comorbilidad tiene una base etiológica para dar cuenta de la presentación de dos o más trastornos, es decir, intenta abarcar distintas perspectivas: genética, neurobiológica, cognitiva y psicosocial.

Se puede identificar a la serotonina como una sustancia que se ha ido vinculando con distintos síntomas como variación en el estado de ánimo, suicidio, problemas alimentarios, impulsividad y violencia, rasgos de ansiedad y evitación, rasgos obsesivos compulsivos.

Se puede considerar que la serotonina funciona como un inhibidor general de la respuesta conductual y un modulador de la conducta motriz. El rol de la serotonina puede ser importante en las conductas sociales que involucran agresión y ansiedad.

Cuando ocurre una alteración sináptica de las vías centrales serotoninérgicas, se podrían explicar los concurrentes periodos de atracón, impulsividad y depresión en pacientes con patrones alimentarios.

Se habla también acerca de los patrones de apego que existen en los pacientes con trastornos alimentarios y cómo las dificultades en el logro de relaciones íntimas, la insatisfacción y la dificultad para la cercanía afectiva se pueden explicar por la dimensión o variables mediadoras como la depresión, rasgos de ansiedad y auto-conciencia aumentada (ansiedad social en público).

Para eso se distinguen tres tipos de dimensiones temperamentales, cada una de ellas asociada con vías específicas de neurotransmisión (Kirschman y Salgueiro; 2002):

1. Evitación del peligro: con mediación serotoninérgica y con una presencia significativa en los trastornos de ansiedad y los trastornos afectivos.
2. Búsqueda de la novedad: con mediación dopaminérgica vinculada a los trastornos alimentarios y al abuso de sustancias.
3. Dependencia de la recompensa: con mediación noradrenérgica, asociada con ansiedad y alcoholismo.

Por otra parte, la relación entre ansiedad y trastornos alimentarios trasciende el tema de comorbilidad, ya que se pueden encontrar múltiples facetas, no sólo desde la patología estrictamente alimentaria.

2.8.1. Trastornos alimenticios y depresión

“Los trastornos alimentarios se ubican en un terreno invaluable para el estudio del diagnóstico de la depresión puesto que van acompañados de cambios físicos. La inanición y también la hiperfagia, aunque en menor medida, producen en sí mismas cambios fisiológicos y psicológicos que se asemejan a los que aparecen en la depresión.” (Kirschman y Salgueiro;2002: 125).

Algunos de los signos y síntomas que se presentan es la pérdida de peso, con la cual se puede diagnosticar tanto la anorexia nerviosa como la depresión. Dos tipos de hallazgos biológicos referidos a las presencia de signos y síntomas compartidos entre los trastornos alimentarios y los trastornos afectivos pueden mencionarse y son el eje hipotálamo-hipofisario y el sueño.

Los pacientes con trastornos depresivos muestran frecuentemente diversas disfunciones a nivel hipotalámico e hipofisario, fundamentalmente hipercolesterolemia y una respuesta a la administración de dexametasona de efecto no supresor de los niveles de cortisol plasmático.

El sueño en los trastornos depresivos se caracteriza por alteraciones de la continuidad, disminución de las fases del sueño caracterizado por ondas electroencefalográficas lentas y anomalías en la fase REM (Rapid EyeMovement, esto es, Movimiento Ocular Rápido), de las cuales la más específica es la reducción de su latencia.

Una minoría de pacientes anoréxicas presentan alteraciones tales como: reducción de la latencia REM, disminución de la eficacia o del tiempo total del sueño y de la densidad REM, resultados parecidos a los que se observan en personas con depresión.

“Con respecto a la bulimia nerviosa, se han encontrado pocas anormalidades del sueño en estudios polisomnográficos: leve tendencia a la disminución de las ondas lentas y reducción de la latencia REM. Encontramos diversos informes de la presencia de parasomnias, sonambulismo y alimentación.” (Kirschman y Salgueiro;2002: 127).

Casper (referido por Kirschman y Salgueiro; 2002), contrasta síntomas emocionales, conductuales, fisiológicos y cognitivos que se presentan en la anorexia nerviosa y la depresión mayor y realiza las siguientes observaciones:

El ánimo disfórico, el autorreproche y la evaluación negativa de sí mismos, las tendencias obsesivas y el aislamiento en las relaciones interpersonales, se encuentran en ambos cuadros; al igual, los síntomas físicos parecen exactamente iguales si se considera sobre todo a la anorexia nerviosa con severa disminución del peso corporal.

En lo que respecta a la cognición hecha momento a momento por los pacientes con bulimia nerviosa, sobre su éxito en el mantenimiento de las dietas, está medida por el humor, con las siguientes premisas:

- Humor positivo: el cual consiste en que el tiempo que precede al consumo de una comida puede llevar a evaluar su estado dietario como exitoso.
- Humor negativo: en el tiempo que precede a un atracón, las puede llevar a evaluar que el estado dietario ha sido infringido y por lo tanto, el atracón aparece.

Por último se considera a los trastornos alimentarios como enfermedades multidimensionales, de ningún modo homogéneas en cuanto a la cualidad sintomática ni tampoco al grado de severidad o de respuesta al tratamiento. De este modo se amplía la perspectiva en la consideración de la relación compleja entre los trastornos alimentarios y los afectivos.

2.8.2. Trastornos alimenticios y ansiedad

En un estudio con mujeres con trastornos alimentarios, “en casi la totalidad de las pacientes, el 90%, el trastorno de ansiedad precedía al trastorno alimentario, con excepción del trastorno de pánico que tendía a desarrollarse después del inicio de la anorexia nerviosa. Se encontró, además, como significativamente elevados en las pacientes con anorexia nerviosa, los índices de trastorno de ansiedad generalizada y de trastorno obsesivo compulsivo.” (Kirschman y Salgueiro;2002:134).

Los pacientes que muestran frecuentemente síntomas obsesivos y puntuaciones altas en las escalas que miden obsesividad, además de los pacientes con trastornos obsesivo-compulsivos, muestran frecuentemente comportamientos

alimentarios anormales, puntuaciones altas en las escalas que miden desórdenes del comer, y con cierta frecuencia, una historia de anorexia nerviosa o bulimia nerviosa.

La obsesividad forma parte de los muchos signos y síntomas que trae a la par el estado de desnutrición y habría que distinguir por lo tanto, si sería un estado pasajero o si, por el contrario, la obsesividad permanece, como rasgo, aun cuando se corrige el problema nutricional.

Por último, no se puede considerar a los trastornos alimentarios y al trastorno obsesivo compulsivo como entidades separadas o no.

En cuanto a los trastorno alimentarios y al abuso sexual se puede decir que: “numerosos autores concuerdan que no es correcto tomar al abuso como causa única de la bulimia, sino que esta experiencia traumática de victimización daría lugar a una mayor vulnerabilidad al desarrollo de la bulimia como una forma de lidiar con la bronca, la desprotección y la depresión posterior a la violación de los límites corporales”(Kirszman y Salgueiro;2002:139).

Las experiencias traumáticas infantiles marcan a la persona, de modo que ya trae consigo efectos significativos sobre la constitución de la imagen corporal, de la identidad, de la autoestima, del control de impulsos y del funcionamiento interpersonal.

El antecedente de abuso sexual en bulimia aumenta la comorbilidad con depresión, alcoholismo, cleptomanía, promiscuidad, automutilación y síntomas disociativos severos.

Otra línea es la ansiedad social, ya que se enfoca en la discriminación del rol que cumple la ansiedad social vinculada a aspectos físicos en la predicción de conductas alimentarias. La ansiedad social vinculada al físico se expresa con altos índices de insatisfacción corporal y preocupación excesiva con relación a los atributos del cuerpo y el peso corporal.

Se pueden encontrar también los efectos de la ansiedad que influyen en la alimentación los cuales, desde la perspectiva de Kirszman y Salgueiro (2002), se explicarán a continuación.

1. Teoría de la restricción: los comedores restrictivos desarrollan patrones alimentarios inusuales como resultado del estrés crónico que produce el excesivo auto-control.

El proceso por el cual la violación de la dieta induce el atracón, es de naturaleza cognitiva. El proceso involucrado para los comedores no restrictivos es de naturaleza biológica. El estrés produce fisiológicamente una inhibición de las contracciones gástricas y la elevación de la glucosa en la sangre, lo cual suprime el hambre.

2. Modelo de los límites: fue formulado por Herman y Polivy en 1984 y, en términos generales, propone que:

La alimentación normal se mueve de tal manera que mantiene a la persona dentro de una zona definida por dos fronteras correspondientes al hambre y a la saciedad.

“Para las personas que se alimentan normalmente, los efectos de la ansiedad y el estrés suprimen los correlatos fisiológicos del hambre. En cuanto a los límites, el estrés mueve a la persona normal desde la zona de hambre hacia el estado de indiferencia.” (Kirszman y Salgueiro;2002:145).

La única situación en la cual el estrés puede inhibir el comer en una persona que no tiene hambre, es cuando ésta se encuentra casi saciada, en cuyo caso los efectos del estrés inducirán a la saciedad y por lo tanto inhibirá la comida.

Por lo tanto, la clave para predecir la conducta de los dietantes está constituida por los efectos de los estados de hambre y por los efectos de la ansiedad sobre los límites de la dieta. “La ansiedad, la agitación emocional, alteran el auto-control que puede ser ejercido para mantener intactos los límites de la dieta y desinhibe la alimentación. Por lo tanto, los dietantes comen más cuando están ansiosos/estresados que cuando está tranquilos (dieta intacta).” (Kirszman y Salgueiro;2002:146).

El efecto de privación es también opuesto al efecto que se produce en no dietantes; combinando estos dos factores, pueden hacerse las siguientes predicciones:

1. En un dietante privado, la ansiedad debería incrementar la ingesta porque amenaza los límites de una dieta hasta el momento intacto.
2. En un dietante al que se ha forzado a transgredir su dieta en situaciones experimentales, la ansiedad no debería incrementar la ingesta porque la transgresión por sí misma ya ha roto los límites de la dieta e incrementado la ingesta. En otras palabras, la ansiedad no puede desinhibir a un dietante que ya ha sido desinhibido.
3. Teorías funcionales: “Una de las primeras y más globalmente aceptada hipótesis acerca de las relaciones entre la ansiedad y la conducta alimentaria sugiere que el comer provee confort al dietante crónico, o a los individuos obesos, quienes usualmente son dietantes, como plantea la hipótesis psicósomática acerca de la obesidad.”(Kirszman y Salgueiro;2002:148).

El comer constituye un efecto tranquilizador para los no dietantes, o al menos, no lo suficientemente tranquilizador como para desplazar el efecto supresor del apetito que produce la activación autonómica desencadenada por el estrés.

3. Teoría de la ligadura a los estímulos externos: según este modelo, la ansiedad genera individuos con sobrepeso y, por extensión, dietantes, más externamente orientados y respondientes a signos ambientales.

Las relaciones peligrosas entre las conductas alimentarias y los factores emocionales constituyen, sin duda, un tema amplio para investigaciones posteriores, ya que se intenta delinear algunas de las dimensiones que se han visto en las últimas décadas.

2.9 Tratamiento de los trastornos alimenticios

“Un programa de tratamiento de la anorexia nerviosa tiene como objetivo prioritario la recuperación ponderal, ya que parece que muchos de los pensamientos alterados respecto a la comida, el peso o la figura se sustentan por la malnutrición y se normalizan cuando se normaliza el peso. La normalización de la dieta y los hábitos alimenticios son un paso fundamental en el proceso terapéutico. En segundo lugar, se tienen que resolver los problemas psicológicos, familiares y sociales que concurren en la anorexia nerviosa.” (Jarne y Talarn;2000: 159).

Los programas de tratamiento de trastornos alimentarios pueden variar en cuanto a:

1. Recuperación ponderal: la rehabilitación nutricional y la normalización dietética corrigen las secuelas tanto físicas como psicológicas que la mala nutrición trae consigo, aunque dichas secuelas tardan bastante tiempo en normalizarse.

2. Tratamiento dietético: no existe unanimidad si la terapia se debe iniciar en una dieta normal o si debe ir en aumento lentamente la cantidad de calorías.

No es lo mismo con la alimentación nasogástrica o parenteral, con las cuales se debe tener mucho cuidado y nunca debe ser el recurso ante la falta de personal o como una solución excesivamente medica ante una paciente que pone en dificultades a la alimentación.

3. Tratamiento psicológico: las intervenciones psicoterapéuticas son poco efectivas en las fases más graves de la enfermedad. Existe también la psicoterapia de refuerzo, las técnicas de relajación y las sesiones psicoeducativas, las cuales facilitan que la paciente no vea el programa conductual como excesivamente coercitivo, pensando que únicamente ésta ingresada para ganar peso.

La terapia cognitivo-conductual se ha revelado como la más efectiva en el tratamiento de la anorexia nerviosa. Para el modelo conductual la anorexia nerviosa sería un conjunto de conductas reforzadas por factores ambientales que gratifican la delgadez y por estímulos aversivos que provocan ansiedad.

4. Tratamiento farmacológico: en la anorexia nerviosa está indicado como coadyuvante de las técnicas psicológicas y como tratamiento de la psicopatología asociada, especialmente la depresión.

5. Terapia familiar: se considera a la familia como la unidad de abordaje aunque no se hace porque se considere fuente u origen de la enfermedad, sino porque se piensa que la conducta actual de los subsistemas fraternos puede contribuir aminorar los síntomas y promover salidas más saludables para el paciente y los otros miembros, o puede ser que la enfermedad se refuerce.

El subsistema fraterno se afecta, ya que es muy frecuente que la anorexia nerviosa se presente entre hermanas, o bien que una de ellas sea anoréxica y la otra sea obesa.

De acuerdo con la terapia, el primer objetivo para el terapeuta es establecer un sistema terapéutico constituido por la familia, el clínico y él mismo. El tratamiento es multimodal, ya sea en régimen de ingreso hospitalario, hospital de día o tratamiento ambulatorio.

El tratamiento ambulatorio es aquel en el cual el paciente no se queda hospitalizado, ya que se limita la internación hasta donde las circunstancias lo permitan.

En la entrevista, el diagnóstico clínico establece las siguientes condiciones para el tratamiento (Rausch; 1997):

1. El trabajo en equipo con el terapeuta familiar.

2. Contar con la colaboración de la familia para el tratamiento.
3. El tratamiento se mantendrá en forma ambulatoria mientras la evolución sea la esperada.
4. Que las decisiones acerca de la inclusión de otros agentes terapéuticos o del régimen de vida del paciente, sean evaluadas en forma conjunta con el equipo tratante.
5. En la primera entrevista clínica se establece el diagnóstico.
6. Las sucesivas entrevistas clínicas pueden ser una o dos en la primera semana.
7. Las entrevistas con el terapeuta familiar generalmente son semanales.
8. El clínico es incluido en las entrevistas familiares cada vez que sea conveniente.
9. Clínico y terapeuta familiar están en contacto permanentemente con el fin de planificar cuidadosamente cada intervención, de modo de contar con toda la información necesaria para apoyar mutuamente los esfuerzos terapéuticos.

En pacientes con poca motivación, inestabilidad psicológica, trastorno psiquiátrico asociado y un ambiente familiar poco cooperador, es recomendable la hospitalización.

A continuación se mencionan algunos de los aspectos clínicos a considerar durante el tratamiento en anorexia.

El primer aspecto es el tratamiento ambulatorio, en el cual se establecen pautas sobre la actividad física, estudio, trabajo, vida social, en fin, todas las actividades deben ser analizadas cuidadosamente, ya que puede iniciar el periodo de las trampas.

En la etapa final del tratamiento, el terapeuta ya tendrá una relación sólida y confiable con cada uno de los integrantes de la familia. De este modo la fase final del tratamiento suele consistir en el abordaje de los distintos subsistemas por separado.

Uno de los ejes de la terapia individual consiste en ayudar al paciente a reconocer, aceptar y manejar sus propios deseos, sentimientos y opiniones, así como dar a conocer sus experiencias.

El tratamiento concluye por lo general en momentos diferentes para cada subsistema. El indicador para la finalización es constatar que el subsistema o persona considerada esté desarrollándose de una manera adecuada a la etapa del ciclo vital en que se encuentra.

Los objetivos del tratamiento para la bulimia nerviosa son: a) restablecer pautas nutricionales normales, b) recuperación física (estabilizar el peso), c) normalizar el estado mental (mejorar el estado de ánimo, tratar posibles trastornos de personalidad, evitar el abuso de sustancias y corregir el estilo cognitivo erróneo), d) restablecer las relaciones familiares adecuadas, e) corregir las pautas alteradas de

interacción social (aceptar el trastorno, afrontar los fracasos, aceptar la responsabilidad, vencer la impotencia y no buscar marcos sociales denigrantes).

Una vez expuestos los diversos aspectos concernientes a los trastornos alimentarios, se da por concluido el marco teórico, de modo que a continuación se revisará la metodología empleada en la recolección y tratamiento de datos.

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

El presente capítulo se divide en dos partes: en la primera se hará la descripción metodológica de la investigación y en la segunda se presentarán los resultados y se interpretarán para dar cumplimiento a los objetivos de la investigación.

3.1. Descripción metodológica

En lo que corresponde a la metodología implementada, se explicará el enfoque adoptado, que es el cuantitativo, enseguida se expondrá el tipo de investigación no experimental, luego se describirá el estudio de tipo transversal para posteriormente hablar del alcance correlacional no causal de la investigación.

3.1.1. Enfoque cuantitativo

A través de la historia de la investigación se han presentado tres tipos de enfoque: el cualitativo, cuantitativo y el mixto. Estos tres enfoques coinciden en los siguientes puntos:

- a) “Llevan a cabo observación y evaluación de fenómenos.

- b) Establecen suposiciones o ideas como consecuencia de la observación y evaluación realizadas.
 - c) Demuestran el grado en que las suposiciones o ideas tienen fundamento.
 - d) Revisan tales suposiciones o ideas sobre la base de las pruebas o del análisis.
 - e) Proponen nuevas observaciones y evaluaciones para esclarecer, modificar y fundamentar las suposiciones e ideas; o incluso para generar otras”.
- (Hernández y cols.; 2006: 4).

A continuación se explican las características que posee el enfoque cuantitativo, el cual se empleó en la presente investigación.

1. El investigador debe considerar los siguientes puntos:
 - a) El problema planteado debe estar delimitado y concreto.
 - b) Se debe revisar si existen antecedentes del problema planteado.
 - c) Realiza un marco teórico.
 - d) Plantea hipótesis, que al final se van a comprobar o a rechazar.
 - e) Por medio de instrumentos de medición corrobora las hipótesis o las rechaza.
 - f) Recolecta datos numéricos de los sujetos de investigación a través de procedimientos estadísticos.

De dicho proceso de investigación se desglosa el resto de las características, las cuales se muestran a continuación:

2. Las hipótesis se plantean antes de la recolección de datos.
3. La recolección de datos se lleva a cabo a través de procedimientos estandarizados y aceptados por una comunidad científica.
4. Los datos se representan mediante números y se analizan a través de métodos estadísticos.
5. Se busca el máximo control para lograr que otras explicaciones rivales a la propuesta de estudio sean excluidas y se minimice el error.
6. Los análisis cuantitativos separan los datos en partes para responder al planteamiento del problema.
7. Esta investigación debe ser objetiva y lo que se mide u observa no se puede manipular de ninguna manera por el investigador.
8. En estos estudios se sigue un proceso estructurado.
9. Se pretende generalizar los resultados encontrados en una muestra y también se busca que los estudios puedan repetirse.
10. Al finalizar se pretende explicar y predecir los fenómenos investigados, buscando regularidades y relaciones causales entre elementos.
11. Si se sigue rigurosamente el procedimiento y las reglas, los datos obtenidos poseen estándares de validez y confiabilidad, las conclusiones derivadas contribuirán a la generación de conocimientos.
12. Se utiliza el razonamiento deductivo, el cual comienza con la teoría y de la cual se derivan expresiones lógicas, las cuales se llaman hipótesis, que el investigador busca poner a prueba.

13. “La búsqueda cuantitativa ocurre en la realidad externa al individuo. Esto nos conduce a una explicación sobre cómo se concibe la realidad con esta aproximación a la investigación.” (Hernández y cols.; 2006: 6).

De este apartado se desglosan cuatro puntos:

1. Existen dos realidades: la primera consiste en las creencias, presuposiciones y experiencias subjetivas de las personas; la segunda es objetiva e independiente de las creencias que se tengan sobre la autoestima, es decir, constituye realidad en forma independiente de lo que se piensa de ella.
2. La primera resulta posible, ya que conoce una realidad externa e independiente del investigador.
3. Se conoce la realidad del fenómeno y también los eventos que rodean al individuo a través de sus manifestaciones.
4. Cuando las investigaciones sean creíbles y se establezca la realidad objetiva, es diferente de lo que se cree; ésta debe modificarse o adaptarse a tal realidad.

3.1.2 Investigación no experimental

“Podría definirse como la investigación que se realiza sin manipular deliberadamente variables. Es decir, se trata de estudios donde no hacemos variar

en forma intencional las variables independientes para ver su efecto sobre otras variables” (Hernández y cols.; 2006: 205).

El estudio no experimental es aquel en el cual el investigador no tiene ningún control de variables independientes y no es posible manipularlas, al igual, utiliza como método la observación de fenómenos en su ambiente para después analizarlos.

La diferencia que tiene con la investigación experimental es que en ésta el investigador sí tiene control de sus variables y así puede modificarlas de acuerdo con las necesidades de su investigación.

3.1.3. Estudio transversal

Este estudio recolecta datos en un solo momento y tiempo determinado. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado (Hernández y cols.; 2006).

En este estudio la recolección de datos es única, ya que puede abarcar varios grupos o subgrupos de personas, objetos o indicadores; a su vez, este tipo de diseño se divide en tres grupos: exploratorios, descriptivos y correlacionales.

Los diseños exploratorios por lo general, se aplican a problemas de investigaciones nuevos o poco conocidos; en los diseños descriptivos, el objetivo es

indagar la incidencia y los valores en que se manifiestan una o más variables; por último los diseños correlacionales, describen relaciones entre dos o más categorías, conceptos o variables en un momento determinado.

3.1.4. Diseño correlacional

Este tipo de estudios tiene como intención evaluar la relación que existe entre dos o más conceptos, categorías o variables; en ocasiones sólo se evalúa la relación entre dos variables. Dichos estudios miden o evalúan el grado de relación entre esas variables, es decir, miden cada variable presuntamente relacionada y después miden y analizan la correlación.

“La utilidad y el propósito principal de los estudios correlacionales es saber cómo se puede comportar un concepto o una variable conociendo el comportamiento de otras variables relacionadas”. (Hernández y cols.; 2007: 63).

Es decir, trata de predecir el valor aproximado que tendrá un grupo de sujetos o fenómenos en una variable, a partir del valor que se tiene en la variable relacionada.

La correlación puede ser positiva o negativa: en la primera, los sujetos con un alto puntaje en una variable tienden a mostrar un alto valor en la otra variable; en la negativa, los sujetos con un alto valor en una variable tendrán a mostrar bajos valores en la otra variable.

“Si no hay correlación entre variables, ello nos indica que éstas varían sin seguir un patrón sistemático entre sí: habrá sujetos que tengan altos valores en una de las dos variables y bajos en la otra, sujetos que tengan altos valores en una variable y altos en la otra, sujetos con valores bajos en una variable y bajo en la otra, y sujetos con valores medios en las dos variables.” (Hernández y cols.; 2007: 64).

Existe una diferencia entre los estudios correlacionales y los descriptivos: mientras éstos se centran en medir las variables individuales, los estudios correlacionales evalúan el grado de relación entre dos variables, consiguiendo incluir varios pares de evaluaciones de esta naturaleza en una sola investigación.

La investigación correlacional tiene un valor explicativo, aunque parcial. El saber que dos conceptos o variable se relacionan aporta cierta información explicativa.

“En términos cuantitativos: cuanto mayor número de variables estén correlacionadas o asociadas en el estudio y mayor sea la fuerza de las relaciones, más completa será la explicación.” (Hernández y cols.; 2007: 65). En otros términos, cuantos más conceptos se observen con profundidad, se añadan al análisis y se asocien, habrá un mejor sentido de entendimiento del fenómeno estudiado.

3.1.5. Técnicas de recolección de datos

Las técnicas de recolección de datos utilizadas para esta investigación fueron pruebas estandarizadas, las cuales son instrumentos desarrollados por especialistas en la investigación que pueden ser utilizados para la medición de variables; además, tienen su propio procedimiento de aplicación, codificación e interpretación y se encuentran disponibles en diversas fuentes secundarias y terciarias (Hernández y cols.; 2007).

La prueba diseñada que se elija debe demostrar que es válida y confiable para el contexto en el cual se va a aplicar dicho instrumento.

“Bastantes pruebas estandarizadas requieren de un entrenamiento considerable y un conocimiento profundo de las variables por parte del investigador que habrá de aplicarlas e interpretarlas. No pueden aplicarse con superficialidad e indiscriminadamente. La manera de aplicar, codificar, calificar e interpretar las pruebas estandarizadas es tan variada como los tipos existentes.” (Hernández y cols.; 2007: 385).

Una de las ventajas principales consiste en que tienen estudios estadísticos que prueban su confiabilidad y validez. Esto es un requisito indispensable para la validación del proceso de investigación. Al igual una de las características principales es que los resultados se presentan de manera estandarizada.

En el presente estudio, para la medición de la variable independiente estrés se empleó el test psicológico denominado Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños-revisada (CMAS-R), diseñada por los autores Reynolds y Richmond (1997).

La CMAS-R, titulada “Lo que Pienso y Siento”, es un instrumento de auto-informe que consta de 37 reactivos, diseñado para valorar el nivel y naturaleza de la ansiedad en niños y adolescentes de 6 a 19 años de edad. Este instrumento puede aplicarse ya sea de manera individual o colectiva. El sujeto responde a cada afirmación encerrando en un círculo la respuesta “Sí” o “No”, según corresponda.

En un esfuerzo para proporcionar más introspección clínica en las respuestas del individuo, la CMAS-R brinda cinco puntuaciones: la puntuación total indica la ansiedad que presenta el sujeto en términos generales. Se presentan asimismo cuatro puntuaciones que corresponden a las subescalas denominadas: ansiedad fisiológica, inquietud/hipersensibilidad, preocupaciones sociales/concentración, y mentira. Las puntuaciones elevadas indican un alto nivel de ansiedad o mentira en las subescalas anteriores.

La subescala de ansiedad fisiológica ésta asociada con manifestaciones tales como dificultades del sueño, náusea y fatiga.

La subescala de inquietud/hipersensibilidad describe preocupaciones obsesivas, la mayoría de las cuales son relativamente vagas y están mal definidas en la mente del niño, junto con miedo de ser lastimado y aislado de forma emocional.

La subescala de preocupaciones/concentración es útil para discriminar a los niños que tienen problemas escolares; ésta se concentra en pensamientos distractores y ciertos miedos, muchos de naturaleza social o interpersonal que conducen a dificultades en la concentración y atención.

La escala de ansiedad total incluye las tres subescalas anteriores; en el presente estudio será la medición relevante de los sujetos investigados. La ansiedad es el principal indicador subjetivo o emocional de la variable estrés.

Como una medida de la consistencia interna de la CMAS-R, se calculó el coeficiente alfa de Cronbach. El valor obtenido fue de .76, es decir, el test muestra confiabilidad.

Por otro lado, en apoyo a la validez concurrente y discriminante, se observó una correlación de .69 entre la ansiedad total de la CMAS-R y la puntuación Rasgo del Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo de Spielberger.

Para la medición de la variable de trastornos alimentarios se utilizó la prueba Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2). El autor de esta prueba es David M. Gardner (1998).

Lo que esta prueba evalúa son los síntomas que normalmente acompañan a la anorexia nerviosa y a la bulimia nerviosa. La aplicación puede ser individual o colectiva, el tiempo de aplicación no es limitado y normalmente requiere alrededor de

20 minutos; es aplicable a partir de la edad de 11 años; está constituida por 91 reactivos y evalúa 11 escalas: la obsesión por la delgadez se define como la característica esencial de los trastornos alimentarios; la bulimia evalúa la tendencia a tener pensamientos o a darse comilonas o atracones de comida incontrolables; la insatisfacción corporal mide la inconformidad del sujeto con la forma general de su cuerpo o con aquellas partes del mismo que más preocupan a los que padecen trastornos de la conducta alimentaria; la ineficacia evalúa sentimientos de incapacidad general, inseguridad, vacío, autodesprecio y falta de control sobre la propia vida; el perfeccionismo mide el grado en que el sujeto cree que sus resultados personales deberían ser mejores; la 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; la conciencia introceptiva evalúa 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; el miedo a la madurez evalúa el deseo de volver a la seguridad de la infancia; el ascetismo mide 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; la impulsividad evalúa 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; por último se encuentra la escala de inseguridad social, la cual mide la creencia de que las relaciones sociales son tensas, inseguras, incómodas, insatisfactorias y, generalmente, de escasa calidad.

Los estudios de confiabilidad se realizaron a través de la evaluación de la consistencia interna con la prueba alfa de Cronbach, con resultados superiores a 0.80.

Para la evaluación de la validez se realizaron estudios tanto de validez de contenido, como de criterio y constructo, obteniendo puntajes y resultados satisfactorios.

Los reactivos se contestan en una escala de seis puntos donde las opciones de respuesta son: nunca, pocas veces, a veces, a menudo, casi siempre y siempre.

3.2 Población y muestra

En el siguiente apartado se explicará la población y la muestra con la que se trabajó en la recolección de datos.

3.2.1. Delimitación y descripción de la población

La población según Selltiz y otros, “es conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones” (referidos por Hernández y cols.; 2006:238).

En la presente investigación, la población que se utilizó pertenece a la Escuela Secundaria Federal Urbana número dos, de Uruapan, Michoacán, la cual cuenta con

un total de alumnos de 679 en el turno matutino; la edad promedio se encuentra entre los 12 y 15 años de edad, con un nivel socioeconómico que oscila de bajo a alto.

3.2.2. Proceso de selección de muestra

La muestra es un subgrupo de los sujetos iniciales del estudio, ya que pocas veces es posible medir toda la población, por lo que se obtiene o selecciona una muestra y desde luego, se pretende que este subconjunto sea un reflejo del conjunto de la población.

La muestra seleccionada fueron 100 alumnos de primero y segundo grado del turno matutino.

De acuerdo con el tipo de muestreo utilizado, se considera que la muestra es de tipo no probabilístico, en el cual “la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o de quien hace la muestra.” (Hernández y cols.; 2007: 160).

También se utilizó una muestra intencional en la cual los sujetos son seleccionados de acuerdo a las intenciones del investigador, con fines distintos a los de la generalización de resultados.

Esta técnica de muestreo facilita la realización de la investigación y se recomienda para investigaciones de tesis en las que el tiempo y los recursos institucionales son escasos, sin embargo, es importante indicar que los resultados no se pueden generalizar, sólo mencionar como referencia hacia otros sujetos de la población.

3.3 Descripción del proceso de investigación

La investigación se realizó en la Escuela Secundaria Federal número dos, de Uruapan Michoacán, en la cual se aplicaron dos instrumentos de medición, los cuales fueron la CMAS-R y la escala EDI-2, que fueron aplicadas a 100 alumnos de dicha escuela.

Para realizar dicha investigación, primero se tuvo que hablar con el director y subdirector de la institución para así posteriormente hablar con el prefecto y finalmente con los profesores.

La aplicación de los instrumentos se realizó en tres días, ya que los grupos se dividieron en subgrupos de 35 sujetos cada uno y su aplicación fue en el la aula de clases.

3.4 Análisis e interpretación de resultados

En este apartado se presentan los resultados obtenidos en la investigación empírica y teórica, con el fin de llegar a la verificación de alguna de las hipótesis planteadas. En la primera categoría se presentarán los resultados obtenidos en las sub-escalas de los trastornos alimentarios, en segundo término se muestran los resultados obtenidos en cuanto a la variable estrés y para finalizar, se expresan los resultados obtenidos en el análisis de la correlación entre ambas variables.

3.4.1. Los trastornos alimentarios

De acuerdo con lo señalado por Jiménez (1997), los trastornos alimentarios se refieren a un conjunto de comportamientos problemáticos relacionados con la alimentación.

Respecto a los resultados obtenidos en la escala EDI-2 sobre los indicadores de trastornos alimentarios, estos fueron mostrados en puntajes percentilares. En el presente caso, se encontró lo siguiente:

En la escala de obsesión por la delgadez se encontró una media de 68. Este índice se define como la suma de un conjunto de datos dividida entre el número de medidas (Hernández y cols.; 2006).

Asimismo, se obtuvo la mediana, que es la medida de tendencia central que muestra el valor medio de un conjunto de valores ordenados (Hernández y cols.; 2006). El valor de la mediana fue de 68.

La moda es el dato que se presenta con mayor frecuencia en un conjunto de medidas (Hernández y cols.; 2006). En esta escala se identificó que la moda es el puntaje 89.

De igual manera se obtuvo el valor de una medida de dispersión, concretamente de la desviación estándar, la cual muestra la raíz cuadrada del promedio de la suma de las desviaciones al cuadrado, de un conjunto de datos (Hernández y cols.; 2006). El valor obtenido de esta medida es de 22.

Los resultados que se obtuvieron en la medición de la escala de obsesión por la delgadez, se muestran en el anexo 1.

En la escala de bulimia se encontró una media de 65, una mediana de 67, una moda de 46 y una desviación estándar de 17. Los datos obtenidos en la medición de bulimia en los alumnos que fungieron como sujetos de estudio, se aprecian en el anexo 2.

En la escala de insatisfacción corporal se encontró una media de 55, una mediana de 58, una moda de 46 y una desviación estándar de 24. Los datos obtenidos en la medición de esta escala, se muestran en el anexo 3.

En la escala de ineficacia se encontró una media de 60, una mediana de 61, una moda de 40 y una desviación estándar de 18; dicha información se muestra de manera gráfica en el anexo número 4.

En la escala de perfeccionismo se encontró una media de 54, una mediana de 60, una moda de 62 y una desviación estándar de 22. Los datos obtenidos en esta medición, se aprecian en el anexo 5.

En la escala de desconfianza interpersonal se encontró una media de 78, una mediana de 86, una moda de 89 y una desviación estándar de 19. Los datos relativos a dicha medición se muestran en el anexo 6.

En la escala de conciencia introceptiva se encontró una media de 58, una mediana de 64, una moda de 22 y una desviación estándar de 27. Los datos obtenidos en la medición de esta escala se muestran en el anexo 7.

En la escala de miedo a la madurez se encontró una media de 91, una mediana de 94, una moda de 99 y una desviación estándar de 11. Los datos anteriores se muestran en el anexo 8.

En la escala de ascetismo se encontró una media de 59, una mediana de 57, una moda de 57 y una desviación estándar de 27. Los datos obtenidos en la medición de ascetismo en los alumnos de la Escuela Secundaria Federal Urbana número dos, se muestran en el anexo 9.

En la escala de impulsividad se encontró una media de 87, una mediana de 93, una moda de 99 y una desviación estándar de 15. Los datos obtenidos en dicha escala, se muestran en el anexo 10.

En la escala de inseguridad social se encontró una media de 78, una mediana de 87, una moda de 99 y una desviación estándar de 23. Los datos mencionados están graficados en el anexo 11.

Además de presentar los datos de las medidas de tendencia central y desviación estándar, se presentan a continuación los porcentajes de sujetos que obtuvieron puntajes altos en cada escala, es decir, por arriba del percentil 70. De esta forma, 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 43% de los sujetos salieron por arriba del percentil 70; en la escala de bulimia el porcentaje fue de 29%; en la escala de insatisfacción corporal, el 32%; en la de ineficacia, 30%; en la de perfeccionismo, 22%; en la de desconfianza interpersonal, 70%; en la de conciencia introceptiva, 43%; en la de miedo a la madurez, 95%; en la de ascetismo, 33%; en la de impulsividad, 87% y, finalmente, en la escala inseguridad social, 76%.

En función de lo anterior, se observa que en las áreas donde hay más casos preocupantes es en las de desconfianza interpersonal, miedo a la madurez,

impulsividad e inseguridad social. Estos datos se pueden observar gráficamente en el anexo 12.

Se puede afirmar entonces que el nivel que presentan los indicadores de trastornos alimentarios en los alumnos de la Escuela Secundaria Federal Urbana número dos, se encuentran por lo general en un nivel elevado, es preocupante sobretodo la cantidad de estudiantes que presentan niveles altos en las distintas escalas de indicadores de trastornos alimenticios.

3.4.2 Descripción de la variable estrés

De acuerdo con lo señalado por Palmero y cols. (2002), el estrés es la percepción que el sujeto tiene ante una situación que lo superará, considerando sus intereses personales.

Respecto a los resultados obtenidos en la escala de ansiedad total como principal indicador del estrés, se encontró una media de 61, una mediana de 66, una moda de 82 y una desviación estándar de 26. Dichos datos están plasmados en el anexo 13.

Respecto a los resultados obtenidos en la subescala de ansiedad fisiológica, se encontró una media de 60, una mediana de 63, una moda de 40 y una desviación estándar de 28. Esta información se aprecia gráficamente en el anexo 14.

En cuanto a los resultados obtenidos en la subescala de inquietud-hipersensibilidad, se encontró una media de 65, una mediana de 71, una moda de 86 y una desviación estándar de 24. Esto se puede revisar con mayor detenimiento en el anexo 15.

Por otra parte, los resultados obtenidos en la subescala de preocupaciones sociales/concentración indican una media de 51, una mediana de 46, una moda de 9 y una desviación estándar de 29. Los datos obtenidos en esta escala se muestran en el anexo 16.

Se presentan a continuación los porcentajes de sujetos que obtuvieron un percentil de 70 o superior. Este porcentaje indica la suma de sujetos que presentan un nivel preocupante de estrés. Los resultados indican que un 45% de sujetos se encuentran siendo afectados por el fenómeno del estrés abordado en el presente estudio. Se puede afirmar que el porcentaje de estrés es ligeramente más alto que lo normal.

3.4.3 Relación entre el nivel de estrés y los trastornos alimentarios

Diferentes autores han afirmado la relación que se da entre los trastornos alimentarios y estrés. Existen varias investigaciones que se han hecho acerca de estos dos temas, en los cuales la relación entre ambos se ha visto aumentada.

“La ansiedad social vinculada al físico se expresa con altos índices de insatisfacción corporal y preocupación excesiva con relación a los atributos del cuerpo y el peso corporal” (Kirszman y Salgueiro; 2002: 142).

En la investigación realizada en la Escuela Secundaria Federal número dos, se encontraron los siguientes resultados:

Entre el nivel de estrés y la escala de obsesión por la delgadez existe un coeficiente de correlación de 0.10, de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre el estrés y dicha escala existe una ausencia de correlación, de acuerdo con la clasificación de correlación que plantean Hernández y cols. (2006).

Para conocer la influencia que existe entre el nivel de estrés y la obsesión por la delgadez, se obtuvo la varianza de factores comunes, en la cual, mediante un porcentaje se indica al grado en que las variables se encuentran correlacionadas. Para obtener esta varianza solamente se eleva al cuadrado el coeficiente de correlación obtenido mediante la “r” de Pearson (Hernández y cols.; 2006).

El resultado de la varianza fue de 0.01, lo que significa que entre el estrés y la obsesión por la delgadez hay una relación del porcentaje del 1%.

Kerlinger y Lee (2006), argumentan que un índice mínimo de correlación, para que sea considerado significativo, debe ser de al menos 0.31. Si este índice se

convierte a la varianza de factores comunes, resulta en un 10%, a partir del cual se considera que una variable influye significativamente en otra.

Con lo anterior se puede corroborar que no existe correlación significativa entre el estrés y dicha variable. Estos resultados se observan gráficamente en el anexo 18.

Entre el nivel de estrés y la escala de bulimia existe un coeficiente de correlación de 0.09 de acuerdo con la "r" de Pearson. Esto significa que entre el estrés y la bulimia existe una ausencia de correlación.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.01, lo que significa que entre el estrés y la escala mencionada, hay una relación de 1%, con ello se puede corroborar que hay ausencia de correlación significativa entre el estrés y la bulimia. Estos resultados se observan gráficamente en el anexo 19.

Entre el nivel de estrés y la escala de insatisfacción corporal existe un coeficiente de correlación de 0.21 de acuerdo con la "r" de Pearson, lo cual denota que entre el estrés y dicho rasgo 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 insatisfacción corporal hay una relación de 4%, con lo anterior se puede corroborar que no existe correlación significativa entre tales variables. Estos resultados se aprecian gráficamente en el anexo 20.

Entre el nivel de estrés y la escala de ineficacia se detectó un coeficiente de correlación de 0.55 de acuerdo con la “r” de Pearson, esto significa que entre el estrés y la escala citada existe una correlación positiva considerable.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.31, lo que permite afirmar que entre el estrés y dicha escala hay una relación de 31%. Con este dato se puede corroborar que existe correlación estadísticamente significativa entre el estrés y la ineficacia. Estos resultados se observan gráficamente en el anexo 21.

Entre el nivel de estrés y la escala de perfeccionismo existe un coeficiente de correlación de 0.14 de acuerdo con la “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 significa que entre el estrés y la escala de perfeccionismo hay una relación de 2%, con este indicador se puede corroborar que no existe correlación estadísticamente significativa entre dichas variables. Estos resultados se observan gráficamente en el anexo 22.

Entre el nivel de estrés y la escala de desconfianza interpersonal existe un coeficiente de correlación de 0.23 de acuerdo con la “r” de Pearson, lo cual expresa que entre el estrés y la escala referida existe una correlación positiva débil.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.06, lo que se traduce en que entre el estrés y la escala de desconfianza interpersonal hay una relación de 6%, con este porcentaje se puede confirmar que no existe correlación estadísticamente significativa entre dichos atributos. Estos resultados se observan gráficamente en el anexo 23.

Entre el nivel de estrés y la escala de conciencia introceptiva existe un coeficiente de correlación de 0.57 de acuerdo con la "r" de Pearson, esto significa que entre estos atributos existe una correlación positiva considerable.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.33, lo que significa que entre el estrés y la escala de conciencia introceptiva hay una relación del 33%, con lo anterior se puede corroborar que existe una correlación estadísticamente significativa entre el estrés y la escala mencionada. Estos resultados se observan gráficamente en el anexo 24.

Entre el nivel de estrés y la escala de miedo a la madurez existe un coeficiente de correlación de -0.05 de acuerdo con la "r" de Pearson, esto denota que entre el estrés y esta escala existe una ausencia de correlación.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.00, lo que significa que entre el estrés y la escala de miedo a la madurez hay una relación de 0%. De esta manera se puede corroborar que existe una ausencia de correlación

estadísticamente significativa entre tales variables. Estos resultados se observan gráficamente en el anexo 25.

Entre el nivel de estrés y la escala de ascetismo existe un coeficiente de correlación de 0.13, obtenido mediante la “r” de Pearson, lo cual indica que entre el estrés y la escala referida existe una correlación positiva débil.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.02, lo que significa que entre el estrés y la escala de ascetismo hay una relación de 2%, con lo anterior se puede corroborar que no existe correlación estadísticamente significativa entre dichas variables examinadas. Estos resultados se pueden consultar gráficamente en el anexo 26.

Entre el nivel de estrés y la escala de impulsividad existe un coeficiente de correlación de 0.27 de acuerdo con la “r” de Pearson, esto expresa que entre el estrés y la escala referida 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 impulsividad hay una relación del 7%, con lo anterior se puede corroborar que no existe correlación estadísticamente significativa entre el estrés y la escala indicada. Estos resultados se observan gráficamente en el anexo 27.

Finalmente, se encontró que entre el nivel de estrés y la escala de inseguridad social existe un coeficiente de correlación de 0.31, de acuerdo con la "r" de Pearson, este índice permite afirmar que entre dichos atributos existe una correlación positiva débil.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.10, lo que significa que entre el estrés y la escala de inseguridad social hay una relación del 10%, este porcentaje permite corroborar que existe correlación estadísticamente significativa entre las variables mencionadas. Estos resultados se aprecian de manera gráfica en el anexo 28.

CONCLUSIONES

En esta investigación se corrobora la hipótesis nula, ya que en el transcurso de la investigación se pudo comprobar que no existe relación significativa entre el nivel de estrés y ocho de las once subescalas: obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, miedo a la madurez, ascetismo e impulsividad.

Por otra parte, se corrobora la hipótesis de trabajo en los casos de correlación entre el estrés y las subescalas de ineficacia, conciencia introceptiva e inseguridad social.

De igual manera se concluye que los objetivos particulares teóricos planteados se cumplieron, ya que en el primer capítulo se da respuesta a los cuatro primeros al mencionar el concepto de estrés, las causas, las características y sus enfoques teóricos. Lo mismo ocurre con los objetivos del quinto al séptimo en el segundo capítulo, ya que se define el concepto de trastornos alimentarios, las causas y las características.

El octavo objetivo particular fue evaluar el nivel de estrés de los alumnos de primero y segundo grado, el cual se cumplió satisfactoriamente con la aplicación del test psicológico denominado Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños –revisada (CMAS-R).

El noveno objetivo particular, que fue medir los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios, se cumplió favorablemente como resultado de la aplicación de la prueba psicológica conocida con el nombre de Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria, (EDI-2).

El décimo y último objetivo particular, que consistió en establecer la correlación estadística existente entre el nivel de estrés y los trastornos alimentarios, se logró mediante la aplicación de las fórmulas estadísticas de la “r” de Pearson y la varianza de factores comunes.

La consecución de los objetivos particulares permitió de manera lógica el cumplimiento del objetivo general enunciado en la introducción del presente estudio.

Un hallazgo singular es haber identificado los principales estresores y los principales factores que traen consigo los trastornos alimentarios, así como descubrir las alarmantes cifras de alumnos que están experimentando dichas problemáticas.

Se considera que es necesario ofrecer programas institucionales de intervención por parte del personal de la institución y que éste, a su vez, se involucre más en estos temas de salud psicológica.

BIBLIOGRAFÍA

Ajuriaguerra, J. (1973)
Manual de psiquiatría infantil.
Editorial Mason. Barcelona.

American Psychiatric Association (APA). (2002)
DSM IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.
Editorial Mason. Barcelona.

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

Castillo S., María Dolores; León E., María Teresa. (2005)
Trastornos del comportamiento alimentario: Anorexia y Bulimia nerviosa.
Editorial Formación Alcalá, 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.

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

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

Hernández Sampieri, Roberto; Fernández-Collado, Carlos; Baptista Lucio, Pilar.
(2006)
Metodología de la Investigación.
Editorial McGraw-Hill. México.

Hernández Sampieri, Roberto; Fernández-Collado, Carlos; Baptista Lucio, Pilar.
(2007)
Fundamentos de la metodología de la Investigación.
Editorial McGraw-Hill. México.

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

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

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

Kerlinger, Fred N.; Lee, Howard B. (2006)
Correlación e Investigación del comportamiento, métodos de investigación en ciencias sociales.
Editorial McGraw-Hill. México.

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

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

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

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

Rausch, H. Cecile. (1996)
La esclavitud de las dietas.
Editorial Paidós. Argentina.

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

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

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

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

OTRAS FUENTES DE INFORMACIÓN

Hemerografía

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

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

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

Artículos de Internet

Barraza Macías, Arturo. (2003)

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

Revista electrónica de psicologiacientifica.com

<http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologiapdf-19-caracteristicas-del-estres-academico-de-los-alumnos-de-educacion-media-superior.pdf>

Bermúdez Quintero, Sol Beatriz; Durán Ortiz, María del Mar; Escobar Ávila, Camila; Morales Acosta, Adriana. (2006)

“Evaluación de la relación entre rendimiento académico y estrés en estudiantes de medicina.”

http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=print&id_revista

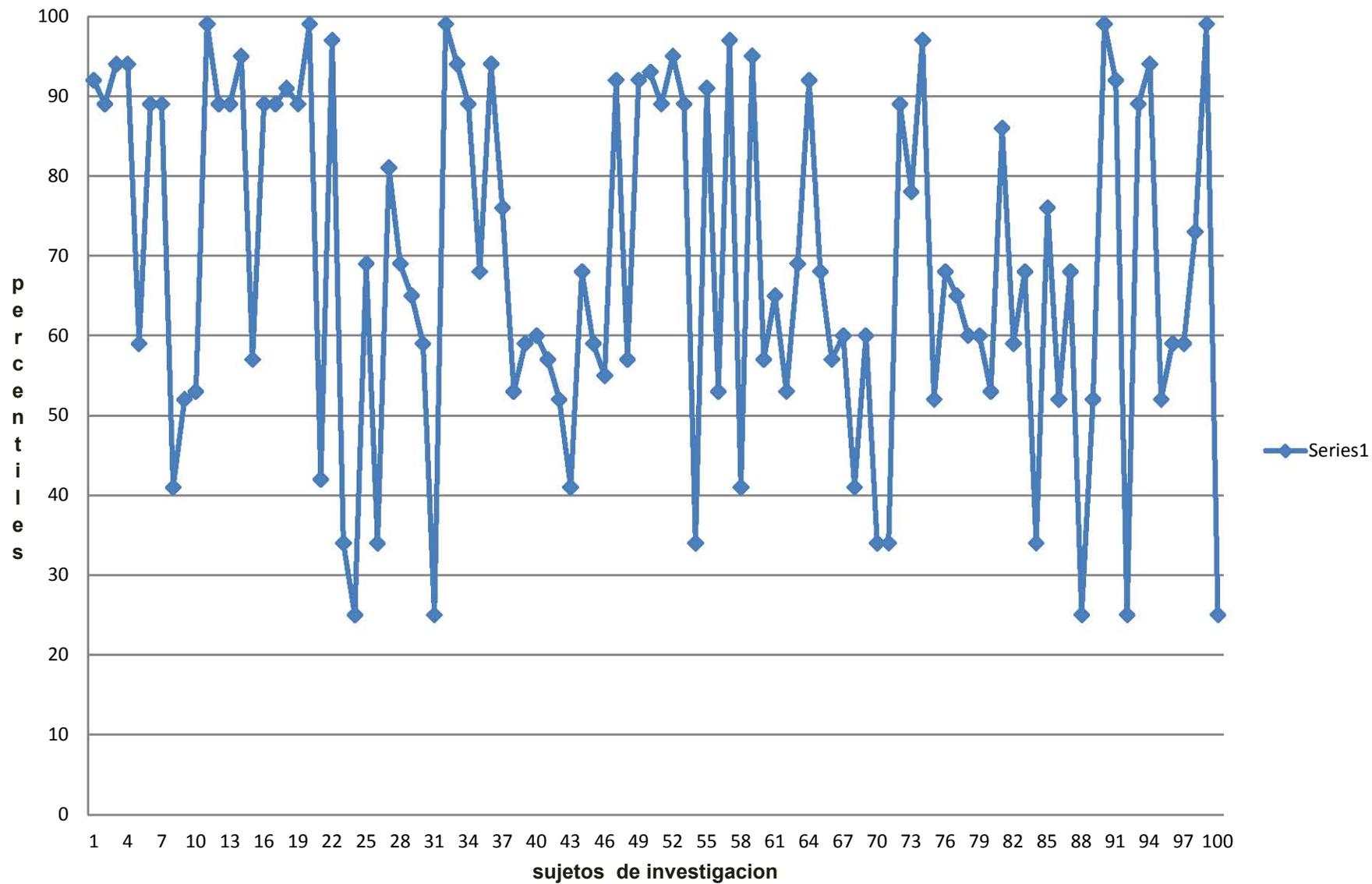
López Coutiño, Berenice; Arias Ibáñez, Alba; Nuño Gutiérrez, Bertha. (s/f)

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

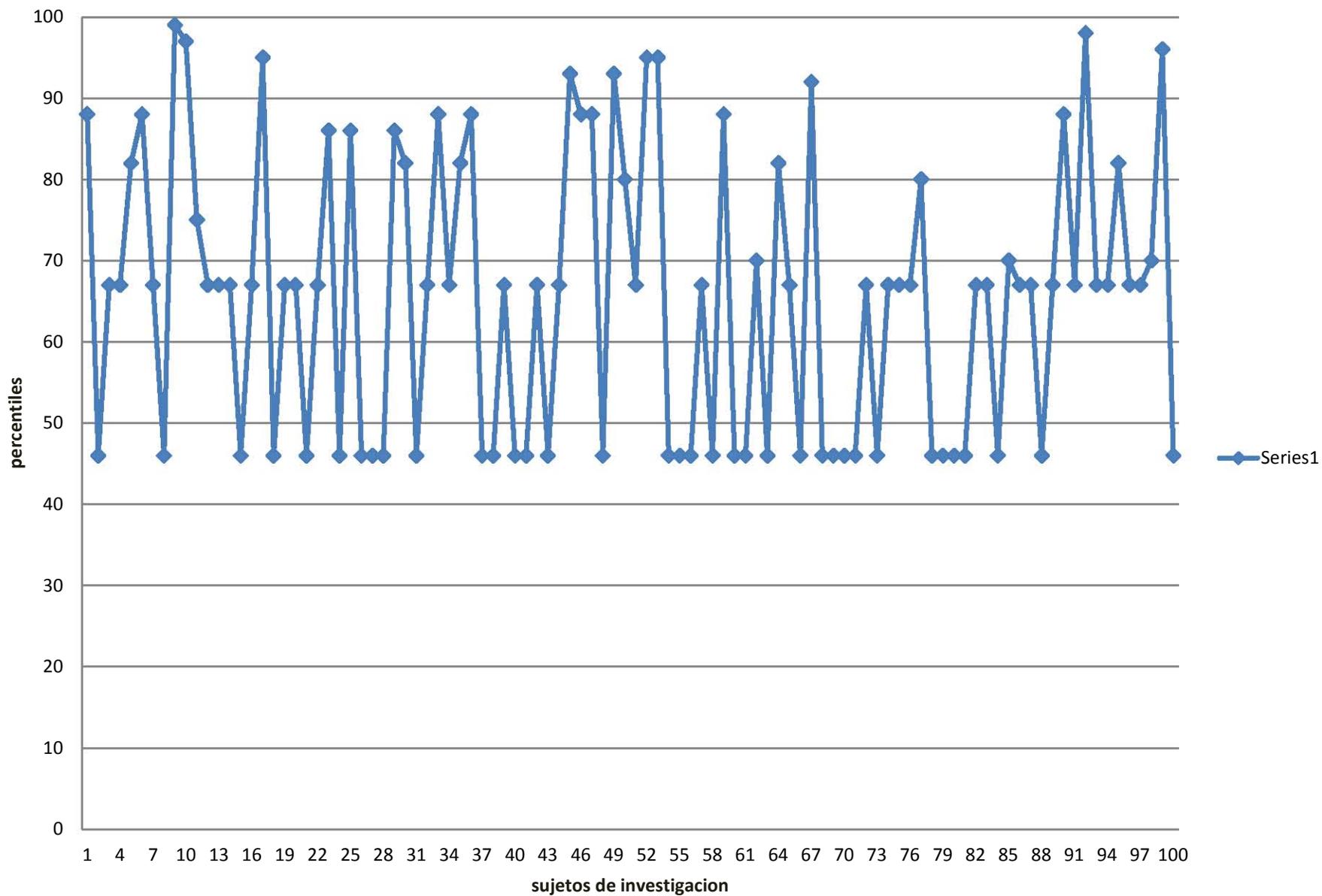
<http://www.tallersur.com/adolesc/libros/libroanorexia.pdf>

Anexo 1

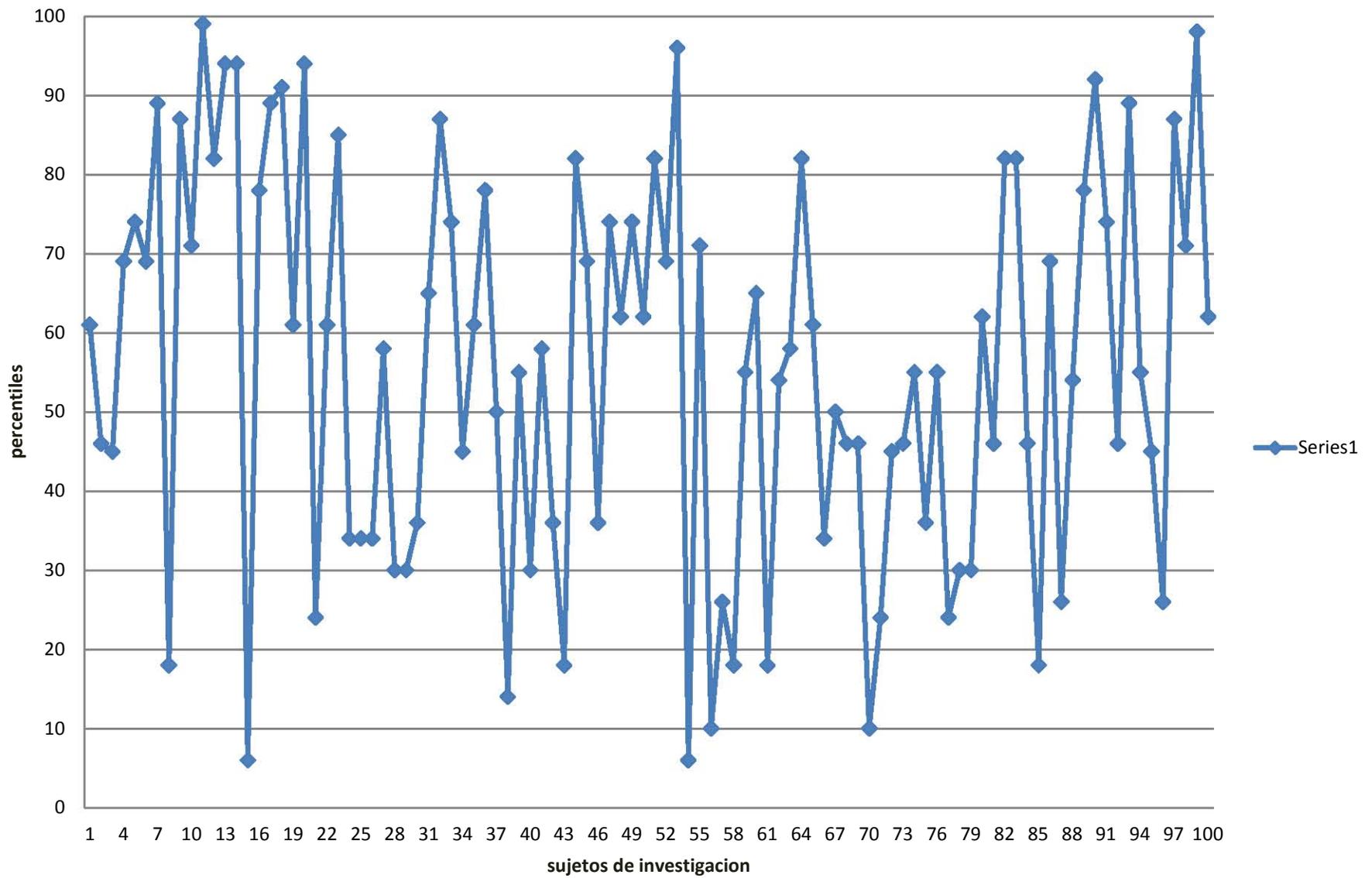
Percentiles de la escala Obsesion por la delgadez



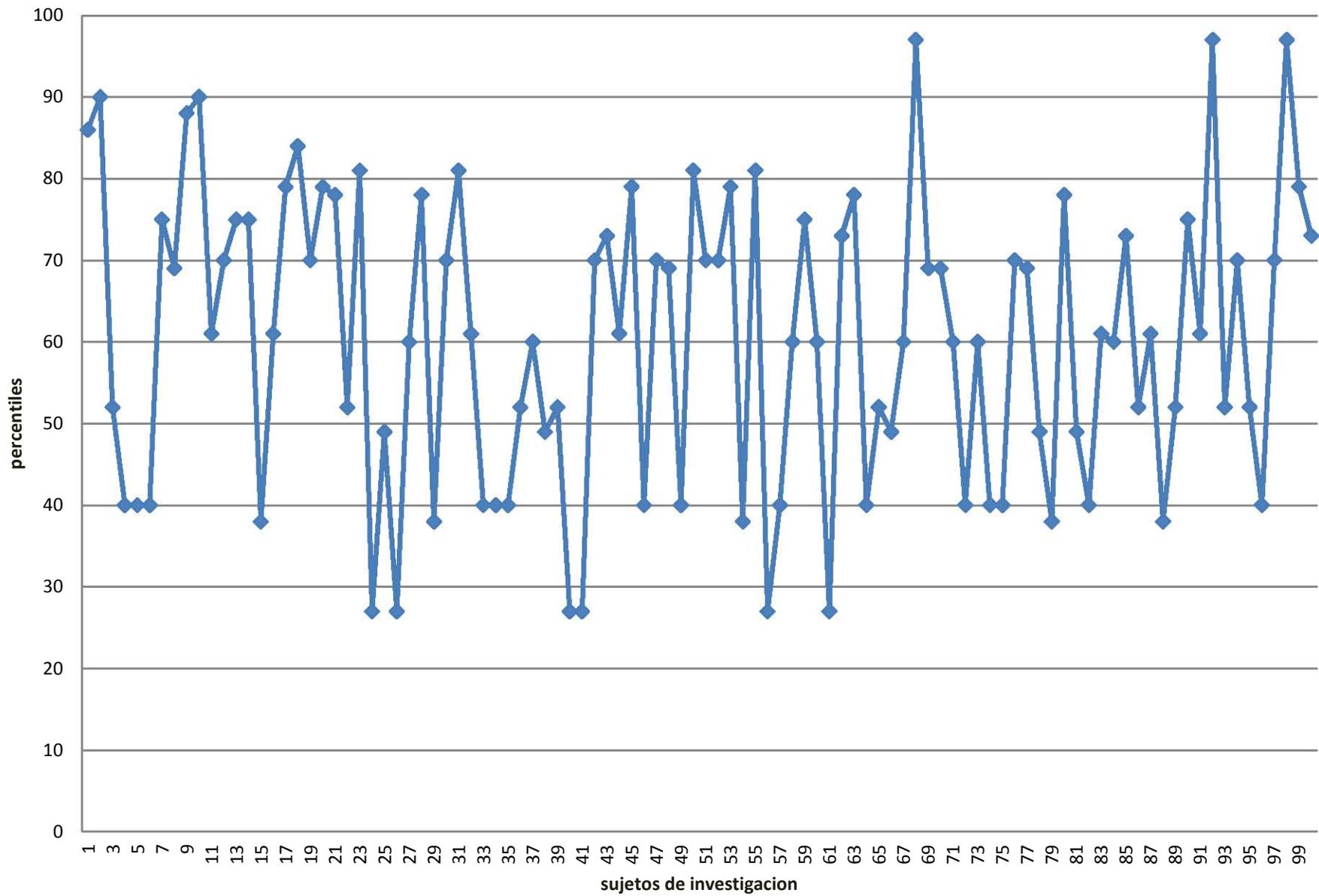
Anexo 2 Bulimia



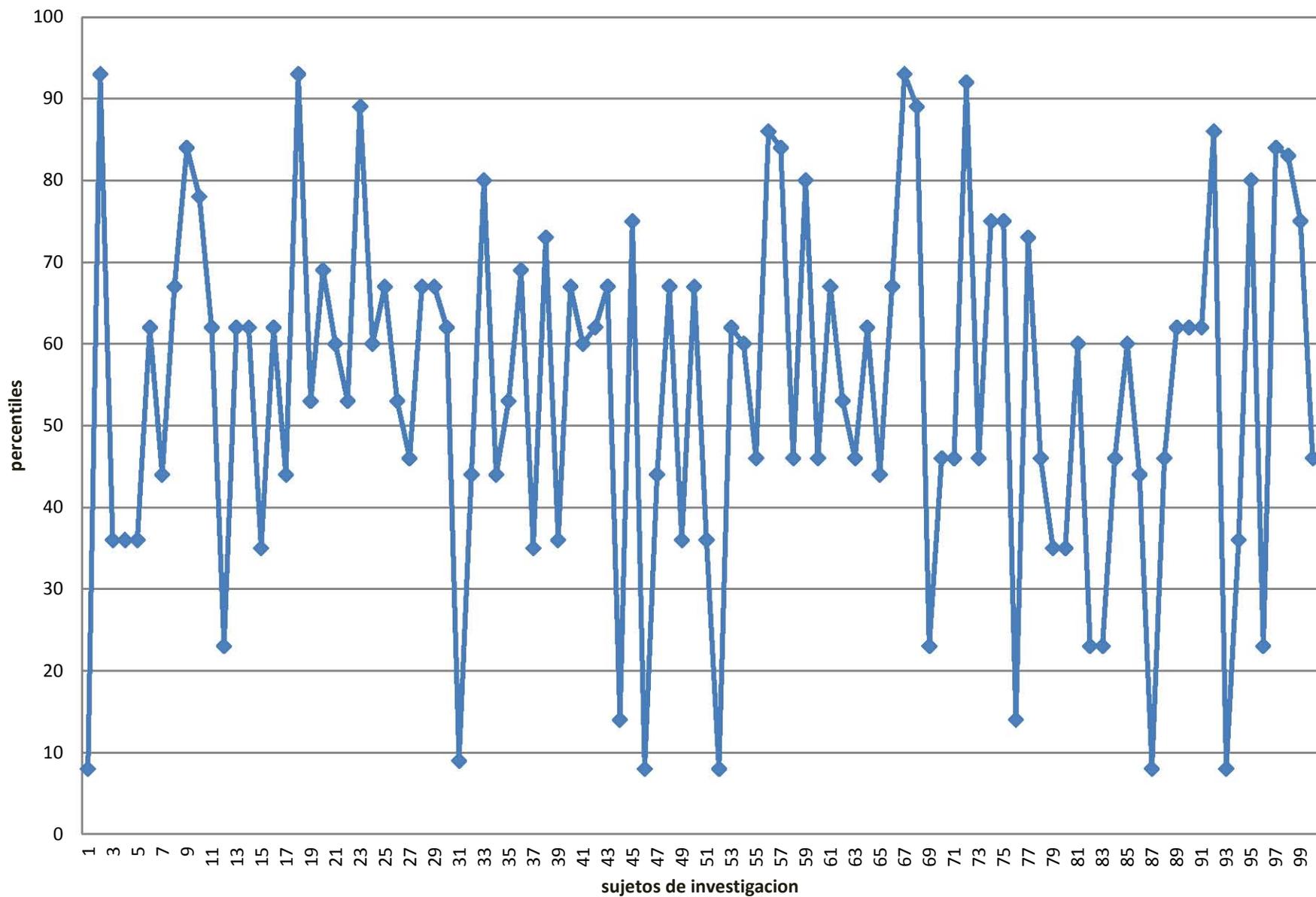
Anexo 3 Insatisfaccion corporal



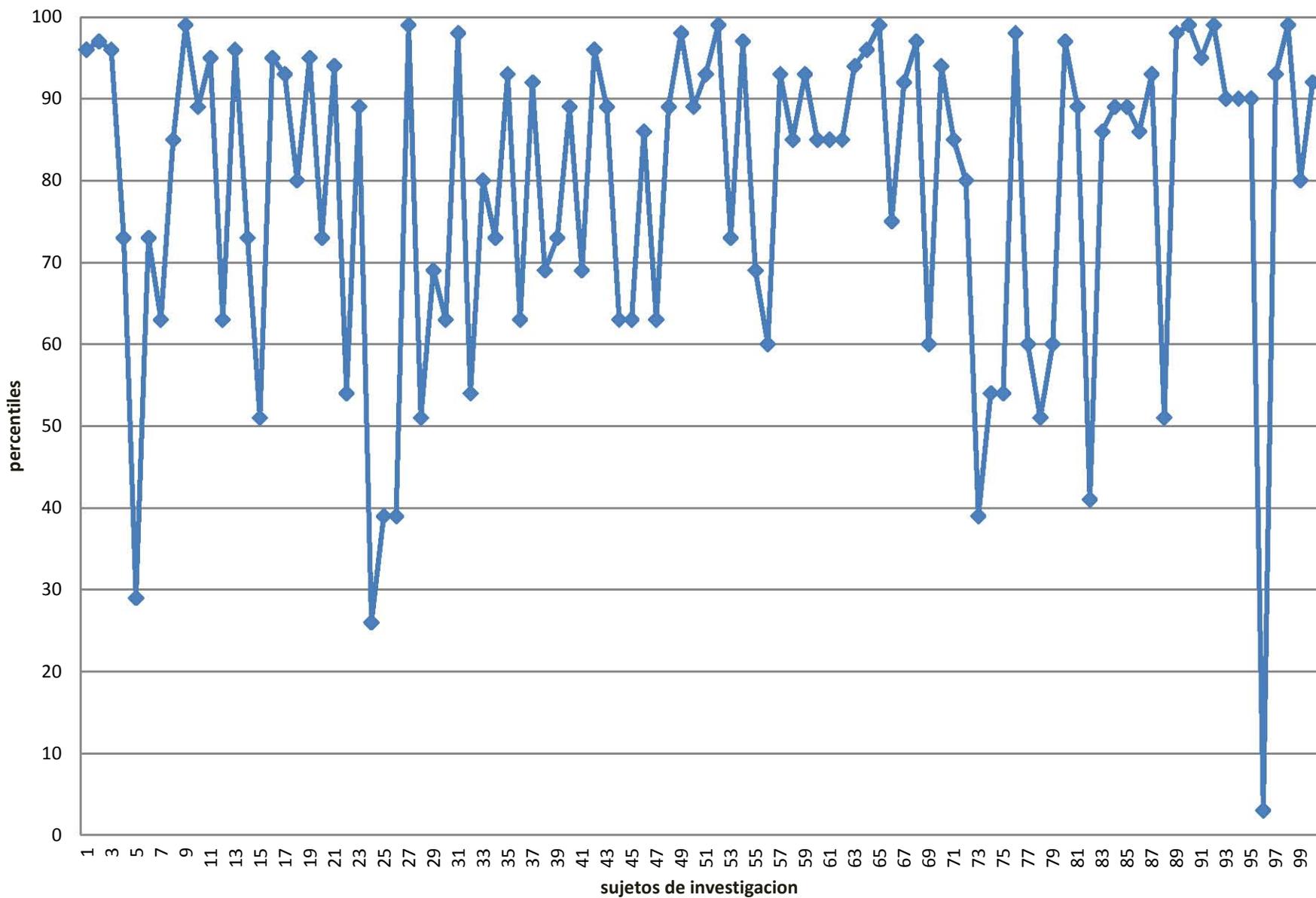
Anexo 4 Ineficacia



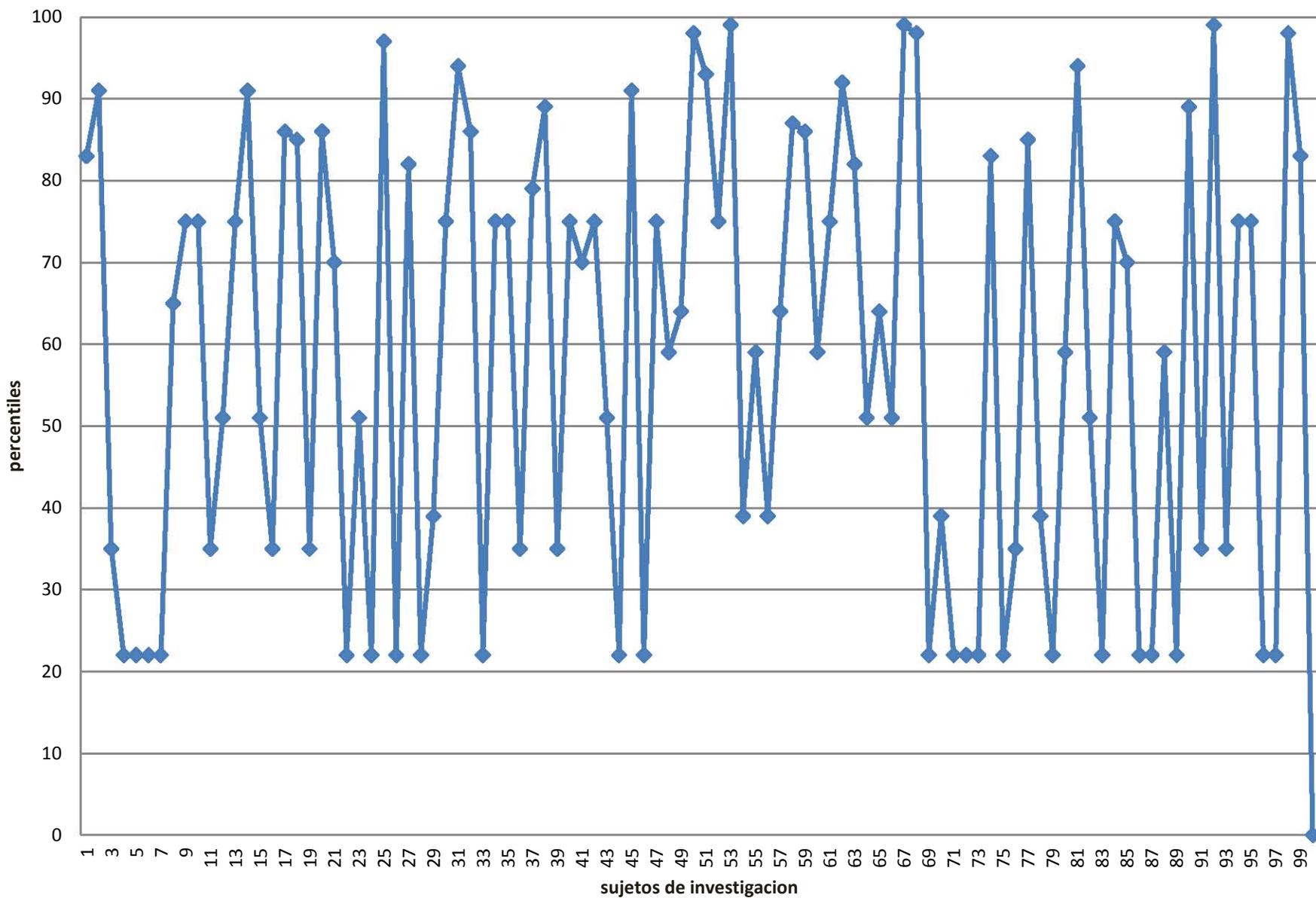
Anexo 5 Perfeccionismo



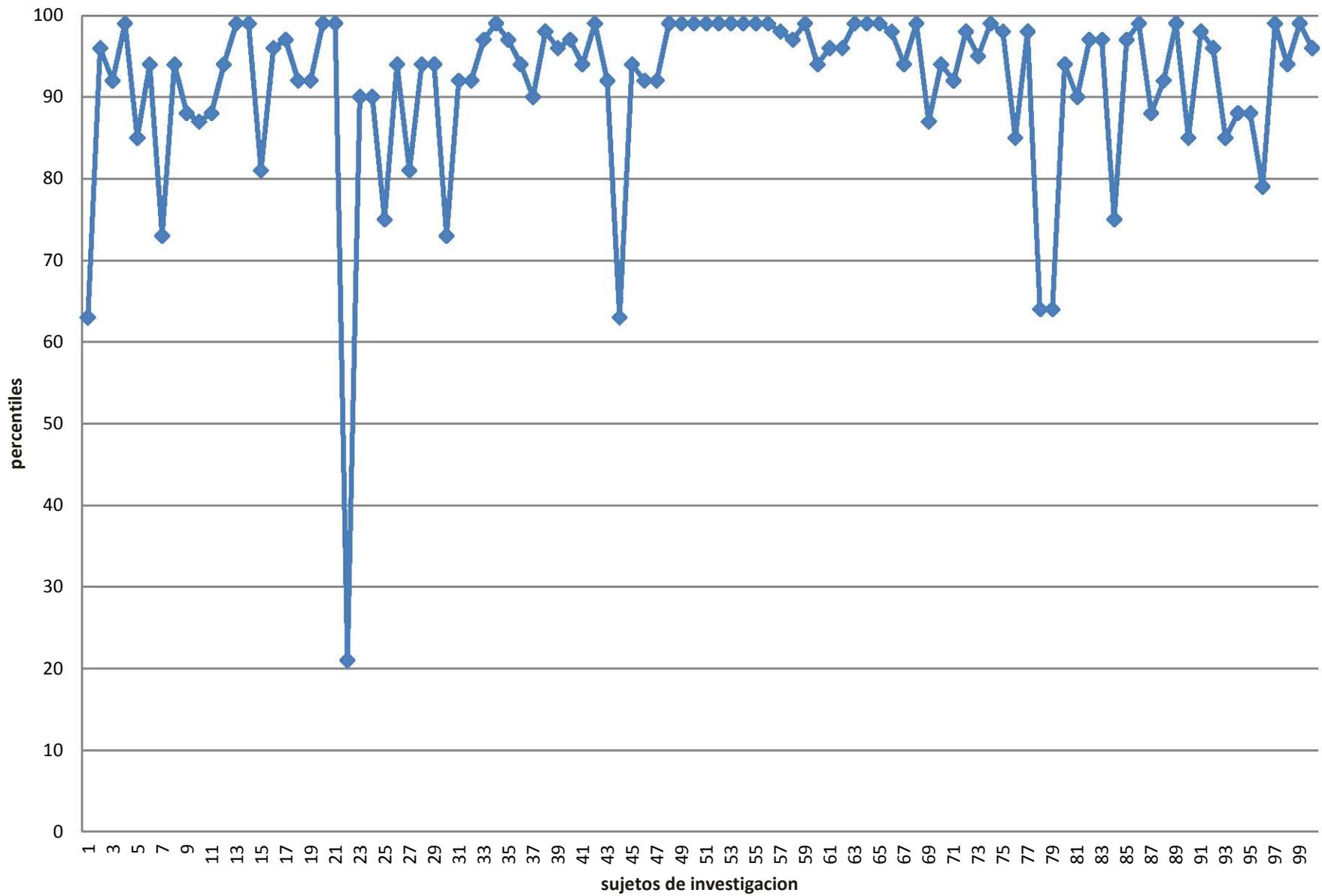
Anexo 6 Desconfianza Interpersonal



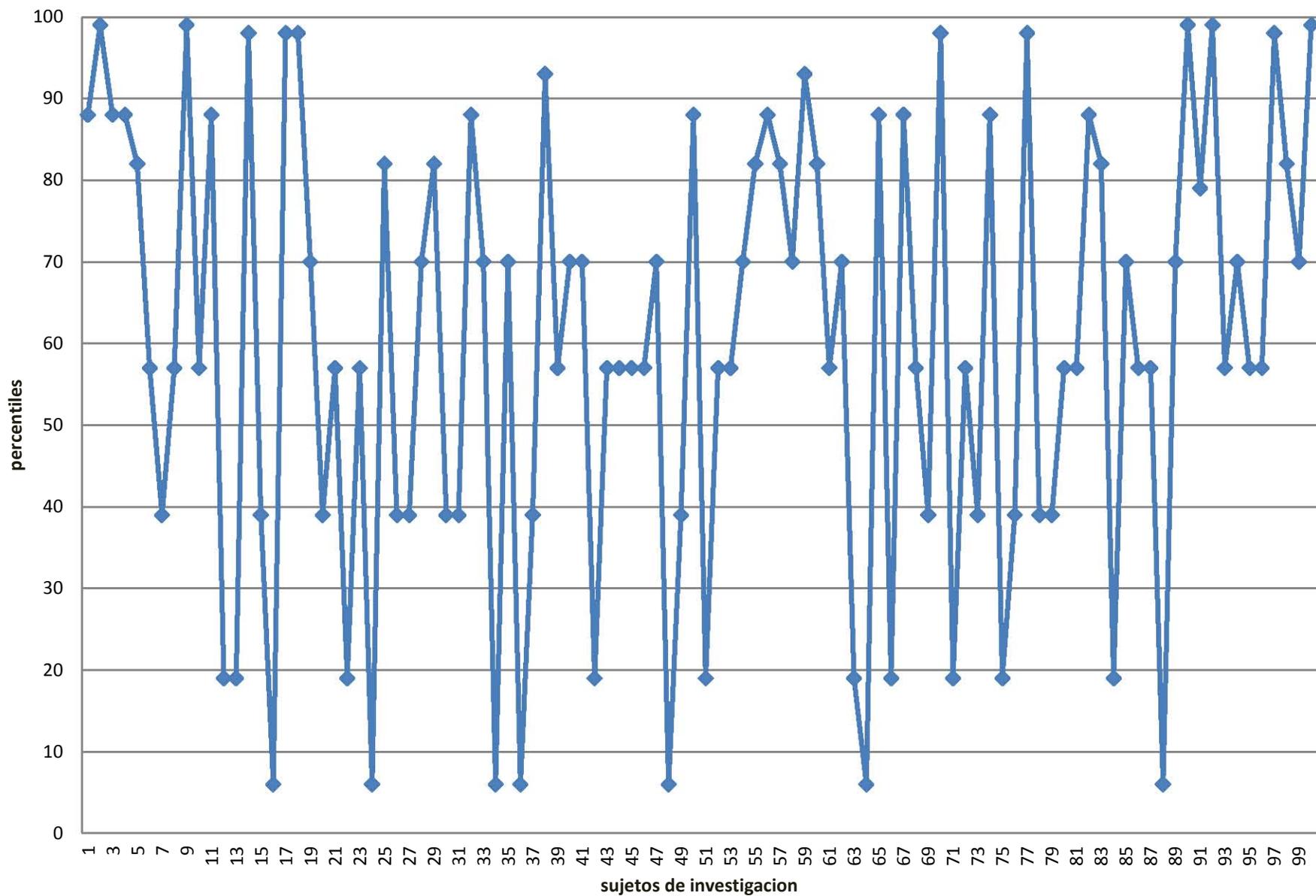
Anexo 7 Conciencia Introceptiva



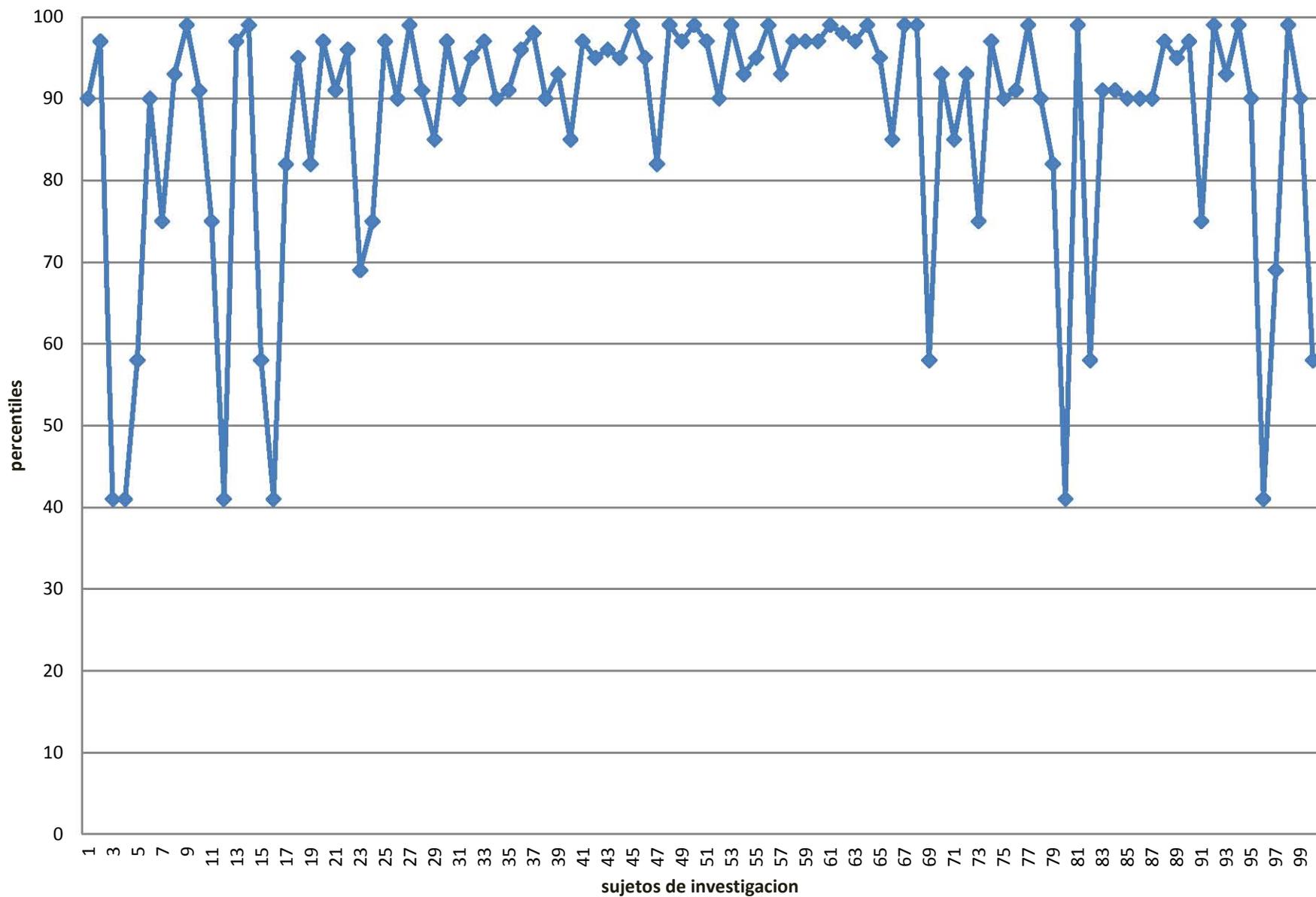
Anexo 8 Miedo a la madurez



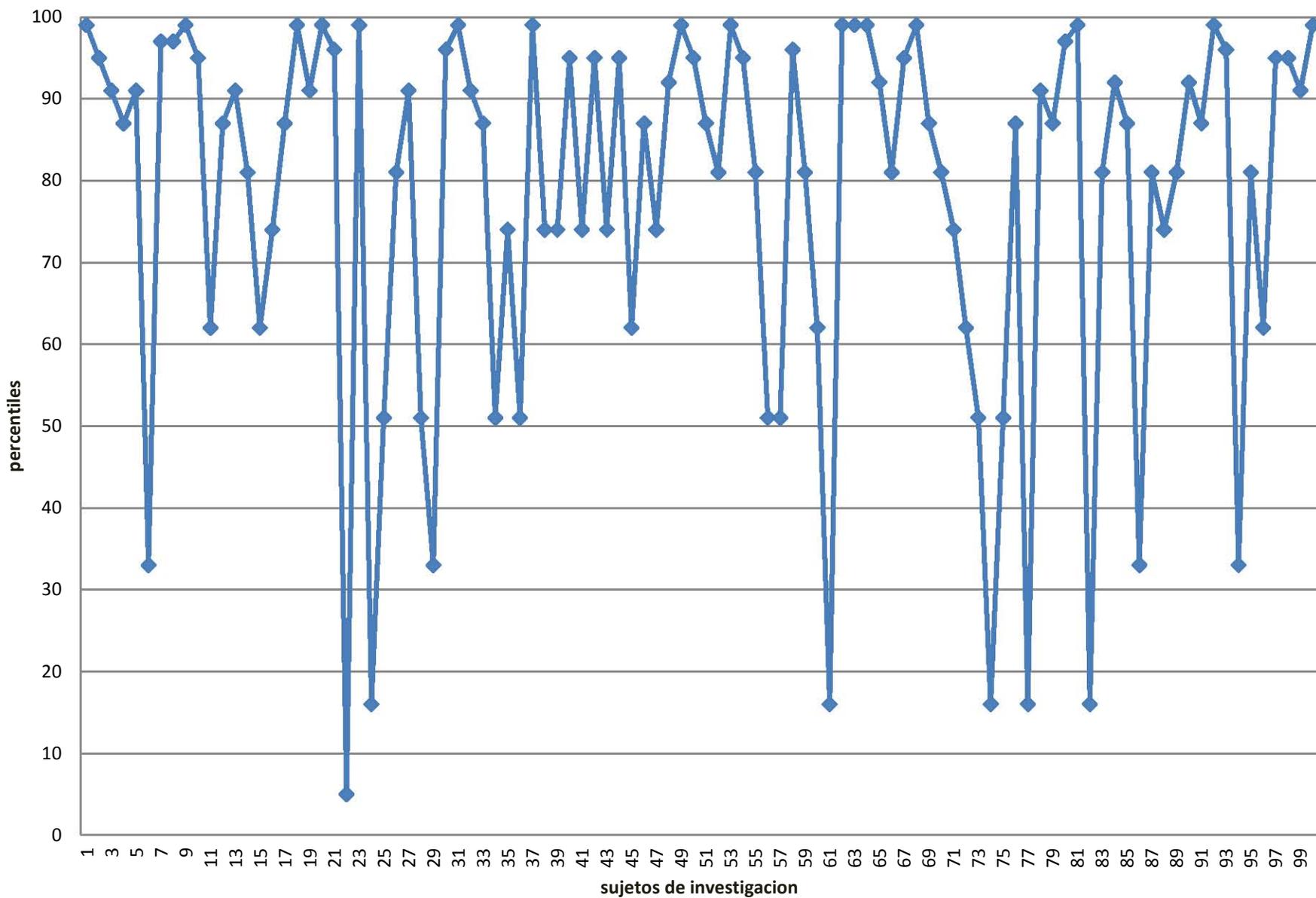
Anexo 9 Ascetismo



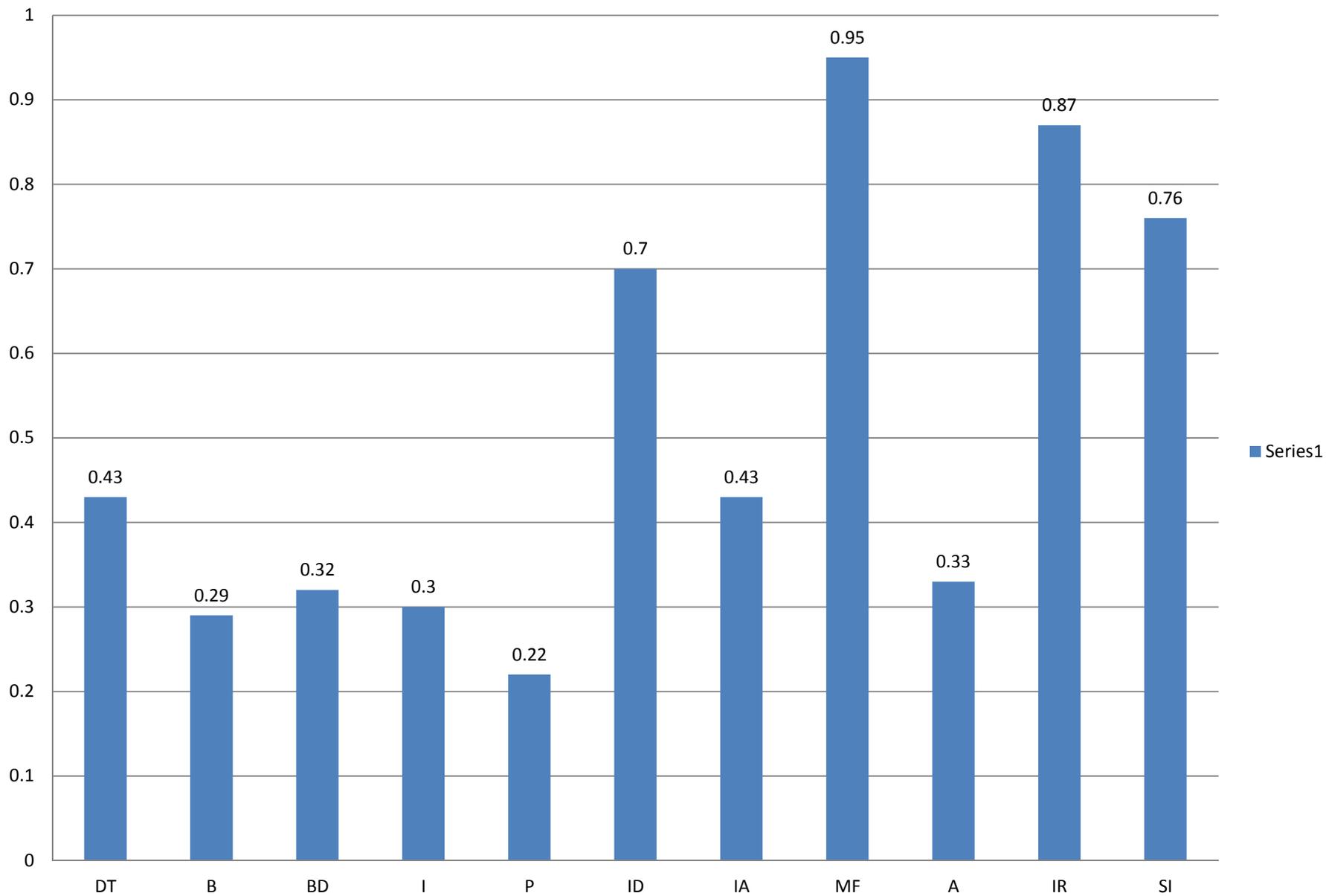
Anexo 10 Impulsividad



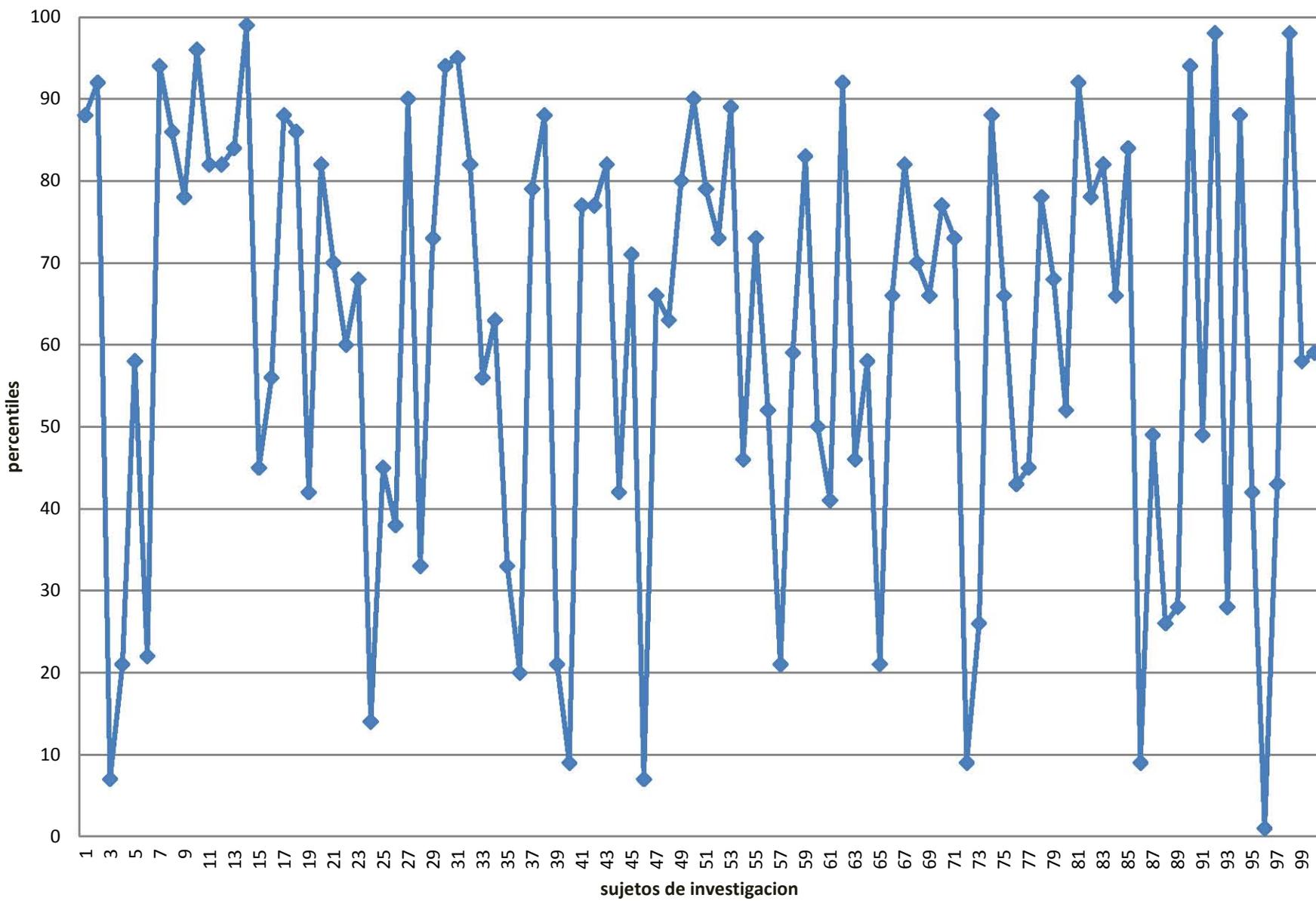
Anexo 11 Inseguridad Social



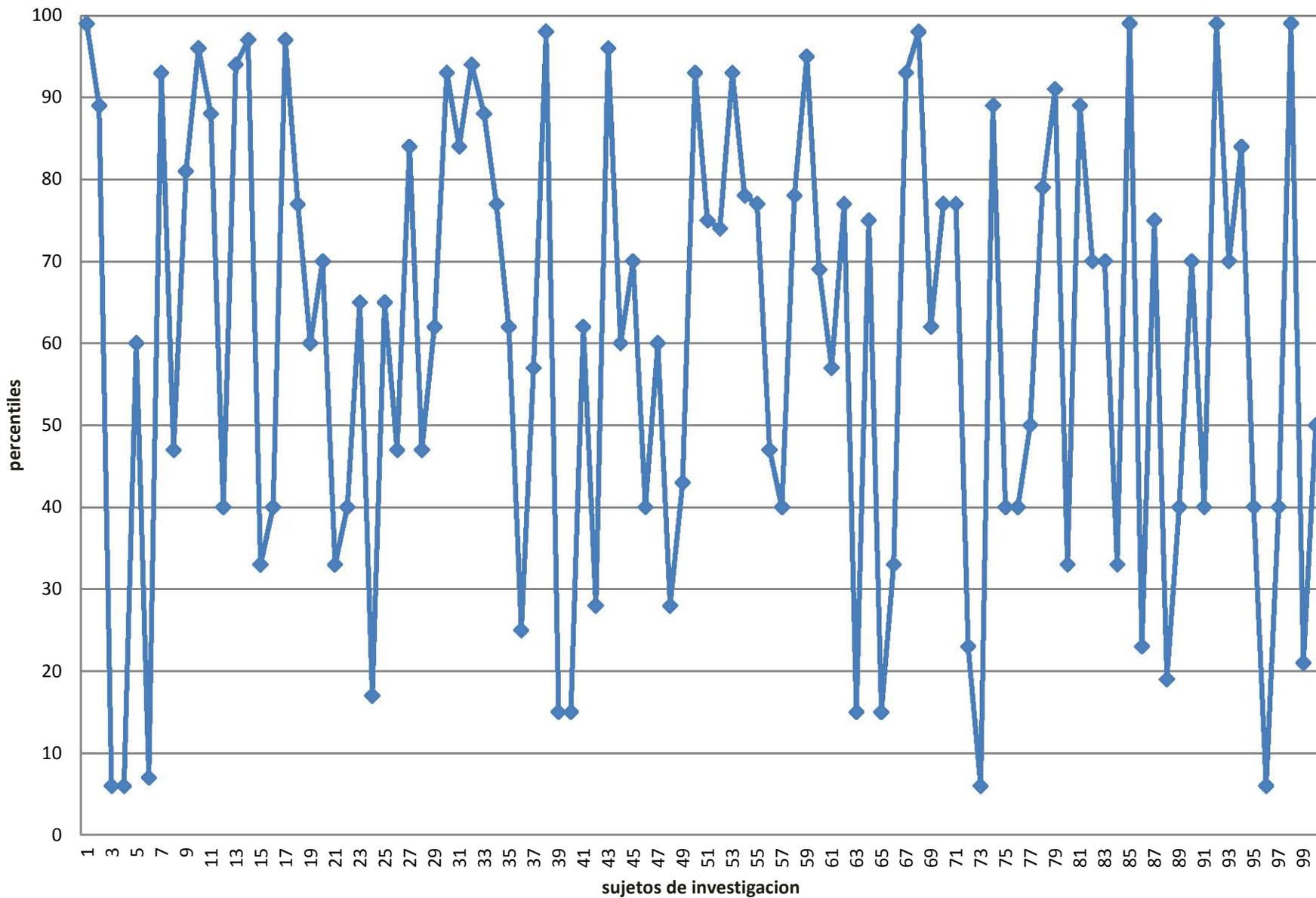
Anexo 12 porcentajes de sujetos con puntaje alto



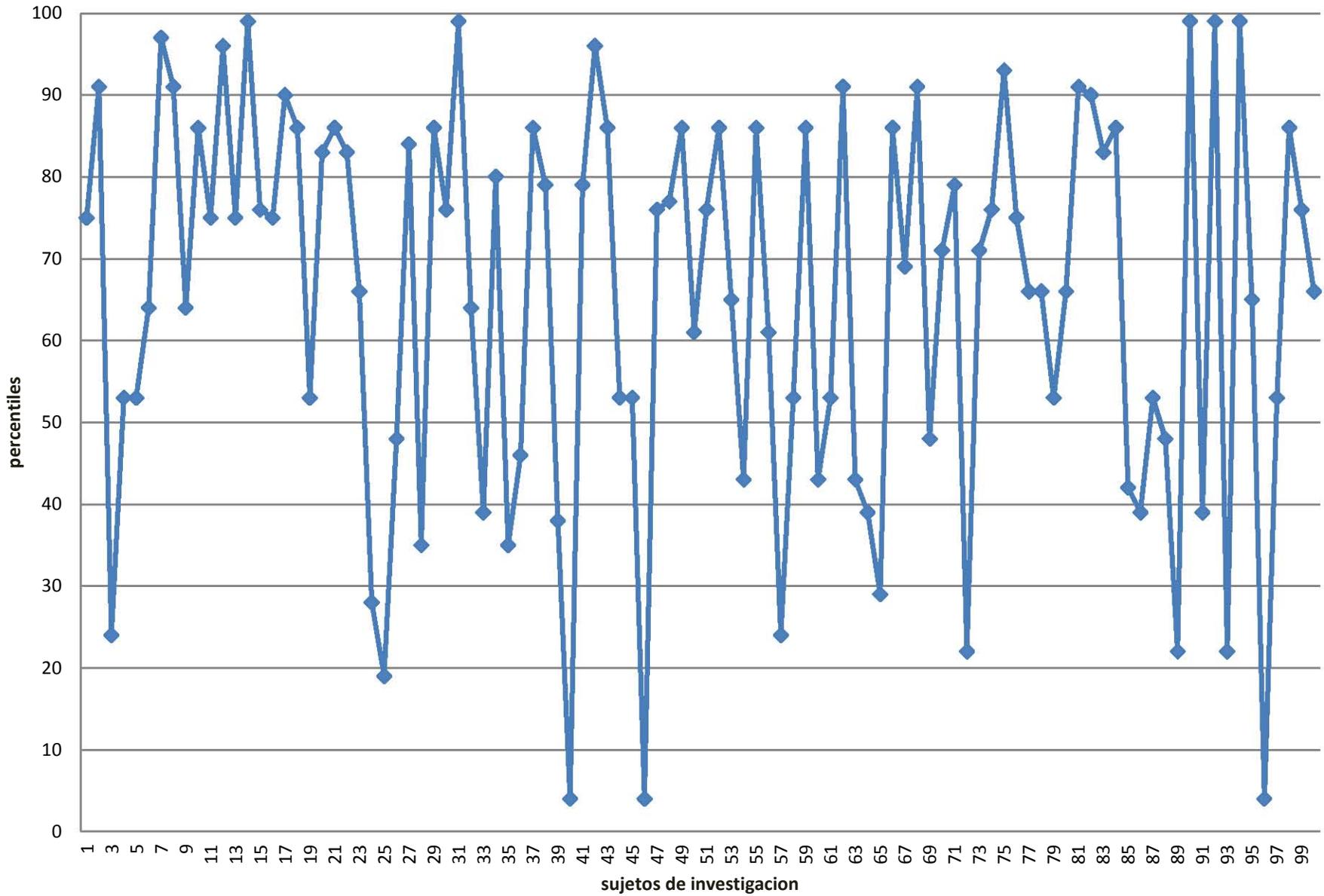
Anexo 13 Ansiedad Total



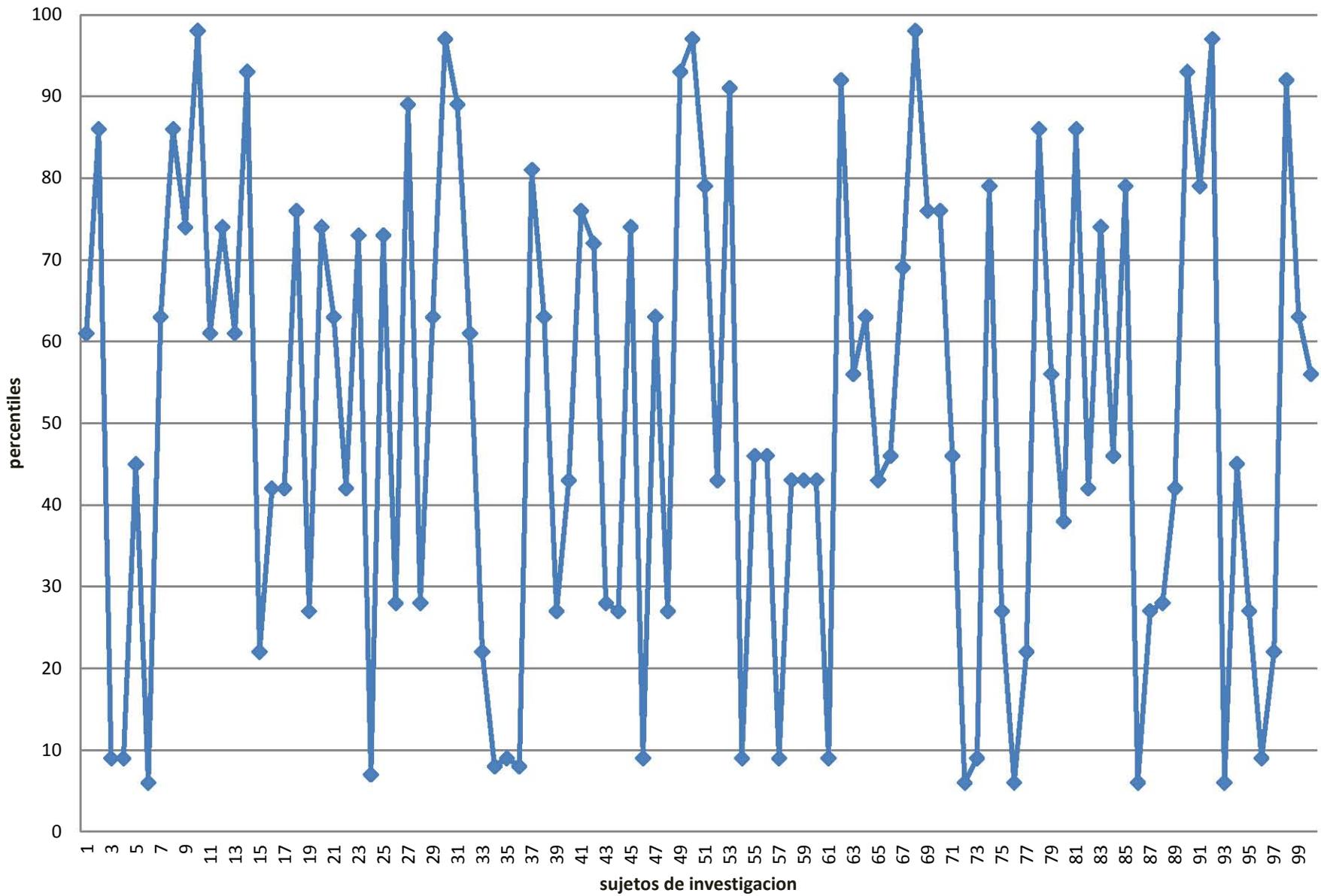
Anexo 14 Ansiedad Fisiologica



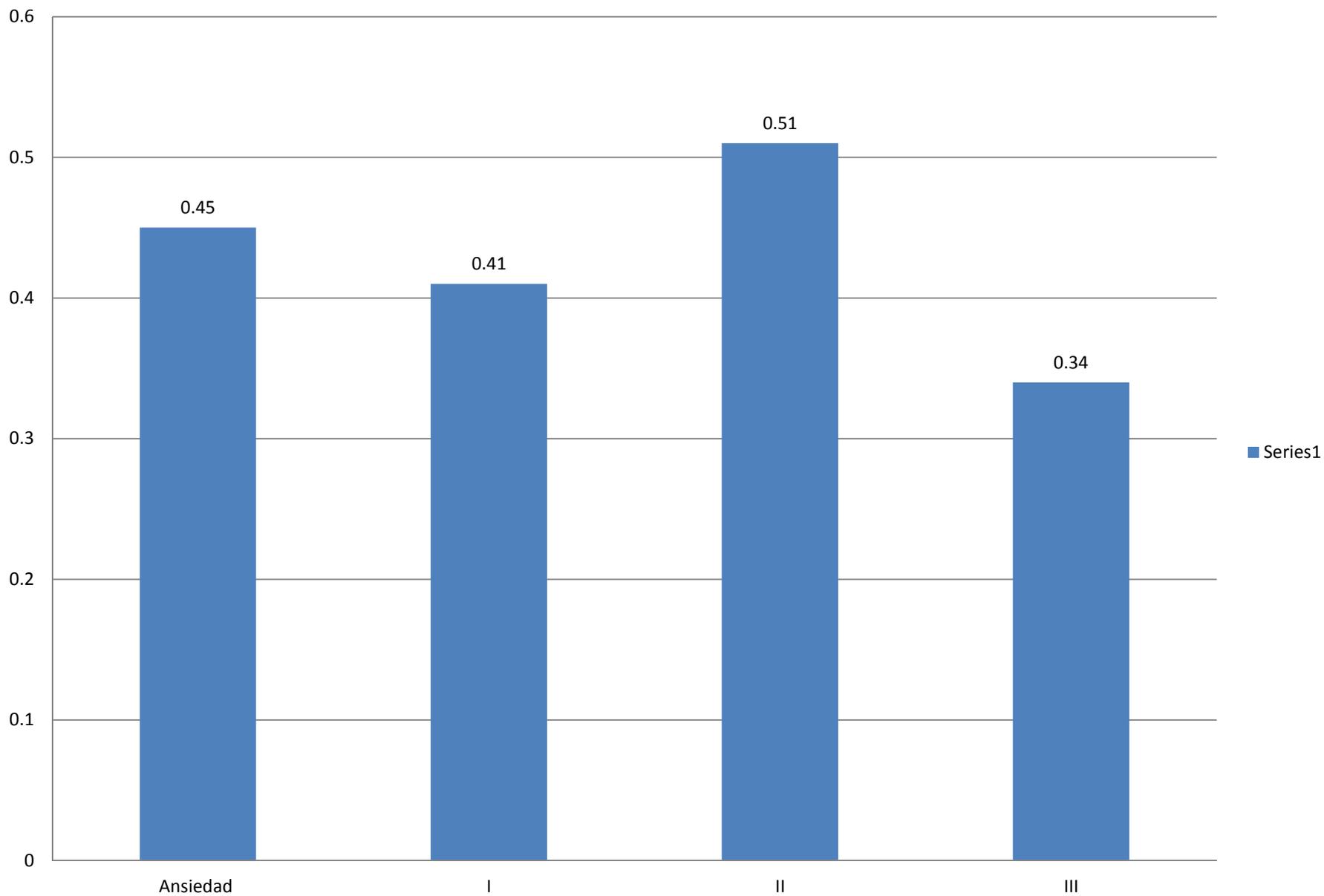
Anexo 15 Inquietud/Hipersensibilidad



Anexo 16 Preocupaciones Sociales/Concentración

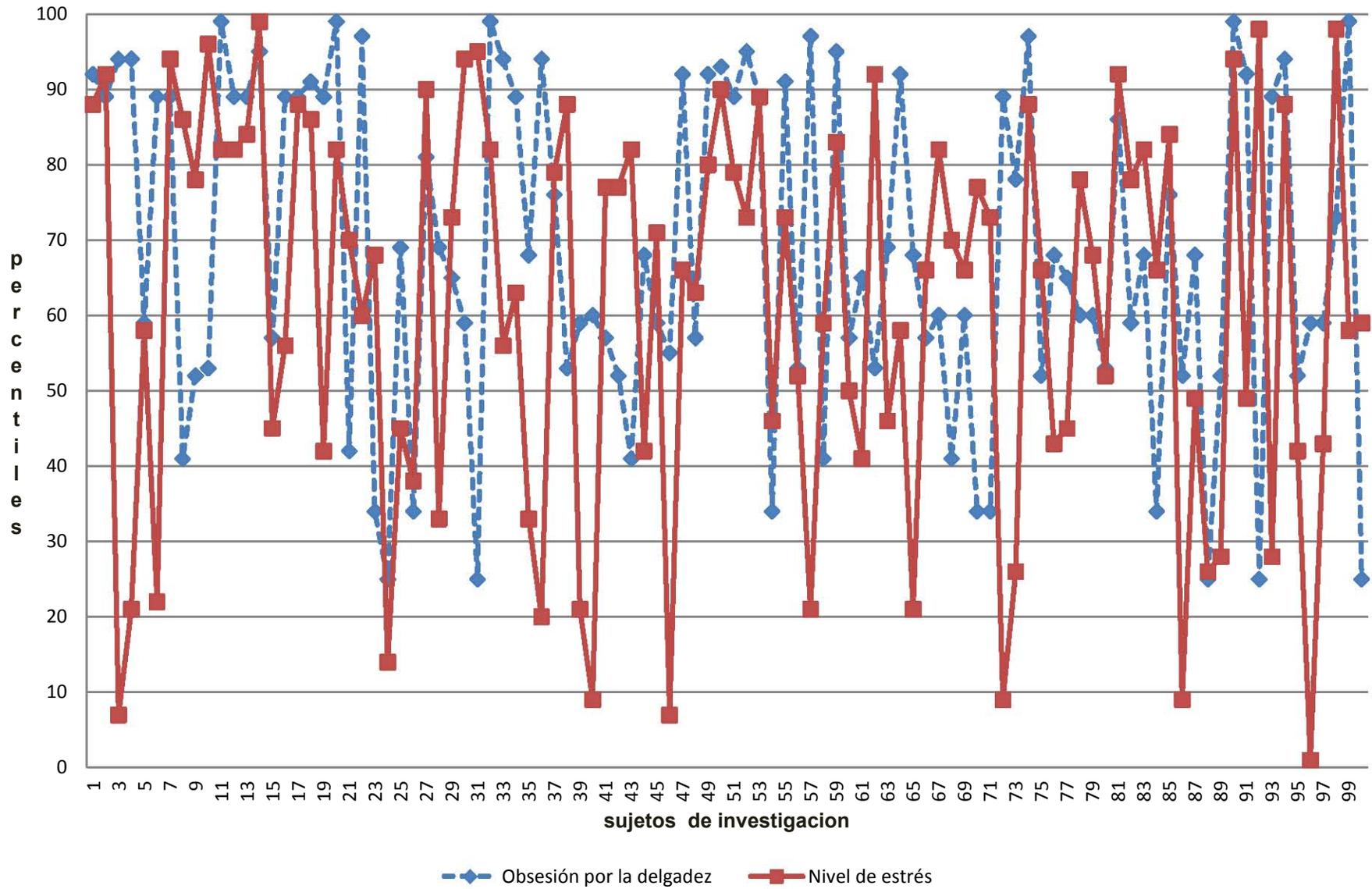


Anexo 17 porcentajes con puntaje alto en las escalas de estres



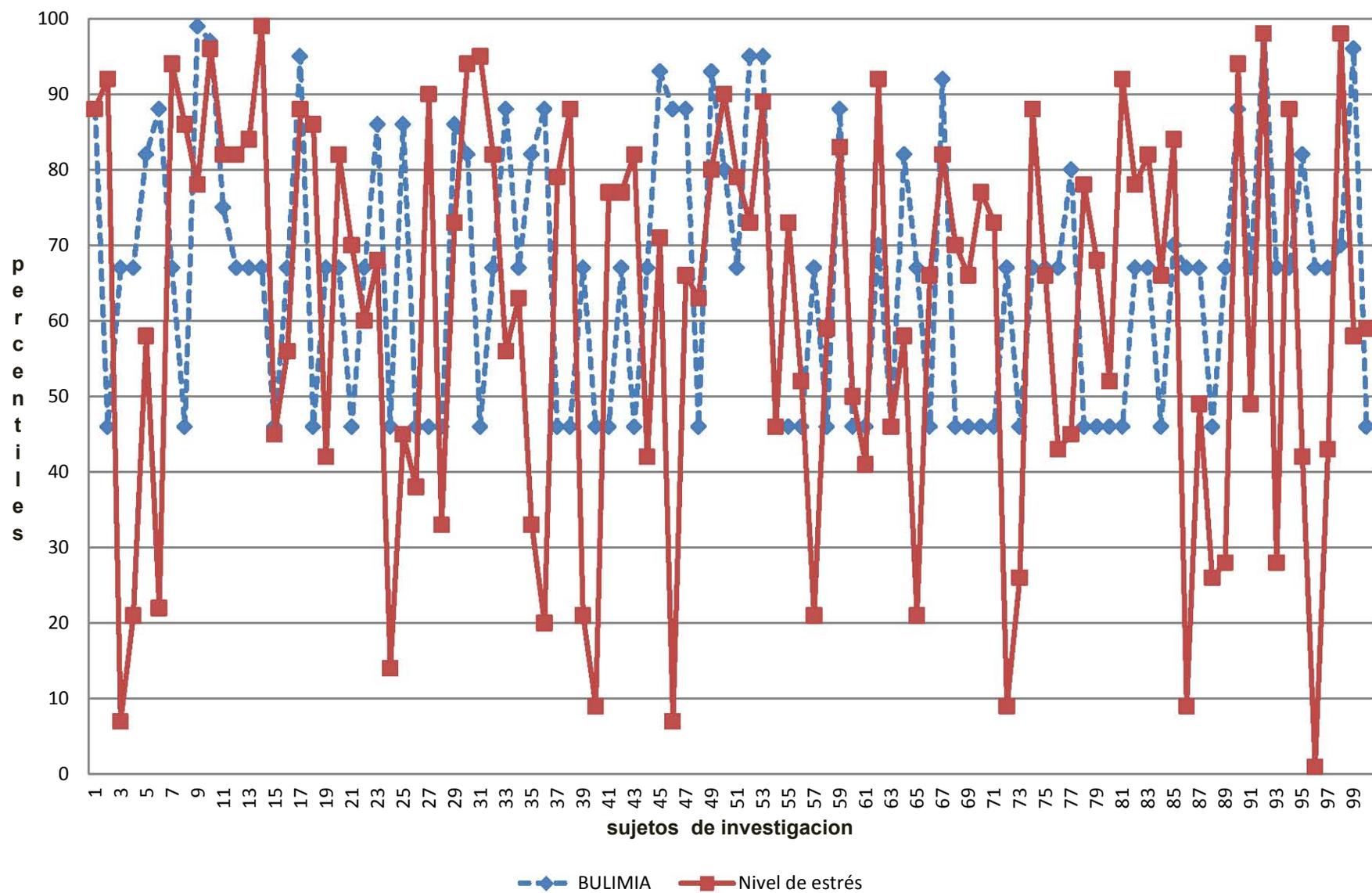
Anexo 18

Correlacion entre el nivel de estrés y la obsesion por la delgadez



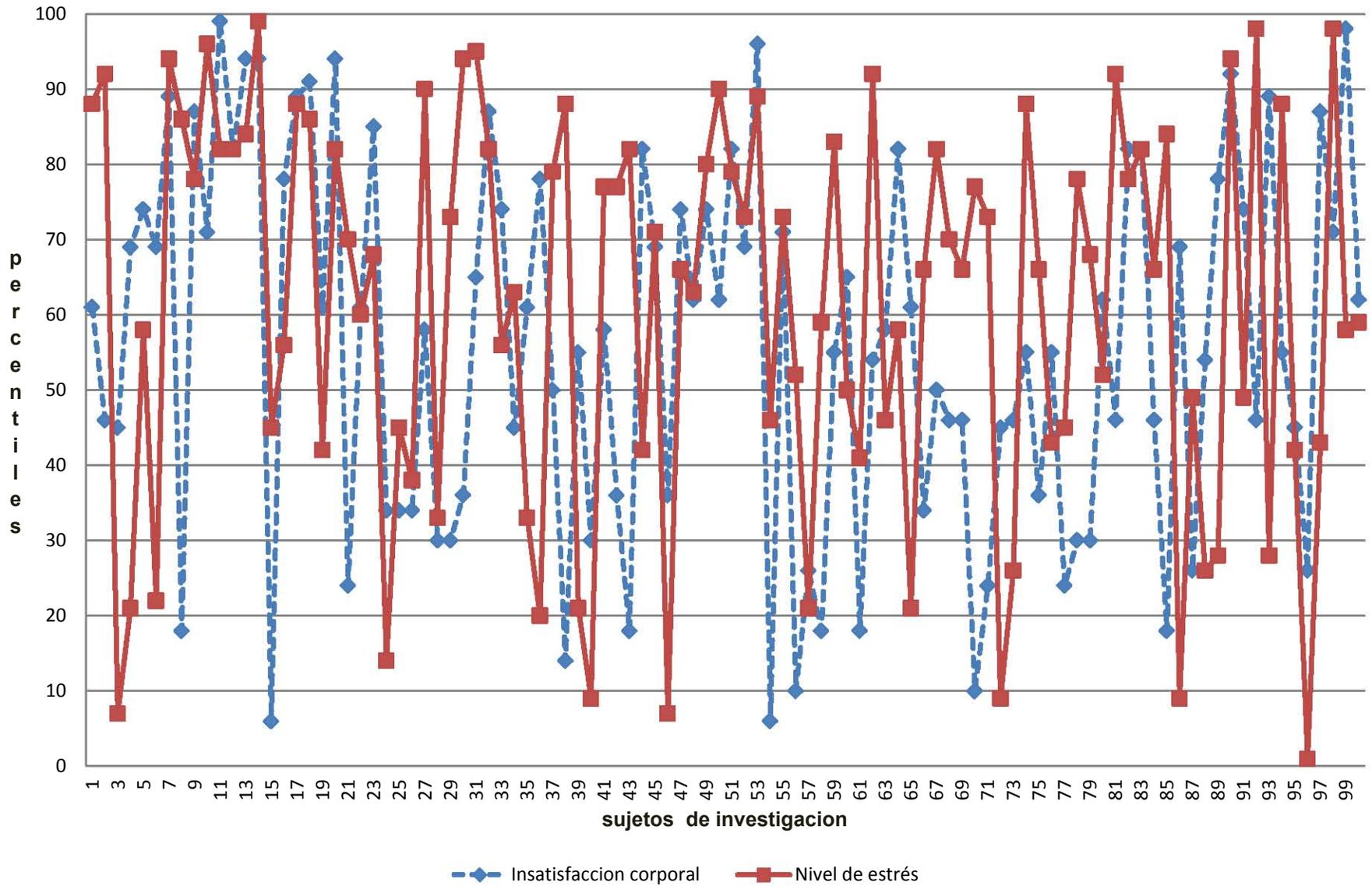
Anexo 19

Correlacion entre el nivel de estrés y bulimia



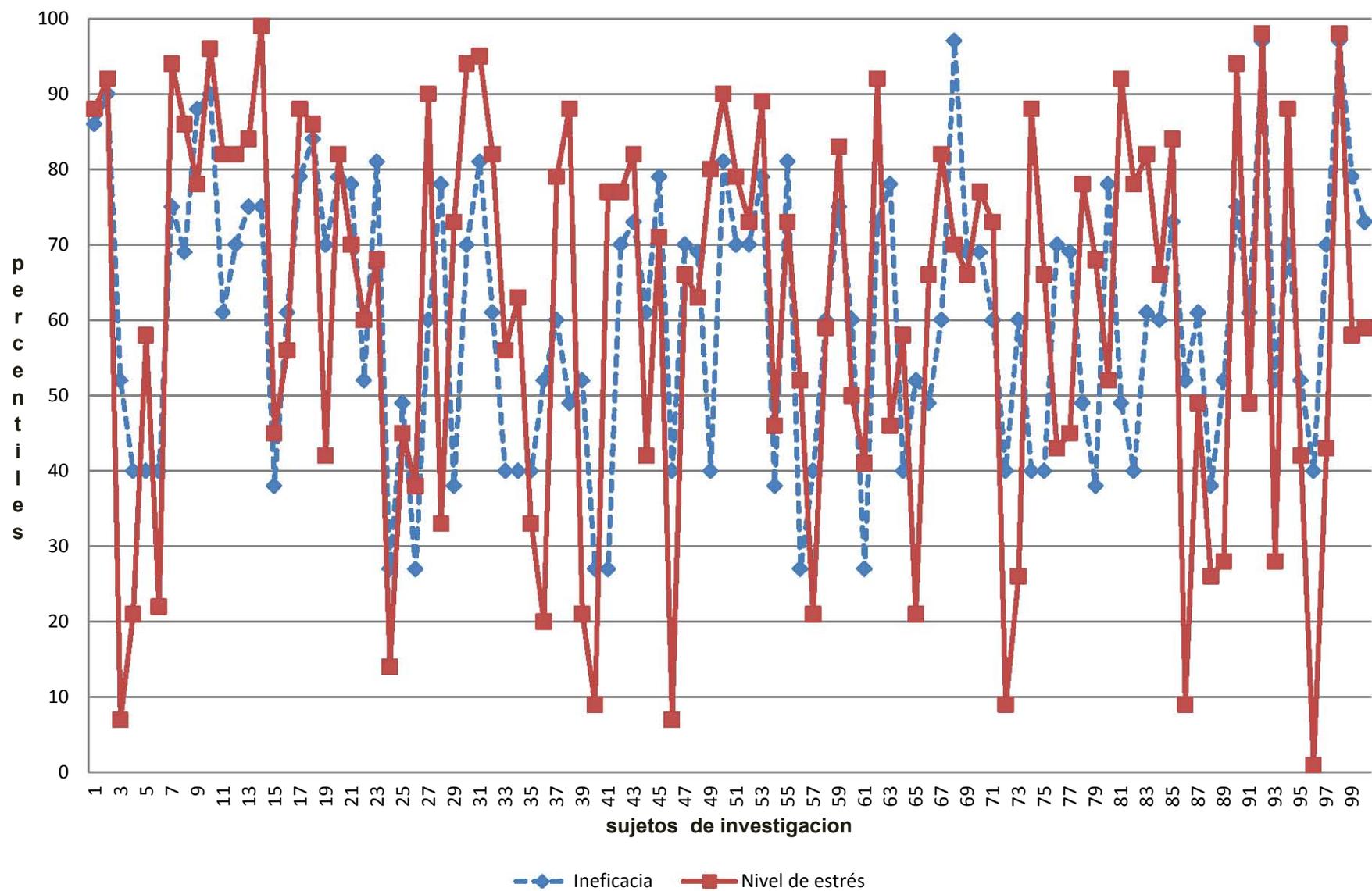
Anexo 20

Correlacion entre el nivel de estrés e Insatisfaccion corporal



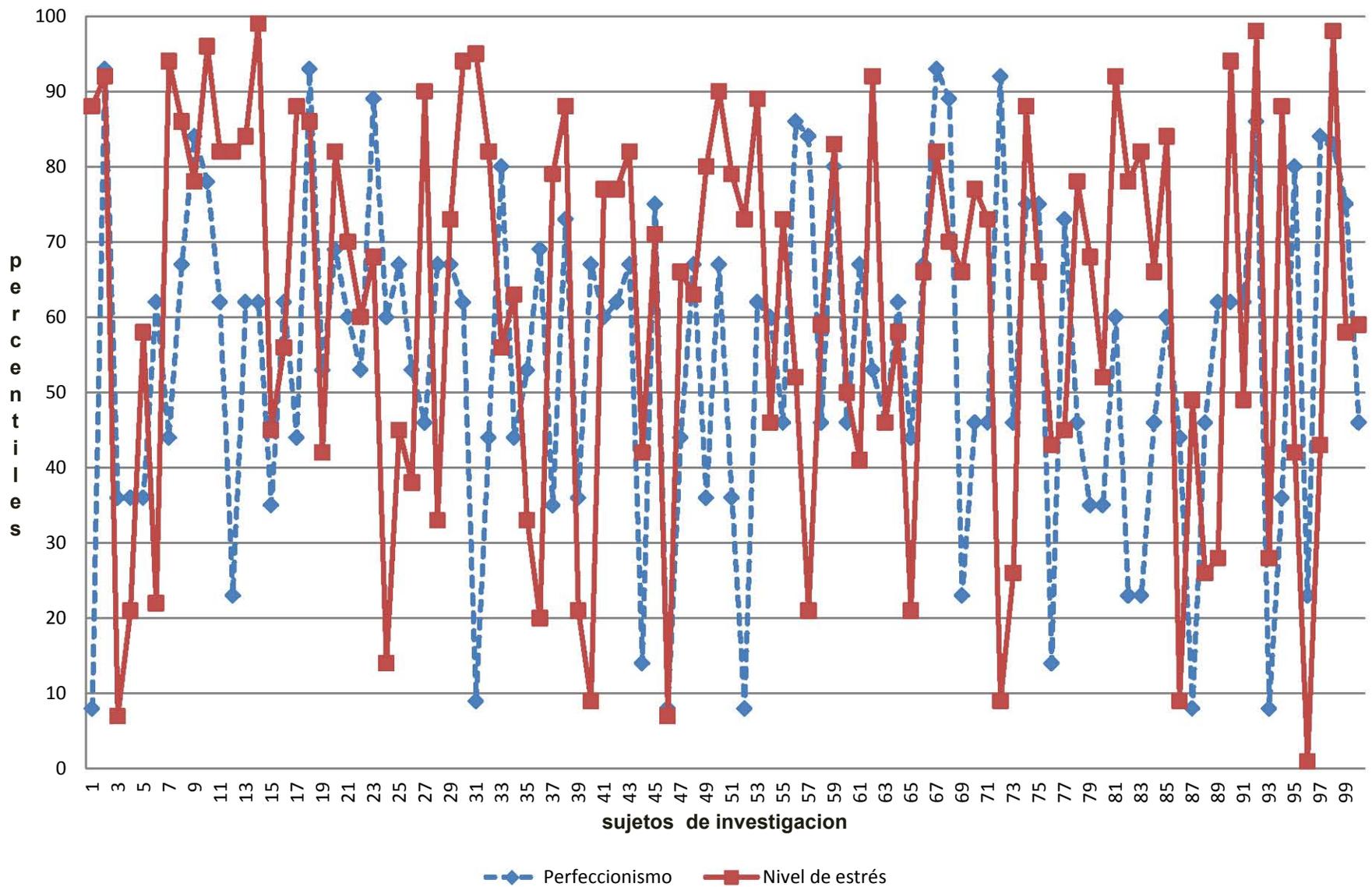
Anexo 21

Correlacion entre el nivel de estrés e Ineficacia



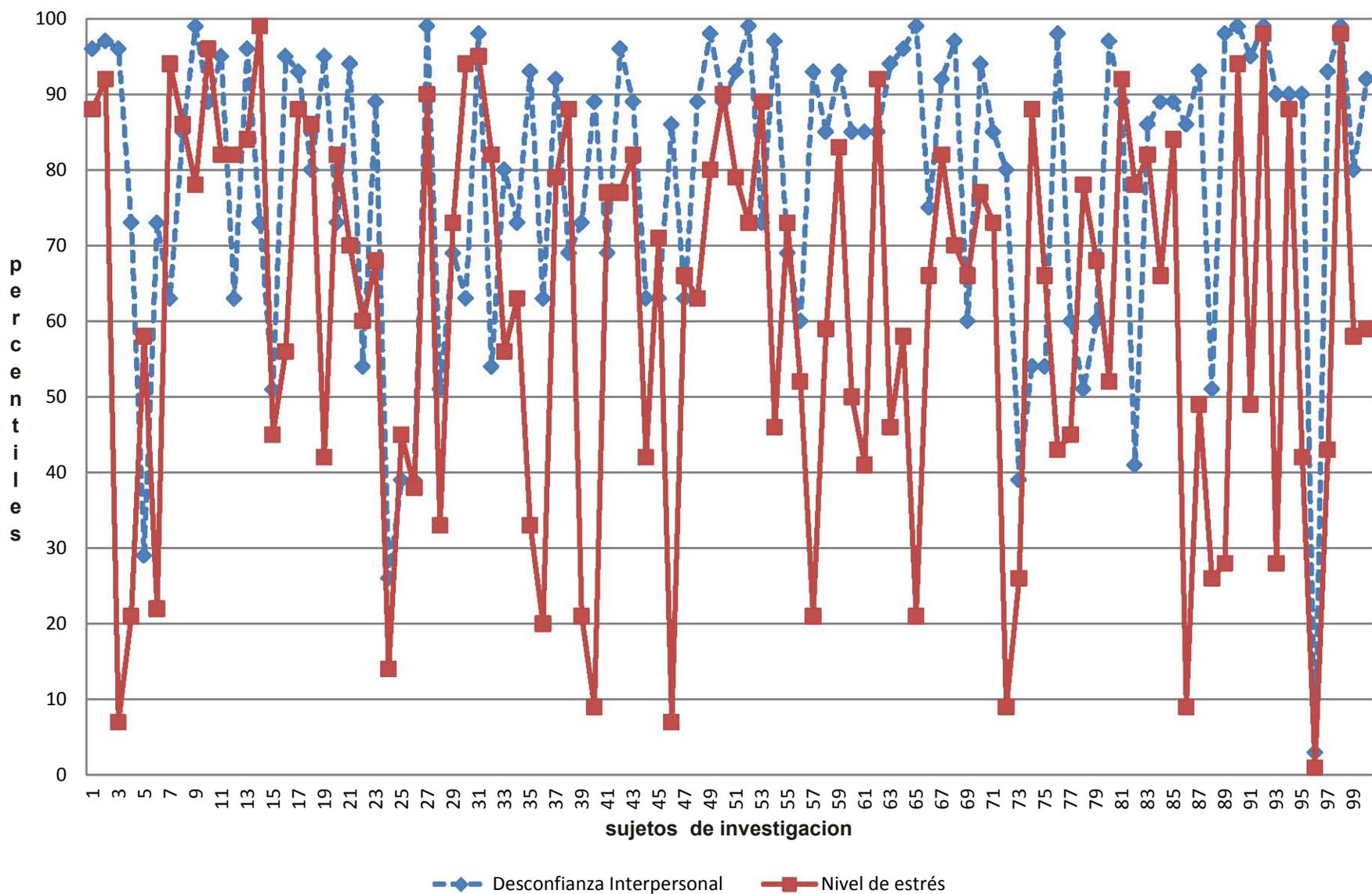
Anexo 22

Correlacion entre el nivel de estrés y Perfeccionismo



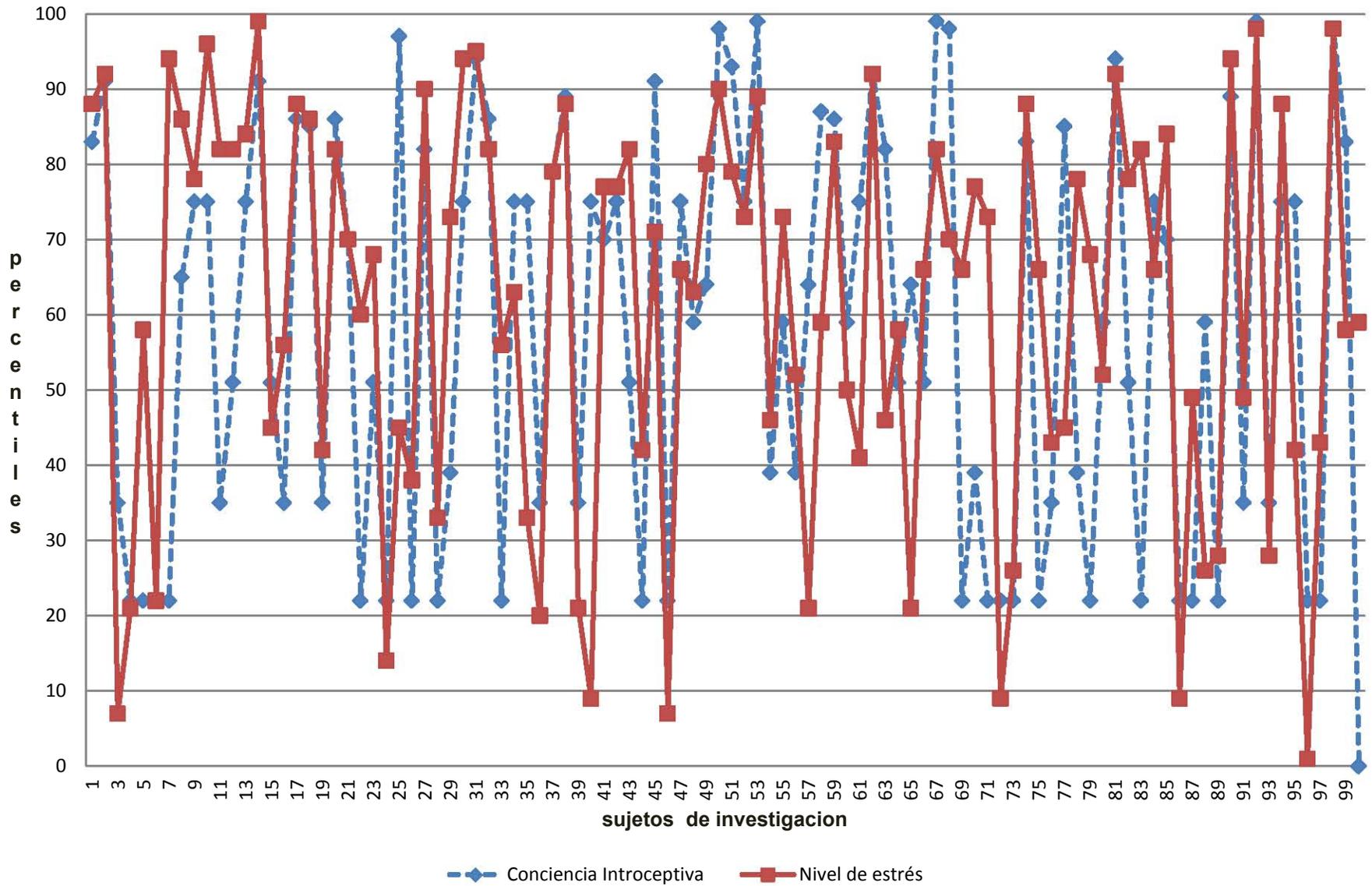
Anexo 23

Correlacion entre el nivel de estrés y Desconfianza interpersonal



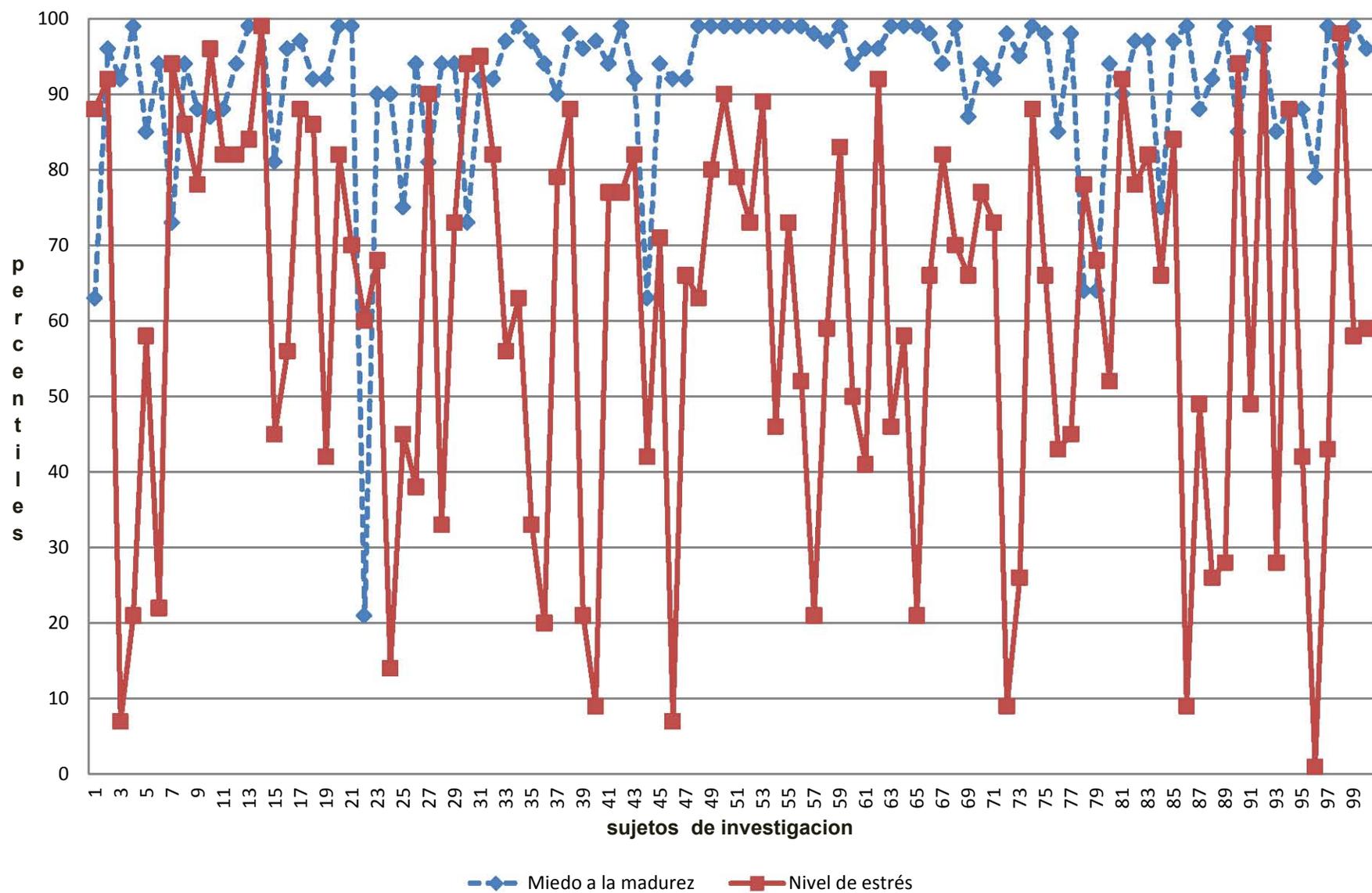
Anexo 24

Correlacion entre el nivel de estrés y Conciencia Introceptiva



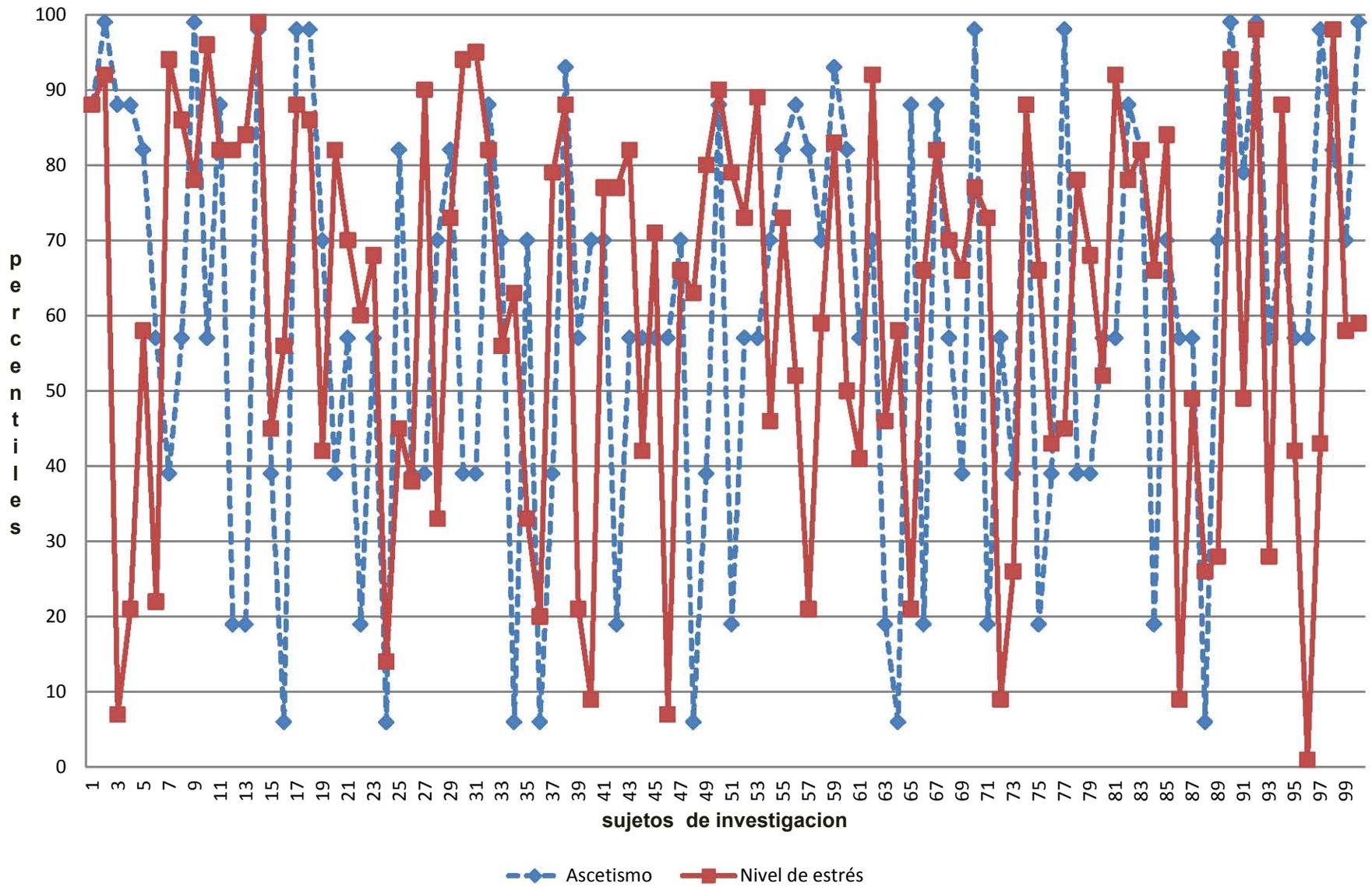
Anexo 25

Correlacion entre el nivel de estrés y Miedo a la madurez



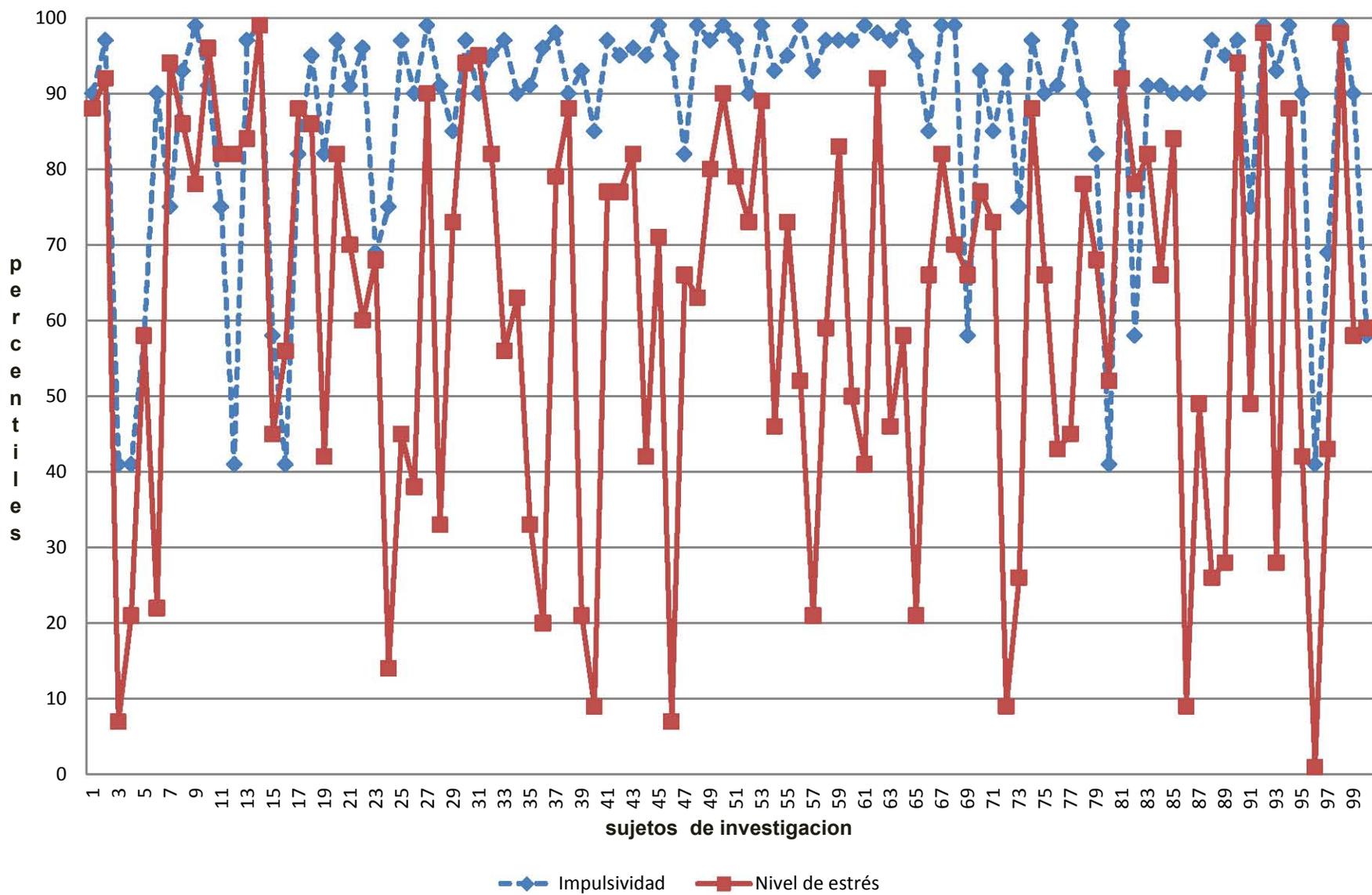
Anexo 26

Correlacion entre el nivel de estrés y Ascetismo



Anexo 27

Correlacion entre el nivel de estrés e Impulsividad



Anexo 28

Correlacion entre el nivel de estrés e Inseguridad Social

