



UNIVERSIDAD DON VASCO, A.C.

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

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

*CORRELACIÓN ENTRE EL ESTRÉS Y LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN
ESTUDIANTES DE LA SECUNDARIA DON VASCO, EN URUAPAN MICHOACÁN*

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

Licenciado en Psicología

P R E S E N T A :

Luis Alberto Toral Méndez

Asesor: Lic. Héctor Raúl Zalapa Ríos

Uruapan, Michoacán, a 21 de Agosto del 2012.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

Introducción.

Antecedentes	1
Planteamiento del problema	5
Objetivos	7
Hipótesis	8
Justificación	10
Marco de referencia	11

Capítulo1. El estrés.

1.1. Antecedentes históricos del estrés	14
1.2. Tres enfoques históricos del estrés	18
1.2.1. Estrés como estímulo	18
1.2.2. Estrés como respuesta	20
1.2.3. Estrés como relación- persona entorno (enfoque interaccionista)	23
1.2.3.1. El concepto integrador de estrés	24
1.3. Los estresores	26
1.3.1. Estresores psicosociales	27
1.3.2. Estresores biogénicos	29
1.3.3. Estresores en el ámbito académico	30
1.4. Procesos del pensamiento que propician el estrés	31
1.5 Los moduladores del estrés	33
1.5.1. El control percibido	34

1.5.2. El apoyo social	35
1.5.3. El tipo de personalidad: A/B	37
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	44
2.2.1. Anorexia nerviosa	45
2.2.2. Bulimia nerviosa	47
2.2.3. Obesidad	50
2.2.4. Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas	51
2.2.5. Vómitos en otras alteraciones psicológicas	52
2.2.6. Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia	52
2.3. Esfera oroalimenticia en el infante	55
2.3.1. Organización oroalimenticia	56
2.3.2 Alteraciones en la esfera oroalimenticia.	58
2.4. Perfil de la persona con trastornos de alimentación	60
2.5. Causas del trastorno alimentario	61
2.5.1. Factores predisponentes individuales	62
2.5.2. Factores predisponentes familiares	67
2.5.3. Factores socioculturales	69
2.6. Percepción del cuerpo en el trastorno alimentario	70
2.7. Factores que mantienen los trastornos alimentarios	73

2.8. Trastornos mentales asociados a los trastornos alimentarios	74
2.8.1 Trastornos alimentarios y depresión	75
2.8.2. Trastornos alimenticios y ansiedad	76
2.9. Tratamiento de los trastornos alimentarios.	77

Capítulo 3. Metodología, análisis e interpretación de resultados.

3.3. Descripción metodológica	80
3.1.1. Enfoque cuantitativo	80
3.1.2. Investigación no experimental	82
3.1.3. Diseño transversal	83
3.1.4. Alcance correlacional	83
3.1.5. Técnicas de recolección de datos.	85
3.2. Población y muestra	89
3.2.1. Descripción de la población	89
3.2.2. Proceso de selección de la muestra	91
3.3. Descripción del proceso de investigación	92
3.4. Análisis e interpretación de resultados	94
3.4.1. El estrés	94
3.4.2. Trastornos de la alimentación	97
3.4.3. Relación entre el nivel de estrés y los trastornos alimentarios.. . . .	100
Conclusiones	107
Bibliografía	110
Mesografía	113
Anexos	

DEDICATORIAS

A MI MADRE: Por ser la amiga y compañera que me ha impulsado a crecer, gracias por estar conmigo en todo momento, por la paciencia que has tenido para enseñarme, por el amor que me das, por tus cuidados y regaños. Infinitas gracias, mamá, por estar pendiente durante esta etapa.

A MI PADRE: Por el mejor papá del mundo, por enseñarme ejemplos dignos de superación y entrega. Gracias por tu apoyo incondicional.

AGRADECIMIENTOS

A MI DIOS: Por darme la oportunidad de vivir, por apoyarme a terminar este proyecto, gracias por darme la fuerza y el coraje para hacer este sueño realidad y por cada regalo de gracia que me has dado.

A MIS HERMANOS: Que con su amor y ejemplo impulsaron en mí las ganas de superarme, gracias por ser los pilares más importantes de mi vida y por demostrarme día a día su amor.

A LA INSTITUCIÓN: Por compartir sus conocimientos y por haber hecho de mí un profesional.

INTRODUCCIÓN

En la presente investigación se abordan para su estudio dos variables: el estrés y los trastornos alimentarios; específicamente se examinará la correlación que existe entre dichas variables.

Antecedentes.

El concepto estrés se remonta a la época de 1930, de acuerdo con Caldera y cols. (2007). Los estudios arrojan como principal precursor del estrés a Hans Selye, estudiante de la carrera de medicina. Él inició observando que algunos pacientes presentaban síntomas parecidos como “cansancio, pérdida del apetito, baja de peso, astenia, entre otros síntomas inespecíficos” (Caldera y cols.; 2007: 79), de manera que nombró a este conjunto de síntomas como síndrome de estar enfermo.

Posteriormente se dedicó a realizar investigaciones en ratas de laboratorio, reconociendo que a mayor entrenamiento, los roedores sufrían una elevación de las hormonas suprarrenales conocidas como adrenalina y noradrenalina, así como la atrofia del sistema linfático y la presencia de úlceras gástricas. Al conjunto de estas reacciones lo denominó triada, al referirse primeramente a dicho término como estrés biológico, para finalmente nombrarlo solamente estrés.

Selye define dicha condición como una “respuesta inespecífica del organismo ante cualquier exigencia” (citado por Palmero y cols.; 2002: 424).

En la actualidad, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define al estrés como la composición de ciertas reacciones fisiológicas, las cuales preparan al cuerpo para que reaccionen a determinadas acciones físicas, esto conforme a Palmero y cols. (2002).

Debido a lo anterior, Caldera y cols. (2007), realizaron una investigación con los estudiantes de la carrera de Psicología de Los Altos, con el fin de identificar las relaciones que existen entre el estrés y el rendimiento académico. La metodología que se utilizó fue de tipo descriptivo, correlacional y transversal, con la intención de especificar los niveles de estrés de la población estudiantil, así como identificar las relaciones de dicho atributo con las variables: rendimiento académico, grado escolar, edad y género. La población investigada para este estudio fueron 115 alumnos. Los resultados no demostraron relación significativa entre el nivel de estrés y el rendimiento académico de los estudiantes, pero es importante mencionar que sí manifestaron tendencias interesantes que obligan a profundizar sobre el tema.

Por otra parte, el origen de los trastornos alimentarios se remonta a la Edad Media, en el siglo XIV, en el que los primeros relatos hablaban de una enfermedad misteriosa, que transformaba a los individuos que la padecían y que estaba caracterizada por una gran pérdida de peso debido a una dieta impuesta por sí mismos. No fue hasta el año de 1694 que el investigador Richard Morton mencionó

por primera vez una descripción clínica de la anorexia nerviosa, pero dicho término se acuñó por William Gull, quien indicaba que se deriva del prefijo latín an, el cual tiene sentido restrictivo; orexis, que enuncia al apetito (es decir, sin apetito) y al adjetivo nervosa, que expresa su origen psicológico, de acuerdo con López y cols. (s/f, en la página electrónica www.tallersur.com). Sin embargo, este concepto se ha ido enriqueciendo con el paso del tiempo; a la vez, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) lo ha definido como el rechazo de preservar el peso corporal por encima del valor mínimo de los estándares normales de la edad y talla.

Asimismo, el origen de la bulimia proviene del griego bous (buey) y limos (hambre) que significa hambre de buey, la cual se caracteriza por una ingesta desmedida de alimentos en grandes cantidades de manera compulsiva en un periodo de tiempo corto, seguida por conductas compensatorias como el vómito autoinducido, el uso de fármacos para purgarse y el hacer ejercicio de manera excesiva, sin embargo, la característica principal de este trastorno es la alteración de la forma, conforme a López y cols. (s/f, citados en la página electrónica www.tallersur.com).

A partir de ello, Ruiz y cols. (2004), efectuaron una investigación acerca de los trastornos alimentarios en hombres y mujeres adolescentes deportistas y no deportistas, pertenecientes al Servicio de Rehabilitación Ortopédica del Centro Nacional de Rehabilitación. En dicho estudio trataron de identificar si la práctica deportiva aeróbica era un factor de riesgo en la presencia de trastornos alimentarios

(anorexia, bulimia y conducta alimentaria no especificada). Se les aplicó la escala MD de treinta y tres reactivos cada uno, sobre los trastornos alimentarios; los resultados fueron analizados con la prueba Chi cuadrada y no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos.

Posteriormente, Behar y Valdés (2009), realizaron una investigación denominada estrés y trastornos de la conducta alimentaria (TCA), en la cual se comparó la exposición a situaciones vitales estresantes, así como sus características psicológicas y conductuales en mujeres con y sin dicho trastorno, con el fin de correlacionar el estrés con la sintomatología alimentaria con las diferentes variables. La población utilizada para dicho estudio fue de 50 pacientes alimentarias y 50 universitarias sin la patología; se les aplicaron los siguientes instrumentos: la Escala de Autoevaluación de Estrés (SRRS), el Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40), el Inventario de Desordenes Alimentarios (EDI) y el Cuestionario de la Silueta Corporal (BSQ). Dentro de los resultados que arrojaron las pruebas se encontró que existe una importancia relevante entre eventos vitales de estrés en los trastornos de conducta alimentaria, especialmente en la dinámica familiar para la focalización de medidas preventivas primarias.

Por otra parte, es importante mencionar que Toledo (2011), realizó una indagación para demostrar la relación entre el estrés y trastornos alimentarios en alumnos de la Escuela Secundaria Técnica 85 de Uruapan, Michoacán, para la cual utilizó una muestra de 52 mujeres y 48 hombres de entre los 13 y 15 años de edad. Primeramente aplicó la prueba denominada Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños

(CMAS-R), para finalmente emplear la prueba conocida como Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2). Los resultados arrojan que no existe relación significativa entre el nivel del estrés y los trastornos alimentarios en los sujetos estudiados.

Como efecto de lo anterior, el equipo de docentes que integran la Secundaria Don Vasco, revelan tener preocupación por el alumnado en general; las prefectas encargadas de la disciplina, así como los maestros, han observado en los estudiantes conductas vinculadas a conservar la figura delgada y en algunos casos, han encontrado síntomas relacionados con el estrés. Es por esto que dicha institución reconoce la importancia de que se realice una investigación que brinde estrategias de prevención y solución a sus alumnos.

Planteamiento del problema.

El estrés es una afección amenazante para todo ser humano. Las indagaciones recientes demuestran que los sucesos cotidianos cargados de una respuesta emocional, son generadores de estrés.

Esto incluye tanto situaciones positivas (graduarse, el matrimonio o el nacimiento de un hijo) como negativas (pérdida del empleo, muerte de un familiar o cambio de domicilio).

De igual manera, el estrés también surge por irritaciones menores como: estudiar, trabajar, esperar demasiado en una fila o en el tráfico. Por ello, los acontecimientos que provocan estrés en una persona, pueden generar una respuesta diferente en otra.

Como consecuencia de ello, se busca esclarecer cuáles son los hechos más frecuentes que generan estrés en los individuos, así como informar el desequilibrio emocional que les causa.

Por otra parte, el término de trastornos alimentarios se ha popularizado en la sociedad sin que la mayoría de las personas tenga claro en qué consiste.

Las estadísticas demuestran que el sector femenino es más vulnerable a padecer este tipo de trastornos, sin embargo, es importante señalar que su incidencia en el sector masculino se ha incrementado en los últimos años.

Cabe mencionar que los trastornos alimentarios más comunes son la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, pero existen otros trastornos relacionados con la alimentación que están presentando con una frecuencia cada vez mayor.

Es por ello que en esta indagación se busca determinar cómo se presentan dichos sucesos en los alumnos de la Secundaria Don Vasco, para poder brindar mejores estrategias de solución. Es importante mencionar que nunca se ha realizado una evaluación parecida en dicha institución.

Finalmente, se intenta responder a la siguiente interrogante: ¿Cuál es la correlación entre el estrés y los trastornos alimentarios en los alumnos de la Secundaria Don Vasco?

Objetivos.

Tomando en cuenta la importancia y finalidad de los objetivos en toda investigación, en este caso se plantean los siguientes:

Objetivo general.

Establecer la correlación que existe del estrés y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en los alumnos de la Secundaria Don Vasco.

Objetivos particulares.

1. Definir el término estrés.
2. Explicar el origen y desarrollo del estrés, desde sus diferentes enfoques teóricos.
3. Determinar las causas del estrés.
4. Explicar el concepto de trastornos alimentarios.
5. Analizar las causas de los trastornos alimentarios.
6. Conocer los diferentes tipos de trastornos alimentarios.
7. Evaluar los niveles de estrés en los alumnos de la Secundaria Don Vasco.

8. Establecer la incidencia en que se presentan los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en los alumnos de la Secundaria Don Vasco.
9. Establecer la correlación estadística entre el estrés y los trastornos alimentarios en los alumnos de la Secundaria Don Vasco.

Hipótesis.

Las hipótesis se entienden como explicaciones tentativas sobre el fenómeno a investigar; se plantean las siguientes a continuación:

Hipótesis de trabajo.

El estrés que presentan los alumnos de tercer grado de la Secundaria Don Vasco, del ciclo escolar 2011-2012, de la ciudad de Uruapan, Michoacán, tiene correlación significativa con sus indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios.

Hipótesis nula.

El estrés que presentan los alumnos de tercer grado de la Secundaria Don Vasco, del ciclo escolar 2011-2012, de la ciudad de Uruapan, Michoacán, no tiene correlación significativa con sus indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios.

Operacionalización de las variables de estudio.

El siguiente apartado pretende describir el conjunto de procedimientos o actividades que se utilizaron para medir las variables; para dicho estudio se tomaron en cuenta dos atributos fundamentales:

Para medir el nivel de estrés en los alumnos de la Secundaria Don Vasco, se utilizó el instrumento conocido como Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños (CMAS-R) de los autores Cecil R. Reynolds y Berth Richmond (1997). La prueba consta de cuatro subescalas más una para evaluar la mentira. Es importante mencionar que esta prueba sólo sirve para encontrar el nivel de ansiedad manifiesta en niños, asimismo, dicho instrumento consta de validez y confiabilidad exigidas por la psicología.

Conceptualizando operacionalmente los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios, se aplicó el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2), del autor David M. Gardner (1998). Dicha prueba evalúa once indicadores psicológicos que se encuentran comúnmente asociados a los trastornos de la conducta alimentaria. Al igual que el instrumento mencionado anteriormente, éste cuenta con la validez y confiabilidad requeridos para este tipo de pruebas.

Justificación.

La presente investigación servirá como aporte teórico-práctico a los temas de estrés y trastornos alimentarios. Beneficia directamente a la Secundaria Don Vasco de la ciudad de Uruapan, Michoacán, a los alumnos de tercer grado, docentes y padres de familia.

Además de ello, esta indagación contribuirá a la comprobación y aportación de conocimientos teóricos y prácticos acerca de las variables antes mencionadas. Asimismo, los resultados obtenidos en dicha investigación pueden favorecer al campo de la psicología para lograr exponer cuáles son las causas del estrés en relación con el surgimiento de los trastornos alimentarios en los adolescentes que cursan el tercer grado de secundaria.

A la vez, se espera generar interés en otros profesionales como maestros, pedagogos y trabajadores sociales, que desean conocer las causas frecuentes vinculadas a dichos fenómenos, con la finalidad de proporcionar a los adolescentes una mejor calidad de vida en sus ámbitos biológico, psicológico y social, así como ofrecer estrategias que promuevan su desarrollo integral.

Es por esto que la presente investigación resulta de gran utilidad para la Secundaria Don Vasco, al proporcionar mayores herramientas de trabajo a su departamento de psicología, con la finalidad de proveer una mejor atención a los alumnos. Del mismo modo se intenta auxiliar al equipo de docentes que laboran en

dicha institución para que puedan actuar de manera eficaz y oportuna en la detección de casos.

Por otra parte, se pretende sensibilizar al público en general acerca de ambos fenómenos, así como dar a conocer su importancia y la necesidad de continuar en un futuro con este tipo de estudios, con el fin de ampliar el conocimiento en relación con este problema social y con ello, desarrollar programas de prevención para poder brindar estrategias de solución.

Finalmente, la realización de esta investigación es importante para la Universidad Don Vasco, ya que favorecerá tanto a la misma institución como a los estudiantes de la Escuela de Psicología, al enriquecer los estudios sobre el mismo tema, o bien, puede utilizarse como antecedente o referencia bibliográfica.

Cabe mencionar que el psicólogo desempeña un papel importante en la vida y en la cotidianidad del ser humano, por eso, esta investigación es de vital importancia para él, ya que ayudará a profundizar la información sobre los niveles de estrés y la relación que existe con los trastornos alimentarios.

Marco de referencia.

La presente investigación toma como referencia la Secundaria Don Vasco, ubicada en la calle Cuauhtémoc Número 6, Barrio de San Miguel, de la ciudad de Uruapan, Michoacán.

La escuela inició sus servicios en octubre de 1991, cuenta con 21 años de prestación de servicios a la ciudadanía y es una institución del sector privado. Su filosofía institucional asume la idea de que la educación es el mejor camino para lograr el perfeccionamiento y la realización del hombre.

Asimismo, concibe como misión “ser una institución de educación, forjadora de personas con una inquebrantable robustez de espíritu, formadora de jóvenes responsables, generosos, críticos y creativos; conscientes de su trascendencia en cuanto a su origen, destino y reparadores de la sociedad desde una amplia y mejor perspectiva.”

A su vez, forja como visión “ser la institución de mayor prestigio académico de la región, que sustenta su quehacer en criterios educativos orientados al desarrollo integral de los estudiantes; con personal docente y administrativo competente y con la infraestructura que aseguran una educación de vanguardia.”

Además de ello, sus fundamentos educativos consisten en inculcar el amor a Dios, a la patria y al prójimo, así como transmitir los conocimientos y sabiduría, para ofrecer al ser humano una mejor calidad de vida.

Su finalidad es que el joven actúe con decisión para superar tendencias negativas como la envidia, el egoísmo y el desaliento; asimismo, que extraiga de su interior la determinación para luchar en la vida, para que sin intimidarse por las

adversidades y los sufrimientos, los supere con grandeza de ánimo y constancia de espíritu.

Para la Secundaria Don Vasco, la auténtica vocación del hombre consiste en buscar la verdad y realizar el bien, gracias a ello, dicha institución consagra su existencia a coadyuvar al hombre para responder a ese extraordinario llamado.

El tipo de población que atiende esta institución es de clase media y baja, cuenta con un total de 302 alumnos en los tres grados de secundaria. Los 16 docentes que trabajan en ambos grados tienen licenciatura y cuentan con su certificación.

Por último, el establecimiento cuenta con solo un edificio, para los diferentes grados, oficinas y dirección. También posee dos canchas y dos aulas que se utilizan para tecnología y arte.

CAPÍTULO 1

EL ESTRÉS

En el presente capítulo se aborda la información histórica acerca del estrés, con la finalidad de conocer las investigaciones antecedentes realizadas acerca del tema. A la vez, se toman los tres principales enfoques de dicho fenómeno con la intención de aportar una definición integradora; de igual manera, se analizan los factores generadores y moduladores de estrés, con el propósito de entender sus causas y efectos en la vida del ser humano.

1.1 Antecedentes históricos del estrés.

Es posible que el fenómeno del estrés se remonte al inicio de la humanidad, al manifestarse en los individuos para poder afrontar de manera adecuada las amenazas y los peligros, así como prever los resguardos de las inclemencias del tiempo.

De acuerdo con Lazarus y Lazarus (2000), la palabra estrés es reciente, ya que comenzó a recibir una atención generalizada por varios profesionales después de la Segunda Guerra Mundial, y a raíz de que presentaba una gran demanda el análisis de dicho fenómeno psicofisiológico, la sociedad comenzó a prestarle interés.

Estos mismos autores mencionan a Robert Hooke, quien influyó sobre el tema al definir la tensión en fisiología, psicología y sociología, mediante el análisis que realizó al ayudar a los ingenieros a diseñar estructuras; él prestó especial atención a los metales, los cuales son vulnerables a las constantes cargas, de modo que presentan deformación o fractura como resultado.

“El estrés se convirtió en el término para definir una exigencia del entorno sobre un sistema biológico, social o psicológico, que sería análoga a la carga que un puente podría soportar” (Lazarus y Lazarus; 2000: 280).

Con esta misma orientación, el campo de la salud adoptó al estrés como una presión que ocasiona alteraciones en el funcionamiento mental y físico de cada individuo que está sujeto a él.

Según Sánchez (2007), actualmente el estrés es considerado como un problema de salud que tiene gran relevancia para la sociedad, ya que de diversas maneras contribuye a provocar malestares, padecimientos y enfermedades en los individuos. Esta misma autora menciona a un médico francés de nombre Claude Bernard, quien describió que cualquier cambio externo en el ambiente puede perturbar al organismo, asimismo, alude que el ser humano cuenta con mecanismos que le ayudan a enfrentar las contingencias del medio ambiente en que se desenvuelve.

Además de ello, Bernard percibió una característica esencial en las personas, la cual ayuda a su propia sobrevivencia en diversos ambientes, a este suceso lo denominó facultad dinámica de adaptación al cambio. Esto lo llevó a estudiar tanto al ser humano cuando está expuesto a situaciones extremas, como a la alteración en el equilibrio orgánico que ocurre como consecuencia a ellas, es por ello que relaciona la pérdida de salud con el desequilibrio interno al adaptarse a un nuevo ambiente.

Por otra parte, Sánchez (2007) cita a Walter Bradford Cannon, quien denomina el fenómeno descrito por Bernard como homeostasis, dicho acontecimiento trata del equilibrio interno del ser humano a pesar de los factores a los que está expuesto. Además de comprobar que el cuerpo se puede adaptar a cambios extremos y significativos, mediante algunos procesos de regulación que tienen lugar en el organismo.

Además de ello, Cannon descubrió que cuando el cuerpo se enfrenta a una emergencia, su cerebro responde activando el sistema nervioso simpático, este proceso autónomo provoca, a su vez, modificaciones cardiovasculares que preparan al cuerpo para la defensa. Este mismo autor plantea que los eventos inesperados provocan diversas emociones, las cuales pueden provocar una respuesta de tipo ataque o fuga, es decir, un reflejo ante estímulos desconocidos o señales de peligro que recibe el cerebro, por lo que relaciona lo psicológico con lo biológico.

Según Sánchez (2007), Hans Selye se basó principalmente en los estudios realizados por Bernard y Cannon para realizar sus tratados, estos autores buscaron

la forma de identificar una reacción inespecífica, fisiológica, adaptativa frente a cualquier impacto ejercido sobre el organismo por una amplia gama de estímulos heterogéneos, los cuales provocan variaciones de tipo endocrino.

Por lo anteriormente expuesto, Selye denominó a esta reacción como Síndrome General de Adaptación, para posteriormente, ante la Organización Mundial de la Salud (OMS), describir el estrés como la respuesta no específica del organismo a cualquier demanda del exterior, en tanto que el estímulo desencadenante del estrés lo denominó estresor.

El estrés se hizo más evidente en la Segunda Guerra Mundial. De acuerdo con Lazarus y Lazarus (2000), las autoridades militares observaban que los hombres constantemente se sentían desanimados, se escondían del enemigo o en ocasiones se paralizaban y no podían disparar sus armas. Este suceso llevó a que se realizaran diversos estudios relacionados con el estrés, sobre todo en los puestos en que los mandos castrenses requerían hombres que tuvieran un mejor control de dicha condición.

Desde la década de los setenta del siglo pasado, ha venido evolucionando la idea de que el estrés es una causa de angustia, aunque a través del tiempo se ha observado que el ser humano requiere de cierto nivel de estrés para movilizar sus esfuerzos y así poder enfrentarse a los problemas cotidianos que se le presentan en la vida.

En este contexto, “el estrés es una respuesta natural a las exigencias de la vida y no es del todo malo; probablemente se está haciendo demasiado hincapié en su lado negativo” (Lazarus y Lazarus; 2000: 281).

Finalmente, es importante mencionar que existen grandes diferencias individuales, ya que algunas personas se muestran más vulnerables que otras ante estímulos que causan estrés. Por ello se puede afirmar que las características psicológicas personales son las que hacen vulnerables o no a cada sujeto.

1.2 Tres enfoques teóricos del estrés.

A continuación se expondrán los tres principales puntos de vista que examinan el estrés. Es importante mencionar que difieren entre sí, éstos son: como estímulo, como respuesta y como relación persona- entorno. Finalmente, se abordará el concepto integrador de este fenómeno.

1.2.1 Estrés como estímulo.

En este enfoque se considera que el estrés relaciona la salud y la enfermedad, bajo ciertas condiciones que existen en el ambiente externo del individuo. “Esta forma temprana de enfocar el estrés lo percibe como una variable independiente y utiliza un simple modelo estático para explicar sus principales propuestas” (Travers y Cooper; 1997: 30).

Este punto de vista sostiene que hay distintas características en el medio ambiente, las cuales resultan molestas para el individuo, por lo que provocan cambios disruptivos. El nivel de tensión dependerá del individuo, de la duración y la fuerza a la que es sometido, ya sea emocional o física; si ésta se extiende por largos periodos de tiempo, puede provocar crisis de ansiedad, las cuales pueden resultar estresantes.

Travers y Cooper (1997) retoman a Fisher, quien en 1986 afirmó que los seres humanos asumen el estrés en una situación ambiental, la cual puede ser de origen físico o psicológico. Como efecto de lo anterior, esta teoría se centra en identificar los estímulos que resultan estresantes, tales como presiones ambientales, sociales, psicológicas, físicas y los desastres naturales, para después determinar qué tan dañino podría ser cada uno de estos estímulos para el ser humano.

Debido a lo anterior, esta teoría considera que el individuo posee un nivel de tolerancia que puede ser superable; en el momento que dicho nivel es rebasado, se pueden causar daños temporales o permanentes.

Travers y Cooper (1997) indican que Selye dedujo que el termino estrés no solamente actúa con efectos negativos, sino que sirve como estimulante y rasgo vital para la sobrevivencia de la humanidad. El autor referido divide a dicho fenómeno en positivo y negativo: al primero lo nombra eustrés, el cual se encarga de motivar el crecimiento, el desarrollo y el cambio; al negativo lo llamó distrés, el cual es dañino, indeseable e incontrolable.

1.2.2 Estrés como respuesta.

En este modelo se presenta el estrés como una variable dependiente, describiéndose en términos de la reacción que tiene un individuo ante la presencia de un estímulo que resulte amenazador o desagradable. Al respecto, Travers y Cooper (1997) retoman a Fisher, quien menciona que se puede deducir que una persona se ha visto expuesta a condiciones estresantes si manifiesta indicios de tensión.

Este modelo da principalmente importancia a la manifestación que tiene el estrés sobre el sujeto, por lo que las respuestas frente al estrés se desencadenan en tres niveles: el psicológico, el fisiológico y el conductual, los cuales se encuentran interrelacionados.

De acuerdo con Fontana (1992), cierto nivel de estrés resulta psicológicamente benéfico, ya que motiva al individuo a lograr objetivos, lo pone alerta, ayuda a que actúe de forma más rápida, realice el trabajo de forma más rápida y llegue a sentirse más útil, con propósitos bien definidos para su vida y objetivos más precisos por alcanzar.

Sin embargo, el estrés de naturaleza negativa, es decir, que va más allá de los niveles óptimos, trae consigo agotamiento, cansancio físico y psicológico, por lo que deteriora el desempeño y ocasiona sentimientos de inutilidad y subestima, así como escasos propósitos, al considerar que los objetivos son inalcanzables.

Del mismo modo, Selye expone el desarrollo del estrés en tres fases: de alarma, de resistencia y de agotamiento. En la primera, el organismo se prepara para enfrentarse a una situación nueva, inesperada o de emergencia que requiere toda la energía y recursos de la persona, ante este suceso, el organismo se dispone para responder al peligro con respuestas fisiológicas en los sistemas circulatorio, muscular y neuroendocrino.

En la fase de resistencia, el organismo utiliza al máximo sus mecanismos de defensa y sus reservas. Esta etapa se desarrolla cuando los estímulos estresores se mantienen en forma constante, lo que provoca una excesiva activación fisiológica o psicológica e impone al organismo esfuerzos extremos para continuar adaptándose. En este punto da la impresión de que hay un equilibrio entre el medio interno y el ambiente externo del individuo, pero las glándulas suprarrenales, la hipófisis y el hipotálamo pueden llegar al agotamiento si la situación persiste por mucho tiempo.

En la última fase, el organismo, después de estar expuesto prolongadamente al factor estrés, agota sus recursos energéticos.

Según Fontana (1992), los efectos que tiene el estrés excesivo como respuesta, se dividen en tres: cognitivos, emocionales y conductuales.

Dentro de los efectos cognoscitivos del estrés excesivo, se encuentra un decremento del periodo de la concentración y atención, aumento de la distractibilidad, deterioro de la memoria a corto y a largo plazo, la velocidad de

respuesta se vuelve impredecible; el sujeto presenta también un aumento de la frecuencia de errores, así como un deterioro de la capacidad de organización y de la planeación a largo plazo; de la misma manera, existe un aumento de los delirios y de los trastornos del pensamiento.

Referente a los efectos emocionales del estrés excesivo, se halla un aumento en la tensión tanto física como psicológica, así como en la hipocondrías; aparecen problemas en los rasgos de personalidad, con un debilitamiento de las restricciones morales y emocionales; además, surge depresión, impotencia y se presenta una pérdida repentina de la autoestima.

Respecto a los efectos conductuales generales del estrés excesivo, se encuentra un aumento de los problemas de habla, disminución de los intereses y el entusiasmo, incremento del ausentismo y del consumo de drogas, descenso de los niveles de energía, alteración de los patrones de sueño, aumento del cinismo acerca de los clientes y de los colegas, se ignora a la nueva información, las responsabilidades se depositan en los demás, se resuelven los problemas a un nivel cada vez más superficial, aparecen patrones de conducta excéntrica y pueden hacerse amenazas de suicidio.

De acuerdo con Fontana (1992), la frecuencia y el grado de gravedad de estos efectos adversos variarán de un individuo a otro; muy pocas personas, aun extremadamente estresadas, mostrarán todos.

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

En este enfoque se conceptualiza el estrés como una interacción o transición entre la persona y su entorno, asimismo, es también el grado de adaptación entre ambas entidades. El resultado de esta relación puede ser una experiencia estresante, lo cual no significa que el entorno lo sea, sino que la persona no se adecua de manera eficaz a éste.

Travers y Cooper (1997) retoman a Pearlin, quien determinó en 1981 que el estrés no es un suceso, sino un proceso complejo, variado y desafiante a nivel intelectual. Dicho concepto surge cuando los estímulos estresantes superan la capacidad que tiene una persona para tolerarlos.

El proceso de adaptación al entorno se da cuando el individuo logra actuar de manera saludable y positiva frente a una situación concreta que le esté originando estrés, de esta manera, el sujeto enfrenta de forma cognitiva la regularización de los estímulos estresantes, crea una evaluación cognitiva y una respuesta de superación.

“El estrés no es tan sólo un estímulo ambiental o una respuesta frente a las exigencias del entorno, sino un concepto dinámico y relacional. Se produce una interrelación constante entre las personas y su entorno, que está mediada por un conjunto complejo de procesos cognitivos constantes” (Travers y Cooper; 1997: 34).

Estos autores señalan cinco aspectos principales del modelo cognitivo del estrés, los cuales son: valoración cognitiva, experiencia previa, exigencia de la situación, influencia interpersonal y un estado de desequilibrio; de lo antes mencionado surge el modelo de adaptación persona-entorno.

Con base en lo anterior, Lazarus y Lazarus (2000) señalan que el estrés es resultado de la relación persona-entorno, lo cual causa un desequilibrio subjetivo entre las demandas que recibe el sujeto y los recursos con el que éste cuenta para satisfacerlas. Así que cuando los recursos de las personas son mayores a la carga del ambiente, el estrés se toma bajo o inexistente; en contraparte, cuando las cargas del entorno son mayores a los recursos con los que cuentan las personas, el estrés se hace presente.

La sensación subjetiva de desequilibrio entre las demandas y los recursos, varía con la naturaleza de estos sentimientos que la persona tiene disponibles, algunas son más difíciles de satisfacer que otras, es por ello que resultan estresantes o no. También depende de la estabilidad que tenga el sujeto cuando recibe los estímulos estresores.

1.2.3.1 El concepto integrador de estrés.

Una vez explicados los tres enfoques mencionados, es oportuno concluir con un concepto integrador de esta variable.

La definición de estrés debe tener los siguientes elementos: “existencia de una demanda, percepción de esa demanda como pérdida o daño, el sujeto no dispone de recursos suficientes, presencia de emoción negativa, peligro de inadaptación o desajuste psicológico” (Lazarus, citado en Trianes; 2002: 21-22).

De manera complementaria, se puede afirmar que el estrés “es una respuesta adaptativa, mediada por las características individuales y/o procesos psicológicos, la cual es al mismo tiempo consecuencia de una acción, situación o evento del entorno que plantea a la persona especiales demandas físicas o psicológicas” (Ivancevich y Matteson; 1985: 23).

Ambas definiciones presentan una connotación negativa, por lo cual se le conoce también a tal experiencia, con el nombre de distrés. Es importante mencionar que existe también el fenómeno eustrés, el cual posee un contenido emocional positivo.

Por eustrés se entiende, según Ivancevich y Matteson (1985), como el estrés que es favorable o que produce un resultado de esa índole, pero es necesario mencionar que un mismo estímulo puede dar como resultado distrés en una persona y eustrés en otra. Ambos requieren de respuestas de adaptación que imponen demandas especiales, las cuales se pueden afrontar de diversas maneras, que incluso se toman como favorables; debido a lo anterior, el estrés se convierte en eustrés en lugar de ansiedad.

Durante este proceso, se experimenta un estímulo positivo mediante la insatisfacción intrínseca, y podría ser que el individuo manifieste regocijo después de haber alcanzado una meta desafiante.

1.3 Los estresores.

Se entiende como estresor cualquier elemento que causa un cambio en las rutinas de la vida de las personas, sin importar si se trata de un cambio favorable o pernicioso. Ambos son estresores.

Palmero y cols. (2002), citan a Lazarus y Folkman, quienes afirman que el estrés es una relación particular entre la persona y el entorno, que es evaluada por éste como amenazante o desbordante de sus recursos, y que pone en peligro su bienestar. Se puede decir que estos estímulos son acontecimientos que se presentan todos los días y que implican cambios en la rutina diaria de cada persona, ya que rompen sus automatismos y generan nuevas condiciones y necesidades, ante las cuales el individuo tiene que valorar su forma de responder.

Con este entendido se puede decir que no importa si la situación es positiva o negativa, real o imaginaria, cualquier cambio o situación que altera su rutina cotidiana es estrés.

Asimismo, estos autores citan a Lazarus y Cohen, quienes en 1997 mencionan tres tipos de acontecimientos estresantes o estresores psicosociales, en

función de la intensidad de los cambios que se generan en la vida de una persona. Estos tipos son: los mayores, los vitales y los estresores cotidianos.

Debido a lo anterior, Palmero y cols. (2002) añaden a estos tres tipos de estresores psicosociales, un cuarto tipo de condiciones estresantes, que son los estresores biogénicos, los cuales alteran de una manera directa el proceso de activación fisiológica, sin la mediación de los procesos psicológicos.

1.3.1 Estresores psicosociales: cambios mayores, menores y cotidianos.

Los cambios mayores se refieren a eventos drásticos en las condiciones de vida de las personas, y habitualmente afectan a un gran número de ellas (Palmero y cols.; 2002).

Una de las características más relevantes en este tipo de estresor, es que contienen gran capacidad perturbadora para afectar desde una persona hasta un mayor número de ellas, y su duración puede ser prolongada o breve, sin que se pierda el grado de intensidad que posee el acontecimiento que desencadena el estrés.

Otra característica que identifica a los cambios mayores, consiste en que causan un efecto traumático, cuyas consecuencias se mantienen en un periodo prolongado.

El segundo tipo de factores psicosociales son los cambios vitales, éstos son todos aquellos acontecimientos de vida estresantes, que causan circunstancias que pueden hallarse fuera del control del individuo. Existen diversas áreas en la vida de los sujetos, en las cuales los cambios o alteraciones tienen una transcendencia vital, y es por ello que son altamente significativos.

Los cambios vitales surgen en cada persona de manera más específica que en el caso de los cambios mayores. Las principales fuentes desencadenantes de estrés pertenecientes a esta clase, según Palmero y cols. (2002), se relacionan con cambios en la vida conyugal, la paternidad, las relaciones interpersonales, el ámbito laboral, las situaciones ambientales, el ámbito económico, las cuestiones legales, el propio desarrollo biológico, las lesiones o enfermedades somáticas, los factores familiares y el ámbito escolar, entre otros.

Finalmente, el tercer tipo de los factores psicosociales, son los estresores cotidianos, que hacen referencia a todos aquellos acontecimientos que pueden irritar o perturbar a las personas en un momento dado. Aunque estas pequeñas molestias que el individuo vive a diario, son menos dramáticas que las que se viven en los cambios mayores y vitales, pueden llegar hacer más importantes en el proceso de adaptación y de conservación a la salud, ya que los estresores cotidianos actúan modificando los patrones de comportamiento automatizado y mantienen la activación del estrés hasta que produce un acoplamiento a las nuevas condiciones.

Como consecuencia de ello, lo antes mencionado va a depender del nivel de adaptación que cada persona tenga al entorno que la rodea, y del nivel de estrés que ésta posee, aunado al hecho de que lo valore de manera positiva o negativa.

Es por esto que el estrés implica un cambio o novedad en la situación ambiental, que puede solucionarse de la mejor o peor manera, pero si el sujeto no logra tomar decisiones sanas, es debido a la poca información que tiene hacia el suceso. De esta manera, puede haber una ausencia o disminución en las habilidades de cada persona para afrontar las situaciones que se le presenten y, por ello, pudiera tener alteraciones biológicas en algunos casos.

Palmero y cols. (2002), mencionan a Lazarus y cols., quienes proponen dos tipos de microestresores:

- Las contrariedades, que se refieren a situaciones que causan malestar emocional o demandas irritables.
- Las satisfacciones, que se refieren a experiencias y emociones positivas, y que tienen la característica de contrarrestar los efectos de las contrariedades.

1.3.2 Estresores biogénicos.

Como ya se ha mencionado anteriormente, los estresores son sucesos que surgen del medio ambiente, los cuales pueden ser reales o imaginarios, de modo que van a configurar las condiciones para provocar o propiciar las respuestas del estrés.

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

Algunos ejemplos de estos estresores biogénicos, según Palmero y cols. (2002) son los cambios hormonales, ingestión de determinadas sustancias químicas, la reacción de ciertos factores físicos y el estrés alérgico.

1.3.3 Estresores en el ámbito académico.

Los principales estresores que afectan al individuo en la etapa escolar, según Barraza (2005), son: el exceso de responsabilidad, interrupciones en el trabajo, ambiente académico desagradable, falta de incentivos, tiempo limitado para hacer trabajos, problemas o conflictos con los profesores y/o compañeros, evaluaciones y el tipo de trabajo que se le pide.

Estos factores traen consigo una serie de reacciones orgánicas, que se pueden identificar como rasgos, los cuales significan que el sujeto se encuentra bajo la influencia del estrés.

Según Polo y cols. (citados por Barraza; 2005), existen doce tipos de respuestas de estrés académico, las cuales se identifican como:

1. Preocupación.
2. Respiración agitada y/o taquicardia.
3. Movimientos repetitivos, quedarse paralizado o movimientos torpes.
4. Sentir miedo.
5. Molestias estomacales.
6. Comer demasiado.
7. Pensamientos y sentimientos negativos.
8. Temblor de piernas y/o manos.
9. Dificultad para la expresión oral.
10. Inseguridad.
11. Sequedad en la boca.
12. Sentimientos de llanto.

1.4 Procesos del pensamiento que propician el estrés.

Cuando los seres humanos se hallan bajo los efectos del estrés, es muy probable que observen los hechos de una manera subjetiva, por lo que tienden a distorsionar sus pensamientos originando diferencias respecto a lo que realmente sucedió.

Según Cungi (2007), debido a las distorsiones de pensamiento, el sujeto comienza a minimizar los éxitos y/o a maximizar los fracasos, también suele sobregeneralizar las circunstancias, lo que significa atribuirles más valor a las

situaciones del que tienen realmente, es decir, tener conclusiones generales a partir de un hecho particular.

Es por ello que el sujeto comienza a tener una inferencia arbitraria, es decir, concluir ideas sin sustento, también a realizar una abstracción selectiva, que se refiere a una inferencia arbitraria, pero con un objeto en particular; en este sentido, los individuos comienzan a personalizar los sucesos, como atribuírselos a sí mismos y hacerse responsables de ellos de una manera exagerada.

Por su parte, Palmero y cols. (2002) hacen alusión a que dentro de este proceso de pensamiento, también se encuentran las distorsiones cognitivas, las cuales son creídas por las personas, por lo que les impiden evaluar adecuadamente los eventos. Dichos pensamientos tienden a ser constantes e inciden directamente en una incapacidad para evaluar adecuadamente la situación, por lo que disminuye la eficiencia del procedimiento controlado del estrés.

Se describen enseguida, de manera más detallada y de acuerdo con Cungi (2007), los procesos de distorsión que se mencionaron anteriormente::

- La inferencia arbitraria: este proceso se refleja en una conclusión sin pruebas, como las distorsiones de la percepción y la interpretación. Dicho de otra manera, son las presuntas certezas de lo que piensan los demás sobre el propio sujeto.

- La abstracción selectiva: se caracteriza cuando el propio sujeto se corrige, volviendo a colocar los acontecimientos en su contexto y busca después alternativas a las interpretaciones habituales.
- La minimización y la maximización: son los errores de evaluación de los otros y del mismo sujeto, los cuales se comenten muy a menudo.
- La sobregeneralización: consiste en obtener conclusiones generales a partir de un hecho particular o incluso, de un pequeño y único incidente.
- La personalización: son sujetos que se sienten responsables de cualquier consecuencia que ocurra a las personas allegadas a su entorno, y se personalizan los fracasos o aspectos negativos de las situaciones desarrolladas.
- Pensamiento dicotómico o polarizado: se piensa en términos de todo o nada.

Según Cungi (2007), los seres humanos utilizan de manera habitual unos procesos más que otros, y propone que con un poco de entrenamiento, es posible que los individuos encuentren su estilo personal, para de esta manera buscar cuál de los procesos agrava su estrés.

1.5 Los moduladores del estrés.

Existen varios factores que influyen en el desarrollo del estrés y que, según Palmero y cols. (2002), son imprescindibles para predecir cuál será la orientación del proceso de estrés, así como sus repercusiones en la salud.

“El individuo hace uso de sus recursos personales y sociales para afrontar el estrés y las emociones, estas estrategias dependen de las características de la situación y de las propias características del individuo” (Palmero y cols.; 2002: 527).

Estos mismos autores defienden que existen tres moduladores del estrés, que son el control percibido, el apoyo social y el tipo de personalidad, los cuales existen aunque las personas no estén sometidas a tensión, y cuando ésta se hace presente, los sujetos pueden destacarse por ser capaces de determinar las consecuencias nocivas y beneficiosas del fenómeno.

1.5.1 El control percibido.

Este elemento se refiere a la creencia general sobre el nivel en el que la persona es capaz de controlar y lograr aquellas metas u objetivos deseados, regulando las dificultades que surgen en el curso de su obtención.

Palmero y cols. (2002) mencionan a Fernández, quien cita que el control percibido tiene efectos significativos en la conducta de las personas, puesto que determina la información disponible y su procesamiento.

Estos autores hacen mención de un estudio realizado por Bourne, quien demostró que los altos niveles de cortisol asociados con la percepción de falta de control, incrementan la frecuencia de liberación de glucosa y el metabolismo, en

general, se acelera, lo cual permite mantener altos niveles de actividad a costa, entre otros efectos, de un decremento de la competencia inmune.

1.5.2 El apoyo social.

El individuo cuenta con un apoyo cuando se encuentra en dificultades gracias a los modelos culturales que encauzan y predisponen la apreciación de la fuente de estrés, así como el carácter personal de cada individuo, como las creencias, las competencias, la experiencia y los rasgos de personalidad.

Según Cascio y Guillén (2010), el apoyo social es el conjunto de todas aquellas provisiones instrumentales o expresivas, reales o percibidas, aportadas por la comunidad, tales como las redes sociales y los amigos íntimos. En este entendido, el apoyo social es una fuente de recursos para hacer frente a las demandas que trae consigo el estrés.

Los autores antes mencionados sugieren dos hipótesis de mecanismos principales: la del efecto indirecto o protector y la del efecto directo o principal. La primera sostiene que los recursos aportados por elementos externos, pueden reducir la percepción de amenaza de los estresores y determinar la propia capacidad de respuesta, evitando la aparición de la respuesta de estrés.

La segunda hipótesis expresa que a mayor nivel de apoyo social, menor malestar psicológico, y a menor grado de apoyo social, mayor incidencia de trastornos.

Por otra parte, Palmero y cols. (2002) mencionan que el apoyo social actúa como mediador entre los sucesos vitales y la enfermedad, de igual manera, reduce el impacto del estrés, mientras que el bajo nivel de aquel factor, incrementa la vulnerabilidad para la enfermedad física o mental.

De acuerdo con lo anterior, el apoyo social reduce el impacto negativo de los sucesos y otros agentes estresores por diversas vías, ya que elimina o disminuye el impacto del propio estresor, lo que ayuda al sujeto a afrontar la situación que le genera estrés y atenúa la experiencia de éste, si se ha producido. A esto se le conoce como efectos de amortiguación, que a su vez están íntimamente relacionados con los recursos disponibles del sujeto.

Finalmente, estos autores aseguran que la integración del individuo a las redes sociales lo beneficia directamente en la autoestima, la percepción del control, la expresión del efecto, el empleo del sistema de atención sanitaria y en general, mejora su salud física y mental.

1.5.3 El tipo de personalidad: A/B.

Para determinar los efectos que causa el estrés, es importante identificar el tipo de personalidad que tiene el sujeto cuando se encuentra bajo este fenómeno, dicha atribución puede ser de tipo A o B.

Ivancevich y Matteson (1985) mencionan que a partir de la década de los cincuenta del siglo pasado, se han realizado diversas investigaciones en relación con el estrés, con base en las respuestas conductuales a los estímulos ambientales. De estas indagaciones surgieron los tipos de personalidad, que determinan rasgos de cómo maneja el sujeto el estrés al que está expuesto diariamente.

La personalidad tipo A está propensa a enfermedades cardíacas y se representa por complejos en las acciones y emociones que se pueden observar cuando la persona se encuentra bajo una lucha incesante y crónica por lograr cada vez más tareas en menos tiempo, contra los esfuerzos opositores de otras circunstancias o personas. Es decir, que este tipo de personalidad está dirigido al sentido crónico de la urgencia del tiempo, determinada por factores de velocidad, impaciencia, gran impulsividad e involucración en el trabajo.

Por el contrario, los autores mencionan que la personalidad de tipo B busca la satisfacción de las necesidades que le genera el entorno, de tal forma que no crea los estragos psicológicos y físicos a los que se encuentra sujeta la personalidad de tipo A.

Además de ello, las personalidades tipo B, según Travers y Cooper (1997), no sufren de impaciencia ni urgencia, no albergan hostilidades injustificadas y pueden relajarse sin sentir culpa alguna.

1.5.3.1 Personalidad tipo A y problemas cardiacos.

De acuerdo con Travers y Cooper (1997), existe una serie de características que destacan en los sujetos con personalidad de tipo A, ya que suelen:

1. Manifestar ante otros impaciencia frente al ritmo al que van los acontecimientos, y les resulta especialmente complicado no apresurar la forma de hablar de los demás.
2. Poseer el hábito de enfatizar explosivamente ciertas palabras clave en su forma de hablar cotidiana, sin que haya necesidad.
3. Tienden a moverse, caminar y comer de manera más rápida, e intentan hacer todos sus trabajos de manera rápida.
4. Procuran hacer dos o más tareas a la vez, a lo que se le conoce como actividad polifásica.
5. Presentan manifestaciones físicas, tales como: gestos, tics nerviosos, mantener los puños cerrados, o dar golpes en la mesa para enfatizar lo que están diciendo.
6. Manifiestan egocentrismo, tienden a girar la conversación en torno propio y de los asuntos que aquellos les interesan.

7. Sienten culpa cuando intentan relajarse o no hacer nada durante unas cuantas horas.
8. No perciben las situaciones más interesantes y hermosas que se han encontrado durante el día.
9. Intentan organizar cada vez más actividades en menos tiempo, ya que tienen un sentido crónico de urgencia.
10. Cuando se encuentran con otra persona de tipo A, tratan de competir con ella o desafiarle.

Estas conductas ejecutadas por la personalidad de tipo A, según Ivancevich y Matteson (1985), propician problemas cardiacos con el individuo, puesto que, en virtud de su conducta característica, aumenta la probabilidad de exposición a ciertos estresores, como la sobrecarga, mientras disminuye su resistencia hacia el estrés al negarse un periodo de relajación.

1.6 Los efectos negativos del estrés.

Según Ivancevich y Matteson (1985), las enfermedades de adaptación no son consecuencia directa de un agente externo, sino que se encuentran asociadas a reacciones menores de adaptación, ante los estresores que las personas se encuentran en su vida cotidiana.

De igual manera, estos mismos autores proponen una etiología de posible relación entre el estrés y algunas de las afecciones específicas, dentro de estas categorías:

1. La hipertensión: es cuando la sangre fluye a través de las arterias a presión elevada; si se prolonga el estrés, la presión puede permanecer en niveles anormalmente altos.
2. Las úlceras: son lesiones inflamatorias en el recubrimiento del estómago o intestino y una de sus causas más conocidas es la variación de los niveles de cortisona.
3. La diabetes: implica deficiencia de insulina y se presenta en las personas que no pueden absorber suficientemente el azúcar de la sangre.
4. Las jaquecas: son el resultado de la tensión muscular, la cual aumenta cuando se está expuesto a los estresores durante un periodo prolongado.
5. El cáncer: la respuesta a los estresores trae como consecuencia, pequeñas alteraciones bioquímicas en el sistema inmunológico, lo que permite reproducir pequeñas cantidades de células mutantes, que a su vez se convierten en tumores malignos (Ivancevich y Matteson; 1985).

Las anteriores son algunas de las patologías más comunes que causa el exceso de estrés en las personas. Es importante mencionar que si no son controladas, se pueden ir agravando con el tiempo.

Este capítulo concluye después de que se indagaron los aspectos que conciernen a la variable del estrés, aportando de esta manera el conocimiento teórico de esta investigación, para de esa manera dar cumplimiento a los primeros objetivos particulares de la misma.

CAPÍTULO 2

TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Este capítulo aborda la segunda variable de investigación, que atañe a los trastornos alimentarios, para ello se describen sus antecedentes históricos con el fin de dar un panorama amplio. Asimismo, se proporciona una definición específica de los trastornos alimentarios, lo cual incluye sus características clínicas. Del mismo modo, se caracterizan la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, explicando en qué consiste cada una de ellas, así como sus similitudes y diferencias. Además de ello, se mencionan los diversos factores que pudieran estar desencadenando y/o manteniendo a dichos trastornos, y finalmente se explican los trastornos de la conducta alimentaria en la infancia.

2.1 Antecedentes históricos de la alimentación.

Históricamente la comida ha sido vista como un símbolo de abundancia, poder y salud, entre otras características. De acuerdo con Jarne y Talarn (2000), en tiempos pasados se observaban conductas aberrantes que la gente tenía, como el hábito de vomitar de una manera usual, para después ingerir nuevamente alimentos de una manera desmesurada en los banquetes. En esa época, la única forma de poder pertenecer a las grandes esferas sociales era comer todos los manjares posibles y después vomitarlos.

La restricción alimentaria desde un principio se vio asociada con la religión, en ese entonces los personajes devotos se imponían penitencias que hacían referencia al rechazo de los alimentos, como el ayuno que se realizaba para conseguir un estado espiritual más elevado.

Estos mismos autores mencionan que existen documentos escritos del siglo XVII, donde se describen casos de inanición por rechazar el alimento, suceso que ocasionó mucha controversia debido a que en esa época era muy difícil dejar de comer.

De igual manera, Jarne y Talarn (2000), mencionan a Gull y Lassege, quienes dan a conocer una descripción sobre la anorexia. “Gull, un experto clínico, constató 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).

Como efecto de lo anterior, comenzaron a surgir hipótesis psicológicas, especialmente de tipo psicoanalítico. A partir de los años sesenta se ha venido considerando que el origen de los trastornos alimentarios está ligado a un conjunto de factores encadenados de tipo psicológico, biológico y social, los cuales engloban los tres núcleos conflictivos de la anorexia: el peso, la figura y los pensamientos alterados.

A este respecto, Jarne y Talarn (2000), mencionan a Rusell, quien en 1979 denominó a la bulimia nerviosa como tal, al describir un cuadro clínico caracterizado

por episodios de ingesta voraz de alimentos y conductas de purga posteriores, dicho autor define que la bulimia nerviosa está vinculada con la anorexia nerviosa, como una evolución de ésta.

En conclusión, ambos autores que citan al investigador antes mencionado, indican que se han observado casos donde no necesariamente la anorexia y bulimia nerviosa se presentan de manera combinada.

2.2 Definición y características clínicas de los trastornos alimentarios.

De acuerdo con Cancrini y La Rosa (1996), los trastornos alimentarios se desarrollan de manera autónoma a través del tiempo; en ellos, el encuentro de una variación somática con un bloque de respuestas, que se dan de manera repetitiva y obligatoria en los sistemas interpersonales de pertenencia, desplaza y fija en el área del comportamiento alimentario diversos tipos de conflictos, tanto individuales como interpersonales, el cuadro clínico que resulta de esto es característico de las complicaciones psicológicas, médicas, sociales y legales.

Según la APA (2002), los trastornos alimentarios se caracterizan por: alteraciones graves de la conducta alimentaria y por las alteraciones en la percepción de la forma y del peso corporal.

2.2.1 Anorexia nerviosa.

De acuerdo con Jarne y Talarn (2000), la anorexia nerviosa es una conducta alterada. La persona que la padece, presenta actitudes anormales ante la alimentación, junto con el deseo incontrolable de bajar de peso, mantener la figura a toda costa y una excesiva credibilidad a los mensajes que transmiten los medios de comunicación.

A su vez, la APA (2000), describe cuatro criterios para diagnosticar la anorexia nerviosa, las cuales se describen a continuación:

- Criterio A: se refiere a la necesidad de mantener un peso menor a lo normal del mínimo estándar de un individuo, se determina con base en la constitución física de la persona, así como de su historial de peso, edad y talla.
- Criterio B: los pacientes presentan un miedo intenso a subir de peso y generalmente, este sentimiento no desaparece aunque bajen de peso, incluso el miedo se presenta con mayor intensidad y más frecuentemente en los individuos.
- Criterio C: señala una percepción errónea de la silueta y de su cuerpo, frecuentemente se opta por pesarse, tomarse medidas corporales y por observarse en el espejo, incluso si el paciente reconoce que es delgado, niega tener algún tipo de problema clínico.

- Criterio D: hace alusión a sufrir amenorrea; en el caso de las mujeres, generalmente a causa de la pérdida de peso, pero en pocos casos preexiste. Este criterio también se traduce como el retraso de la menarquía.

Debido a lo anterior, otros autores aluden la pérdida del apetito como la principal característica de la anorexia nerviosa, sin embargo, es importante mencionar que no existe tal síntoma, sino que el paciente se rehúsa a ingerir alimentos. En este trastorno, el paciente tiene poca conciencia de las alteraciones que está presentando, la niega y la encubre con historias fantasiosas.

Es por ello que la APA (2002), hace mención de que cuando los pacientes padecen de anorexia nerviosa, existe presencia de atracones y/o purgas. Como consecuencia de ello, dicha asociación establece dos subtipos, en los que pueden o no aparecer los síntomas antes mencionados, los cuales son:

1. Tipo restrictivo: se caracteriza porque los pacientes no recurren a los atracones ni a las purgas, por el contrario, la pérdida de peso la llegan a conseguir mediante estrictas dietas, ayuno y exceso de ejercicio.
2. Tipo compulsivo negativo: en este subtipo los pacientes dejan de comer, pero después recurren a los atracones, purgas, diuréticos o incluso el vómito inducido o por reflejo.

De acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), existe un tercer subtipo para diagnosticar la anorexia nerviosa, el cual es:

3. Anorexia nerviosa atípica: hace referencia a cuando no se cumplen todas las características clínicas que se marcan en la anorexia nerviosa y puede no presentar pérdida significativa de peso.

Es por esto que Castillo y León (2005), consideran que es importante diferenciar entre una anorexia nerviosa común y una atípica.

2.2.2 Bulimia nerviosa.

Según Jarne y Talarn (2000), la bulimia nerviosa se refiere a una conducta desordenada, que en primera instancia se relaciona únicamente con la alimentación y posteriormente repercute en otros aspectos de la persona que la padece.

“El síndrome bulímico es un trastorno que se caracteriza por un modelo de alimentación anormal, con episodios de ingesta voraz seguidos por maniobras para eliminar las calorías ingeridas” (Jarne y Talarn; 2000: 164).

Estos mismos autores mencionan que después del vómito, el sujeto suele tener cambios emocionales, tales como sentirse malhumorado, presentar sentimientos de autocompasión o menosprecio y tristeza.

De acuerdo con Jarne y Talarn (2000), el patrón de conducta relativo a la alimentación es desordenado e impredecible, surge de manera contraria en la

anorexia nerviosa, puesto que en ella el patrón de conducta alimentaria es ordenado y previsible.

Es por ello que la APA (2000), describe cinco criterios para diagnosticar la bulimia nerviosa, éstos son:

- Criterio A: alude a la presencia de atracones recurrentes, los cuales se caracterizan por ingerir porciones de alimentos superiores a lo normal, en periodos cortos de tiempo y con una sensación de pérdida de control sobre la ingesta alimentaria.
- Criterio B: indica que el paciente tiene conductas compensatorias inapropiadas, una vez que se presenta el atracón, las cuales se manifiestan de manera repetida, con el fin de no ganar peso; entre ellas se encuentran la provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, fármacos, enemas y ejercicio excesivo.
- Criterio C: indica que los atracones y las conductas inapropiadas a las que recurre el paciente, deben presentarse por lo menos dos veces a la semana por tres meses.
- Criterio D: menciona que el paciente se autoevalúa conforme al peso y a la silueta corporal, a los que otorga mucho énfasis y son factores muy importantes cuando se quiere determinar la autoestima.
- Criterio E: alude a que los pacientes de bulimia nerviosa manifiestan un miedo a subir de peso, por lo que tienen una insatisfacción corporal y esto se deriva

en querer adelgazar, sin embargo, no se debe realizar un diagnóstico hasta descartar anorexia nerviosa, puesto que estas características también son propias de tal perturbación.

Debido a lo anterior, Jarne y Talarn (2000) mencionan al DSM-IV, en el que se especifican dos subtipos para determinar la presencia o ausencia del uso regular de métodos de purga, con la finalidad de compensar la ingestión de alimentos durante los atracones, éstos son:

1. Tipo purgativo: describe a pacientes que han hecho mal uso de los laxantes, diuréticos, enemas y que también se han provocado el vómito.
2. Tipo no purgativo: Describe a pacientes que utilizan técnicas compensatorias inapropiadas como ayunar o practicar ejercicio intenso, pero no se han provocado el vómito ni han hecho mal uso de laxantes, diuréticos ni enemas.

Es por ello que la Clasificación Internacional de enfermedades (CIE-10), determina que existe un tercer subtipo para diagnosticar la bulimia nerviosa, el cual es:

3. Bulimia nerviosa atípica: éste último se diagnostica cuando no se cumplen todas las características que se marcan en la bulimia nerviosa, ya que el paciente puede presentar un peso normal y tener sintomatología depresiva.

Como consecuencia de ello, Castillo y León (2005), consideran que se debe diferenciar entre una bulimia nerviosa y una atípica, al igual que el padecimiento antes expuesto.

Por lo tanto, estas mismas autoras señalan que el trastorno por atracón también se puede presentar por sí solo, sin conductas compensatorias. Aparece después de una pérdida significativa de peso lograda por una dieta, en cuyo caso los sujetos han probado numerosas; estos pacientes experimentan malestar, sensación de disgusto y culpa después de la presencia del atracón, incluso puede padecer depresión, por lo que tienden a comer de forma rápida, sin hambre, además, se alimentan a solas y con una desagradable sensación de plenitud.

2.2.3 Obesidad.

De acuerdo con Jarne y Talarn (2000), en las últimas décadas la obesidad se ha incrementado considerablemente en varios países, por lo que se cree que los factores sociales y el nivel socioeconómico ejercen una importante influencia.

Estos mismos autores consideran que la obesidad a diferencia de la anorexia y bulimia nerviosa, no se considera un trastorno psiquiátrico, sino más bien consideran a dicha enfermedad como un “cuadro médico que podría aportar una serie de riesgos para la salud a partir de cierto nivel de peso por encima del considerado como peso ideal” (Jarne y Talarn; 2000: 143).

Por lo tanto “la obesidad consiste en una acumulación excesiva de grasa corporal” (Jarne y Talarn; 2000: 143).

Para finalizar, estos mismos autores citan a Saldaña y Rosell, quienes en 1988 indicaron que las personas que exceden el 30 % del peso correspondiente a su edad y a su talla, pueden presentar riesgos en su salud a corto, mediano o largo plazo. Es por ello que esta investigación menciona a la obesidad, ya que dicha enfermedad se llega a confundir con algún tipo de trastorno alimentario. Por lo tanto, es importante mencionar que la obesidad está ligada a los trastornos alimentarios, pero es una enfermedad aparte.

2.2.4 Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas.

Según Catillo y León (2005), este término fue incluido por el CIE-10, el cual se refiere a la ingesta de alimentos de manera excesiva, la cual es causada por acontecimientos emocionales estresantes y esto puede dar paso a la obesidad reactiva, sobretodo en personas que están predispuestas a subir de peso.

Por lo tanto, estos mismos autores consideran que la obesidad es el resultado de los acontecimientos estresantes, sino que es necesario saber diferenciar las causas que la están originando. Por último, es importante mencionar que este trastorno también es conocido, según la APA (2002), como hiperfagia psicógena.

2.2.5 Vómitos en otras alteraciones psicológicas.

De acuerdo con Castillo y León (2005), los vómitos en alteraciones psicológicas, son conocidos también como vómitos psicógenos e hiperémesis gravídica psicógena, los cuales hacen referencia a vómitos repetidos no autoprovocados, los cuales van acompañados de náuseas recurrentes. Éstos se pueden presentar en la hipocondría o embarazos que involucren algunos factores emocionales desagradables para la madre.

2.2.6 Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia.

De acuerdo con Castillo y León (2005), el CIE-10 hace referencia a que cuando el trastorno de la conducta alimentaria se presenta en la infancia, se caracteriza principalmente porque el niño tiende a rechazar los alimentos, a través de conductas de carácter caprichoso, diferentes a una conducta alimentaria normal, los cuales hace frente a su cuidador habitual.

Debido a lo anterior, es importante diferenciar las características propias de la edad de niño, así como descartar alguna posible enfermedad orgánica. Estas mismas autoras mencionan que para hacer referencia a un trastorno de la conducta alimentaria en la infancia, el menor debe tener una tendencia clara de subir o bajar de peso en un periodo de al menos un mes y que éste sea a causa de una voluntad propia.

Por otro lado, el rechazo al alimento puede estar sugiriendo una anorexia nerviosa; en sus inicios, no significa que el sujeto pierda el apetito, sino que simplemente se rehúsa a comerlo.

Según Jiménez (1997), el rechazo de comer algún tipo de alimento es un comportamiento que se presenta frecuentemente en los niños y que está considerado hasta cierto punto como normal.

A la vez, la gravedad de este problema depende de que el rechazo del niño no sea sólo de algún alimento concreto que puede ser sustituido por otro similar, o si se niega a comer casi todo el alimento que se le ofrece, tanto que se vea afectado para descartar otras causas de tipo orgánico, y de no ser así, posteriormente acudir a terapia antes de que el problema se incremente.

El infante puede negarse a tomar alimentos sólidos, y es importante que los padres observen si es rechazo a todo alimento en ese estado o si es nada más hacia alguno en específico. El autor antes mencionado señala que esta conducta no es tan inusual durante la infancia, lo que posteriormente trae consecuencias en la estructura de los dientes y/o mandíbula. De igual forma, la ingesta de comida mezclada, que consiste en triturar todo el alimento que el adulto considera que le favorece al niño, causa problemas posteriores cuando se quiere que el sujeto presente una alimentación apropiada a su edad.

Según Jiménez (1997), la falta de apetito es un aspecto normal durante la infancia, y cuando realmente se está presentado un problema es porque el menor ingiere muy poca comida en general o debido a que la cantidad de comida se considera pequeña.

“La percepción que tienen los padres de la cantidad de comida que ingieren sus hijos y la que deberían ingerir, está muchas veces distorsionada. Por ello, es aconsejable, antes de crear un problema donde no lo hay, acudir a un pediatra y consultar si el peso y la cantidad de comida que toma el niño están dentro de los niveles normales o no. Sólo en el caso de que no sea así, se requiere la ayuda del experto” (Jiménez; 1997: 215).

Según al autor antes mencionado, el tiempo de comida excesivo es normal, puesto que los niños invierten más tiempo en comer que los adultos, esto se convierte en problema cuando es muy excesivo y si se presenta en cada ocasión. Esta lentitud se puede deber al rechazo a comer lo que se ha preparado, negación de pasar de la comida triturada a la sólida, rechazo a tomar todo el alimento que le sirven y el exceso de estímulos distractores.

Es importante mencionar que el vómito es un problema de varios orígenes, según Jiménez (1997), primero se debe descartar alguna dificultad de tipo orgánico, posteriormente se debe identificar si el vómito es causa del alimento en sí, como una negación a éste, o si es una manera en la que el infante consigue un escape ante una situación desagradable y que no está relacionada con la comida.

Por otro lado la pica o la alotriofagia, también se presenta de manera normal en los infantes. Según Castillo y León (2005) se trata de una conducta alimentaria en la que el niño ingiere sustancias no nutritivas, y que el problema se detecta cuando el niño no come otro tipo de alimento nutritivo. Sin embargo, también es considerado como un síntoma en el caso de los menores con problemas psiquiátricos graves.

Según estos mismos autores, la rumiación o mericismo se trata de un trastorno de baja prevalencia pero de carácter grave, puesto que el niño regurgita repetidamente la comida ingerida, existe una pérdida de peso o incapacidad de subir de talla, puede aparecer en infantes con retraso mental o demora generalizada en el desarrollo.

Por último la potomanía, según Castillo y León (2005), se refiere a la ingesta excesiva de líquidos, por lo general es agua. En este caso es importante corroborar que no se trata de diabetes insípida.

2.3 Esfera oroalimenticia en el infante.

La integración del alimento por parte del niño en su vida, está definida en primer lugar por la relación que éste tenga con la madre; se habla de un enfoque psicológico, cuya base anatómica y fisiológica.

Según Ajuriaguerra (1973), se refiere a las zonas que rodean el orificio bucal, principalmente los labios, mucosas intrabucales y lengua, que tienen una presentación cortical sumamente extensa.

“En la serie de reflejos humanos, el automatismo oroalimenticio de succión y deglución aparecen muy tempranamente. Los movimientos de succión labial, provocados al tocar con los dedos, existen ya desde el nacimiento” (Ajuriaguerra; 1973: 178).

2.3.1 Organización oroalimenticia.

De acuerdo con Ajuriaguerra (1973), el reflejo oroalimenticio, como reacción oral, es una de las primeras relaciones que el niño tiene con el mundo externo, de modo que percibe a la madre como fuente de alimento y no como objeto amor. La actividad oral es fuente de satisfacción y sirve también para saciar la necesidad de nutrición.

Este mismo autor cita a Freud, quien dice que el infante distingue dos formas de satisfacción: la primera es saciar el apetito y la segunda es la satisfacción erótica oral.

Cabe mencionar que la oralidad es una fuente de contacto para apropiarse de objetos, ya que consiste en tomar y dejar; es un juego de labios o mordiscos, de deglución y regurgitación. En esta etapa el infante traslada su afecto hacia la madre,

ya que es ella quien le proporciona el alimento. A partir de los dos años, el infante podrá distinguir entre la madre y el alimento, aunque en el subconsciente aún exista dicha relación.

Por lo tanto, el recién nacido percibe inconscientemente el objeto provechoso del que puede obtener el bien. Para dicho argumento, Ajuriaguerra (1973) cita a Klein, quien asegura que el recién nacido percibe inconscientemente el pecho materno como el objeto que es infinitamente beneficioso y del cual puede obtener ganancias secundarias.

De acuerdo con el autor antes mencionado, dar alimento al niño no es un simple acto nutritivo, es una entrega de la madre, el hecho no es regido únicamente por el pecho que da, si no por la actitud de cómo lo hace, en este sentido, no sólo se satisface el hambre sino todas las necesidades del recién nacido.

Según Ajuriaguerra (1973), un menor que se alimenta sin ninguna complicación brinda a la madre satisfacción y la libra de culpas, lo que favorece la relación inicial. En cambio, un chico que come poco desespera a la madre ansiosa, cargándola de agresividad y hostilidad.

En conclusión, este mismo autor considera que la comida en una institución social con un ritual que incluye a la familia. Por sus horarios y la forma de llevarlo cabo se siente como una obligación, y su aceptación es una satisfacción para los

padres. El comer puede significar varias cosas, como: alimentarse, sentir placer y finalmente, un acto cuyo propósito último es crecer.

2.3.2 Alteraciones en la esfera oroalimenticia.

De acuerdo con Ajuriaguerra (1973), a continuación se describen las principales alteraciones relacionadas con el ámbito de la alimentación.

- La anorexia esencial precoz: aparece en las primeras semanas de vida, en ella el recién nacido muestra una gran pasividad para comer y después de unos meses se nota renuente al respecto. Las características de estos neonatos incluyen que son de bajo peso, nerviosos y son muy despiertos. El padecimiento también es conocido como la anorexia del recién nacido.
- La anorexia del segundo semestre: se da de forma más frecuente y aparece del quinto al octavo mes de vida, en los cuales se producen grandes cambios en el desarrollo del infante, al suprimirse paulatinamente la leche e ir variando la dieta y cuando aún es delicado el apetito.

Según Ajuriaguerra (1973), esta perturbación se divide en dos tipos, de acuerdo con el comportamiento que el niño tenga ante la comida.

- La anorexia inerte: cuando el pequeño no tiene iniciativa para comer ni coopera en la alimentación. En ocasiones no ingiere la comida, sino que la deja escapar por las comisuras de la boca o vomita la poca que ha ingerido.
- La anorexia de oposición: es cuando el niño enfrenta una lucha para no alimentarse, lo hace mediante chillidos, agitaciones, rotaciones tónicas, rechazo al comer, vómitos y demás métodos de los que se vale para no alimentarse, por lo general el infante resulta parcialmente victorioso y los padres, por su parte, terminan agotados.

Por otra parte, este mismo autor menciona a Kreisler, quien distingue dos tipos de anorexia durante el segundo semestre:

- La anorexia simple: es una conducta de rechazo en un nivel primordial y no es considerada como una pérdida del apetito, su origen es una interrelación entre la madre empeñada en imponerse y el niño en una postura de oposición.
- La anorexia compleja: es cuando el niño manifiesta un gran desinterés hacia la comida, lo cual se distingue en que manifiesta su rechazo desde antes, en general, siempre se debe a un conflicto con la madre.

Según Ajuriaguerra (1973), los bebés anoréxicos presentan retraso en el control de esfínteres, tienen dificultad para aprender, el sueño se ve alterado, lloran convulsivamente y manifiestan en su comportamiento dificultades caracterológicas. Es importante mencionar que se conozca que la anorexia infantil no es un síntoma,

sino un trastorno, y se debe considerar con detalle todo lo relacionado con la forma de comer del infante.

En conclusión la anorexia de la segunda infancia es subsecuente de la primera infancia, aunque en ocasiones el rechazo al alimento se da tras ciertos ritos, los cuales se originan en el ambiente familiar, por lo que el niño se opone a la exigencia paterna o quiere de manera caprichosa elegir la comida.

2.4 Perfil de la persona con trastornos de alimentación.

Según Costin (2003), existen cuatro agentes principales que determinan el perfil de la persona que presenta trastornos de alimentación; es importante mencionar que estos elementos tornan a las personas más vulnerables. A continuación se explica cada uno de dichos componentes:

1. Problemas con la autonomía: hace referencia cuando el sujeto le da mucha importancia a las opiniones externas, por lo que está pendiente de lo que los demás esperan de él, por ello, quiere cumplir siempre los estándares que le plantean. Esto lleva a que la seguridad propia flaquee, ya que está puesta en satisfacer los deseos de los demás.
2. Déficit en la autoestima: se refiere a cuando la imagen y el concepto que el sujeto tiene de sí mismo no se asemejan al ideal que pretende tener, esto le ocasiona una baja autoestima, ya que tiende a juzgarse estrictamente desde

las apariencias, de esta manera, el peso y la figura son de vital importancia para querer elevar la autoestima.

3. Camino a la perfección y el autocontrol: es la tendencia de las personas por tener el cuerpo ideal a cualquier costo, quienes la padecen creen que al tener un cuerpo ideal, pueden ser más seguros, autosuficientes e inteligentes, también creen que poseen un autocontrol respecto a la alimentación. El resultado de todo esto es la frustración, puesto que el perfeccionismo no permite que las personas tengan errores, mientras que aquello que buscan en sí mismas es inalcanzable.
4. Miedo a madurar: éste es un problema que se desencadena durante la pubertad y continúa durante toda la adolescencia y la juventud. Los individuos que la padecen muestran temor a madurar, puesto que esto implica varios cambios a nivel corporal, sexual, emocional y social, además que al negarse a madurar le permite seguir teniendo comportamientos infantiles y tener menos responsabilidades hacia sus actos.

2.5 Causas del trastorno alimenticio.

Es difícil describir las causas que pudieran ocasionar trastornos alimentarios, ya que la observación de pacientes que lo padecen es muy confusa y no se cuenta con antecedentes que arrojen las causas verdaderas de dicha enfermedad.

De acuerdo con Costin (2003), los trastornos alimentarios llegan a afectar de manera significativa la conducta del individuo que los padece, que se torna difícil diferenciar los rasgos de personalidad.

Debido a lo anterior, se vuelve complicado describir las causas específicas que conllevan a los trastornos alimentarios, y se podría decir que se debe más bien a factores que predisponen la obtención de ciertas conductas alteradas.

Según Costin (2003), predisponer significa preparar con anticipación una situación o el ánimo para un fin, de ahí su afirmación de que la vulnerabilidad de las personas para desarrollar un trastorno alimentario, se debe a partir de que se ocasionan una serie de combinaciones y de factores individuales, familiares y sociales.

2.5.1 Factores predisponentes individuales.

Según Costin (2003), se han hecho diversas investigaciones por psicólogos en torno a los factores predisponentes individuales, los cuales destacan como causas particulares: el aprendizaje, las creencias, las cogniciones y la constitución psicofisiológica. A continuación se describe cada una de ellas:

- El aprendizaje: se refiere a que el paciente, a lo largo de su vida, ha adquirido conocimientos sobre la manifestación de conductas inapropiadas, que conllevan al desarrollo de trastornos alimentarios.

- Las creencias: son los prejuicios que el paciente tiene y que ha venido adoptando, como el pensar que sólo las personas con una silueta esbelta son felices, este suceso constituye un factor que motiva al paciente a llegar a presentar trastornos alimentarios.
- Las actitudes: son las cogniciones de cómo el sujeto vive y adopta las conductas alteradas, podrían ser predeterminantes para el desarrollo de los trastornos alimentarios.
- La constitución psicofisiológica: se utiliza mucho para estudiar las respuestas de los mecanismos de la atención y las emociones a los estímulos.

Los alimentos representan aspectos de identidad del sujeto en términos de género, sexualidad, conflictos y autocontrol. Comunican amor y el poder. Al respecto, Costin (2003) cita a Helman, quien destaca cinco tipos de sistemas de clasificación de la comida, los cuales se describen a continuación:

1. Comida frente a no comida: se refiere a la clasificación de las materias que son comestibles y las que no lo son.
2. Comidas sagradas frente a comidas profanas: este criterio aprueba las comidas que pueden ser ingeridas de acuerdo con las creencias religiosas que el individuo profese.
3. Clasificación de las comidas paralelas: consiste en distinguir los alimentos fríos y los calientes, en este contexto, la salud dependerá del equilibrio entre

unos y otros, contrarrestando las enfermedades frías con alimentos calientes y viceversa.

4. Comida como medicina, medicina como comida: reside en dejar de utilizar algunos alimentos, dependiendo el caso, sólo en presencia de enfermedades.
5. Comidas sociales: se concibe la alimentación como una forma de afirmar y desarrollar relaciones sociales, establecer estatus sociales y crear identidad del grupo mediante patrones tradicionales.

Debido a lo anterior, Costin (2003) contempla la comida como una forma en la que se comunica una serie de significados. Funciona como un medio para desarrollar la identidad personal (sexualidad, comer frente a negación, culpabilidad frente a placer, y autocontrol), la identidad cultural (religión, poder social y cultural frente a naturaleza) y la interacción social (la comida como amor, salud frente a placer y poder).

Como efecto de lo anterior, Ogden (2005), considera doce aspectos para el significado de la comida, los cuales se describen a continuación:

1. La comida como afirmación del yo: se considera que la comida actúa como una comunicación de necesidades internas.
2. Comida y sexualidad: existe comida que sirve como afrodisiaco, y que se utiliza para una mejora en las relaciones sexuales.

3. Comer frente a la negación: en muchos lugares, la mujer es la que se encarga de proporcionar la comida a los demás, pero frecuentemente ella se niega a satisfacerse con dicho alimento.
4. Culpabilidad frente a placer: algunos tipos de comida, generalmente los alimentos dulces, representan un placer y satisfacen una necesidad, pero después generan sensaciones de culpa, puesto que su publicidad los hace aparecer de manera ambivalente.
5. La comida y el autocontrol: el autodomínio se plasma en que el interés por la conducta de comer siguiendo una dieta, se convierte un agente para ejercer este control.
6. La comida como interacción social: la comida se utiliza como una corriente de comunicación entre la familia, amigos y compañeros.
7. La comida como amor: la preocupación en la preparación de los alimentos, es considerada como un acto de amor, ya que se desea satisfacer a las personas queridas.
8. Salud frente a placer: las madres se preocupan por dar alimentos sanos y saludables, los cuales no siempre son de mucho agrado, ya que en ocasiones se prefiere consumir alimentos chatarra, los cuales son de gran atractivo pero ocasionan conflictos y culpa en quienes los ingieren.
9. Relaciones de poder: la comida refleja las relaciones de poder dentro de la familia, la cual ya tiene una jerarquía interna; en este sentido, se proporciona más alimento al hombre dominante y la mujer es quien debe servir el platillo, reservándose para sí misma porciones menores de comida, como una

demostración de negativa para mantener un cuerpo más delgado y cumplir su rol de proveedora.

10. La comida como identidad cultural: la pertenencia de grupo conlleva comer cantidades grandes de alimentos, sólo de esta manera un individuo puede permanecer dentro de un grupo.
11. La comida como identidad religiosa: la alimentación se convierte en un rito diario, ya que se debe preparar, darla a los demás e ingerirla; en consecuencia, todo esto se convierte en un medio a través del cual puede consumirse la santidad dentro de la familia.
12. La comida como poder social: se considera como un símbolo primordial del valor colectivo, puesto que es un símbolo de estatus social. Las personas poderosas socialmente oprimidas, escasamente se alimentan.

De acuerdo con Ogden (2005), el paciente otorga el significado de la delgadez mediante tres aspectos, los cuales se describen a continuación:

- El control: se refiere al significado central de la complexión, es el tener la capacidad suficiente para controlar y/o limitar lo que se ingiere para perder peso, en consecuencia, un cuerpo delgado es señal de que la persona que lo posee tiene el control sobre su estado interno, lo que conlleva a un prestigio moral trascendental, con las implicaciones del poder de la voluntad y la capacidad de resistir la tentación.
- La libertad: se considera como un reflejo de la delgadez, en primera instancia respecto a la clase social, puesto que una persona gruesa representaba

ataduras de una clase inferior, y la esbeltez indica la evasión de la estructura de clases; en segundo lugar, la delgadez representaba la liberación de la reproducción biológica, es decir, simboliza una evasión de la expectativa que se tiene hacia la mujer acerca de qué función principal es la de tener hijos.

- El éxito: es lograr estar delgado, puesto que esta característica es vista como la perfección moral de una persona, y la gordura es considerada como signo de pereza, carencia de disciplina, falta de disposición a cumplir normas y la ausencia de capacidades. “Un mayor volumen se asocia con diversos significados negativos. En cambio, un volumen más reducido se relaciona con cualidades positivas como el control, libertad y el éxito” (Ogden; 2005: 94).

2.5.2 Factores predisponentes familiares.

De acuerdo con Rausch (1996), existen ciertas características de las familias con un miembro que presenta trastornos alimentarios, pero las generalizaciones no pueden tener en cuenta un elemento específico de cada caso. También menciona que en los hombres es más común que las variables familiares los afecten, puesto que las mujeres tienen mayor presión social.

Esta misma autora menciona que las familias en las que ya se han desarrollado algún trastorno alimentario, se considera un factor de riesgo. Como ya se mencionó anteriormente, las personas provenientes de familias que tienen poca comunicación, son más propensas a desarrollar un trastorno alimentario.

Según Rausch (1996), la incapacidad para resolver conflictos dentro de las familias, desencadena una deficiencia de armonía, debido a la baja tolerancia que se pudiera desarrollar, así como la dificultad para reconocer y resolver problemas, lo que organiza rígidamente las interacciones familiares. De esta manera, la sobreprotección por parte de los padres no permite que los pacientes desarrollen una autonomía sana, esto los conduce a que padezcan trastornos alimentarios.

Por lo tanto, las familias rígidas y con falta de flexibilidad para encarar situaciones nuevas, crean temor en los miembros respecto a mejorar sus situaciones cotidianas e ir madurando de acuerdo con las experiencias que les surgen, también la ausencia de límites generacionales. Por otra parte, no se sabe a ciencia cierta si los trastornos alimentarios son predisposición genética o sencillamente una transmisión de creencias, actitudes y valores a lo largo de las descendencias.

Es importante mencionar que las expectativas demasiado altas por parte de los padres, crean frustraciones sobre el adolescente, ocasionan sentimientos de inferioridad y alteran la perspectiva de la autoimagen que tiene el paciente de sí mismo, desarrollando algún tipo de trastorno alimentario.

De acuerdo con Rausch (1996), se ha observado que los pacientes que sufren algún tipo de trastorno, tienen historias familiares que los llevan a presentar tendencias depresivas y alcoholismo. De igual manera, la existencia de abuso sexual y agresión física, crea alteraciones tanto personales como alimentarias, puesto que se ve desordenada la vida de quienes lo padecen.

La autora señala que las jerarquías son otro tipo de organización familiar, las cuales se ven alteradas cuando los hijos son quienes asumen funciones correspondientes a los padres, además, de que crean confusión en el manejo de límites y reglas cuando éstas son constantemente cambiadas por los padres, lo cual genera confusión y la sensación de que todo se vale.

A la vez, esta autora señala un tercer tipo de organización, que son las faltas en el control, lo cual se refiere a familias demasiado controladoras, que inhiben de esta manera el desarrollo de la autonomía de los hijos.

En conclusión, Rausch (1996) menciona que el nivel de conflicto se observa más acentuado y explícito en las familias de los pacientes con bulimia nerviosa, en comparación con aquellas cuyos miembros padecen anorexia nerviosa.

2.5.3 Factores socioculturales.

Según Costin (2003), el contexto sociocultural premia la delgadez y tiene prejuicios contra la gordura, ya que según encuestas realizadas, el peso es un factor primordial especialmente para las mujeres, para lograr alcanzar la felicidad y una buena autoestima. Esto hace alusión a que cuando la sociedad habla de un cuerpo ideal o perfecto, se refiere específicamente a una complexión delgada.

En relación con lo anterior, la sociedad piensa que el papel más importante de la mujer es ser atractiva físicamente; no importa la clase social a la que pertenezca,

su deber, según la colectividad, es mantenerse esbelta, y esto se promueve con frecuentes anuncios publicitarios, donde muestra un estereotipo de mujer delgada, feliz, amada, realizada y triunfadora.

Cabe mencionar que la delgadez es sinónimo de estatus social, en países del primer mundo, pero para otras poblaciones, es un reflejo de pobreza, miseria y falta de estatus social.

Según Rausch (1996), existen prejuicios sociales que inducen a la confusión en relación con el control de peso, y la principal es la obesidad, donde se cree que los obesos comen más, tienen más problemas psicológicos, de modo que su condición es asociada con un incremento de la mortalidad y que, para liberarse de ella, los tratamientos con dietas prolongadas son satisfactorias.

2.6 Percepción del cuerpo en el trastorno alimentario.

De acuerdo con Ogden (2005), la imagen corporal es la representación diagramática del propio cuerpo en la conciencia, por lo que la persona va creando sentimientos y actitudes hacia su estructura anatómica. Para ella, la autoimagen corporal está conformada por dos aspectos: el cognitivo y el emocional.

Según esta autora, la percepción del cuerpo se ve distorsionada en pacientes con trastornos alimenticios al manifestar insatisfacción, ya que la autoimagen física se percibe de manera deformada (ven su cuerpo más voluminoso de lo que es), con

discrepancia del ideal (como le gustaría al paciente que fuera su cuerpo) y por consecuencia, esto trae respuestas negativas al cuerpo, ya que los pacientes lo rechazan.

De acuerdo con Ogden (2005), la insatisfacción corporal se refiere a la estimación deformada del tamaño corporal y una percepción un cuerpo más voluminoso de lo que es en realidad.

El sexo refleja mayor insatisfacción corporal con respecto al estómago, las caderas, los muslos y las nalgas, porque son áreas asociadas al cuerpo femenino. Asimismo, la insatisfacción corporal se presenta en hombres y mujeres de todas las edades y aparece en grupos diversos en cuanto a su sexualidad, carácter étnico y clase social.

Según Ogden (2005), existen tres causas que producen insatisfacción corporal, las cuales se describen a continuación.

1. Los medios de comunicación: son los que se encargan de anunciar a mujeres delgadas, en anuncios, telenovelas, programas televisivos, Internet, películas, revistas, por citar algunos. De ese modo, originan en los televidentes sentimientos de inconformidad corporal.
2. Cultura: son las insatisfacciones corporales que los individuos padecen por pertenecer a una clase social; algunas investigaciones se contradicen dado

que algunas indican que la cultura es detonante de la insatisfacción corporal y otras afirman lo contrario.

3. La familia: hace alusión a las madres que se encuentran disconformes con su propio cuerpo, y que a su vez transmiten esa sensación de descontento a sus hijos.

Cabe mencionar que la insatisfacción corporal se mide de manera psicológica en cada individuo, y va en relación a que el sujeto percibe una imagen corporal deformada del tamaño corporal, apreciando su cuerpo de manera más voluminosa de lo que en realidad es.

La discrepancia del ideal es de carácter psicológico y se refiere a no coincidir el ideal de peso o delgadez con la manera en que el sujeto se percibe. Esto lleva a respuestas, sentimientos y pensamientos negativos sobre el cuerpo, lo que produce incomodidad e inconformidad hacia dicha situación.

Según Ogden (2005), las consecuencias de la insatisfacción corporal incluyen que la persona se someta a regímenes de alimentación, ejercicio físico excesivo, tabaquismo, cirugías estéticas, crítica de la totalidad o de partes particulares del cuerpo y trastornos de la imagen corporal.

Por último, esta autora señala que los trastornos de la imagen corporal se derivan del propio concepto corporal, en la percepción e interpretación cognitiva de

sus estímulos interoceptivos y una sensación de no control respecto a las propias funciones corporales.

2.7 Factores que mantienen los trastornos alimentarios.

De acuerdo con Costin (2003), los factores perpetuantes que influyen de mayor manera en los trastornos alimentarios, son fisiológicos y psicológicos.

Esta autora menciona que la dieta es el factor primordial que hace que el paciente con algún trastorno alimentario lo siga manteniendo, ya que su cuerpo se encuentra subalimentado, por ello presenta malestares anímicos, emocionales y físicos, esto provoca a su vez que la persona sienta una falta de fuerzas.

En ese caso, “es insoslayable la necesidad de empezar a recuperarse físicamente, a alimentarse correctamente para recuperar la estabilidad orgánica y volver así a sentirse mejor emocionalmente” (Costin; 2003: 90).

Por otro lado, las prácticas de control de peso y las observaciones con las dietas, dejan de ser una solución al problema para convertirse en algo que mantiene a los trastornos alimentarios, ya que conlleva una mala nutrición. La cual según Costin (2003), tiene varias complicaciones, las cuales son:

- De orden psicológico: son las transformaciones anímicas, tales como desesperación sobre el futuro, influencia sobre la manera de pensar,

sensaciones de depresión y descontrol, regresión e inseguridad, comportamientos autodestructivos, irritabilidad e intolerancia, asco respecto de los hábitos alimenticios de los demás, dejar actividades que antes se disfrutaban, pensamientos obsesivos, entre otros.

- De orden cognitivo: se considera la falta de concentración y de comprensión, al igual que las dificultades en el estado de alerta.
- De orden social: es cuando el paciente presenta aislamiento e incomodidad en la interacción con otros.
- De orden fisiológico: se consideran las cefaleas, la hipersensibilidad a la luz y a los ruidos, molestias gastrointestinales, problemas de visión y audición, adormecimientos de miembros, calambres, pérdida de cabello, disminución del ritmo metabólico, poca tolerancia a los cambios de temperatura, debilidad muscular, deshidratación, entre otros.

2.8 Trastornos mentales asociados a los trastornos alimentarios.

De acuerdo con Kirschman y Salgueiro (2002), los trastornos mentales asociados a los trastornos alimentarios, son problemas multidimensionales; las presentaciones clínicas son, en la mayoría de los casos, complejas; los síntomas de varios cuadros se superponen, complicando las decisiones diagnósticas y terapéuticas. Es por ello que se trata de una comorbilidad que se refiere, según estas autoras, a la presencia conjunta de dos o más trastornos mentales o condiciones médicas.

Estas mismas investigadoras hacen mención de que la serotonina se ha vinculado con distintos síntomas: variaciones del estado de ánimo, suicidio, problemas alimentarios, impulsividad y violencia, rasgos de ansiedad, de evitación y obsesivo-compulsivos.

De acuerdo con Kirschman y Salgueiro (2002), se considera que la serotonina funciona como un inhibidor general de la respuesta conductual y un modulador de la conducta motriz. El rol de la dicha sustancia puede ser importante en las conductas sociales que involucran agresión y ansiedad. Es por ello que una alteración sináptica de las vías centrales serotoninérgicas podría explicar los concurrentes periodos de atracón, impulsividad y depresión en pacientes con patrones alimentarios.

Estas mismas autoras reconocen que, en los trastornos alimentarios, se destacan dos perturbaciones mentales que son: la depresión y la ansiedad, las cuales se detallan a continuación.

2.8.1 Trastornos alimentarios y depresión.

De acuerdo con Kirschman y Salgueiro (2002), la inanición y la hiperfagia producen cambios fisiológicos y psicológicos que se asemejan a los que aparecen en la depresión.

Lo antes mencionado no significa que un sujeto con algún trastorno alimenticio, padezca depresión a causa de él; como ya se mencionó, el paciente

únicamente experimenta algunos síntomas parecidos a los que se presentan durante algún episodio depresivo, pero esto no significa que lo padezca.

Las mismas autoras mencionan que los síntomas semejantes a la depresión dentro de los trastornos alimentarios son: melancolía, alteraciones en el sueño, disminución del apetito, baja autoestima, sentimientos de inferioridad, aislamiento, tendencias obsesivas, autorreproche, ánimo disfórico, pérdida de peso, entre otros. Es importante mencionar que los síntomas antes citados son propiamente descritos por ambas autoras, lo que significa que no aplica para todos los pacientes.

2.8.2 Trastornos alimentarios y ansiedad.

De acuerdo con Kirszman y Salgueiro (2002), los comedores restrictivos desarrollan patrones alimentarios inusuales como resultado del estrés crónico que produce el excesivo autocontrol.

Finalmente, estas mismas autoras mencionan que el nivel de estrés produce fisiológicamente una inhibición de las contracciones gástricas y la elevación de la glucosa en sangre, lo cual suprime el hambre. Aunque lo antes mencionado también puede funcionar de manera inversa, es decir que la persona sienta la necesidad de comer debido al estrés que está experimentando.

2.9 Tratamiento de los trastornos alimentarios.

De acuerdo con Rausch (1997), el tratamiento de la anorexia tiene una forma multimodal con un programa de intervención que incluye peso, figura y cognición. Para esto existen diversos tipos de tratamiento, los cuales se describen a continuación:

- Tratamiento ambulatorio: “cada día de vida es una oportunidad para expandir la experiencia y crecer, y pensamos que siempre que sea posible, esto debe realizarse en el medio natural. Del mismo modo, suelen ser los miembros de la familia quienes más cerca están y mayor interés tienen por la recuperación del paciente” (Rausch; 1997: 78).
- Tratamiento hospitalario: consiste en internar al paciente en una clínica especial para trastornos alimentarios, donde se rehabilita del padecimiento que está presentando bajo supervisión médica y de especialistas las 24 horas del día.
- Recuperación ponderal: que el paciente recupere el peso apropiado para su constitución ósea.
- Tratamiento dietético: se le proporciona al paciente una serie de alimentos que debe ingerir durante determinado lapso de tiempo, esto con el fin de acostumbrar de nuevo al organismo a la adecuada ingesta de alimentos.
- Tratamiento psicológico: uso limitado de fármacos en el tratamiento de anorexia nerviosa, puesto que se han observado efectos colaterales.

- Terapia familiar: ésta es de suma importancia, ya que la familia es considerada como un sistema biopsicosocial, y el funcionamiento de ésta puede evaluarse en la relación de los miembros y en el cumplimiento de metas en común.

De acuerdo con Rausch (1997), para que un paciente ingrese al hospital, debe presentar complicaciones físicas y psíquicas, pérdida de peso, crisis de las relaciones familiares, deficiente respuesta al tratamiento ambulatorio o al tratamiento de día en hospitales.

Esta autora señala que el tratamiento de la bulimia nerviosa consiste en establecer pautas nutricionales normales, recuperación física, estabilización del peso, rehidratación y normalización electrolítica, así como corrección de anomalías físicas.

De acuerdo con Rausch (1997), la terapia familiar es esencial, ya que el paciente debe restablecer relaciones familiares adecuadas, para ello, debe aumentar la aparición y la comunicación. Asimismo, restablecer pautas y roles, además, la terapia familiar marca los patrones de interacción actuales que resultan esenciales para determinar la posibilidad de lograr las metas de la familia.

Por lo tanto, el paciente, según esta misma autora, debe escapar de los sentimientos de fracaso, corregir pautas de interacción social alteradas, aceptación

del trastorno, afrontar los fracasos, asumir la responsabilidad, vencer la impotencia y evitar buscar marcos sociales denigrantes.

De esta manera concluye el capítulo dedicado a la variable de los trastornos alimentarios y con ello, el marco teórico de la presente tesis.

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Una vez planteado el marco teórico de la investigación a través de los dos primeros capítulos, se procede a presentar la descripción metodológica que se utilizó en el estudio, para finalmente analizar los resultados arrojados por la aplicación de los instrumentos en la población seleccionada para esta investigación.

3.1 Descripción metodológica.

El enfoque con el que se realiza esta investigación es de corte cuantitativo, no experimental, de extensión transversal y alcance correlacional, debido al tipo de indagación realizada.

3.1.1. Enfoque cuantitativo.

De acuerdo con Hernández y cols. (2010), este enfoque cuenta con las siguientes características:

1. El investigador ejecuta las siguientes actividades:
 - a) Plantear un problema de estudio delimitado y concreto.
 - b) Revisar la literatura, que consta de examinar lo que se ha investigado anteriormente.

- c) Redactar un marco teórico.
 - d) Plantear hipótesis sobre la realidad estudiada.
 - e) Someter las hipótesis a prueba, mediante el empleo de diseños de investigación adecuados, para corroborarlas o rechazarlas.
 - f) Recolectar datos numéricos sobre fenómenos y analizarlos mediante procedimientos estadísticos.
2. Establecimiento previo de hipótesis.
 3. Recolección de datos: se miden variables o conceptos contenidos en las hipótesis.
 4. Análisis estadístico de la recolección de datos.
 5. Confianza de la experiencia y los análisis de causa-efecto.
 6. Interpretación de resultados.
 7. Investigación objetiva, sin ser influenciada por los pensamientos del investigador.
 8. Los estudios cuantitativos siguen un patrón predecible y estructurado.
 9. Generalización de resultados.
 10. Explicar y predecir los fenómenos estudiados, buscando regularidades y relaciones causales entre elementos.
 11. Manejar estándares de validez y confiabilidad, para respaldar las conclusiones derivadas y posibilitar la generalización del conocimiento.
 12. Se someten a prueba las hipótesis.
 13. La búsqueda cuantitativa ocurre en la realidad externa al individuo, esto conduce a una explicación sobre cómo se concibe la realidad con esta aproximación a la investigación.

Para este último fin, Hernández y cols. (2010) citan a Grinnell y Creswell, quienes explican lo siguiente:

1. Existen dos realidades: la primera es producto de las creencias, presuposiciones y experiencias subjetivas de cada individuo; la segunda es objetiva e independiente de las creencias que se tengan.
2. Esta realidad objetiva es susceptible de conocer, por lo que es posible estudiar una realidad externa e independiente del investigador.
3. Se requiere tener mayor conocimiento e información sobre la realidad objetiva.
4. Cuando las investigaciones creíbles establezcan que la realidad objetiva es diferente de la creencia del investigador, ésta debe modificarse o adaptarse a tal realidad.

3.1.2 Investigación no experimental.

De acuerdo con Hernández y cols. (2010), la investigación no experimental se realiza sin manipular a propósito las variables o asignar aleatoriamente a los participantes.

Los autores antes mencionados aclaran que, a diferencia de la investigación experimental, en la no experimental no se construye un contexto específico para observar las variables, ni es posible manipularlas, al igual que sus efectos, solamente se observan en el ambiente y posteriormente se analizan.

3.1.3 Diseño transversal.

De acuerdo con Hernández y cols. (2010), la estructura de la investigación transversal o transeccional, efectúa la correlación de datos en un solo momento. Tiene como propósito enunciar características de las variables y analizar su recurrencia e interrelación en un momento dado.

Por su parte, los diseños transeccionales se dividen en tres: exploratorios, descriptivos y correlacionales/causales.

1. Exploratorios: tienen como propósito realizar un sondeo inicial en un momento específico.
2. Descriptivos: tienen como objetivo indagar la incidencia y los valores en que se manifiestan una o más variables. Presentan un panorama del estado de una o más variables en uno o más grupos de personas, objetos o momentos. En este tipo de diseños no se vinculan las variables, sino que se tratan de manera individual.
3. Correlacionales-causales: estos describen relaciones entre dos o más variables.

3.1.4 Alcance correlacional.

De acuerdo con Hernández y cols. (2010), los estudios correlacionales tienen como propósito evaluar, en un ambiente en particular, el nivel de relación existente

entre dos o más variables. Dichas correlaciones se formulan con base en las hipótesis sometidas a prueba.

“La utilidad principal de los estudios correlacionales es saber cómo se puede comportar un concepto o una variable al conocer el comportamiento de otras variables vinculadas. Es decir, intentar predecir el valor aproximado que tendrá un grupo de individuos o casos en una variable, a partir del valor que poseen en la o las variables relacionadas” (Hernández y cols.; 2010: 82).

Este mismo autor, considera que la correlación puede presentarse de manera positiva o negativa. Si se muestra de la primera forma, significa que individuos con un alto nivel en una variable tenderán a manifestar un similar nivel en la otra; si es de la segunda forma, significa que los individuos con un alto nivel en una variable tenderán a mostrar un nivel contrario en la otra. Si no existe correlación entre las variables, significa que éstas varían sin seguir una correspondencia entre sí.

Por otro lado, los estudios correlacionales se diferencian de los descriptivos primordialmente en que éstos se concentran en evaluar las variables individuales, mientras que las correlaciones valoran el nivel de relación entre dos variables, por lo cual se pueden manejar diversos pares de evaluaciones de esta naturaleza en una sola indagación.

De acuerdo con lo anterior, los estudios correlacionales tienen un valor explicativo, aunque parcial; mientras más factores se observen con profundidad, se

sumen al análisis y se asocien, habrá un mejor sentido de entendimiento del fenómeno.

3.1.5 Técnicas de recolección de datos.

Las técnicas de recolección de datos que se utilizaron para esta investigación fueron estandarizadas. De acuerdo con Hernández y cols. (2010), dichas técnicas se valen de instrumentos ya desarrollados por especialistas en la investigación que pueden ser utilizados para la medición de las variables.

Este tipo de pruebas cuenta con su propio procedimiento de aplicación, codificación e interpretación, además, su utilidad radica en medir diversos indicadores que definen las variables.

Cuando se elige una prueba realizada en otro contexto, se deben adaptar y aplicar pruebas piloto, asimismo, se debe ajustar a las condiciones de la investigación, al igual que demostrar validez y confiabilidad de las pruebas, ya que estas dos características constituyen sus ventajas principales.

Estos mismos autores mencionan que las pruebas estandarizadas requieren de un entrenamiento y conocimiento de las variables por parte del investigador que las aplica e interpreta. Por lo que no deben aplicarse de manera superficial e indiscriminada.

Para la medición de la variable independiente de 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 autoinforme que consta de 37 reactivos diseñado para valorar el nivel y naturaleza de ansiedad en niños y adolescentes que van de los 6 a los 19 años de edad. Este instrumento puede aplicarse de manera individual o de manera grupal. La consigna es que cada sujeto responda a cada afirmación “Sí” o “No”, encerrando en un círculo la respuesta. En un esfuerzo por proporcionar más introspección clínica en las respuestas de cada individuo, la CMAS-R, brinda cinco puntuaciones:

- Puntuación total: indica la ansiedad que presenta el sujeto en términos generales.
- Ansiedad fisiológica: está asociada por manifestaciones tales como dificultades del sueño, náuseas y fatiga.
- Inquietud/hipersensibilidad: describe preocupaciones obsesivas, la mayoría de los cuales son relativamente bajas y están mal definidas en la mente del niño o adolescente, junto con miedos de ser lastimado o aislado de forma emocional.
- Preocupaciones sociales/concentración: es útil para discriminar a los niños que tienen problemas escolares; se concentra en pensamientos distractores y

ciertos miedos, muchos de naturaleza social o interpersonal, que conducen a dificultades en la concentración y atención.

- Mentira: sirve para detectar respuestas falseadas.

Es importante mencionar que la escala de ansiedad total incluye las tres subescalas (ansiedad fisiológica, inquietud/hipersensibilidad y preocupaciones sociales/concentración), por lo que en el presente estudio será la medición relevante de los sujetos investigados, dado que la ansiedad es el principal indicador subjetivo o emocional de la variable de estrés.

Como una medida de la consistencia interna de la CMAS-R, se calculó el coeficiente Alfa de Cronbach; el resultado 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.

Por otra parte, para la medición de la variable de trastornos alimentarios, se utilizó la prueba denominada Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2), del autor David M. Gardner (1998).

Esta prueba evalúa los síntomas que normalmente acompañan a la anorexia nerviosa y a la bulimia nerviosa. Su aplicación puede ser individual o colectiva, el

tiempo de administración es ilimitado, normalmente se lleva alrededor de 30 minutos; es aplicable a partir de los 11 años, está constituida por un total de 91 reactivos y evalúa 11 escalas, las cuales se mencionan a continuación:

1. Obsesión de la delgadez.
2. Bulimia.
3. Insatisfacción corporal.
4. Ineficacia.
5. Perfeccionismo.
6. Desconfianza interpersonal.
7. Conciencia introceptiva.
8. Miedo a la madurez.
9. Ascetismo.
10. Impulsividad.
11. Inseguridad social.

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 de validez de contenido, de criterio y de constructo, los cuales dieron puntajes y resultados satisfactorios. Los reactivos se contestan en una escala de seis puntos, donde las

opciones de respuestas son: nunca, pocas veces, a veces, a menudo, casi siempre, y siempre.

3.2 Población y muestra.

En el siguiente apartado se indican las características de la población de estudio y el proceso mediante el cual se eligió la muestra de sujetos.

3.2.1 Delimitación y descripción de la población.

Según Selltiz, “una población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones” (referido por Hernández y cols.; 2010: 174). Es decir, se elige un grupo de sujetos, los cuales reúnen una serie de características.

Con la finalidad de tener una delimitación de la población estudiada en la investigación, es necesario establecer las características generales que la van a definir, quiénes la formarán, en qué tiempo y en qué lugar. Estas características deben describirse concretamente, sin dejar lugar a dudas sobre las especificaciones de la misma.

Las características con las que debe contar la población estudiada se establecen de acuerdo con los criterios de cada investigador. Según afirman Hernández y cols. (2010), es importante que estas características cumplan con los

objetivos planteados al inicio de la investigación. En la presente, la población está conformada por la comunidad estudiantil de la Escuela Secundaria Don Vasco de la ciudad de Uruapan, Michoacán.

Para dicha investigación se tomó como muestra a los alumnos de tercer año de la Escuela Secundaria Don Vasco de la ciudad de Uruapan, Michoacán.

El tipo de estudiantes que atiende dicha institución son púberes y adolescentes de 12 a 17 años de edad, provenientes de familias con un nivel socioeconómico medio-alto. Los padres de familia que conforman la comunidad escolar son en un 70%, originarios de esta ciudad, es por ello, que presentan costumbres propias de esta región. En lo que respecta al empleo de los padres de familia, el 70% tiene trabajo fijo y trabajan padre y madre, el 20% cuenta con una profesión, la cual ejerce y el 10% trabaja y radica en el extranjero. Es importante señalar que en el 100% de los casos la preparación académica es de educación secundaria.

Esta escuela secundaria atiende a 302 estudiantes, de los cuales 69 cursan el tercer grado, 114 están en segundo y 119 están registrados en primero. Son más hombres que mujeres. La mayor parte de la población es originaria de la misma ciudad de Uruapan, Michoacán, y algunos otros alumnos, de ciudades o pueblos aledaños a la misma.

3.2.2 Proceso de selección de la muestra.

En el presente estudio se utilizó una muestra no probabilística. Las selecciones de esta clase, según Hernández y cols. (2010) son utilizadas en diversas investigaciones; en este tipo de muestra, los resultados no pueden generalizarse para toda la población. Los sujetos son seleccionados de acuerdo con la elección del investigador, con el fin de cumplir los objetivos propuestos al inicio del estudio. La ventaja de este tipo de muestra es la flexibilidad de todos los elementos de la población, sin la cuidadosa y controlada selección de las características de los sujetos que formarán parte de la misma.

Existen varios tipos de muestra no probabilística, una de ellas es la intencional, la cual será utilizada dentro del proceso de selección.

La muestra intencional, de acuerdo con Kerlinger (2002), es aquella en la que los sujetos son seleccionados en función de las investigaciones del investigador y con finalidades distintas a las de la generalización de resultados. Éstas se pueden dar cuando dentro de una población escolar se elige como muestra a los integrantes de un grupo, un grado escolar o cualquier otra unidad que facilite la recolección de datos. Esta técnica de muestreo facilita la realización de la investigación y es recomendable para investigaciones de tesis en las que el tiempo y los recursos institucionales son escasos.

Para la selección de la muestra de esta investigación, se utilizó el proceso de muestra intencional, en donde se eligieron a los alumnos que cursan el tercer grado, de 14 y 16 años de edad, puesto que es el periodo en donde pudiera haber mayor conflicto con la identidad.

3.3 Descripción del proceso de investigación.

En el siguiente apartado se describe a detalle los procesos seguidos por dicha investigación; para la recolección de datos, estructuración y análisis de la información.

- Se elaboró un proyecto de investigación, en el cual se estableció el objeto de estudio, hipótesis, objetivos, planteamiento del problema y justificación, esto para delimitar el estudio.
- Se indagó en varios estudios relacionados con las variables que se utilizan en esta investigación, con la finalidad de tener datos previos sobre el tema.
- Se realizó el análisis de varios textos que ayudaron a la formulación de dos capítulos, los cuales corresponden a las variables: la independiente, estrés y la dependiente, trastornos alimentarios, lo cual permite dar sustento teórico al trabajo de investigación.
- Enseguida se seleccionaron dos instrumentos, uno de ellos para medir el nivel de estrés presente en los alumnos de tercer grado de la Secundaria Don Vasco, el cual fue la escala CMAS-R “Lo que pienso y siento”, de Reynolds y

Richmond (1997), y el segundo instrumento que se utilizó para la medición de trastornos alimentarios, fue la prueba EDI-2, de Gardner (1998).

- Una vez seleccionadas las pruebas se habló con el Director Jesús Torres, así como con los docentes encargados de los alumnos de tercer grado, para obtener el permiso y llevar a cabo la administración del instrumento.
- Dicha aplicación se realizó dentro de la institución durante el horarios de clases, primeramente con los alumnos de tercero “B” y después con los alumnos de tercero “A”.
- Después se inició con la calificación de las pruebas antes mencionadas, y la recopilación de los datos numéricos de los resultados de los alumnos. Es importante mencionar que de los 69 alumnos a los cuales se les aplicaron ambas pruebas, se eliminaron 12 casos debido a que presentaron un alto puntaje en la escala de mentira de la prueba CMAS-R.
- Una vez obtenidos los puntajes percentilares, se realizó un análisis estadístico de las pruebas empleadas, mediante una hoja de cálculo del programa de Microsoft Office Excel 2007, en el cual se obtuvieron las medidas de tendencia central (media aritmética, mediana y moda), de dispersión (la desviación estándar) y de correlación (“r” de Pearson y de varianza de factores comunes). Posteriormente se elaboraron las gráficas correspondientes a los datos,
- Enseguida se inició la redacción del capítulo tercero, correspondiente a la metodología, análisis e interpretación de resultados.
- Finalmente, se procedió a redactar las conclusiones, culminando de esta manera con el proceso de investigación.

3.4 Análisis e interpretación de resultados.

En el siguiente apartado se presentan los resultados obtenidos en la investigación de campo y bibliográfica, con el fin de llegar a la verificación de alguna de las hipótesis planteadas.

Los datos serán presentados conforme al orden de las variables: en primer lugar los datos relacionados con el estrés y en segundo término, los datos referentes a los trastornos alimentarios, para finalizar con la información que concierne a la correlación entre ambas.

3.4.1 El estrés.

De acuerdo con lo señalado por Lazarus y Lazarus (2000), el estrés es un término que se utiliza para definir una exigencia del entorno sobre un sistema biológico, social o psicológico.

Con esta misma orientación, el campo de la salud adoptó al estrés como una presión que ocasiona alteraciones en el funcionamiento mental y físico de cada individuo que está sujeto a él.

Por lo tanto, la definición de estrés debe tener los siguientes aspectos: “Existencia de una demanda, percepción de esa demanda como pérdida o daño, el

sujeto no dispone de recursos suficientes, presencia de emoción negativa, peligro de inadaptación o desajuste psicológico” (Lazarus, citado en Trianes; 2002: 21-22).

En lo que corresponde a los resultados obtenidos en el nivel de ansiedad total como principal indicador del estrés en los alumnos de la Escuela Secundaria Don Vasco de la ciudad de Uruapan, Michoacán, se encontró una media de 67. La media aritmética es la suma de un conjunto de datos, dividida entre el número de medidas (Hernández y cols.; 2010).

Sumado a ello, se obtuvo una mediana, que es la medida de tendencia central que muestra el valor medio de un conjunto de valores ordenados (Hernández y cols.; 2010). El valor de la mediana fue de 70.

Por otra parte, la moda es la medida que ocurre con más frecuencia en un conjunto de observaciones (Hernández y cols.; 2010). En esta escala se identificó que la moda tiene un puntaje de 81.

De la misma manera, se obtuvo el valor de una medida de dispersión: la desviación estándar, la cual es la raíz cuadrada de la suma de las desviaciones al cuadrado de una población, dividida entre el total de observaciones (Hernández y cols.; 2010). El valor obtenido de esta medida es de 25. En el anexo 1 se muestran los resultados de la medida aritmética de cada escala de forma gráfica.

Además del puntaje general, es importante mencionar los resultados específicos de cada subescala, los cuales se describen a continuación:

- Particularmente, en el área de ansiedad fisiológica se encontró una media de 63, una mediana de 68, una moda de 96 y una desviación estándar de 28.
- Por otra parte, en la subescala de inquietud/hipersensibilidad se halló una media de 68, una mediana de 75, una moda de 75 y una desviación estándar de 23.
- Finalmente, en la subescala de preocupaciones sociales/concentración, se encontró una media de 53, una mediana de 60, una moda de 68 y una desviación estándar de 30.

En el anexo 1 se muestran los resultados de las subescalas mencionadas.

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 estrés.

En la escala de ansiedad total, el 49% resultó por arriba del percentil 70; en la escala de ansiedad fisiológica el porcentaje fue de 47%; en la escala de

inquietud/hipersensibilidad, el 60%; finalmente, en la escala de preocupaciones sociales/concentración, 33%.

En función de lo anterior, se observa que en la escala donde hay más casos preocupantes es en la escala de inquietud/hipersensibilidad. Este dato se puede observar gráficamente en el anexo 2.

Se puede afirmar entonces que el nivel que presentan los indicadores de ansiedad total en los alumnos de tercer grado de la Escuela Secundaria Don Vasco, se encuentra por lo general en un nivel elevado, lo que resulta preocupante, sobre todo por la cantidad de estudiantes que presentan un nivel alto en la escala de ansiedad total.

3.4.2 Trastornos alimentarios.

De acuerdo con lo indicado por Cancrini y La Rosa (1996), los trastornos alimentarios se desarrollan de manera autónoma a través del tiempo; en ellos, el encuentro de una variación somática con un bloque de respuestas, que se dan de manera repetitiva y obligatoria en los sistemas interpersonales de pertenencia, desplaza y fija en el área del comportamiento alimentario diversos tipos de conflictos tanto individuales como interpersonales. El cuadro clínico que resulta de esto es característico de las complicaciones psicológicas, médicas, sociales y legales.

Según la APA (2002), los trastornos alimentarios se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria y en la percepción tanto de la forma como del peso corporal.

Respecto a los resultados obtenidos en la escala EDI-2 sobre los indicadores de trastornos alimentarios en los alumnos de tercer grado de la Escuela Secundaria Don Vasco de la ciudad de Uruapan, Michoacán, a continuación se mencionan las 11 escalas que conforman dicha prueba, donde se puntualizan los puntajes percentilares encontrados, éstos son:

1. Obsesión por la delgadez: se encontró una media de 56, una mediana de 58, una moda de 32 y una desviación estándar de 25.
2. Bulimia: se halló una media de 60, una mediana de 47, una moda de 47 y una desviación estándar de 18.
3. Insatisfacción corporal: se localizó una media de 50, una mediana de 49, una moda de 26 y una desviación estándar de 23.
4. Ineficacia: se ubicó una media de 52, una mediana de 44, una moda de 32 y una desviación estándar de 21.
5. Perfeccionismo: resultó una media de 79, una mediana de 87, una moda de 94 y una desviación estándar de 22.
6. Desconfianza interpersonal: se halló una media de 57, una mediana de 57, una moda de 52 y una desviación estándar de 26.
7. Conciencia introceptiva: se determinó una media de 57, una mediana de 59, una moda de 59 y una desviación estándar de 26.

8. Miedo a la madurez: se ubicó una media de 72, una mediana de 77, una moda de 65 y una desviación estándar de 22.
9. Ascetismo: arrojó una media de 64, una mediana de 61, una moda de 61 y una desviación estándar de 25.
10. Impulsividad: se halló una media de 59, una mediana de 60, una moda de 14 y una desviación estándar de 29.
11. Inseguridad social: se localizó una media de 60, una mediana de 57, una moda de 19 y una desviación estándar de 25.

Los resultados de las medias aritméticas de cada escala de los alumnos de tercer grado de la Escuela Secundaria Don Vasco de la ciudad de Uruapan, Michoacán, se muestran gráficamente en el anexo 3.

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

En la escala de obsesión por la delgadez, el 37% resultó por arriba del percentil 70; en la escala de bulimia, el índice fue de 26%; en la escala de insatisfacción corporal, el 23%; en la de ineficacia, 18%; en la de perfeccionismo, 74%; en la de desconfianza interpersonal, 33%; en la de conciencia introceptiva, 33%; en la de miedo a la madurez, 63%; en la de ascetismo, 46%; en la de impulsividad, 42% y finalmente, en la escala de inseguridad social, 37%.

En función de lo anterior, se observa que en el área donde hay más casos preocupantes es en las escalas de perfeccionismo y miedo a la madurez. Estos resultados se muestran en el anexo 4.

De acuerdo con estos resultados se puede afirmar que los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en los alumnos de tercer grado de la Escuela Secundaria Don Vasco de la ciudad de Uruapan, Michoacán, se encuentran en general en un nivel elevado, lo cual resulta preocupante por la cantidad de estudiantes que presentan niveles altos en estas escalas.

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

Diversos autores han afirmado la relación que se da entre los trastornos alimentarios y el estrés. Selye (mencionado por Caldera y cols.; 2007) observó que la mayoría de sus pacientes, a pesar de la distinta enfermedad que padecían, poseían síntomas en común como cansancio, pérdida de apetito, baja de peso, astenia, entre otros. Al cual este mismo autor lo denominó “síndrome de estar enfermo”.

Por su parte, Behar y Valdés (2009), realizaron una investigación denominada estrés y trastornos de la conducta alimentaria (TCA), en la cual se comparó la exposición a situaciones vitales estresantes, sus características psicológicas y conductuales en mujeres con y sin dicho trastorno, con el fin de correlacionar el estrés con la sintomatología alimentaria con las diferentes variables. Los resultados demuestran que existe una correlación significativa entre ambas variables.

En la investigación realizada en los alumnos de tercer grado de la Escuela Secundaria Don Vasco de la ciudad de Uruapan, Michoacán. Se encontraron los siguientes resultados:

Entre el nivel de estrés y la escala de obsesión por la delgadez, existe un coeficiente de correlación de 0.11 de acuerdo con la fórmula “r” de Pearson. Esto significa que entre el estrés y la escala de obsesión por la delgadez, existe una correlación positiva débil de acuerdo con la clasificación de correlación que establecen Hernández y cols. (2010).

Para conocer la influencia que existe en el nivel de estrés y la obsesión por la delgadez, se obtuvo la varianza de los factores comunes, donde mediante un porcentaje se indica el grado en el que las variables se encuentran correlacionadas. Para obtener esta varianza sólo se eleva al cuadrado el coeficiente de correlación obtenido mediante la “r” de Pearson (Hernández y cols.; 2010). El resultado de la varianza fue de 0.01, lo que significa que entre el estrés y la obsesión por la delgadez hay una relación del 1%. De acuerdo con Hernández y cols. (2010) el porcentaje de relación debe ser al menos de 10% para declarar significatividad; con lo anterior se puede corroborar que no existe correlación significativa entre dichas variables.

Entre el nivel de estrés y la escala de bulimia se detectó un coeficiente de correlación de 0.10 de acuerdo con la fórmula “r” de Pearson, esto expresa que entre ambas escalas existe una ausencia de correlación. El resultado de la varianza de

factores comunes fue de 0.01, lo que denota que entre el estrés y la escala de la bulimia existe una relación del 1%, de este modo, se puede corroborar que no existe correlación significativa entre dichos atributos en los sujetos de estudio.

Entre el nivel de estrés y la escala de insatisfacción corporal existe un coeficiente de correlación de -0.15 de acuerdo con la fórmula “r” de Pearson, esto indica que entre el estrés y la escala referida existe una correlación negativa débil. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.02, lo que significa que entre el estrés y la escala de existe una relación del 2%, de esta manera, se puede corroborar que no existe correlación significativa entre las variables antes mencionadas.

Entre el nivel de estrés y la escala de ineficacia hay un coeficiente de correlación de 0.32 de acuerdo con la fórmula “r” de Pearson, esto significa que entre ambas escalas existe una correlación positiva media. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.10, lo que denota que entre el estrés y la escala de ineficacia existe una relación del 10%, con lo que se puede confirmar que existe una correlación significativa entre tales variables en el caso de los sujetos de estudio.

Entre el nivel de estrés y la escala de perfeccionismo existe un coeficiente de correlación de 0.17 según la fórmula “r” de Pearson, esto indica que entre estos atributos existe una correlación positiva débil. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.03, lo que significa que entre el estrés y la escala de

perfeccionismo hay una relación del 3%, con lo anterior se puede confirmar que no existe correlación significativa entre el estrés y la escala mencionada anteriormente.

Entre el nivel de estrés y la escala de desconfianza interpersonal se estableció un coeficiente de correlación de 0.13 de acuerdo con la fórmula “r” de Pearson, esto expresa que entre ambas escalas 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 dicha escala existe una relación del 2%, con lo que se puede reconocer que no existe correlación significativa entre dichas variables.

Entre el nivel de estrés y la escala de conciencia introceptiva hay un coeficiente de correlación de 0.55 de acuerdo con la fórmula “r” de Pearson, lo que significa que entre dichas variables existe una correlación positiva considerable. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.31, lo que significa que entre el estrés y la escala de conciencia introceptiva existe una relación del 31%, de este modo, se puede corroborar que existe correlación significativa entre el estrés y la variable antes mencionada.

Entre el nivel de estrés y la escala de miedo a la madurez existe un coeficiente de correlación de 0.20 de acuerdo con la fórmula “r” de Pearson, esto significa que entre tales atributos 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 miedo a la madurez existe una relación del 4%, de este modo, se puede corroborar que no existe correlación significativa entre dichos atributos.

Entre el nivel de estrés y la escala de ascetismo se determinó un coeficiente de correlación de 0.12 de acuerdo con la fórmula “r” de Pearson, esto significa que entre el estrés y el ascetismo existe una correlación positiva débil. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.01, lo que indica que entre el estrés y la escala referida hay una relación del 1%, con lo anterior se puede afirmar que no existe correlación significativa entre las variables examinadas.

Entre el nivel de estrés y la escala de impulsividad existe un coeficiente de correlación de 0.45 de acuerdo con la fórmula “r” de Pearson, esto permite expresar que entre el estrés y la impulsividad existe una correlación positiva media. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.20, lo que permite afirmar que entre el estrés y la escala examinada existe una relación del 20%, con lo cual se puede corroborar que existe correlación significativa entre dichos atributos en los alumnos de la secundaria estudiada.

Entre el nivel de estrés y la escala de inseguridad social se detectó un coeficiente de correlación de 0.43 de acuerdo con la fórmula “r” de Pearson, esto expresa que entre ambas escalas existe una correlación positiva media. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.19, lo que significa que entre el estrés y la escala de inseguridad social hay una relación del 19%, dicho porcentaje permite ratificar que existe correlación significativa entre las variables mencionadas.

Los resultados obtenidos en cuanto a los niveles de correlación entre las escalas de los alumnos de tercer grado de la Escuela Secundaria Don Vasco de la ciudad de Uruapan, Michoacán, se muestran en el anexo 5.

Con los datos antes mencionados se puede afirmar que existe correlación significativa del estrés con cuatro de las 11 escalas del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2) las cuales son: ineficacia, conciencia introceptiva, impulsividad e inseguridad social.

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

En función de los resultados presentados, para las escalas de: ineficacia, conciencia introceptiva, impulsividad e inseguridad social, se confirma la hipótesis de trabajo, que afirma que el estrés que presentan los alumnos de tercer grado la Secundaria Don Vasco, tiene correlación significativa con sus indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios .

Asimismo se confirma la hipótesis nula para las escalas de: obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, miedo a la madurez y ascetismo.

Finalmente, esta investigación propone un programa de intervención psicológica para reducir el estrés, así como atender los puntajes altos de los trastornos alimentarios en los alumnos de la secundaria estudiada.

CONCLUSIONES

En la presente investigación se corroboró en algunos casos la hipótesis de trabajo, específicamente en las escalas de ineficacia, conciencia introceptiva, impulsividad e inseguridad social. Dicha hipótesis plantea que existe una relación significativa entre el nivel de estrés y los trastornos alimentarios, en los alumnos de tercer grado de la Secundaria Don Vasco.

Por otra parte, se corroboró la hipótesis nula, para la mayoría de los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios, la cual plantea que no existe correlación significativa entre las variables antes mencionadas.

Asimismo, el cumplimiento de los objetivos particulares número 1, 2 y 3, se dio satisfactoriamente dentro del sustento teórico, en el capítulo 1, en el cual se analiza la variable estrés.

De igual manera, se culminaron los objetivos particulares 4, 5 y 6 de manera apropiada, mediante el sustento teórico dentro del capítulo 2, que abarca los diversos aspectos relativos a los trastornos alimentarios.

Por otra parte, el objetivo particular número 7, referido a la evaluación del nivel de estrés en los alumnos de tercer grado de la Escuela Secundaria Don Vasco, se

logró satisfactoriamente gracias a la realización del test psicométrico denominado CMAS-R, subtítulo “Lo que pienso y siento”.

Por otra parte, el objetivo particular número 8, relativo a establecer la incidencia en que se presentan los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en los alumnos de la secundaria estudiada, se efectuó favorablemente como consecuencia de la aplicación de la prueba psicológica conocida con el nombre de EDI-2.

Finalmente, el objetivo particular número 9, orientado a establecer la correlación estadística entre el estrés y los trastornos alimentarios, se verificó mediante las fórmulas de correlación conocidas como la “r” de Pearson y la varianza de factores comunes.

Debido a lo anterior, se pudo lograr el objetivo general, que plantea establecer la correlación que existe entre el estrés y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en los alumnos de tercer grado de la Secundaria Don Vasco, del ciclo escolar 2011-2012, de la ciudad de Uruapan, Michoacán.

Por consiguiente, esta investigación destaca los siguientes hallazgos:

En primer lugar, es importante mencionar el hallazgo teórico, el cual permitió contar con un conocimiento amplio sobre los temas de estrés y de los trastornos

alimentarios, así como la aplicación de dos pruebas novedosas y útiles para dichas variables.

En segundo lugar, es primordial mencionar los dos descubrimientos de carácter empírico: el primero de ellos tiene que ver con la institución en la que se realizó esta investigación, ya que mediante la prueba estandarizada se midió el nivel de estrés que presentan los alumnos de tercer grado, al respecto se descubrió que la mayor parte de los casos manejan un nivel de estrés elevado. Con estos resultados el director podrá ayudar de manera adecuada a sus educandos, a través de estrategias que les permitan mejorar su calidad de vida; finalmente, el segundo hallazgo empírico fue el tener conocimiento sobre los aspectos que conllevan a los alumnos a presentar trastornos alimentarios y establecer la incidencia que en que se presentan, para tener un antecedente de cómo actuar ante dicho fenómeno y lo más importante: cómo prevenir dichos trastornos.

Para concluir, es importante mencionar que esta investigación quedará como un antecedente sobre el estudio de estrés y los trastornos alimentarios en el estudiante adolescente, tema que seguirá siendo de utilidad para el sistema educativo, considerando que los estudiantes diariamente se enfrentan con agentes estresores, los cuales podrían afectar su desarrollo biopsicosocial.

BIBLIOGRAFÍA

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

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

Cancrini, Luigi; La Rosa, Cecilia. (1996)
La caja de Pandora: Manual de psiquiatría y psicopatología.
Paidós. México.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

RauschHerscovici, 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.

Toledo Suárez, Elsa. (2011)
Relación entre estrés y trastornos alimentarios en alumnos de la Secundaria Técnica
85 de Uruapan, Michoacán.
Tesis inédita de la Escuela de Psicología de la Universidad Don Vasco, A.C.
Uruapan, Michoacán, México.

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

Trianes, Victoria. (2002)
Niños con estrés: cómo evitarlo, cómo tratarlo.
Editorial Narcea. México.

MESOGRAFÍA

Barraza Macías, Arturo. (2005)

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

Revista Psicología Científica.com, 7(9).

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

Behar A., Rosa; Valdés W., Claudia. (2009)

“Estrés y trastornos de la conducta alimentaria”.

Revista Chilena de Neuro-psiquiatría.

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272009000300002

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

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

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

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

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

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

Instituto Mexicano del Seguro Social.

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

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

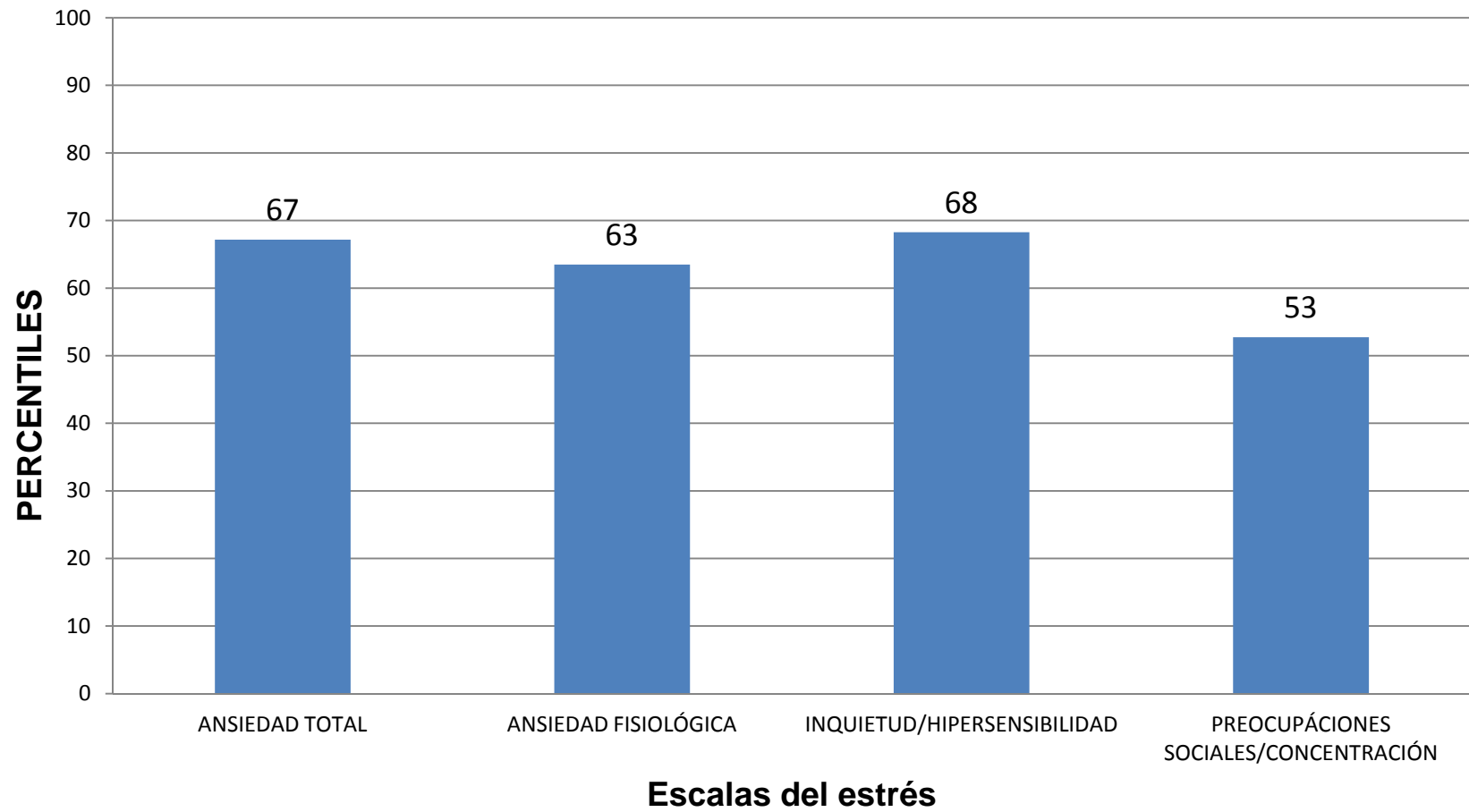
“Trastornos alimentarios en hombres y mujeres adolescentes deportistas y no deportistas pertenecientes al Servicio de Rehabilitación Ortopédica del Centro Nacional de Rehabilitación”.

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

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

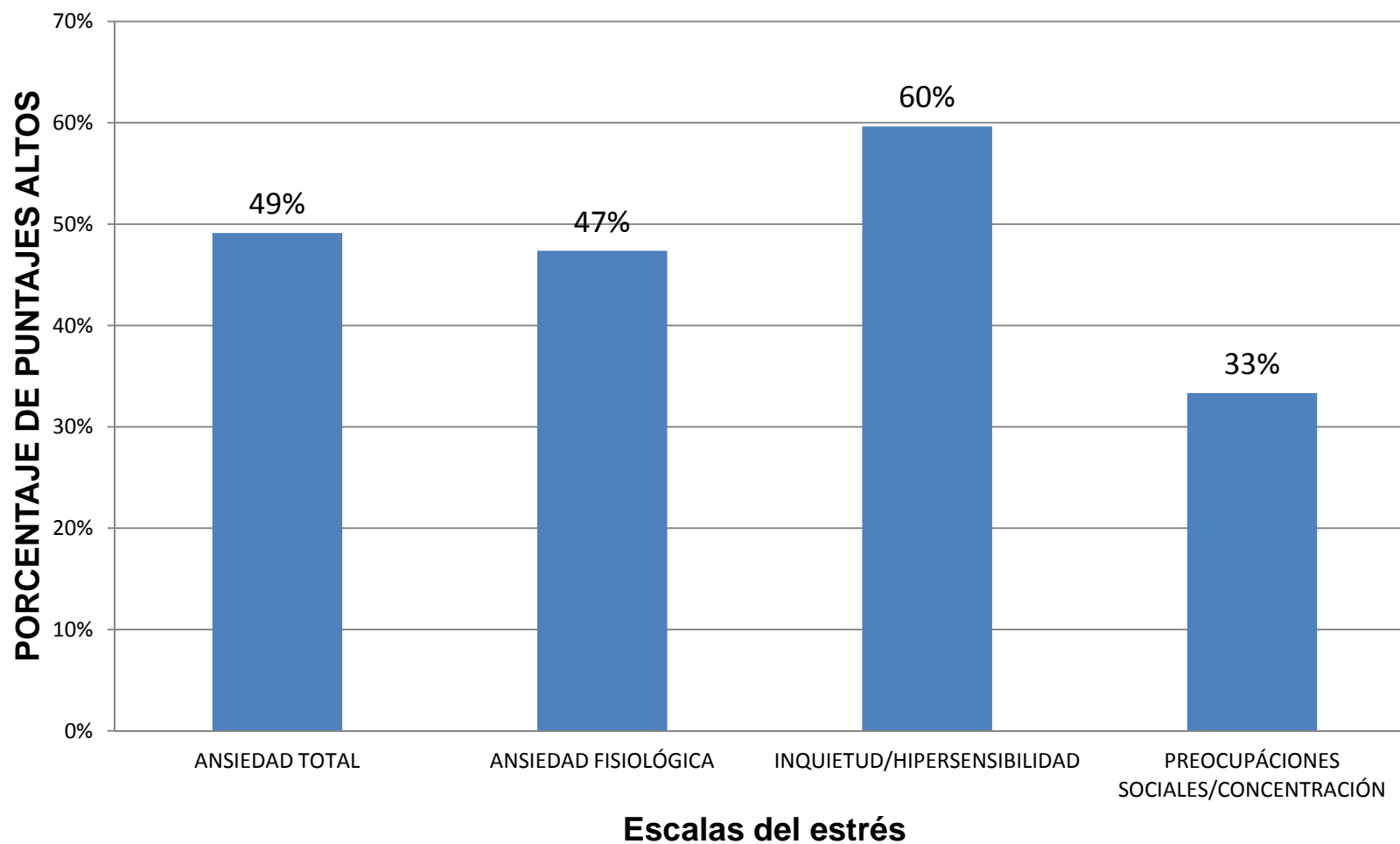
Anexo 1

Media aritmética de las escalas del estrés



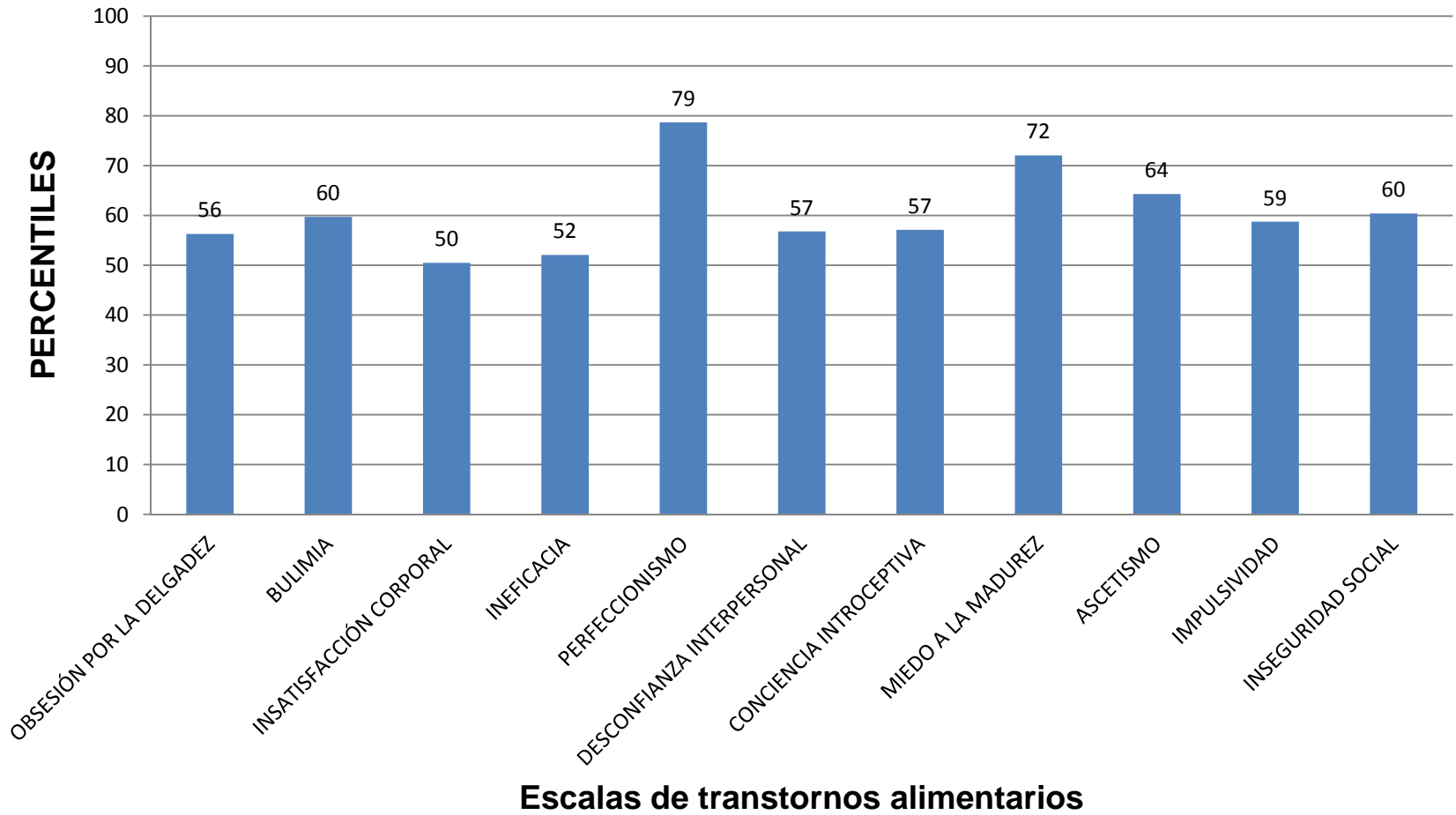
Anexo 2

Puntajes altos de las escalas del estrés



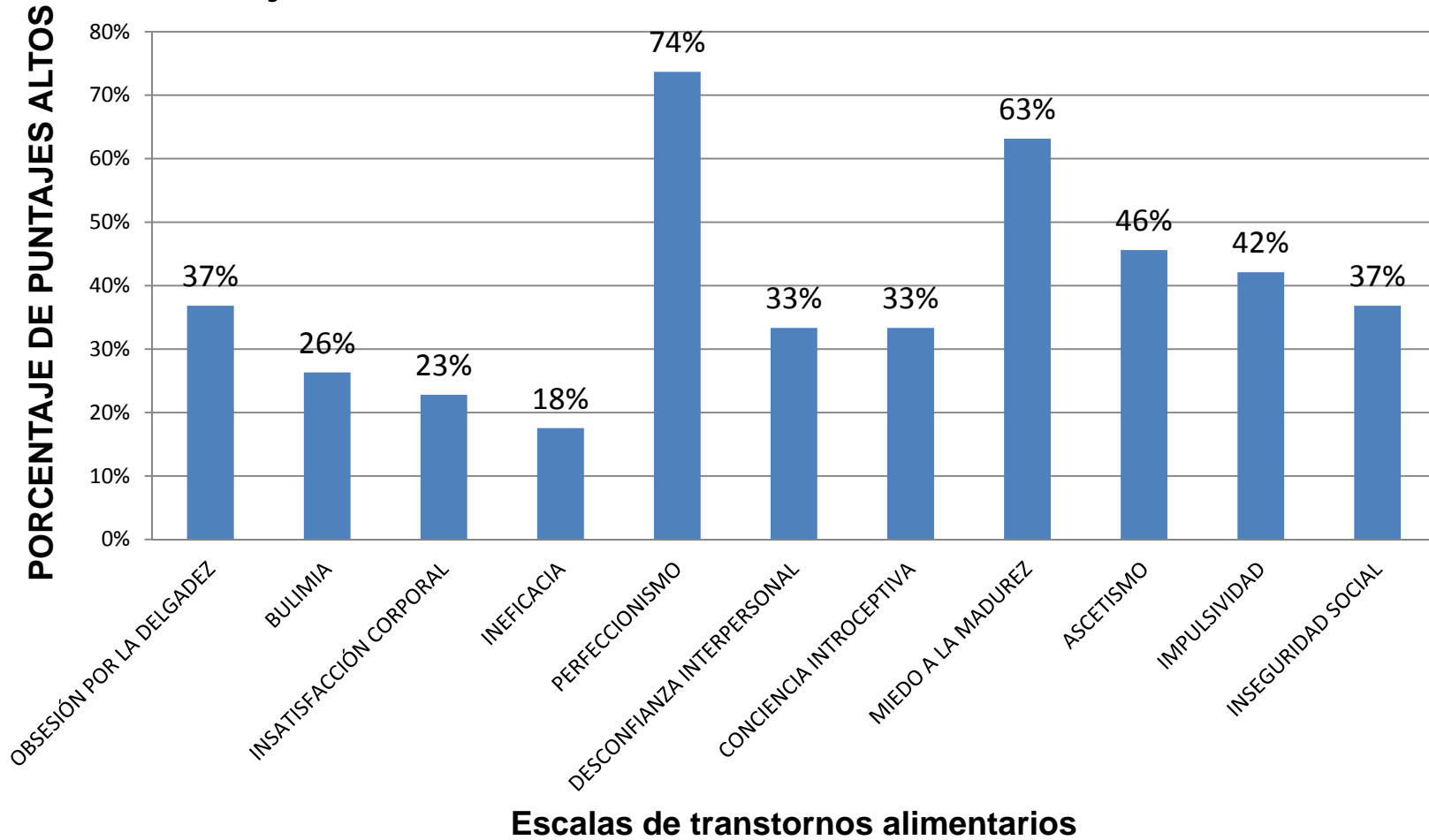
Anexo 3

Media aritmética de los trastornos alimentarios



Anexo 4

Puntajes altos de las escalas de trastornos alimentarios



Anexo 5

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

