



UNIVERSIDAD DON VASCO, A.C.

INCORPORACIÓN NO. 8727-25 A LA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE ESTRÉS Y LOS FACTORES
PSICOLÓGICOS DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN UNA
ESCUELA TELESECUNDARIA**

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

Paola Alejandra Vidales Esquivel.

Asesor: Lic. José de Jesús González Pérez.

URUAPAN, MICHOACÁN., 9 DE AGOSTO DE 2011.



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.

“... Bienaventurado el hombre que halla la sabiduría,
Y obtiene la inteligencia;
Porque su ganancia es mejor que la ganancia de la plata,
Y sus frutos más que el oro fino.
Más preciosa es que las piedras preciosas;
Y todo lo que puedes desear, no se puede comparar con ella.
Largura de días está en su mano derecha;
En su izquierda, riquezas y honra.
Sus caminos son caminos deleitosos,
Y todas sus veredas paz.
Ella es árbol de vida a los que de ella echan mano,
Y bienaventurados son los que la retienen...”

Proverbios 3:13-18

DEDICATORIAS

A MI DIOS: Le debo la sabiduría e inteligencia; él estuvo a mi lado en cada momento de mi preparación, me tomo de la mano y me condujo en su bendición.

A MIS PADRES: Por el esfuerzo y tolerancia a mi desarrollo profesional y que pese a sinsabores cumplir la meta llego a su primer momento, continuaré superándome para demostrar la confianza y respeto que les debo.

A MI ESPOSO: Por el amor, cariño y apoyo que me brinda para estar superándome deseo no defraudarle, comprometiéndome a salir adelante.

A MIS HERMANAS: Con el ejemplo que puedo darles impulsando en ella el deseo de superarse y vencer los obstáculos.

A LA INSTITUCIÓN: Que me cobijó y brindó los conocimientos necesarios y oportunos para concientizarme con el deseo de ayudar a los que necesitaran de mi.

A TI: Por tu apoyo total y tus sabios consejos, por la paciencia a mis dudas y el abrigo de tu casa, por ese silencio que guardas diciendo más que mil palabras y por tu sincera amistad, respeto, cariño y alegría que emana de tu ser.

¡GRACIAS POR ELLO!

ÍNDICE

Introducción.

| | |
|--------------------------------------|----|
| Antecedentes. | 2 |
| Planteamiento del problema | 6 |
| Objetivos. | 7 |
| Hipótesis. | 8 |
| Justificación. | 10 |
| Marco de referencia. | 11 |

Capítulo 1. El estrés.

| | |
|---|----|
| 1.1. Antecedentes históricos del estrés. | 16 |
| 1.2. Tres enfoques teóricos del estrés. | 19 |
| 1.2.1. Estrés como estímulo. | 20 |
| 1.2.2. Estrés como respuesta. | 21 |
| 1.2.3. Estrés como relación persona-entorno (enfoque interaccionista). | 24 |
| 1.2.3.1. El concepto integrador de estrés. | 26 |
| 1.3. Los estresores. | 28 |
| 1.3.1. Estresores psicosociales: cambios mayores, menores y cotidianos. | 29 |
| 1.3.2. Estresores biogénicos. | 31 |
| 1.3.3. Estresores en el ámbito académico. | 32 |
| 1.4. Procesos del pensamiento que propician el estrés. | 33 |
| 1.5. Los moduladores del estrés. | 35 |

| | |
|---|----|
| 1.5.1. El control percibido. | 36 |
| 1.5.2. El apoyo social. | 37 |
| 1.5.3. El tipo de personalidad: A/B. | 38 |
| 1.5.3.1. Personalidad tipo A y problemas cardiacos. | 40 |
| 1.6. Los efectos negativos del estrés. | 41 |

Capítulo 2. Trastornos alimentarios.

| | |
|--|----|
| 2.1. Antecedentes historicos de la alimentación. | 45 |
| 2.2. Definición y características clínicas de los trastornos alimentarios. | 46 |
| 2.2.1. Anorexia nerviosa. | 47 |
| 2.2.2. Bulimia nerviosa. | 49 |
| 2.2.3. Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas. | 52 |
| 2.2.4. Vómitos en otras alteraciones psicológicas. | 52 |
| 2.2.5. Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia. | 53 |
| 2.3. Esfera oroalimenticia en el infante. | 56 |
| 2.3.1. Organización oroalimenticia. | 57 |
| 2.3.2. Alteraciones en la esfera oroalimenticia. | 59 |
| 2.4. Perfil de la persona con trastornos e alimentación. | 61 |
| 2.5. Causas del trastorno alimentario. | 62 |
| 2.5.1. Factores predisponentes individuales. | 63 |
| 2.5.2. Factores predisponentes familiares. | 69 |
| 2.5.3. Factores socioculturales. | 71 |
| 2.6. Percepción del cuerpo en el trastorno alimentario. | 72 |
| 2.7. Factores que mantienen los factores alimentarios. | 76 |

| | |
|---|----|
| 2.8. Trastornos mentales asociados a los trastornos alimentarios. | 78 |
| 2.8.1. Trastornos alimentarios y depresión. | 79 |
| 2.8.2. Trastornos alimentarios y ansiedad. | 80 |
| 2.9. Tratamiento de los trastornos alimentarios. | 80 |

Capítulo 3. Metodología, análisis e interpretación de resultados.

| | |
|---|-----|
| 3.1. Descripción metodológica | 84 |
| 3.1.1. Enfoque cuantitativo. | 84 |
| 3.1.2. Investigación no experimental. | 86 |
| 3.1.3. Estudio transversal. | 87 |
| 3.1.4. Diseño correlacional. | 87 |
| 3.1.5. Técnicas de recolección de datos. | 89 |
| 3.2. Población y muestra. | 93 |
| 3.2.1. Delimitación y descripción de la población. | 93 |
| 3.2.2. Proceso de selección de la muestra. | 95 |
| 3.3. Descripción del proceso de investigación. | 96 |
| 3.4. Análisis e interpretación de resultados. | 99 |
| 3.4.1. Los trastornos alimentarios en los alumnos de la Escuela Telesecundaria San Rafael. | 99 |
| 3.4.2. El nivel de estrés en los alumnos de la Escuela Telesecundaria San Rafael. | 104 |
| 3.4.3. Relación entre el nivel de estrés y los trastornos alimentarios. | 106 |
| Conclusiones. | 113 |

| | |
|---------------------------------------|-----|
| Bibliografía. | 116 |
| Otras fuentes de información. | 119 |
| Anexos | |

RESUMEN

La presente investigación se realizó con el objetivo de determinar la existencia de una relación significativa entre el nivel de estrés y los trastornos alimentarios en los alumnos de la Escuela Telesecundaria San Rafael, del ciclo escolar 2010-2011, de Uruapan, Michoacán.

Se eligió una población compuesta por alumnas y alumnos de primero y segundo año de la Telesecundaria San Rafael de Uruapan, Michoacán.

Se utilizó una metodología de enfoque cuantitativo, tipo de investigación no experimental, tipo de estudio transversal, alcance de la investigación correlacional y con un tipo de hipótesis no causal.

Se recurrió a dos pruebas estandarizadas para la medición de las dos variables de investigación; para la medición de la variable independiente de estrés, se empleó el test psicológico denominado Escala de Ansiedad Manifiesta en el Niño – Revisado (CMAS-R), diseñada por los autores Reynolds y Richmond (1997). Para la medición de la variable de Trastornos Alimentación se utilizó la prueba denominada Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2), del autor David M. Gardner (1998).

En cuanto a los resultados, se obtuvo una correlación significativa del estrés con cuatro de las once escalas del inventario de los Trastornos de la Conducta Alimentaria: ineficacia, conciencia, introceptiva, impulsividad e inseguridad social. En contraparte, en el resto de las escalas, que son siete, no se puede confirmar la existencia de una correlación significativa entre las variables.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación trata sobre el estrés y los trastornos alimentarios, por lo que es importante ir introduciendo al tema mediante antecedentes que den un panorama de lo que se ha venido descubierto sobre dichos temas, de la misma manera, se hace un planteamiento de problema actual que involucran estas dos variables, las cuales posteriormente se definen.

Como en toda investigación, se plantean objetivos generales y particulares que se pretenden cumplir durante la realización de esta misma, asimismo, se plantean dos explicaciones tentativas sobre la culminación final de la investigación, una hipótesis de trabajo y otra nula.

También se expone una justificación de la razón de ser de esta investigación, la importancia y el impacto que podría tener en la sociedad actual y a futuras generaciones.

Por último se narra, mediante el marco de referencia, el lugar donde se realizó dicha investigación, desde su ubicación, infraestructura, colectivo, población, condiciones, razón social, hasta su ideología.

Antecedentes.

El término estrés comienza utilizarse en el año de 1930 por Hans Selye, un estudiante de la carrera de medicina de la Universidad de Praga, (citado por Caldera y cols.; 2007). A este joven le llamó la atención que la mayoría de sus pacientes, a pesar de las distintas enfermedades que padecían, tenían síntomas en común como: cansancio, pérdida del apetito, baja de peso, astenia, entre otros, a los cuales, en conjunto, denominó “síndrome de estar enfermo”.

Posteriormente Selye siguió investigando sobre este fenómeno con ratas de laboratorio, en las cuales descubrió que la elevación de las hormonas suprarrenales (ACTH, adrenalina y noradrenalina), provocaba la atrofia del sistema linfático y la presencia de úlceras gástricas, a lo que dicho investigador denominó estrés biológico, para después denominarlo simplemente estrés.

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

Por otro lado, el concepto de desórdenes alimenticios tiene su origen en el año 1873, cuando la anorexia fue definida por primera vez como un problema médico;

posteriormente, en 1950 se describió la bulimia como un patrón de conductas de algunos sujetos obesos y en 1970, se reconoce dicho padecimiento como un aspecto relacionado con la anorexia nerviosa (Mateos, citado por López y cols. en www.tallersur.com).

Actualmente, algunas de las definiciones más aceptadas de estos términos son las de Shvili y la APA (2002), al definir la anorexia como uno de los trastornos alimenticios más frecuentes, la cual se manifiesta por cambios fisiológicos, conductuales y psicológicos; se caracteriza principalmente por un miedo mórbido a la gordura o a subir de peso, además de una búsqueda constante de lograr adelgazar en un extremo máximo.

En la bulimia también se manifiesta miedo intenso de subir de peso, sin embargo, ésta se caracteriza por episodios recurrentes de voracidad, seguidos por conductas compensatorias inapropiadas como el vómito provocado, el abuso de fármacos, laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo. La característica esencial de la bulimia es la alteración de la percepción de la forma y el peso corporales.

La bulimia era considerada como un trastorno secundario de la anorexia, pero las grandes diferencias entre ellas hicieron que la bulimia fuera considerada como una entidad psicopatológicamente distinta.

Un estudio realizado en la carrera de Psicología del Centro Universitario de los Altos, por Caldera y cols. en el año 2007, que planteaba como hipótesis que los niveles de estrés tienen incidencia en el rendimiento académico de los estudiantes de la carrera de Psicología, encontró información que sugiere la posibilidad de que los altos niveles de estrés son obstáculos para el rendimiento académico y que la mejor condición para obtener buenas notas, es mantener niveles medios de dicha condición.

Otro estudio realizado en el Centro Nacional de Rehabilitación, por Ruiz y cols. en el año 2004, cuyo objetivo era detectar si la práctica deportiva aeróbica constituye un factor de riesgo en la presencia de trastornos alimentarios en hombres y mujeres adolescentes, encontró que sí lo es, puesto que los individuos se enfrentan a desmayos, vértigos, pérdida de conocimiento, dificultad para concentrarse, piel fría, hipotensión, bradicardia, entre otra sintomatología.

Relacionando estas dos variables, se menciona un estudio realizado en República de Chile por Behar y Valdés en el año 2009, cuyo objetivo era comparar la exposición a situaciones vitales estresantes, características psicológicas y conductuales en mujeres con y sin trastornos de la conducta alimentaria para correlacionar estrés y sintomatología alimentaria con las distintas variables. Ellos encontraron que las pacientes presentaron mayores niveles de estrés acumulado durante el año previo al diagnóstico, principalmente conflictos familiares y cambio de hábitos. Se enfatiza la importancia de eventos vitales estresantes en los trastornos

de la conducta alimentaria, especialmente la dinámica familiar para la focalización de medidas preventivas primarias.

En relación con lo anterior, los desórdenes alimenticios se han venido incrementando estos últimos años, con lo que afectan principalmente a los adolescentes, como se ha observado en la Escuela Telesecundaria San Rafael, en la ciudad de Uruapan, Michoacán, en donde los alumnos han manifestado conductas inapropiadas como una exagerada preocupación por su figura física, ya que tratan de mantenerla delgada mediante estrictas dietas; esto, según algunos autores mencionados, es un indicador de un desorden alimentario.

Planteamiento del problema.

Una vez que se han revisado algunas investigaciones sobre el tema de trastornos alimentarios y del estrés, se puede llegar a pensar que hay una importante relación entre estas dos variables, sin embargo los estudios no han sido concluyentes sobre el tema.

El problema de los trastornos alimentarios se ha incrementado de gran manera, ya que se observan a algunos niños que durante su infancia intermedia comienzan a adoptar conductas inapropiadas, que algunos autores toman como indicadores de algún trastorno alimenticio.

Los medios de comunicación pueden ser de gran influencia para desencadenar preocupación en el físico de la persona, ya que éstos se han encargado de hacer mucho hincapié en este aspecto físico, con publicidad, mercadotecnia de productos dietéticos, moda, entre otros recursos, donde muestran a la sociedad un estereotipo de figura perfecta, la cual es de aspecto muy delgado.

Hablar de trastornos alimentarios en estos tiempos es muy común, pero no se le da la importancia o la connotación que en realidad tiene, puesto que se ha observado que algunos jóvenes adquieren estos hábitos por imitación o por novedad, aunque posteriormente se convierten en conductas preocupantes.

Lo anterior puede llegar a desencadenar cierto nivel de estrés en los jóvenes por no poder cumplir con el estereotipo que la misma sociedad les ha planteado.

Es por ello que surgió el interés de dar respuesta a la siguiente pregunta: ¿existe relación significativa entre el nivel de estrés y los trastornos alimentarios, en los alumnos de la Escuela Telesecundaria San Rafael, del ciclo escolar 2010-2011, de la ciudad de Uruapan, Michoacán?

Objetivos de la investigación.

Es importante en toda investigación plantear un objetivo general, y de igual manera tener claros los particulares, que conlleven al cumplimiento de aquél. Esto con el fin de que la investigación tenga un sentido y un rumbo a seguir.

Objetivo general.

Determinar la existencia de una relación significativa entre el nivel de estrés y los trastornos alimentarios, en los alumnos de la Escuela Telesecundaria San Rafael, del ciclo escolar 2010-2011, de Uruapan, Michoacán.

Objetivos particulares.

1. Enunciar la definición de estrés.
2. Identificar sintomatología del estrés típico.

3. Determinar las causas del estrés.
4. Presentar las diferentes perspectivas teóricas sobre el estrés.
5. Establecer la definición de los trastornos alimentarios.
6. Describir las principales causas de los trastornos alimentarios.
7. Clarificar la sintomatología de los trastornos alimentarios.
8. Evaluar el nivel de estrés en los alumnos de la Escuela Telesecundaria San Rafael, del ciclo escolar 2010-2011, de Uruapan, Michoacán.
9. Medir indicadores psicológicos relacionados con la presencia de los trastornos alimentarios de los alumnos de la Escuela Telesecundaria San Rafael, del ciclo escolar 2010-2011, de Uruapan, Michoacán.
10. Establecer la relación estadística existente entre el nivel de estrés y los trastornos alimentarios de los alumnos de la Escuela Telesecundaria San Rafael, del ciclo escolar 2010-2011, de Uruapan, Michoacán.

Hipótesis.

Enseguida se muestran dos posibles explicaciones sobre la realidad estudiada, ya que se está indagando la relación que tienen entre ambas; al final se clarifica el resultado.

Hipótesis de trabajo.

Existe una relación significativa entre el nivel de estrés y los trastornos alimentarios, en los alumnos de la Escuela Telesecundaria San Rafael, del ciclo escolar 2010-2011, de Uruapan, Michoacán.

Hipótesis nula.

No existe una relación significativa entre el nivel de estrés y los trastornos alimentarios, en los alumnos de la Escuela Telesecundaria San Rafael, del ciclo escolar 2010-2011, de Uruapan, Michoacán.

Operacionalización de las variables de investigación.

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

Por otra parte, la variable trastornos alimentarios se identificará por el puntaje que el sujeto obtenga en la prueba Inventario de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2) de David M. Gardner (1997), la cual ubica once escalas relacionadas con los rasgos psicológicos propios de los trastornos alimentarios.

Justificación.

La presente investigación beneficiará directamente a los alumnos de segundo y tercer grado de la Escuela Telesecundaria San Rafael, puesto que conocerán el nivel de estrés que se relaciona con los trastornos alimentarios; asimismo, ayudará a los padres de familia a identificar la sintomatología de algún trastorno alimentario que pudieran presentar sus hijos.

De la misma manera, el personal docente de la Escuela Telesecundaria San Rafael, se verá beneficiado al conocer los indicadores psicológicos relacionados con la presencia de los trastornos alimentarios, así como el nivel de estrés que pudieran presentar las alumnas.

Esta investigación es propia del campo de la psicología, ya que al hablar de las variables abordadas, tanto estrés como trastornos alimentarios, se analizan conductas inapropiadas, las cuales requieren de una observación y análisis psicológico, para un posible trabajo terapéutico adecuado que constituya un apoyo para el sujeto ante estas anomalías.

Por último, pero no menos importante, se aclara que con la presente investigación se beneficia a la sociedad, puesto que la posible relación entre estrés y los trastornos alimenticios carecen de investigaciones, así que proporciona nuevas bases teóricas y metodológicas.

Marco de referencia.

La presente investigación se realizó en la Escuela Telesecundaria San Rafael, con clave 16ETV0305O, cuyo carácter es público y laico.

La misión de esta institución es ser un centro educativo que tiene como propósito contribuir a la formación integral del alumno, utilizando como apoyo la televisión educativa para elevar la calidad y mediante la participación responsable en la comunidad escolar.

Su visión es ser una escuela saludable, lo que implica el establecimiento de buenas relaciones entre los integrantes de los distintos elementos institucionales, donde se pueda respirar un ambiente de confianza en el cual cada integrante exprese lo que siente con espontaneidad y seguridad porque hay respeto a las diferencias individuales, donde exista planeación a tiempo y no se improvise, para enfrentar los problemas con ecuanimidad buscando siempre soluciones antes que culpables, para que si hay errores, se consideren como oportunidades de aprendizaje. Donde existan incentivos para las manifestaciones del ingenio y la creatividad y el reconocimiento al cumplimiento, de modo que se pueda considerar a la democracia como una práctica constante aceptando la autoridad como un elemento de cohesión y acatando con grado las normas disciplinarias como condiciones necesarias para la sana convivencia, tomar en su momento las decisiones colegiadas y se secunden las actividades colectivas por considerarse de beneficio común, que exista un balance entre las distintas actividades escolares

(académicas, deportivas o artísticas), todas en función del objetivo común: la formación integral de los educandos, y realizar cada una de las actividades con la mayor dedicación buscando siempre la excelencia en el quehacer educativo. Recordando siempre el lema de “educar para vivir mejor”.

El propósito de esta institución es promover el trabajo colegiado escolar en coordinación con profesores, alumnos y padres de familia para lograr la misión y visión escolar.

La filosofía institucional se basa en valores, los cuales reflejan la personalidad de cada individuo y son la expresión de su experiencia individual y colectiva. El sentido de la existencia humana sólo se alcanza a través de los valores. Es de vital importancia la calidad de las relaciones con las personas significativas en la vida, los padres, hermanos y posteriormente amigos y maestros. Es además indispensable el modelo y ejemplo que estas personas muestren al alumno, para que se dé una coherencia entre lo que se dice y lo que se hace.

Actualmente esta institución se encuentra adscrita al Programa de Escuelas de Calidad, a la cual permanece a partir del año de 2006. Se encuentra ubicada en la parte poniente de de Uruapan, Michoacán, México, en la calle Lima s/n, esquina con la calle Uva, en la colonia Jardines de San Rafael, con código postal 60136, a un costado de las instalaciones de la expoferia de dicha ciudad.

El tipo de población que atiende son púberes y adolescentes de 11 a 16 años de edad, provenientes de familias con un nivel socioeconómico bajo. Los padres de familia que conforman la comunidad escolar son en un 40% provenientes de otros lugares, principalmente de la región de Tierra Caliente, por lo que presentan costumbres propias de su origen. En lo que respecta al empleo de los padres de familia, el 60% tienen trabajos eventuales, 15% son migrantes que trabajan en Estados Unidos, un 10% tiene trabajo fijo y 15% trabajan padre y madre. La preparación académica es en un 90% de educación primaria.

Esta escuela secundaria atiende un total de 243 estudiantes, de los cuales 93 cursan el primer grado, 50 hombres y 43 mujeres; 79 cursan el segundo grado, 34 hombres y 45 mujeres; 71 cursan el tercer grado, 34 hombres y 37 mujeres. Únicamente se labora en el turno matutino, con un total de nueve grupos, tres para cada grado.

En total cuenta con doce elementos de personal: uno de ellos es el director responsable de la institución, además de nueve profesores frente a grupo, una secretaria y un intendente.

Todo el personal docente tiene como formación base una licenciatura, la mayoría de ellos ha cursado una maestría y algunos participan en el programa de carrera magisterial.

Respecto a su infraestructura, esta escuela cuenta con cuatro edificios distribuidos en un terreno con superficie de 9023.16 m², nueve aulas, una bodega provisional, una cancha deportiva, dirección provisional, dos módulos de sanitarios, uno para mujeres y otro para hombres, los cuales a pesar de que se les ha dado mantenimiento, se deterioran constantemente por la cantidad de alumnos que los utilizan.

Se dispone además, de una biblioteca donde se ubica también el aula de medios con seis computadoras y una impresora, con las mínimas condiciones para trabajar; un almacén, áreas verdes mínimas y una plaza cívica, la que con apoyo del Programa de Escuelas de Calidad y padres de familia, se encuentra techada.

CAPÍTULO 1

ESTRÉS

El presente capítulo presenta temas relacionados con el estrés, desde sus antecedentes históricos hasta presentar un panorama más moderno con base en este concepto, para obtener una definición más acertada sobre el mismo y los diferentes enfoques que se le han dado.

Asimismo, se habla de los diversos estímulos que conllevan a que una persona se maneje bajo la influencia del estrés, así como los ámbitos en los que el sujeto se desenvuelve y en los cuales puedan existir generadores de altos niveles de dicha condición, que afecten la cotidianidad de las personas.

Se analizan los procesos del pensamiento que el sujeto pudiera presentar, los cuales podrían estar propiciando cierto nivel de estrés, y los moduladores de este fenómeno, los cuales ayudan a que la persona tenga mayor control sobre la situación estresante a la que pudiera estar sometida.

De esta manera, se dan a conocer los efectos negativos que pueden conducir a estar estresado, lo cual en la actualidad es muy común por el ritmo de vida que se ha implementado en respuesta a las características de la sociedad actual.

1.1 Antecedentes históricos del estrés.

Es muy probable que el estrés existiera desde el origen de la humanidad, puesto que contribuye a afrontar de manera adecuada y eficaz las amenazas y los peligros ligados a labores tales como la búsqueda de alimento y vestimenta, así como la protección de las inclemencias del tiempo y los depredadores, a los que el hombre primitivo se enfrentaba diariamente.

Según 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 este fenómeno psicofisiológico, la sociedad comenzó a prestarle interés.

Este mismo autor menciona a Robert Hooke, quien influye de gran manera al definir la tensión en fisiología, psicología y sociología, mediante el análisis que realizó al ayudar a los ingenieros a diseñar estructuras hechas por los hombres, él prestó especial atención a los metales, los cuales son vulnerables a las constantes cargas, al presentar deformación o rotura 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 este mismo enfoque, 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 manera directa e indirecta contribuye a provocar malestares, padecimientos y enfermedades. Esta autora menciona a un médico francés de nombre Claude Bernard, quien descubrió que cualquier cambio externo en el ambiente puede perturbar al organismo de las personas, pero que el ser humano cuenta, de manera genética, con mecanismos que lo ayudan a enfrentar las contingencias del medio ambiente en que se desenvuelve.

Bernard percibió una característica esencial en las personas, la cual ayuda a su propia sobrevivencia en diversos ambientes, y es la facultad dinámica de adaptación al cambio, esto lo llevó a estudiar al ser humano cuando está expuesto a situaciones extremas, y 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.

De igual forma, Sánchez (2007) cita a Walter Bradford Cannon, quien denomina el fenómeno descrito por Bernard como homeostasis, que trata del equilibrio interno del ser humano a pesar de los factores a los que esté expuesto, además de comprobar que el cuerpo se puede adaptar a cambios extremos

significativos, a través de algunos procesos de regulación que tienen lugar en el organismo.

Cannon descubrió que cuando el organismo se enfrenta a una emergencia, su cerebro responde activando el sistema nervioso simpático, este proceso autónomo provoca, a su vez, modificaciones cardiovasculares que preparan el cuerpo para la defensa; lo que plantea que los eventos inesperados y que provocan diversas emociones, puedan desencadenar una respuesta de tipo ataque o fuga, que es un reflejo ante estímulos desconocidos o señales de peligro que recibe el cerebro; lo cual relaciona lo psicológico con lo biológico.

Según Sánchez (2007), el investigador Hans Selye se basó principalmente en los estudios realizados por Bernard y Cannon para realizar sus tratados, los cuales de igual manera giraron en torno a identificar una reacción inespecífica, fisiológica, adaptativa frente a cualquier impacto ejercido sobre el organismo por una amplia gama de estímulos heterogéneos que provocan variaciones de tipo endocrino.

A esta reacción, Selye la denominó Síndrome General de Adaptación, para posteriormente, ante la Organización Mundial de la salud, describir el estrés como la respuesta no específica del organismo a cualquier demanda del exterior, en tanto que al estímulo desencadenante del estrés lo denominó estresor.

El estrés se hizo más evidente en la Segunda Guerra Mundial, puesto que, según Lazarus y Lazarus (2000), las autoridades militares observaban que los

hombres se sentían desmoralizados, se escondían del enemigo o en ocasiones no podían disparar sus armas. Esto conllevó a diversos estudios relacionados con el estrés, puesto que los mandos castrenses querían hombres que tuvieran un mejor control de estrés.

Desde la década de los sesenta del siglo pasado, ha prosperado la idea de que el estrés es una causa de la angustia y una disfunción humana, y a través del tiempo se ha observado que el ser humano requiere de cierto nivel de estrés para movilizar sus esfuerzos y así enfrentarse a los problemas cotidianos que se le presentan en la vida. “El estrés es una respuesta natural a las exigencias de la vida y no es todo malo; probablemente se está haciendo demasiado hincapié en su lado negativo” (Lazarus y Lazarus; 2000: 281).

Además, existen grandes diferencias individuales, ya que algunas personas se muestran más vulnerables que otras ante estímulos que causan estrés, incluso algunas hallan mejoría trabajando bajo estrés y, en cambio, mientras que otras funcionan de peor manera y algunas no muestran efectos evidentes, pero son las características psicológicamente personales las que hacen vulnerable o no a cada individuo.

1.2 Tres enfoques teóricos del estrés.

Existen tres diferentes enfoques teóricos de estrés según Travers y Cooper (1997) quienes explican que varios investigadores han denominado dichas

perspectivas hacia el estrés, como variable dependiente, como variable independiente y como interacción; dichos enfoques serán descritos a continuación.

1.2.1 Estrés como estímulo.

En este enfoque se considera que el estrés relaciona la salud y la enfermedad con algunas 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 enfoque sostiene que existen distintas características en el medio ambiente, las cuales resultan molestas para el individuo, por lo que le provocan cambios disruptivos. El nivel de tensión que ocurre en el sujeto va a depender de él, de la duración y de la fuerza a la que es sometido, ya sea emocional o física; si ésta se extiende por largos periodos de tiempo, puede provocar episodios de ansiedad, los cuales pueden resultar estresantes.

Travers y Cooper (1997) retoman a Fisher, quien en el año 1986 afirmó que los seres humanos asumen que el estrés es una situación ambiental y que puede ser de origen físico o psicológico. Es por ello que esta teoría se centra en identificar los estímulos que resultan estresantes, tales como: presiones ambientales, sociales,

psicológicas, físicas, económicas y los desastres naturales; para después medir qué tan dañino podría ser de cada uno de estos estímulos para el sujeto.

Un elemento esencial para esta teoría es que cada individuo posee un nivel de tolerancia que es superable, y al momento que se eleva puede causar daños temporales o permanentes. Las personas generalmente están sometidas a diversas presiones que pueden dominar con bastante efectividad, y en ocasiones basta sólo un suceso para desequilibrar al individuo ante una actitud resolutiva y exponerlo a un completo hundimiento potencial.

Travers y Cooper (1997) mencionan que Selye dedujo que el estrés no solamente actúa con efectos negativos, sino que sirve como estimulante y rasgo vital para la sobrevivencia de la humanidad. Selye divide el estrés en positivo, con el nombre de eustrés, el cual se encarga de motivar el crecimiento, el desarrollo y el cambio, y en negativo, con el nombre de distrés, el cual es dañino, indeseable e incontrolable.

Todo esto constituye el tema central del modelo tomado de los estímulos, lo cual posibilita la identificación de las distintas fuentes del estrés.

1.2.2 Estrés como respuesta.

En este modelo se presenta el estrés como una variable dependiente, es decir, se describe 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 importancia a la manifestación que tiene el estrés sobre el sujeto, y las respuestas que la persona da ante él se desencadenan en tres niveles: el psicológico, el fisiológico y el conductual, los cuales se encuentran interrelacionados.

Según Fontana (1992) cierto nivel de estrés resulta psicológicamente benéfico, ya que motiva al individuo a alcanzar objetivos, lo pone alerta, ayuda a que piense de forma más rápida, realice el trabajo de manera más intensa y llegue a sentirse más útil y apreciado, con propósitos 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, deteriora el desempeño, genera sentimientos de inutilidad y subestima, así como escasos propósitos y la percepción de que los objetivos son inalcanzables.

Ante estas respuestas, Selye expone el desarrollo del estrés en tres fases: de alarma, de resistencia y de agotamiento. En la primera, el organismo se prepara para enfrentar una situación nueva, inesperada y de emergencia que requiere toda la energía y los recursos de la persona; ante ello, el organismo se prepara para

responder al peligro con respuestas fisiológicas en los sistemas circulatorio, muscular, nervioso central y neuroendocrino.

En la fase de resistencia, el organismo utiliza al máximo sus mecanismos de defensa y sus reservas, esta fase se desarrolla cuando los estímulos estresores se mantienen en forma constante, lo que provoca una excesiva activación fisiológica y 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 fase de agotamiento, 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: cognoscitivos, emocionales y conductuales.

Dentro de los efectos cognoscitivos del estrés excesivo, se encuentran: 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, hay también aumento de la frecuencia de errores, deterioro de la capacidad de organización y de la planeación a largo plazo, así como aumento de los delirios y de los trastornos del pensamiento.

Referente a los efectos emocionales del estrés excesivo, se encuentran: aumento tanto de la tensión física y psicológica, como de la hipocondría, aparecen cambios en los rasgos de personalidad, se incrementan de los problemas de personalidad existentes, hay debilitamiento de las restricciones morales y emocionales, aparecen la depresión, la impotencia y se presentan una pérdida repentina de la autoestima.

En cuanto a los efectos conductuales generales del estrés excesivo, se encuentran: 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 excéntricos y pueden hacerse amenazas de suicidio.

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

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

En este enfoque el estrés se considera como una interacción o transacción entre la persona y su entorno, puesto que hay mutua influencia; en consecuencia, el

estrés es esencialmente el grado de adaptación entre la persona y el entorno. El resultado de esta relación puede ser una experiencia estresante, lo cual no significa necesariamente que el entorno así lo sea, sino que la persona no se adecúa de manera eficaz a éste.

Travers y Cooper (1997) retoman a Pearlin, quien sugirió que el estrés no es un suceso, sino un proceso complejo, variado y desafiante a nivel intelectual. Con este entendido, el estrés 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 hace de manera 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 que hay cinco aspectos principales del modelo cognitivo del estrés, las cuales son: valoración cognitiva, experiencia previa, exigencia de la situación, influencia interpersonal y un estado de desequilibrio, de esto surge el modelo de adaptación persona-entorno.

En relación con esto, 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 entorno, el estrés se torna 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 esas demandas y recursos que la persona tiene disponibles, algunas son más difíciles de satisfacer que otras, es por ello que resultan estresantes o no. También va a depender de la estabilidad que tenga el sujeto cuando recibe los estímulos estresores.

1.2.3.1 El concepto integrador de estrés.

A partir de los tres enfoques mencionados, es oportuno concluir con un concepto acertado de esta variable.

La definición de estrés, según Lazarus y Lazarus (1992), debe tener los siguientes elementos: existencia de una demanda; percepción de esa demanda como amenaza, pérdida o daño; insuficiencia de recursos; presencia de emoción negativa y peligro de inadaptación o desajuste psicológico.

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

Estas definiciones tienen una connotación negativa, por lo cual se le conoce también a tal experiencia, con el nombre de distrés. Es necesario mencionar que existe también el fenómeno de 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 ese tipo, 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, ambos son estresantes, pero el estrés se convierte en eustrés en lugar de ansiedad.

Durante este proceso, se experimenta un estímulo positivo mediante la satisfacción 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 cause un cambio en las rutinas de la vida de las personas, no importa 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, negativa, real o imaginaria, cualquier cambio o situación que altera la rutina cotidiana, es estrés.

Asimismo, Palmero y cols. (2002) citan a Lazarus y Cohen, quienes mencionan tres tipos de acontecimientos estresantes o estresores psicosociales que van en función a la intensidad de los cambios que se producen en la vida de una persona. Estos tipos son: los cambios mayores, los cambios vitales y los estresores cotidianos.

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 manera directa el proceso de activación fisiológica, sin la mediación de los procesos psicológicos.

1.3.1 Estresores psicosociales: cambios mayores, vitales y cotidianos.

Los cambios mayores se refieren a cambios 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 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 el tiempo de carácter 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 trascendencia vital, y es por ello que son altamente significativos.

Los cambios vitales surgen de manera más específica de cada persona 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, factores familiares y ámbito escolar, entre otros.

El tercer tipo de los factores psicosociales, son los estresores cotidianos, que hace 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 acoplo a nuevas condiciones.

Esto va a depender, como ya se ha venido mencionando, del nivel de adaptación que cada persona tenga al entorno que lo rodea, y del nivel de estrés que ésta posee, aunado al hecho de que lo valore de manera positiva o negativa.

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 ello pudiera tener alteraciones biológicas en algunos casos.

Palmero y cols. (2002) mencionan a Lazarus y cols.; quienes hacen diferencian dos tipos de microestresores: 1) las contrariedades, que se refieren a situaciones que causan malestar emocional o demandas irritantes y 2) 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, los estresores son sucesos que surgen del medio ambiente y que pueden ser reales o imaginarios, de modo que van configurar las condiciones para provocar o propiciar la respuesta de estrés.

“Los estresores biogénicos no utilizan los mecanismos de valoración 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 esos estresores biogénicos, según Palmero y cols. (2002) son: los cambios hormonales, ingestión de determinadas sustancias químicas, la reacción a ciertos factores físicos y el estrés alérgico.

1.3.3 Estresores en el ámbito académico.

Los principales estresores que invaden al individuo en la etapa escolar, según Barraza (2005) son: exceso de responsabilidad, interrupciones del trabajo, ambiente físico 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 pudiesen identificar como rasgos que 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 que 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 y 12) sentimiento de llanto.

1.4 Procesos del pensamiento que propician el estrés.

Es muy probable que cuando una persona se encuentra bajo los efectos del estrés, observe los hechos de una manera subjetiva, de modo que comience a distorsionar sus pensamientos, alterándolos de manera significativa, con lo que se vuelven diferentes a lo que realmente sucede.

Según Cungi (2007), el sujeto comienza a minimizar los éxitos y/o a maximizar los fracasos, también suele sobregeneralizar las cosas, lo que significa atribuir más valor a las cosas del que tienen realmente, es decir, tener conclusiones generales a partir de un hecho particular.

De igual manera, el sujeto comienza a tener una inferencia arbitraria, es decir, concluir cosas sin sustento para hacerlo, también comienza hacer una abstracción selectiva, que se refiere a una inferencia arbitraria pero con un objeto en particular. En este sentido, las personas comienzan a personalizar los sucesos, es decir, el atribuírselos a sí mismos y hacerse responsables de ellos de una manera exagerada.

Por su parte, Palmero y cols. (2002) hacen referencia a que dentro de este proceso de pensamiento, también se encuentran las distorsiones cognitivas, las cuales son creídas por las personas, por más absurdas que parezcan. Estos 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. Las distorsiones las frecuentes, según estos autores, son:

- El filtraje, el cual se caracteriza por la incapacidad de observar alternativas en un acontecimiento, es decir, el sujeto sólo se enfoca en un punto en específico, sin analizar otros factores que podrían ayudarlo.
- La interpretación del pensamiento, que se refiere a que el sujeto pretende adivinar lo que las personas que lo rodean piensan o creen de él, de esta manera el sujeto hace juicios repentinos sobre los demás.
- La polarización y la visión catastrófica; la primera quiere decir que la persona sólo se permite ver o todo lo positivo o lo negativo que está sucediendo, sin darse la oportunidad de observar los puntos intermedios; la segunda se refiere a que si sucede algo malo, se le da énfasis a ese acontecimiento.
- La falacia de control, en ésta existen dos tipos en los que se pueden distorsionar el sentido de poder y de control de una persona: en el primer caso, el sujeto se siente omnipotente y responsable de todo lo que ocurre a su alrededor; en el segundo caso, la persona se siente extremadamente controlada e impotente.
- El razonamiento emocional radica en que la persona cree que es todo lo que piensa de sí misma, sea negativo o positivo, supone que lo que ella siente ser es verdadero.
- La falacia de cambio, en esta distorsión, el individuo supone que su felicidad depende de los actos que los demás tengan hacia él, esta esperanza de

felicidad se encuentra en conseguir que los demás satisfagan sus necesidades, por lo que llega incluso a culpabilizarlos, exigirles, ocultarles información o negociar con ellos.

- La culpabilidad se refiere al hecho de que las personas creen que son responsables de cualquier cosa negativa que les ocurra a ellos o a sus allegados, de esta forma se sienten obligados a satisfacer los deseos de los demás, y se sienten mal cuando no lo logran.
- El tener razón, estos sujetos se caracterizan por pensar que su punto de vista es el correcto y sus acciones adecuadas, normalmente están a la defensiva y pocas veces cambian de opinión, ya que no escuchan nuevos puntos de vista. Cuando los hechos ya no encajan en lo que creen, suelen ser ignorados o distorsionados.

1.5. Los moduladores del estrés.

Existen varios factores que influyen en el desarrollo del estrés, éstos, 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, los cuales 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 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. Con este entendido, el apoyo social es una fuente de recursos para hacer frente a las demandas que trae consigo el estrés.

Estos autores sugiere 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 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 y mental.

De acuerdo con lo anterior, el apoyo social reduce el impacto negativo de los sucesos vitales y otros agentes estresores por diversas vías, ya que elimina o reduce el impacto del propio estresor, ayudando al sujeto a afrontar la situación que le genera estrés y atenuando la experiencia de estrés, si ésta 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.

Este mismo autor asegura que la integración del individuo a las redes sociales, lo beneficia directamente en la autoestima, la percepción del control, la expresión del afecto, 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 personalidad 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, basándose en las respuestas conductuales a los estímulos ambientales. De estas investigaciones surgieron los tipos de personalidad, que determinan rasgos de cómo maneja el sujeto el estrés al que está expuesto.

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 en menos tiempo, contra los esfuerzos opositores de otras circunstancias o personas. Es decir, 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, las personas con personalidad tipo B, según Travers y Cooper (1997), no sufren de impaciencia ni la urgencia, no albergan hostilidades injustificadas y pueden relajarse sin sentir culpa alguna.

1.5.3.1. Personalidad tipo A y problemas cardiacos.

Existe una serie de características que según Travers y Cooper (1997), se destacan porque los sujetos con personalidad de tipo A, 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 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. Manifestaciones físicas, tales como: gestos, tics nerviosos, mantener los puños cerrados, o dar golpes en la mesa para enfatizar lo que están diciendo.
6. Egocentrismo, tienden a girar la conversación en torno propio y de los asuntos que a ellos 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 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 desafiarse.

Este tipo de conductas ejecutadas por la personalidad tipo A, según Ivancevich y Matteson (1985), propicia problemas cardiacos en el individuo, puesto que el sujeto, en virtud de su conducta característica, aumenta la probabilidad de exposición a ciertos estresores, como la sobrecarga, mientras disminuye su resistencia al estrés a negarse a relajarse.

Otra noción que fundamenta que la personalidad tipo A causa enfermedades cardiacas, es que el ambiente del individuo es importante para provocar determinadas conductas, es decir, la orientación dada al comportamiento por parte del individuo, es menos importante que la orientación de su ambiente.

1.6. Los efectos negativos del estrés.

Como ya se ha venido mencionando, son varias las consecuencias negativas que trae consigo el nivel de estrés al que pueda estar sujeto el individuo diariamente.

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

Estas respuestas de adaptación tienen como fin restaurar o mantener la homeostasis y no el intentar mantener el equilibrio interno como causa de subsecuentes rompimientos del mismo.

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. Cuando los periodos de estrés son prolongados, crean un ambiente interno para la creación de lesiones, debido a que la fabricación de cortisona aumenta.
3. La diabetes: implica deficiencia de insulina y se presenta en las personas que no puedan absorber suficientemente el azúcar de la sangre. Si el estrés es persistente, el páncreas se debilita, lo que da como resultado una deficiencia permanente de insulina.
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 consecuencias 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, y 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, lo cual sirve para estructurar el conocimiento teórico de la investigación, así como el cumplimiento de los primeros objetivos particulares.

CAPÍTULO 2

TRASTORNOS ALIMENTARIOS

El presente capítulo trata de los trastornos alimentarios, para lo cual se abordan desde sus antecedentes históricos, para dar un panorama de cómo se han venido generando al pasar el tiempo, hasta el modo en que dichas perturbaciones se viven en la actualidad.

Se proporciona una definición precisa de los trastornos alimentarios, lo cual incluye las características que los identifican, ya que es importante conocer su significado y el modo en que se distinguen, para poder diferenciar la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, las cuales tienen similitudes, pero también características privativas.

De esta manera, se revisa la anorexia y bulimia nerviosa, y la manera en que estas alteraciones alimentarias repercuten también desde tempranas edades, se aporta el perfil de la persona que las pudieran padecer, para una mejor detección de cada trastorno.

También se dan a conocer los diversos factores que pudieran estar desencadenando y/o manteniendo a los trastornos alimentarios, así como algunas alternativas de tratamiento que podrían ayudar a los sujetos que los padecen.

2.1. Antecedentes históricos de la alimentación.

Según Jarne y Talarn (2000), tiempo atrás se observaban conductas aberrantes para la percepción que se tiene en la actualidad, tales como utilizar el hábito de vomitar de una manera usual, después de ingerir alimentos de una manera desmesurada en un banquete, con el fin de volver a comer. En ese tiempo, por medio de los banquetes, la gente perteneciente a las esferas sociales más elevadas, utilizaban ese comportamiento como señal de su poderío.

La restricción alimentaria desde un principio se vio asociada con la religión, puesto que los personajes devotos se imponían penitencias que eran referentes a rechazar el alimento; un ejemplo sería el ayunar. La penitencia se realizaba para conseguir un estado espiritual más elevado.

Estos mismos autores mencionan que existen documentos escritos del siglo XVII en los que se describen casos de inanición por rechazar el alimento, y que este suceso ocasionaba tanta controversia, ya que sorprendía la supervivencia sin alimentos debido a que en esa época era muy difícil dejar de comer.

En 1873 Gull y Lassegge, (mencionados por Jarne y Talarn; 2000), 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).

Después de esta descripción, comenzaron a surgir hipótesis psicológicas, especialmente de tipo psicoanalítico. A partir de los años sesenta del siglo pasado se ha venido considerando que el origen de los trastornos alimentarios está ligado a un conjunto de factores unidos de tipo psicológico, biológico y social, los cuales engloban los tres núcleos conflictivos de la anorexia: el peso, la figura y los pensamientos alterados.

Jarne y Talarn (2000), mencionan a Russell, quien en 1979 denominó a la bulimia nerviosa como tal, al describir un cuadro clínico caracterizado por episodios de ingesta voraz de alimento y conductas de purga posteriores a éste, Russell define que la bulimia nerviosa está vinculada con la anorexia nerviosa, como una evolución de ésta.

Aunque por lo contrario, los mismos autores que citan al investigador mencionado, indican que se han observado casos donde no necesariamente la anorexia y la bulimia nerviosa se presentan de manera combinada.

2.2. Definición y características clínicas de los trastornos alimentarios.

Según 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 bloqueo 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, medicas, sociales y legales.

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

2.2.1. Anorexia nerviosa.

Según Jarne y Talarn (2000), la anorexia nerviosa es una conducta alterada donde la persona que la padece, presenta actitudes anormales ante la alimentación, esto va a acompañado 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.

Las características diagnósticas de la anorexia nerviosa, según la APA (2002), son cuatro y se denominan simplemente con letras. A continuación se describe cada una.

El criterio A se refiere a la necesidad de mantener un peso menor a lo normal; el peso mínimo estándar de un individuo, se determina con base en la constitución física de la persona, así como su historial de peso, edad y talla.

El criterio B consiste en que el paciente tiene un miedo intenso de subir de peso y generalmente, este sentimiento no desaparece aunque el individuo disminuya de peso, incluso puede aumentar el miedo aunque vaya bajando de peso.

El criterio C señala que la persona tiene una percepción errónea de la silueta y peso de su cuerpo, frecuentemente se pesa en básculas, toma medidas corporales y se mira en el espejo, incluso si se tiene reconocimiento de que es delgada; niega tener algún tipo de problema clínico.

El criterio D radica en 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.

Aunque otros autores han mencionado la pérdida del apetito como característica de la anorexia nerviosa, es importante hacer mención de que no existe tal síntoma, sino que el paciente se rehúsa a ingerir alimentos.

En este trastorno, el paciente tiene poca consciencia de las alteraciones que está presentando, la niega y la encubre con historias fantasiosas.

La APA (2002), también hace mención que durante la anorexia nerviosa existe presencia de atracones y/o purgas, es por eso que establece dos subtipos donde pueden o no aparecer:

1. Tipo restrictivo: estos pacientes no recurren a atracones ni a purgas, sino que la pérdida de peso se consigue mediante estrictas dietas, ayuno y exceso de ejercicio.
2. Tipo compulsivo/purgativo: estos pacientes, recurren a atracones o purgas, incluso a ambas, provocándose el vómito o utilizando diuréticos, laxantes o enemas, de una forma recurrente.

Es importante saber diferenciar entre una anorexia nerviosa común y una atípica: según Castillo y León (2005), ésta última es cuando no se cumplen todas las características que se marcan en la anorexia nerviosa, ya que puede que no haya pérdida significativa de peso o amenorrea. El término de anorexia nerviosa atípica, es recogido únicamente por la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) per no aparece en la APA.

2.2.2. Bulimia nerviosa.

Según Jarne y Talam (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 vida cotidiana de la persona que la padece.

Estos mismos autores mencionan que el patrón de conducta relativo a la alimentación es desordenado e imprevisible, lo cual surge de manera contraria en la

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

La APA (2002), menciona cinco características esenciales para el diagnóstico de la bulimia nerviosa, indicados únicamente por letras.

El criterio A, se refiere a la presencia de atracones recurrentes, los cuales se caracterizan por ingerir porciones de alimento superiores a lo normal, en periodos cortos de tiempo y con una sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimento.

El criterio B, indica que el paciente tiene conductas compensatorias inapropiadas, una vez que se presenta el atracón, las cuales se presentan 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.

El criterio C refiere 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.

El 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.

El criterio E alude a que los pacientes con bulimia nerviosa manifiestan un miedo a subir de peso, por lo que tienen una insatisfacción corporal y esto se deriva en querer adelgazar y, sin embargo, no debe realizarse un diagnóstico hasta no descartar anorexia nerviosa, puesto que estas características también son propias de esta perturbación.

En la anorexia bulimia nerviosa, 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:

1. Tipo purgativo: describe a pacientes que han hecho mal uso de laxantes, diuréticos y 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 y enemas.

Al igual que en el padecimiento antes expuesto, se debe diferenciar entre una bulimia nerviosa y una bulimia nerviosa atípica, ya que según castillo y León (2005), ésta última es cuando no se cumplen todas las características que se marcan en la bulimia nerviosa, ya que el paciente puede presentar un peso normal o tener sintomatología depresiva. El término de bulimia nerviosa atípica, es recogido únicamente por la CIE-10, no por la APA.

El trastorno por atracón, según estos mismos autores, también se puede presentar por sí solo, sin conductas compensatorias. Aparece después de una pérdida significativa de peso lograda por una dieta, de las cuales los sujetos han probado numerosas; estos pacientes experimentan malestar, sensación de disgusto y culpa después de la presencia del atracón, incluso pueden padecer depresión, comen de forma rápida, sin hambre, además, lo hacen a solas y con una desagradable sensación de plenitud.

2.2.3. Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas.

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

Con esto no se quiere decir que la obesidad es el resultado de los acontecimientos estresantes, sino que es necesario saber diferenciar las causas que la estén originando. Este trastorno también es conocido, según la APA (2002) como hiperfagia psicógena.

2.2.4. Vómito en otras alteraciones psicológicas.

Castillo y León (2005), hacen mención de que 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. Estos se pueden presentar en la hipocondría o en embarazos que involucren algunos factores emocionales desagradables para la madre.

2.2.5. Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia.

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

Es importante diferenciar las características propias de la edad del niño, así como descartar alguna posible enfermedad orgánica. Estos mismos autores mencionan que para que se esté hablando de un trastorno en la conducta alimentaria en la infancia, el niño debe tener una tendencia clara de subir o bajar de peso en un periodo de al menos un mes, y que sea a causa de voluntad propia.

El rechazo al alimento puede estar sugiriendo una anorexia nerviosa, en la cual 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 normal.

La gravedad de este problema depende de que el rechazo del niño 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 afectada su salud, pero Jiménez (1997), sugiere que primeramente se acuda con un pediatra para descartar otras causas de tipo orgánico, y de no ser así, posteriormente acudir a ayuda psicológica antes de que el problema se incremente.

El niño 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 mismo autor antes mencionado, señala que esta conducta no es tan inusual durante la infancia, lo que posteriormente trae consecuencias en 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 quiera que el niño presente una alimentación apropiada a su edad.

Según Jiménez (1997), la falta de apetito también es un aspecto normal durante la infancia, y cuando realmente se está presentando un problema es porque el niño ingiere muy poca comida en general o debido a que la cantidad de comida se considere pequeña, sólo cuando ingiere algunos alimentos determinados.

“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).

El tiempo de comida excesivo, según Jiménez (1997), es normal, puesto que los niños tardan más tiempo en comer que los adultos, esto se convierte en problema cuando es muy excesivo el tiempo en que el niño le invierte a la ingesta de alimentos y si es en cada ocasión. Esta lentitud se puede deber a: 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.

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

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 niños con problemas psiquiátricos graves.

La rumiación o mericismo, según estos mismos autores, 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 e incapacidad de subir de talla, puede aparecer en niños con retraso mental o demora generalizada en el desarrollo.

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, si se habla desde un enfoque psicológico, pero si es con base anatómica y fisiológica, según Ajuriaguerra (1973), se refiere a las zonas que rodean el orificio bucal, principalmente los labios, mucosas intrabucales y lengua, tienen una presentación cortical sumamente extensa.

Este mismo autor señala que entre la representación cortical y la periférica concurren sistemas intermedios de gran importancia para la alimentación oral.

“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.

El reflejo oroalimenticio, como reacción oral, es una de las primeras relaciones que el niño tiene con el mundo externo, aunque todavía no sea una legítima relación objetiva. El niño percibe a la madre como fuente de alimento y no como objeto de amor.

La actividad oral es fuente de satisfacción y sirve también para saciar la necesidad de nutrición. Ajuriaguerra (1973) cita a Freud, quien señala que el infante distingue dos formas de satisfacción, la primera es la satisfacción de saciar el apetito y la segunda es la satisfacción erótica oral.

La función oral es, igualmente, 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 esta relación.

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 bienhechor y del cual puede obtener el máximo beneficio.

Con todo lo anterior, se entiende que el carácter oral va enfocado a la vida de relación que tiene el infante desde sus primeros años de vida.

Según Ajuriaguerra (1973), dar alimento a un niño no es un simple acto nutritivo, es una entrega de la madre; no es regido únicamente por el pecho que da, sino por la actitud de cómo lo hace, en este sentido no sólo se satisface el hambre, sino todas las necesidades del recién nacido.

Las primeras formas de relación van unidas a los actos de comer, principalmente la relación que tiene el recién nacido con su madre. Según Ajuriaguerra (1973), un niño 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 niño que come poco desespera a la madre ansiosa, cargándola de agresividad y hostilidad.

La comida es una institución social con un ritual y participación de la familia, según Ajuriaguerra (1973), por sus horarios y la forma de llevarlo a cabo se siente como una obligación, y su aceptación es una satisfacción para los padres. El comer puede significar varias cosas: alimentarse, sentir un placer, un acto cuyo propósito último es crecer.

2.3.2. Alteraciones en la esfera oroalimenticia.

Enseguida se indican las principales alteraciones relacionadas con el ámbito de la alimentación.

La anorexia esencial precoz, según Ajuriaguerra (1973), aparece en las primeras semanas de vida, en la cual, el recién nacido muestra una gran pasividad para comer y después de unos meses se nota renuente al respecto. Las características de estos niños son: peso bajo, nerviosos y muy despiertos. El padecimiento también es conocido como la anorexia del recién nacido.

La anorexia del segundo semestre se da de forma más frecuente; según Ajuriaguerra (1973), 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.

Esta perturbación se divide en dos tipos, según el comportamiento que el niño tenga ante la comida:

1. La anorexia inerte: es 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.
2. 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 frecuentemente agotados.

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

1. Simple: la cual 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 franca oposición.
2. Compleja: el niño manifiesta un gran desinterés hacia la comida, lo cual se distingue en que manifiesta su rechazo desde antes. Casi siempre se debe a un conflicto de relación 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 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 niño.

La anorexia de la segunda infancia, por lo general, es subsecuente de la primera infancia, aunque en ocasiones el rechazo al alimento se dé tras ciertos ritos

que se dan en el ambiente familiar, el niño se opone a la exigencia paterna o quiere de manera caprichosa elegir la comida.

2.4. Perfil de la persona con trastornos alimentarios.

Costin (2003), menciona cinco agentes principales que determinan el perfil de la persona que presenta trastornos alimentarios, ya que vuelven a la persona vulnerable. Enseguida se explica cada uno de dichos componentes.

Los problemas con la autonomía se refieren a que el sujeto le da mucha importancia a las opiniones externas, de esta manera está al pendiente de lo que los demás esperan de él, por ello, quiere cumplir siempre los estándares que le plantean. Esto conlleva a que la seguridad propia flaquee, ya que está puesta en satisfacer los deseos de los demás.

Cuando se habla de déficit en la autonomía, se refiere, según Costin (2003), a que la imagen y el concepto que el sujeto tiene sobre sí mismo no se asemejan al ideal que éste 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 lograr elevar la autoestima.

Las personas con trastornos alimentarios creen que van a lograr la perfección al tener un cuerpo ideal a cualquier costo, creyendo que al transformar su cuerpo, se transformarían ellas mismas para ser más seguras, autosuficientes e inteligentes.

Estos individuos 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.

El miedo a madurar que experimenta una persona con trastornos alimentarios, se origina puesto que este problema se desencadena generalmente durante la pubertad y continúa durante la adolescencia y la juventud. El sujeto muestra temor a ir madurando, puesto que esto implica varios cambios a nivel corporal, sexual, emocional y social, además que el negarse a madurar le permite seguir teniendo comportamientos infantiles y tener menos responsabilidad hacia sus actos (Costin; 2003).

La falta de comunicación entre los miembros de una familia podría ser un rasgo significativo en la evolución de los trastornos alimenticios, o en los casos donde el paciente sigue un patrón impuesto en casa; pero sería muy aventurado el señalar a la familia como causa directa del desarrollo de los trastornos alimentarios, de lo cual se hablará más adelante.

2.5. Causas del trastorno alimenticio.

Es difícil describir las causas que pudieran ocasionar que las personas desarrollen trastornos alimentarios, ya que la observación de pacientes que los padecen, se realiza a partir de que ya la están presentando.

Se ha observado, según Costin (2003), que 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 de los que aparecen como resultado de los trastornos alimentarios.

Por todo esto, se vuelve complicado describir las causas específicas que conlleven 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.

La vulnerabilidad de las personas para desarrollar un trastorno alimentario, se rige a partir de que se dan determinadas combinaciones de factores individuales, familiares y socioculturales.

2.5.1. Factores predisponentes individuales.

Según Costin (2003), dentro de los factores predisponentes individuales, se han hecho diversas investigaciones realizadas por psicólogos, los cuales destacan como causas particulares el aprendizaje, las creencias, las cogniciones y la constitución psicofisiológica.

- 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 que el paciente tiene, pudieran ser prejuicios que ha venido adoptando, como el pensar que sólo las personas con una silueta esbelta son felices; esta situación constituye un factor que motiva al paciente a llegar a presentar trastornos alimentarios.
- Las actitudes o las cogniciones de cómo el sujeto vive y adopta las conductas alteradas, podrían ser predeterminantes para el desarrollo de los trastornos alimentarios.
- Las medidas psicofisiológicas se utilizan a menudo 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. Por medio de los cuales se comunica el amor y el poder.

Costin (2003), señala que la comida engloba mucho más que las sustancias que regulan la alimentación, ya que también incluyen una multitud de significados individuales que van variando en cada persona. En este sentido, el autor cita a Helman, quien destaca cinco tipos de sistemas de clasificación de la comida.

1. Comida frente a no comida: se refiere a la clasificación de las cosas que son comestibles y las que no lo son.
2. Comidas sagradas frente a comidas profanas: aprueba las comidas que pueden ser ingeridas de acuerdo con las creencias religiosas que el individuo profese.
3. Clasificación de comidas paralelas: 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: durante las enfermedades se evitan o se utilizan algunos alimentos, dependiendo el caso.
5. Comidas sociales: la alimentación es como una forma de afirmar y desarrollar relaciones sociales, establecer estatus sociales y crear identidad del grupo mediante patrones tradicionales.

Según Costin (2003), se 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 cultura frente a naturaleza) y la interacción social (la comida como amor, salud frente a placer y poder).

En este sentido, para el significado de la comida, Ogden (2005) considera doce aspectos.

1. La comida como afirmación del Yo: la comida actúa como una comunicación de necesidades internas y el sentido del Yo.
2. Comida y sexualidad: existe comida que actúa como afrodisiaco, de esta manera se relaciona con el sexo y la sexualidad.
3. Comer frente a la negación: por lo general, la mujer es la responsable en proporcionar la comida a los demás, pero frecuentemente 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 representan sensaciones de culpa, puesto que su publicidad los hace aparecer de esta manera ambivalente.
5. La comida y el autocontrol: el autocontrol 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 es utilizada 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 considerado 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 agrado, esto generan conflicto y culpa.

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 alimento, reservando para sí misma cantidades menores de comida, como una demostración de negativa a comer para mantener un cuerpo más delgado y cumplir su rol de proveedora.
10. La comida como identidad cultural: un individuo va a lograr un sentido de pertenencia a un grupo, consumiendo comidas tradicionales de su cultura.
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 comunicarse la santidad dentro de la familia.
12. La comida como poder social: es considerada como un símbolo primordial del valor social, puesto que es un símbolo de estatus social. Las personas poderosas comen bien y son bien alimentadas por otros, mientras que las personas socialmente oprimidas, escasamente se alimentan.

Los individuos, según Ogden (2005), se ven influidos por los alimentos que ingieren para el estado físico de su cuerpo, los cuales tienen la capacidad de producir cambios físicos. Esto produce que el individuo utilice una selección de la dieta mediante el contexto de su cuerpo, y de los significados relacionados con el tamaño y la forma del mismo.

En este sentido, según este mismo autor, el paciente otorga el significado de la delgadez mediante el control, libertad y éxito que se tenga sobre ella.

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, según Ogden (2005), se ha considerado como un reflejo de la delgadez, en primera instancia respecto a la clase social, puesto que una persona gruesa representaba ataduras de una clase social inferior, y la delgadez indicaba la evasión de la estructura de clases; en segunda instancia, la delgadez representaba la liberación de la reproducción biológica, es decir, la delgadez simboliza una evasión de la expectativa que se tiene hacia la mujer acerca de que su función principal es la de tener hijos.

El éxito es el lograr estar delgado, puesto que esta característica es vista como la perfección moral de una persona, y la gordura es considerada como 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, la libertad y el éxito.” (Ogden; 2005: 94).

2.5.2. Factores predisponentes familiares.

Según 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.

Este mismo autor menciona que las familias en las que ya se han desarrollado anteriormente algún trastorno alimentario, se considera un factor de riesgo. De esta forma y 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 y la dificultad para reconocer y resolver problemas; lo que organiza rígidamente las interacciones familiares. De esta manera, este mismo autor menciona que la sobreprotección por parte de los padres, no permite que los pacientes desarrollen una autonomía sana, y los conducen a la posibilidad de presentar trastornos alimenticios.

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 existe ausencia de límites generacionales, es decir, que 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.

Las expectativas demasiado altas por parte de los padres, por otra parte, crean frustraciones, sobre todo en los adolescentes, esto puede ocasionar sentimientos de inferioridad y alterar la perspectiva de la autoimagen que tiene el paciente, desarrollando trastornos alimenticios.

Según Rausch (1996), se ha observado que los pacientes con algún trastorno alimentario, tienen historias familiares que confluyen hacia tendencias depresivas y al alcoholismo. De igual manera, la existencia en el seno de la familia de abuso sexual y físico, crea alteraciones tanto personales como alimentarias, puesto que se ve desordenada la vida de las víctimas. Este mismo autor menciona que las fronteras problemáticas, son un tipo de organización familiar que consta en una serie de reglas impuestas en casa, las cuales determinan en cada momento quién participa de cada interacción y de qué forma participa en ella, estas fronteras se tornan difusas para los miembros de la familia, produciendo una intrusión física y mental en el espacio del otro. Esto limita a los integrantes de la familia y desdificulta la adaptación.

Las jerarquías, son otro tipo de organización familiar, según Rausch (1996), y éstas se ven alteradas cuando los hijos son quienes asumen funciones correspondientes de 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.

Este mismo autor nombra un tercer tipo de organización, que son las fallas en el control, lo que se refiere a familias demasiado controladoras, que inhiben de esta manera el desarrollo de la autonomía de los hijos, esto generalmente se da por discrepancias en la pareja en cuanto a la educación de los hijos, lo que resulta caótico para los miembros de la familia.

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 aquéllas 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 el género femenino, para alcanzar la felicidad y mantener una buena autoestima. Esto es porque cuando la sociedad habla de un cuerpo ideal o espectacular, se refiere específicamente a una complexión delgada.

La sociedad comunica 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 lo hace evidente con frecuentes anuncios

publicitarios, donde muestra un estereotipo de mujer delgada, feliz, amada, realizada y triunfadora; experta en todo, mostrada casi como un trofeo del hombre, o en otras palabras, que se convierte en una súper mujer, situación que en la vida real no es; dicho estereotipo causa sentimientos de frustración y fracaso en las mujeres, al no poder cumplirlo.

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 del 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 satisfactorios. Por lo que los espectadores prefieren mantener sus cuerpos delgados para no correr el riesgo que tiene, según los prejuicios sociales, una persona obesa.

2.6. Percepción del cuerpo en el trastorno alimenticio.

Según Ogden (2005), la imagen corporal es la representación diagramática del propio cuerpo en la conciencia, la persona va creando sentimientos y ciertas actitudes hacia su estructura anatómica.

La autoimagen corporal está conformada por dos aspectos: el cognitivo y el emocional.

Según este mismo autor, la percepción del cuerpo se ve distorsionada en pacientes con trastornos alimenticios, al manifestar insatisfacción, ya que la imagen 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 las pacientes lo rechazan.

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

Las mujeres representan mayor insatisfacción corporal con respecto al estómago, las caderas, los muslos y las nalgas, esto es porque son áreas del cuerpo femenino que se desarrollan en la mayoría de las mujeres de una manera voluminosa.

Asimismo, este mismo autor menciona que 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 la insatisfacción corporal: los medios de comunicación, la cultura y la familia.

1. Los medios de comunicación: se encargan de anunciar a mujeres que se representan delgadas, en anuncios, telenovelas, programas televisivos, internet, películas, revistas, por citar algunos; muestran mujeres esbeltas como protagonistas felices, y cuando muestran chicas gruesas, no aparecen como normales, sino objeto de mofa por su imagen, esto causa que las televidentes sientan inconformidad corporal, deseando tener un cuerpo esbelto.
2. Cultura: algunas investigaciones aseguran que la influencia de la cultura de un individuo sobre la insatisfacción corporal, en especial su carácter étnico y su clase social; indican que el individuo llega a presentar insatisfacción corporal puesto que las expectativas están puestas en pertenecer a una clase social alta, ser una persona blanca, asiática o negra. Aunque en este sentido las investigaciones se contradicen, unas al decir que la cultura es detonante de la insatisfacción corporal y otras al decir que no lo es.
3. La familia: las investigaciones que se han relacionado entorno la influencia de la familia en la aparición de la insatisfacción corporal, han destacado particularmente el papel que desempeñan las madres disconformes con su propio cuerpo, y que transmiten esta sensación de descontento a sus hijas, llevándolas a una insatisfacción corporal propia.

Según Ogden (2005), las investigaciones también han buscado explicaciones psicológicas con relación a la insatisfacción corporal que presentan los pacientes con

trastornos alimentarios; se ha detectado la influencia de las creencias, la naturaleza de las relaciones y el control como medio para explicar cómo se traducen las influencias sociales.

Como ya se mencionaba, 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 una 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 conlleva a respuestas, sentimientos y pensamientos negativos sobre el cuerpo, lo que lleva una incomodidad e inconformidad hacia dicha situación.

Según Ogden (2005), las consecuencias de la insatisfacción corporal son 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.

Los trastornos de la imagen corporal, según este mismo autor, se refieren a un trastorno propio del 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 alimenticios.

Según Costin (2003), los factores perpetuantes que influyen de mayor manera en los trastornos alimentarios, son las complicaciones de orden fisiológico y psicológico que derivan de dichos trastornos.

Este mismo autor menciona que la dieta es el factor primordial que hace que el paciente con algún trastorno alimentario lo siga manteniendo, ya que el cuerpo de la persona que lo padece, se encuentra subalimentado, por ello presenta malestares anímicos, emocionales y físicos, esto provoca a su vez que la persona sienta una falta de fuerzas. Por ello es que se considera que las consecuencias afectan tanto al organismo como al ánimo.

Ante este escenario, “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).

Las prácticas de control de peso y las obsesiones con las dietas, dejan de ser una solución al problema para convertirse en algo que mantiene a los trastornos alimentarios, ya que conlleva a una mala nutrición, la cual, según Costin (2003), tiene complicaciones de orden fisiológico, psicológico, cognitivo y social.

Se consideran de orden psicológico: 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.

Se considera de orden cognitivo: la falta de concentración, falta de comprensión y dificultades en el estado de alerta.

Se identifican inconvenientes de orden social cuando el paciente presenta aislamiento e incomodidad en la interacción con otros.

Se consideran de orden fisiológico: las cefaleas, 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.

Cuando la ingesta alimenticia es menor a la necesaria para el funcionamiento general del organismo, el cuerpo va a quemar menos calorías y se detiene la baja de peso.

Seguir una dieta es lo que lleva a toda la sintomatología, de la cual se pretende salir, con nuevos esfuerzos de control de comida, para esta vez “sí lograrlo” y recuperar el bienestar.

2.8. Trastornos mentales asociados a los trastornos alimenticios.

Según Kirschman y Salgueiro (2002), los trastornos mentales asociados a los alimenticios, 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 autoras hacen mención de que la serotonina se ha vinculado con distintos síntomas: variaciones del estado anímico, suicidio, problemas alimentarios, impulsividad y violencia, rasgos de ansiedad, de evitación y obsesivo-compulsivos.

Kirschman y Salgueiro (2002), consideran 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 períodos de atracón, impulsividad y depresión en pacientes con patrones alimentarios.

Estas mismas autoras reconocen que, en los trastornos alimentarios, se destacan dos trastornos mentales que se asocian, y que frecuentemente aparecen

acompañándolos, estos son: la depresión y la ansiedad. Dichos trastornos mentales se detallarán a continuación.

2.8.1. Trastornos alimenticios y depresión.

Según 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 anterior 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.

Según Kirschman y Salgueiro (2002), 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.

Los síntomas anteriores, en realidad son a causa, las autoras citadas, de los trastornos alimentarios, y no es propiamente que el paciente padezca depresión.

2.8.2. Trastornos alimenticios y ansiedad.

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

Estos mismos autores también 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 anterior también puede funcionar de manera inversa, es decir, que la persona sienta la necesidad de comer debido al estrés que está experimentando, esto va a variar en cada persona.

2.9. Tratamiento de los trastornos alimenticios.

Según 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:

1. Tratamiento ambulatorio: “cada día de vida es una oportunidad para expandir la experiencia y crecer, y el pensamos que sea posible, esto se debe realizar 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).

2. Tratamiento hospitalario: consiste en internar al paciente, en una clínica especial para trastornos alimentarios, donde el paciente se rehabilita del padecimiento que está presentando bajo supervisión médica y de especialistas las 24 horas del día.
3. Recuperación ponderal: que el paciente recupere el peso apropiado para su constitución ósea.
4. Tratamiento dietético: se le proporciona al paciente una serie de alimentos que debe ingerir durante determinado lapso de tiempo, esto para acostumbrar de nuevo al organismo a la adecuada ingesta de alimentos.
5. Tratamiento psicológico: terapias individuales con el paciente, el terapeuta lleva un seguimiento de caso, y lo apoya a recuperarse del trastorno alimentario que el paciente esté presentando.
6. Tratamiento farmacológico: se ha limitado el uso de fármacos en el tratamiento de anorexia nerviosa, puesto que se han observado efectos colaterales.
7. Terapia familiar: es de suma importancia este tipo de terapia dentro de la anorexia nerviosa, porque 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, las cuales se logran por la misma interacción que exista entre ellos.

Según Rausch (2007), las indicaciones para la hospitalización son que el paciente presente complicaciones físicas, pérdida de peso, complicaciones

psíquicas, crisis de las relaciones familiares, mala respuesta al tratamiento ambulatorio o al tratamiento de día en hospitales.

Según Rausch (2007), el tratamiento de la bulimia nerviosa consiste en restablecer pautas nutricionales normales, recuperación física, estabilización del peso, rehidratación y normalización electrolítica, así como corrección de anomalías físicas.

La normalización del estado mental, por otro lado, es un recurso que busca mejorar el estado de ánimo, tratar posibles trastornos de la personalidad, evitar abuso de sustancias y corregir el estilo cognitivo erróneo.

Al igual que en el tratamiento de la anorexia nerviosa, según Rausch (1997), la terapia familiar es esencial, ya que el paciente debe restablecer relaciones familiares adecuadas, para ello, debe aumentar la participación 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.

El paciente debe, según este mismo autor, 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.

Finalmente, es necesario señalar que el modelo cognitivo conductual se relaciona con el pensamiento, emoción y comportamiento manifiestos. El paciente examina la validez de sus creencias en el presente y por medio de esto, puede lograrse un tratamiento más efectivo, puesto que el paciente es consciente de su proceso (Rausch; 1997).

Con estos argumentos concluye el capítulo dedicado a la variable de los trastornos alimenticios y, con ello, el marco teórico de la presente tesis. Enseguida se expondrán los asuntos concernientes a la estructura e implementación de la recolección y tratamiento de datos, que es el tema del siguiente capítulo.

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Este capítulo está dividido en dos partes: en la primera de ella se realiza la descripción metodológica que se utiliza en este trabajo; en la segunda, se analizan los resultados arrojados por la aplicación de los instrumentos en la población seleccionada para esta investigación.

3.1. Descripción metodológica.

El enfoque bajo al 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.

Según Hernández y cols. (2006), este enfoque tiene 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 los fenómenos y analizarlos mediante procedimientos estadísticos.
2. Establecimiento previo de hipótesis.
 3. Recolección de los datos: se miden variables o conceptos contenidos en las hipótesis.
 4. Análisis estadístico de la recolección de datos.
 5. Confianza de la experimentación y los análisis de causa-efecto.
 6. Interpretación de resultados.
 7. Investigación objetiva, sin ser influida 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. (2006), citan a Grinnell y Creswell, quienes explican que:

1. Existen dos realidades: la primera es producto de las creencias, presuposiciones y experiencias subjetivas de cada individuo; la segunda realidad es objetiva e independiente de las creencias que se tengan.
2. Esta realidad objetiva es susceptible de conocer, por lo que es posible conocerse una realidad externa e independiente del investigador.
3. Re requiere tener conocimiento y mayor 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.

Según Hernández y cols. (2006), la investigación no experimental se realiza sin manipular a propósito las variables o asignar aleatoriamente a los participantes.

Los autores citados mencionan que 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. Estudio transversal.

Según Hernández y cols. (2007), la estructura de investigación transversal o transeccional, efectúa la recolección de datos en un solo momento. Tiene como propósito enunciar características de las variables y analizar su recurrencia e interrelación en un momento dado.

Los diseños transeccionales se dividen en tres: exploratorios, descriptivos y correlacionales/causales.

1. Diseños transeccionales exploratorios: tienen como propósito realizar un sondeo inicial en un momento específico.
2. Diseños transeccionales 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. Diseños transeccionales correlacionales-causales: Describen relaciones entre dos o más variables. Este tipo de diseño se detallara en el siguiente subtema.

3.1.4. Diseño correlacional.

Según Hernández y cols. (2007), los estudios correlacionales tratan de responder a preguntas de investigación planteadas. Tienen como propósito evaluar,

en un ambiente en particular, el nivel de relación existente entre dos o más variables. Tales correlaciones se formulan con base en las hipótesis sometidas a prueba.

“La utilidad y el propósito principal de los estudios correlacionales son saber cómo se puede comportar un concepto o una variable conociendo el comportamiento de otras variables relacionadas”. (Hernández y cols.; 2006: 63).

La correlación puede presentarse de manera positiva o negativa: si se da 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 negativa, 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 un orden sistematizado entre sí (Hernández y cols.; 2006).

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

Sumado a 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 pruebas estandarizadas.

Las técnicas estandarizadas, según Hernández y cols. (2007), son instrumentos ya desarrollados por especialistas en la investigación que pueden ser utilizados para la medición de las variables.

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

“Cuando se utilice una como instrumento de medición una prueba estandarizada, es conveniente que se seleccione una prueba desarrollada o adaptada por algún investigador para el mismo contexto de nuestro estudio”. (Hernández y cols.; 2007: 220).

Cuando se elige una prueba realizada en otro contexto, se debe adaptar y aplicar pruebas piloto, también se debe ajustar a las condiciones de la investigación. Se debe demostrar validez y confiabilidad de las pruebas, para el contexto en el que se va a aplicar, ya que estas dos características constituyen las ventajas principales de estas técnicas.

Los autores mencionan que las pruebas estandarizadas requieren de un entrenamiento y conocimiento de las variables por parte del investigador que las aplica e interpreta. No deben aplicarse de manera superficial e indiscriminada.

Según Hernández y cols. (2007), la forma de aplicarse, codificarse, calificarse e interpretarse las pruebas estandarizadas, es variado tanto como los tipos de pruebas existentes.

Para la medición de la variable independiente de estrés, se empleó el test psicológico denominado Escala de Ansiedad Manifiesta en el Niño - Revisado (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 la ansiedad de niños y adolescentes de 6 a 19 años de edad, este instrumento puede aplicarse de manera individual o a un grupo de personas. El sujeto responde a cada afirmación encerrado en un círculo la respuesta “Sí” o “No”, según corresponda. En un esfuerzo para proporcionar más introspección clínica en las respuestas del individuo, la CMAS-R brinda cinco puntuaciones: la puntuación total indica la ansiedad que presenta el sujeto en términos generales. Se presentan además cuatro puntuaciones que corresponden a las subescalas denominadas: ansiedad fisiológica, inquietud/hipersensibilidad, preocupaciones sociales/concentración y mentira. Las puntuaciones elevadas marcan un alto nivel de ansiedad o mentira en las subescalas anteriores.

La subescala de ansiedad fisiológica está asociada por manifestaciones tales como dificultades del sueño, náuseas y fatiga. La subescala de inquietud/hipersensibilidad describe preocupaciones obsesivas, la mayoría de las cuales son relativamente bajas y están mal definidas en la mente del niño, junto con miedos de ser lastimado o aislado de forma emocional.

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

La escala de ansiedad total incluye las tres subescalas anteriores. En el presente estudio será la medición relevante de los sujetos investigados, 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 valor adquirido fue de .76, es decir, el test muestra confiabilidad.

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

Para la medición de la variable de Trastornos Alimentarios se utilizó la prueba 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 tipo de aplicación puede ser individual o colectiva; el tiempo de administración es ilimitado, normalmente se lleva alrededor de 20 minutos; es aplicable a partir de los 11 años; está constituida por un total de 91 reactivos y evalúa 11 escalas:

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 presente 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 Descripción de la población.

“Una población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones.” (Hernández y cols.; 2007: 158).

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 van a establecerse de acuerdo con los criterios de cada investigador, según afirman Hernández y cols. (2007), es importante que estas características cumplan con los objetivos planteados al inicio de la investigación.

Para la presente investigación se delimitó a una población de alumnos de segundo y tercer año de la Escuela Telesecundaria San Rafael de la ciudad de Uruapan, Michoacán.

El tipo de población que atiende son púberes y adolescentes de 11 a 16 años de edad, provenientes de familias con un nivel socioeconómico bajo. Los padres de familia que conforman la comunidad escolar son en un 40%, provenientes de otros lugares, principalmente de Tierra Caliente, por ello presentan costumbres propias de su región. Por lo que respecta al empleo de los padres de familia, el 60% tienen trabajos eventuales, 15% en el vecino país del norte, un 10% tienen trabajo fijo y 15% trabajan padre y madre. La preparación académica es en un 90% de educación primaria.

Esta escuela secundaria atiende un total de 243 estudiantes, de los cuales 93 cursan el primer grado, 79 cursan segundo y 71 alumnos cursan tercero; de ellos, 118 son hombres y 121 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 Descripción del tipo de muestreo

Se utilizó una muestra no probabilística; las selecciones de esta clase, según Hernández y cols. (2007), 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 que tienen para determinado tipo de estudio, en el cual no se requiere una representatividad de todos los elementos de la población, sino 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 intenciones del investigador y con finalidades distintas a las de la generalización de resultados. Este tipo de muestreo facilita la realización de la investigación; es recomendable para investigaciones de tesis, donde los recursos de tiempo son escasos. Los resultados no se pueden

generalizar, sin embargo se pueden mencionar como referencia para otros sujetos de la población.

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

2.3. Descripción del proceso de investigación.

El proceso que se tuvo que seguir para lograr la realización de esta investigación, fueron los siguientes:

Primeramente se elaboró un proyecto de investigación, en donde se estableció el objeto de estudio, hipótesis, objetivos, planteamiento del problema y su justificación, todo esto para delimitar el estudio y tener claro lo que se pretende lograr con la presente investigación.

Después de esto, se indagó en varios estudios relacionados con las variables que se utilizan en esta investigación, esto para tener datos previos sobre el tema.

Posteriormente 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 segundo y tercero de la Telesecundaria San Rafael, el cual fue la escala de ansiedad CMAS-R “Lo que pienso y siento”, de Reynolds y Richmond (1997), y el segundo para la medición de la presencia de trastornos alimentarios, se utilizó la prueba Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2), de Gardner (1998).

Una vez seleccionada la prueba se habló con las autoridades correspondientes, el director y los docentes encargados de segundo y tercer año, de la Telesecundaria San Rafael, para obtener el permiso y llevar a cabo la aplicación del instrumento.

En lo referente a la administración, se tiene que mencionar que la realizó la investigadora a seis grupos, tres del segundo grado y tres del tercero, pasando a aplicar salón por salón, con un total de aproximadamente 20 alumnos por salón, cubriendo una población total de 121 alumnas. Dicha aplicación se realizó dentro de la institución durante el horario de clases.

Después se inició con la calificación de las pruebas mencionadas anteriormente, y la recopilación de los datos numéricos de los resultados de los alumnos.

Superada la etapa de recolección de datos, se inició la redacción del capítulo tercero, correspondiente a la metodología, análisis e interpretación de resultados, que se realizó en dos momentos.

El primero fue revisar cierta bibliografía que fundamentara el tipo de investigación realizada. Posteriormente se hizo el análisis estadístico de las pruebas empleadas, mediante una hoja de cálculo del programa 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 varianza de factores comunes). Después se elaboraron las gráficas correspondientes a los datos, los que ayudó a la interpretación y corroboración de la hipótesis.

Por último se procedió a redactar las conclusiones, con lo cual se culminó con el proceso de investigación.

3.4 Análisis e interpretación de resultados.

En este 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 en el propio orden de las variables, en primer lugar los relacionados con la variable de trastornos alimentarios y en segundo término, los relativos a la variable de estrés, para finalizar con la información que concierne a la correlación existente entre ambas.

3.4.1 Los trastornos alimentarios en los alumnos de la Escuela Telesecundaria San Rafael.

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 bloqueo 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, medicas, sociales y legales.

El concepto de desórdenes alimenticios tiene su origen en el año 1873, cuando la anorexia fue definida por primera vez como un problema médico;

posteriormente en 1950 se describió la bulimia como un patrón de conductas de algunos sujetos obesos y en 1970, se reconoce la bulimia como un aspecto relacionado con la anorexia nerviosa (Mateos, citado por López y cols. en www.tallersur.com).

Actualmente algunas de las definiciones más aceptadas de estos términos son las de Shvili y la APA (2002), quienes definen la anorexia como uno de los trastornos alimenticios más frecuentes, la cual se manifiesta por cambios fisiológicos, conductuales y psicológicos, se caracteriza principalmente por un miedo enfermizo a la gordura o a subir de peso, además de una búsqueda constante de lograr adelgazar en un extremo máximo.

En la bulimia también se manifiesta miedo intenso de subir de peso, sin embargo, ésta se caracteriza por episodios recurrentes de voracidad, seguidos por conductas compensatorias inapropiadas como el vómito provocado, el abuso de fármacos, laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo. La característica esencial de la bulimia es la alteración de la percepción de la forma y el peso corporales.

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

En la escala de la obsesión por la delgadez se encontró una media de 71. La media aritmética es la suma de un conjunto de datos, dividida entre el número de medidas (Hernández y cols.; 2006).

Sumado a ello, se obtuvo la mediana, que es la medida de tendencia central que muestra el valor medio de un conjunto de valores ordenados (Hernández y cols.; 2006). El valor de la mediana fue de 69.

La moda es el dato que se presenta con mayor frecuencia en el conjunto de medidas (Hernández y cols.; 2006). En esta escala se identificó que la moda es el puntaje 59.

De la misma manera se obtuvo el valor de una medida de dispersión, concretamente de la desviación estándar, la cual muestra la raíz cuadrada del promedio de la suma de las desviaciones al cuadrado de un conjunto de datos (Hernández y cols.; 2006). El valor obtenido de esta medida es de 21.

Los datos obtenidos en la medición de la escala de obsesión por la delgadez en los alumnos de la Escuela Telesecundaria San Rafael, se muestran en el anexo 1.

En la escala de bulimia se encontró una media de 62, una mediana de 67, una moda de 46 y una desviación estándar de 16. Los datos obtenidos en la medición de bulimia en los alumnos de la escuela mencionada, se muestran en el anexo 2.

En la escala de insatisfacción corporal se encontró una media de 51, una mediana de 46, una moda de 6 y una desviación estándar de 28. Los datos obtenidos en esta medición, se muestran en el anexo 3.

En la escala de ineficacia se encontró una media de 61, una mediana de 60, una moda de 52 y una desviación estándar de 19. La información obtenida se muestra de forma detallada en el anexo 4.

En la escala de perfeccionismo se encontró una media de 48, una mediana de 46, una moda de 35 y una desviación estándar de 26. Los datos obtenidos en la medición de dicha escala, se muestran en el anexo 5.

En la escala de desconfianza interpersonal se encontró una media de 76, una mediana de 83, una moda de 80 y una desviación estándar de 21. La información que arrojó esta medición en los alumnos de la Escuela Telesecundaria San Rafael, se muestra en el anexo 6.

En la escala de conciencia introceptiva se encontró una media de 65, una mediana de 70, una moda de 22 y una desviación estándar de 25. Los datos logrados en la medición de conciencia introceptiva en los sujetos de estudio, se muestran en el anexo 7.

En la escala de miedo a la madurez se encontró una media de 87, una mediana de 92, una moda de 94 y una desviación estándar de 15. Los índices obtenidos en la medición de esta variable, se muestran en el anexo 8.

En la escala de ascetismo se encontró una media de 60, una mediana de 70, una moda de 57 y una desviación estándar de 26. Los datos obtenidos en la medición indicada, se muestran en el anexo 9.

En la escala de impulsividad se encontró una media de 90, una mediana de 95, una moda de 99 y una desviación estándar de 12. Los datos obtenidos en la medición de la escala mencionada en los alumnos de la escuela antes indicada, se muestran en el anexo 10.

En la escala de inseguridad social se encontró una media de 83, una mediana de 91, una moda de 99 y una desviación estándar de 20. Los datos obtenidos en la medición de inseguridad social en los sujetos de estudio, se muestran en el anexo 11.

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

En la escala de obsesión por la delgadez, el 46% resultó por arriba del percentil 70; en la escala de bulimia el porcentaje fue de 22%; en la escala de insatisfacción corporal, el 30%; en la de ineficacia, 29%; en la de perfeccionismo,

23%; en la de desconfianza interpersonal, 66%; en la de conciencia introceptiva, 47%; en la de miedo a la madurez, 88%; en la de ascetismo, 40%; en la de impulsividad, 88% y finalmente, en la escala de inseguridad social, 79%.

En función de lo anterior, se observa que en las escalas donde hay más casos preocupantes es en las de impulsividad, miedo a la madurez, inseguridad social y desconfianza interpersonal. Estos datos se pueden observar gráficamente en el anexo 12.

Se puede afirmar entonces que el nivel que presentan los indicadores de trastornos alimentarios en los alumnos de la Escuela Telesecundaria San Rafael, se encuentra por lo general en un nivel elevado, lo que resulta preocupante por la cantidad de estudiantes que presentan niveles altos en las distintas escalas de indicadores de trastornos alimentarios.

3.4.2 El nivel de estrés en los alumnos de la Escuela Telesecundaria San Rafael.

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

Con este mismo enfoque, 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.

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

Respecto a los resultados obtenidos en el nivel de ansiedad total como principal indicador del estrés en los alumnos de la Escuela Telesecundaria San Rafael, se encontró una media de 67, una mediana de 70, una moda de 99 y una desviación estándar de 23. Los datos obtenidos en la medición de estrés en los alumnos de la Escuela Telesecundaria San Rafael, se muestran en el anexo 13.

Además del puntaje general, resulta útil mencionar los resultados específicos de cada subescala.

Particularmente en el área de ansiedad fisiológica se encontró una media de 69, una mediana de 76, una moda de 99 y una desviación estándar de 27. Los datos obtenidos en esta subescala se muestran en el anexo 14.

Por otra parte en la subescala de inquietud/hipersensibilidad, se encontró una media de 69, una mediana de 72, una moda de 53 y una desviación estándar de 20. Los datos obtenidos en esta medición se muestran en el anexo 15.

Finalmente, en la subescala de preocupaciones sociales/concentración, se encontró una media de 53, una mediana de 56, una moda de 86 y una desviación estándar de 29. La información gráfica sobre dichos índices se muestra en el anexo 16.

Se presenta a continuación el porcentaje de sujetos que obtuvieron puntajes altos en la escala de ansiedad total, es decir, por arriba del percentil 70. De esta forma, se ubicará el porcentaje de casos preocupantes por su nivel de estrés. El porcentaje fue de 45%.

De acuerdo con estos resultados se puede afirmar que los niveles de estrés en los alumnos de la Escuela Telesecundaria San Rafael se encuentran en general en un nivel ligeramente más alto de lo normal.

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

Existen numerosos autores que han afirmado la relación que se da entre los trastornos alimentarios y el estrés. Selye (mencionado por Caldera y cols.; 2007), observo que la mayoría de sus pacientes, a pesar de la distinta enfermedad que

padecían, tenían síntomas en común como: cansancio, pérdida del apetito, baja de peso, astenia, entre otros. Selye le denominó “síndrome de estar enfermo”.

Hay además un estudio realizado en República de Chile por Behar y Valdés (2009), con el fin de correlacionar estrés y sintomatología alimentaria con las distintas variables. Se enfatiza la importancia de eventos vitales estresantes en los trastornos de la conducta alimentaria, especialmente la dinámica familiar para la focalización de medidas preventivas primarias.

En la investigación realizada con los alumnos de la Escuela Telesecundaria San Rafael, se encontraron los siguientes resultados:

Entre el nivel de estrés y la escala de obsesión por la delgadez, existe un coeficiente de correlación de 0.26 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. (2006).

Para conocer la influencia que existe entre el nivel de estrés y la obsesión por la delgadez se obtuvo la varianza de factores comunes, en la cual, mediante un porcentaje se indica el grado en 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.; 2006).

El resultado de la varianza fue de 0.07, lo que significa que entre el estrés y la obsesión por la delgadez hay una relación del 7%. Según Hernandez y cols. (2006), el porcentaje de relación debe ser de al menos el 10%.

Con lo anterior se puede corroborar que no existe correlación significativa entre dichas variables en los alumnos de la Escuela Telesecundaria San Rafael. Estos resultados se observan gráficamente en el anexo 18.

Entre el nivel de estrés y la escala de bulimia, existe un coeficiente de correlación de 0.11 de acuerdo con la fórmula "r" de Pearson, esto expresa que entre el estrés y dicha escala existe una correlación positiva débil.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.01, lo que significa que entre el estrés y la escala de bulimia hay una relación del 1%, de ese modo, se puede corroborar que no existe correlación significativa entre dichos atributos en los sujetos de estudio. Estos resultados se observan gráficamente en el anexo 19.

Entre el nivel de estrés y la escala de insatisfacción corporal, existe un coeficiente de correlación de 0.20 de acuerdo con la fórmula "r" de Pearson, esto indica que entre el estrés y la escala referida existe una correlación positiva débil.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.04, lo que se traduce en que entre el estrés y la escala de insatisfacción corporal hay una relación del 4%, con este dato, se puede corroborar que no existe correlación significativa entre las

variables antes mencionadas. Estos resultados se observan gráficamente en el anexo 20.

Entre el nivel de estrés y la escala de ineficacia, existe un coeficiente de correlación de 0.52 de acuerdo con la fórmula “r” de Pearson, esto significa que entre el estrés y esta escala existe una correlación positiva considerable.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.27, lo que denota que entre el estrés y la escala de ineficacia hay una relación del 27%, con lo que se puede confirmar que existe correlación significativa entre tales variables en el caso de los sujetos de estudio. Estos resultados se observan de manera detallada en el anexo 21.

Entre el nivel de estrés y la escala de perfeccionismo, existe un coeficiente de correlación de 0.25 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 0.06, lo que significa que entre el estrés y la escala de Perfeccionismo hay una relación del 6%. Con lo anterior se puede confirmar que no existe correlación significativa entre el estrés y la escala mencionada, en los alumnos de la institución examinada. Estos resultados se aprecian de forma detallada en el anexo 22.

Entre el nivel de estrés y la escala de desconfianza interpersonal, existe un coeficiente de correlación de 0.28 de acuerdo con la fórmula “r” de Pearson, esto se traduce en que entre el estrés y la escala referida existe una correlación positiva débil.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.08, lo que significa que entre el estrés y la escala de desconfianza interpersonal hay una relación del 8%, con lo cual se puede reconocer que no existe correlación significativa entre dichas variables en los alumnos de la Escuela Telesecundaria San Rafael. Estos resultados se observan de manera gráfica en el anexo 23.

Entre el nivel de estrés y la escala de conciencia introceptiva, existe un coeficiente de correlación de 0.49 de acuerdo con la fórmula “r” de Pearson, lo que significa que entre dichas variables existe una correlación positiva media.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.24, lo que expresa que entre el estrés y la escala de conciencia introceptiva hay una relación del 24%, con base en lo anterior, se puede asentar que existe correlación significativa entre el estrés y la escala citada en los sujetos de estudio. Estos resultados se observan gráficamente en el anexo 24.

Entre el nivel de estrés y la escala de miedo a la madurez, existe un coeficiente de correlación de 0.05 al emplear la fórmula “r” de Pearson, esto significa que entre tales atributos existe una ausencia de correlación.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.00, lo que significa que entre el estrés y la escala de miedo a la madurez no hay relación; debido a ello, se puede corroborar que no existe correlación significativa entre el estrés y el miedo a la madurez en los alumnos de la Escuela Telesecundaria San Rafael. Estos resultados se aprecian gráficamente en el anexo 25.

Entre el nivel de estrés y la escala de ascetismo, existe un coeficiente de correlación de 0.27 a partir de 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 0.07, lo que indica que entre el estrés y la escala referida hay una relación del 7%. Con lo anterior se puede determinar que no existe correlación significativa entre las variables examinadas, en los alumnos de la institución investigada. Estos resultados se observan de forma detallada en el anexo 26.

Entre el nivel de estrés y la escala de impulsividad, existe un coeficiente de correlación de 0.39 de acuerdo con la fórmula “r” de Pearson, esto remite a expresar que entre el estrés y la impulsividad existe una correlación positiva media.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.16 lo que significa que entre el estrés y la escala examinada hay una relación del 16%, con lo cual se puede corroborar que existe correlación significativa entre dichos atributos en los

alumnos de la secundaria estudiada. Estos resultados se observan gráficamente en el anexo 27.

Entre el nivel de estrés y la escala de inseguridad social, existe un coeficiente de correlación de 0.35 a partir de la fórmula “r” de Pearson, esto denota que entre dichos atributos existe una correlación positiva media.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.12, lo que permite afirmar que entre el estrés y la escala de inseguridad social hay una relación del 12%; dicho porcentaje permite ratificar que existe correlación significativa entre las variables mencionadas, en los sujetos de estudio. Estos resultados se observan de forma gráfica en el anexo 28.

Con los datos anteriores se puede confirmar que existe correlación significativa del estrés con cuatro de las once escalas del Inventario de los Trastornos de la Conducta Alimentaria: ineficacia, conciencia introceptiva, impulsividad e inseguridad social.

En contraparte, en el resto de escalas, que son siete, no se puede confirmar la existencia de una correlación significativa entre las variables.

CONCLUSIONES

En el presente estudio se corroboró en algunos casos la hipótesis de trabajo, particularmente en las escalas de ineficacia, conciencia introceptiva, impulsividad e inseguridad social. Esta hipótesis plantea que existe una relación significativa entre el nivel de estrés y los trastornos alimentarios, en los alumnos de la Escuela Telesecundaria San Rafael.

Sin embargo, para la mayoría de los indicadores de trastornos alimentarios, se corroboró la hipótesis nula, que plantea lo contrario.

El cumplimiento de los objetivos particulares número 1, 2, 3, y 4 se dio satisfactoriamente dentro del sustento teórico, en el capítulo 1, en el cual se analiza la variable estrés.

De la misma manera, los objetivos particulares 5, 6 y 7 se alcanzaron correctamente, mediante el sustento teórico dentro del capítulo 2, que abarca los diversos aspectos relativos a los trastornos alimentarios.

El objetivo particular numero 8 referido a la evaluación del nivel de estrés en los estudiantes de la Escuela Telesecundaria San Rafael, se alcanzó gracias a la realización del test psicométrico denominado CMAS-R, subtitulada “Lo que pienso y siento”.

Por otra parte, el objetivo particular número 9, referido a la evaluación de los trastornos alimentarios se cumplió favorablemente como consecuencia de la aplicación de la prueba psicológica conocida con el nombre de Inventario de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2).

Finalmente, el objetivo particular número 10, orientado a establecer la relación estadística existente entre el nivel de estrés y los trastornos alimentarios, se cumplió mediante las fórmulas de correlación conocidas como la “r” de Pearson y la varianza de factores comunes.

EL logro de los objetivos particulares permitió lograr el objetivo general, que plantea determinar la existencia de una relación significativa entre el nivel de estrés y los trastornos alimentarios, en los alumnos de la Escuela Telesecundaria San Rafael, del ciclo escolar 2010-2011, de la ciudad de Uruapan, Michoacán.

Se pueden enfatizar de manera particular los siguientes hallazgos:

Hubo dos descubrimientos de carácter empírico, el primero es que este estudio tiene gran importancia para la institución en la que se realizó, puesto que mediante la prueba estandarizada se midió el nivel de estrés que presentan los alumnos de segundo y tercer grado, al respecto se descubrió que la mayor parte de los alumnos manejan un nivel de estrés elevado. Dicha prueba permitió conocer al docente y a los padres de familia sobre el aspecto que más preocupa al adolescente y que en un futuro puede ser un agente estresor para él, con esto podrán ayudar de

manera adecuada a los educandos, a través de estrategias que les permitan mejorar el proceso educativo.

El segundo hallazgo primordial fue el tener conocimiento sobre los aspectos que conllevan a los alumnos a presentar trastornos alimentarios, y que áreas son las que desarrollan con frecuencia, para tener un antecedente de cómo prevenir dichos trastornos.

Un hallazgo particular en el presente estudio es haber logrado un amplio conocimiento sobre los temas del estrés y de los trastornos alimentarios, así como la aplicación de dos pruebas psicológicas novedosas y útiles para dichas variables.

Es importante mencionar que la presente investigación quedará como un antecedente sobre el estudio del estrés en el estudiante adolescente, tema que seguirá siendo de interés para el sistema educativo, ya que los alumnos diariamente se enfrentan con agentes estresores, los cuales podrían llegar a alterar el desarrollo integral propio.

De la misma manera, el tema de los trastornos alimentarios, resulta un problema de la vida actual, lo que ha preocupado al personal docente y a padres de familia, tal vez por la falta de investigaciones sobre el tema.

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.
Editorial Paidós Ibérica. Buenos Aires.

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

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

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

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. (2006)
Metodología de la Investigación.
Editorial McGraw-Hill. México.

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

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

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

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

Kerlinger, Fred N. (2002)
Investigación del comportamiento.
Editorial McGraw-Hill, México.

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

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

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

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

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

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

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

OTRAS FUENTES DE INFORMACIÓN

Hemerografía

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.

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

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

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

Páginas de Internet

Barraza Macías, Arturo. (2005)

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

Revista electrónica de psicologiacientifica.com

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

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

“Estrés y trastornos de la conducta alimentaria”

Revista chilena de neuro-psiquiatría. Vol. 47 No. 3 Santiago 2009.

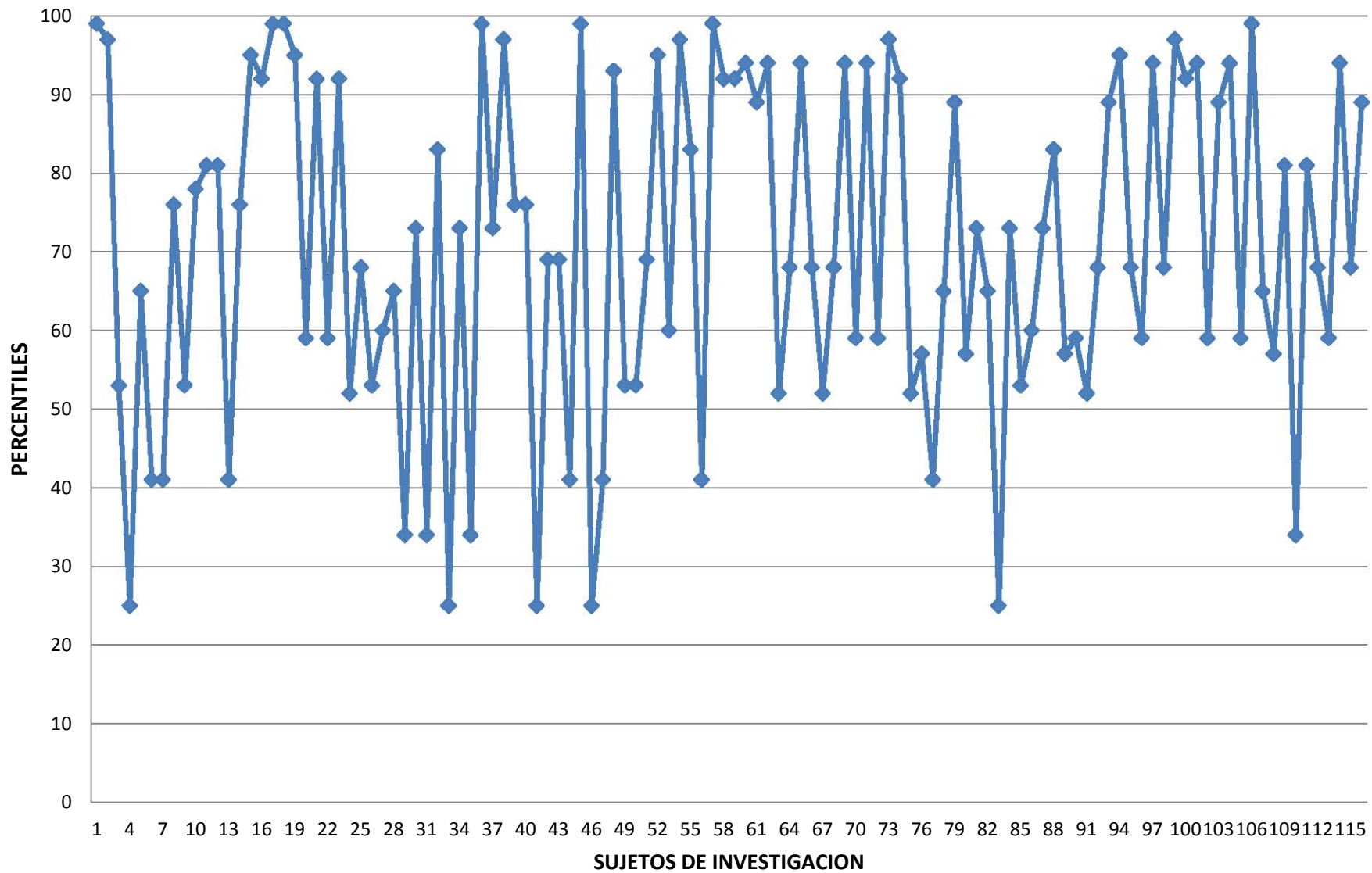
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttex&pid=S0717-92272009000300002

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

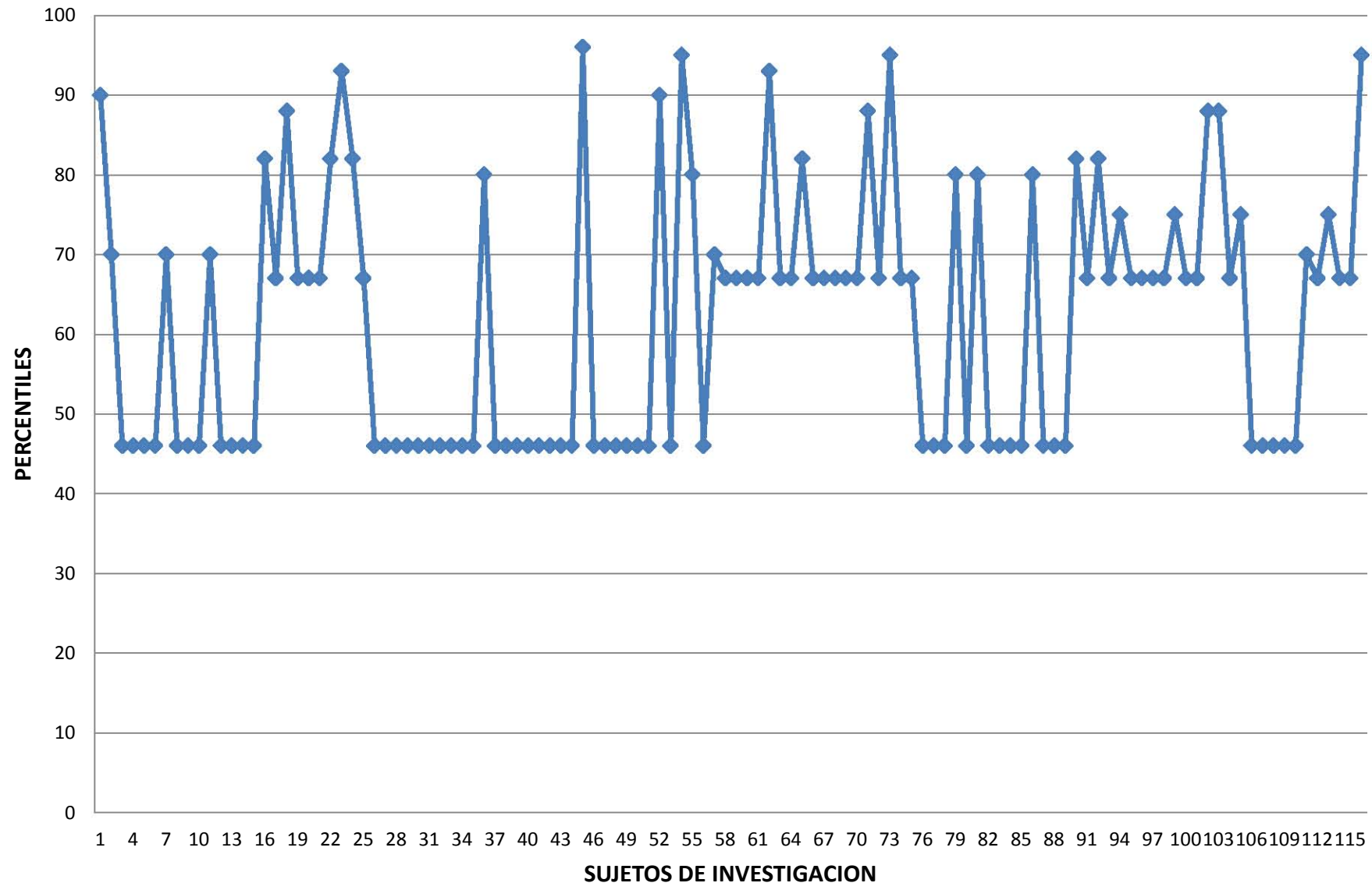
“Una aproximación a la estructura familiar de mujeres con anorexia y bulimia”.

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

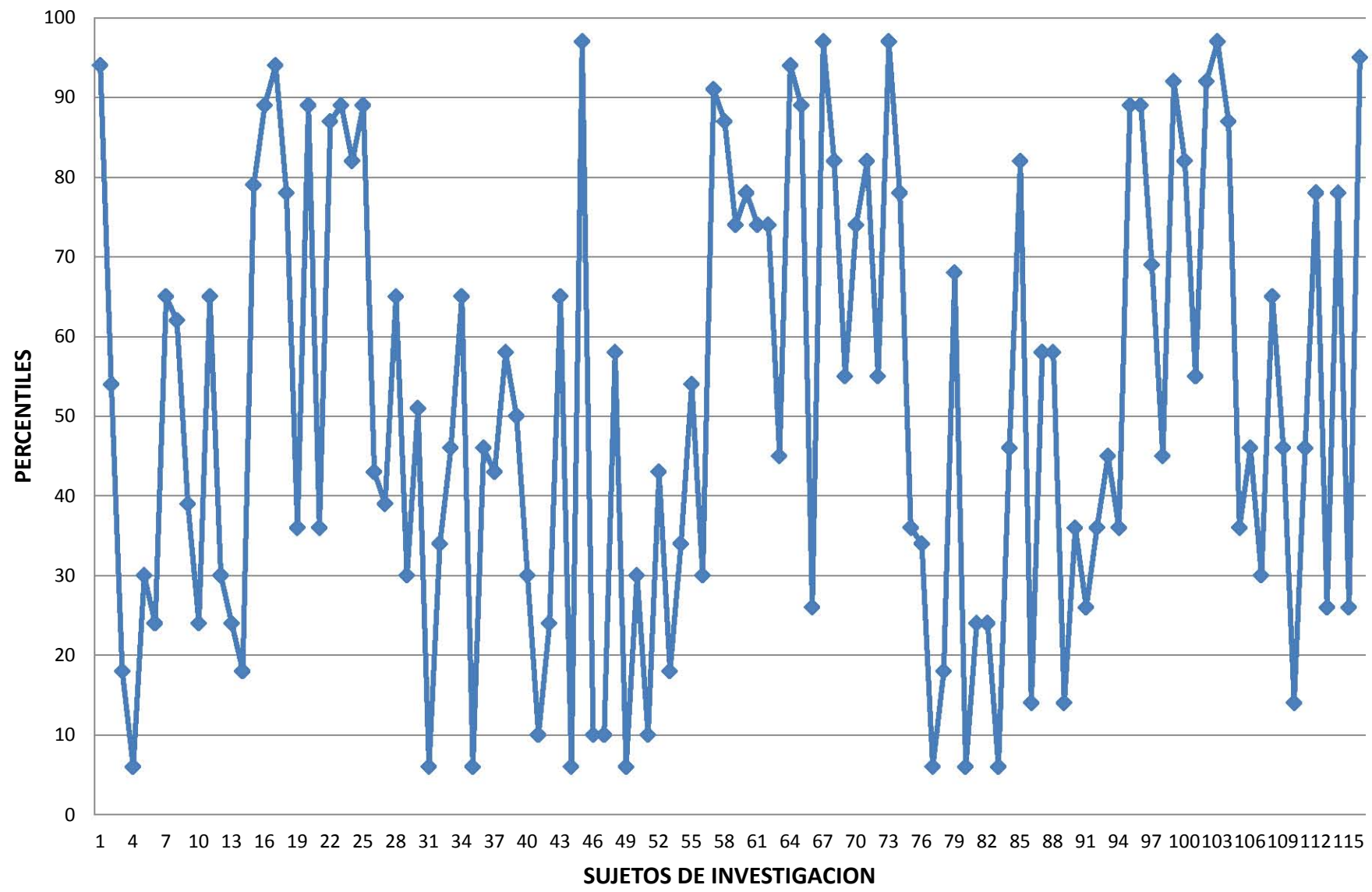
ANEXO 1
PERCENTILES DE LA ESCALA DE OBSESION POR LA DELGADEZ



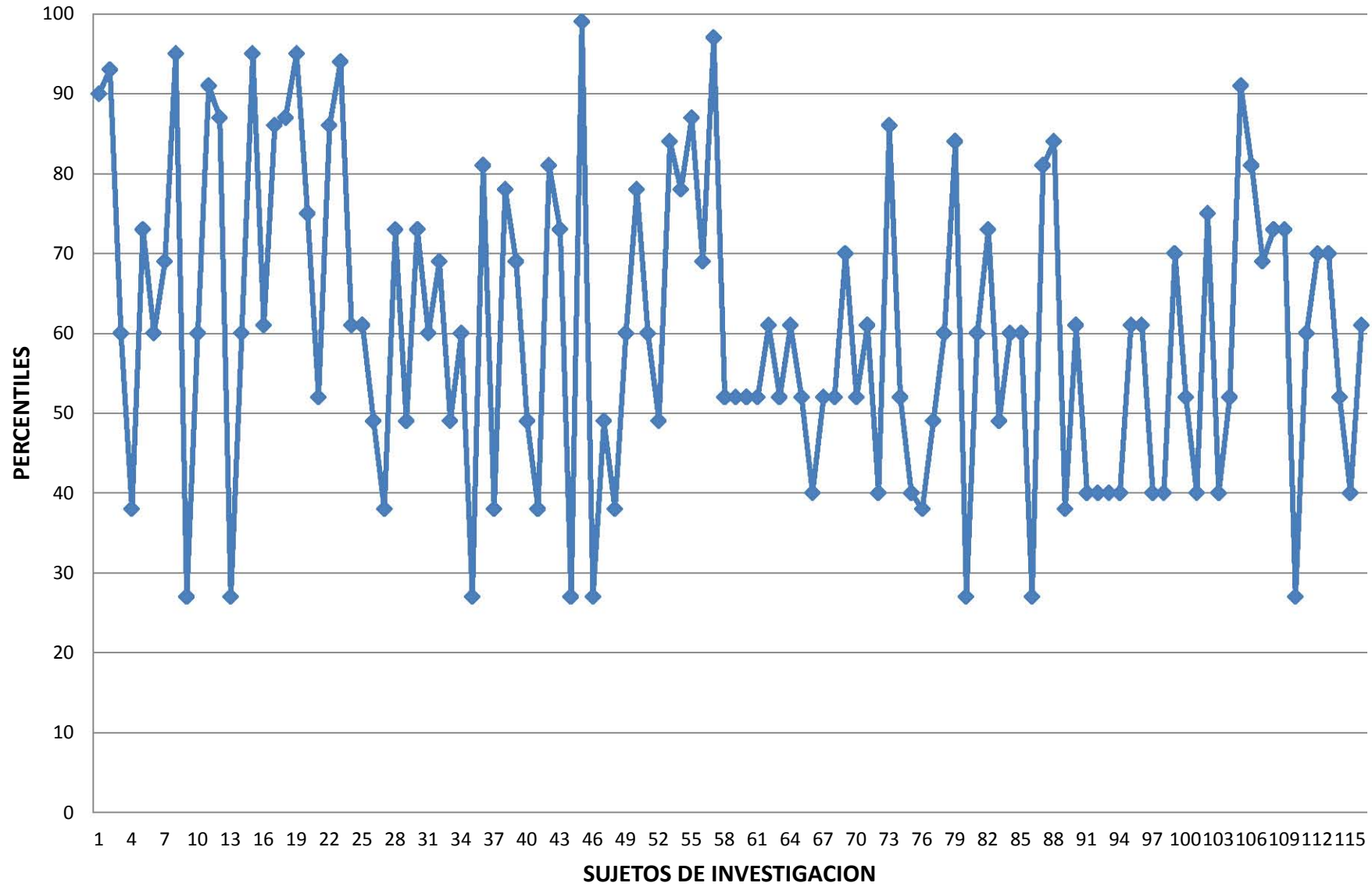
ANEXO 2 BULIMIA



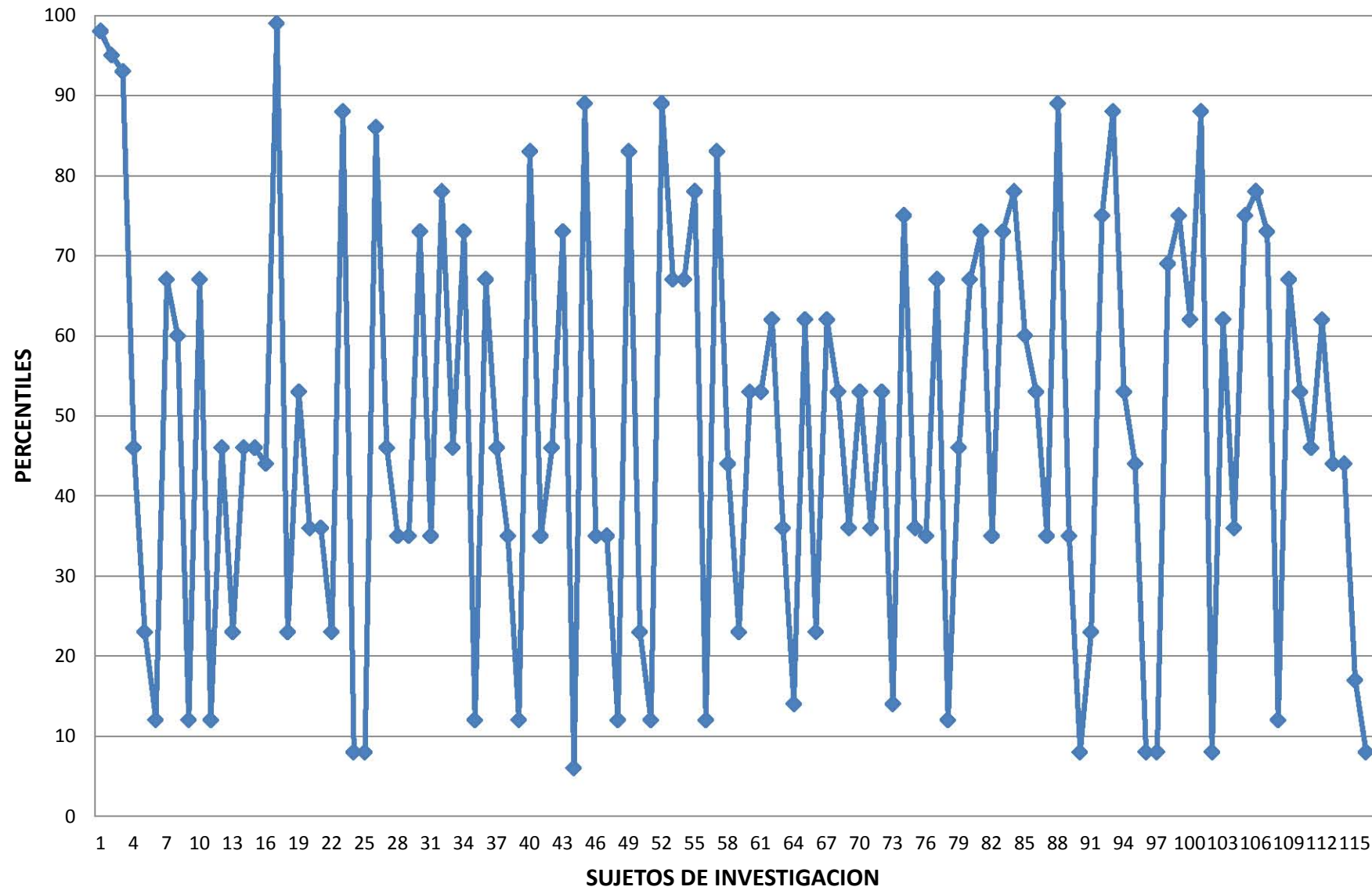
ANEXO 3 INSATISFACCIÓN CORPORAL



ANEXO 4 INEFICACIA

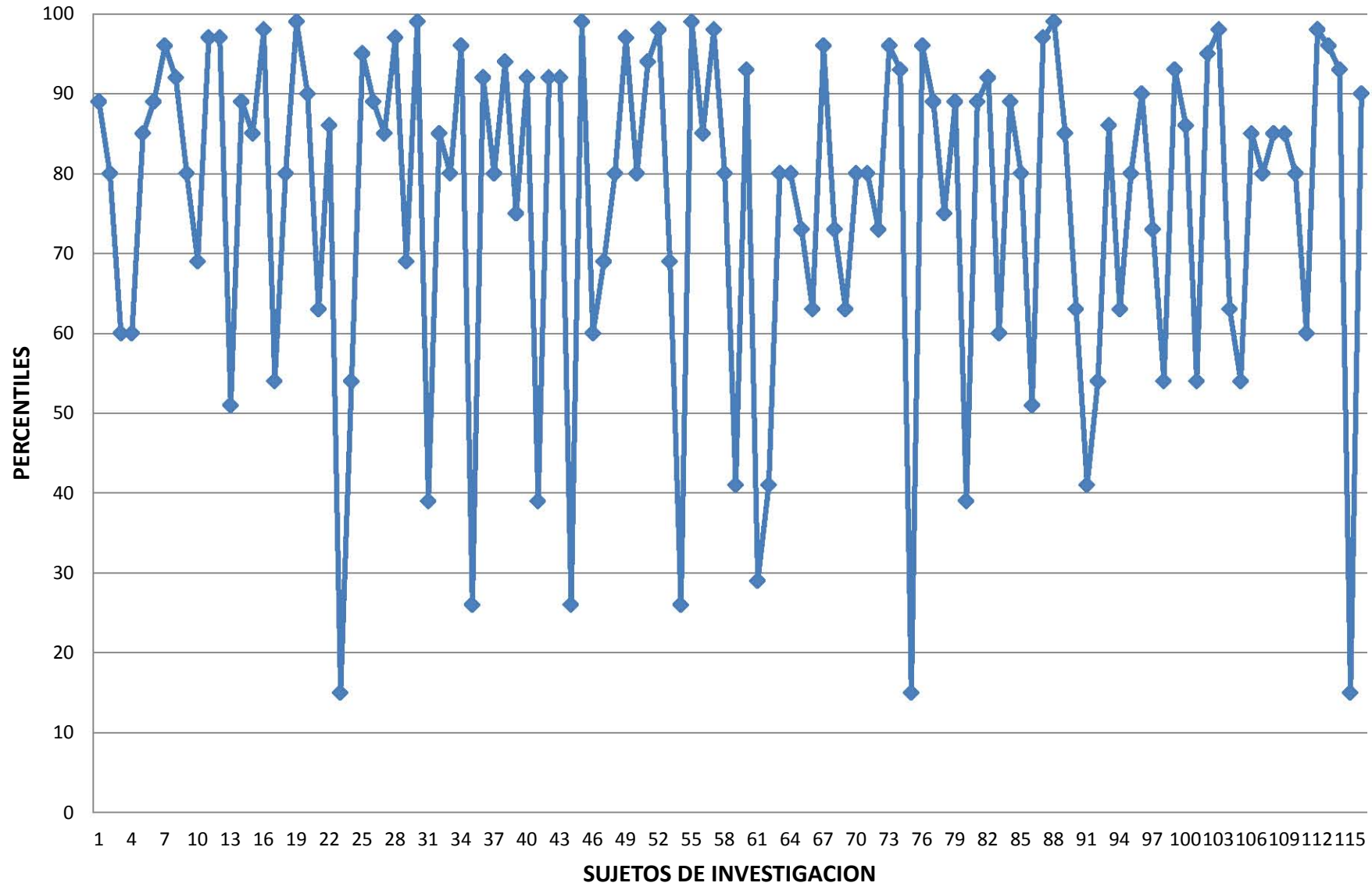


ANEXO 5 PERFECCIONISMO



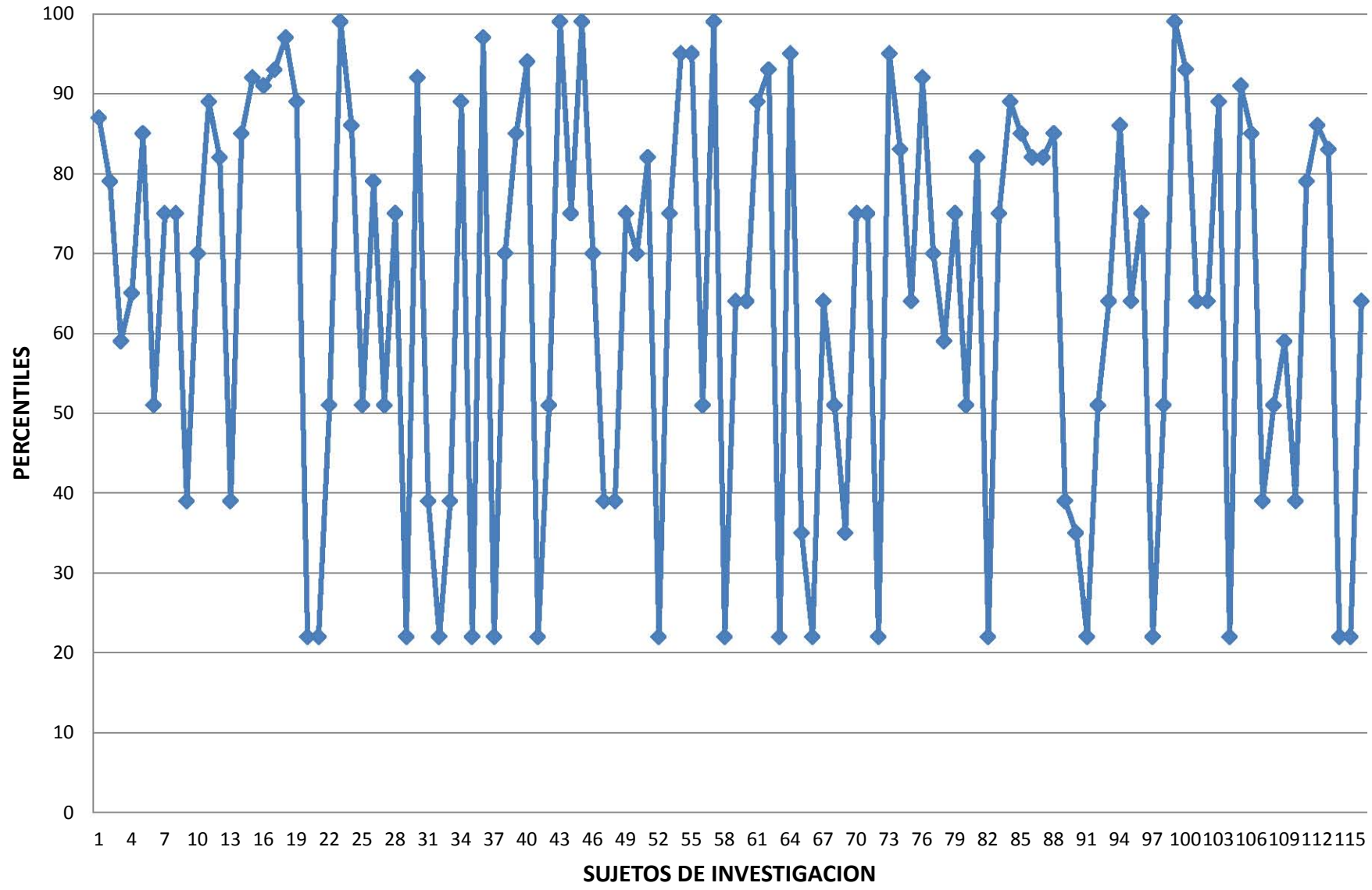
ANEXO 6

DESCONFIANZA INTERPERSONAL

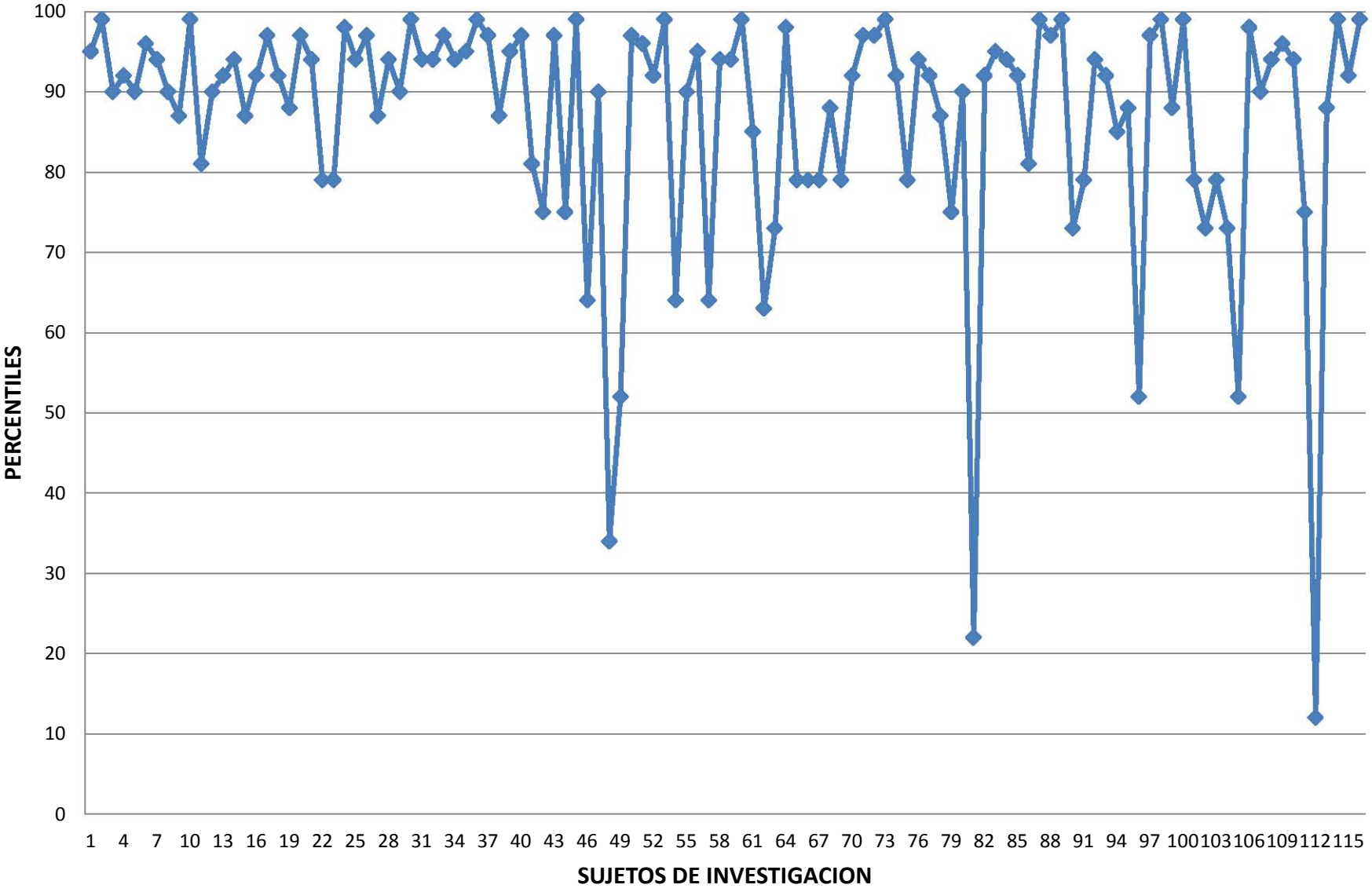


ANEXO 7

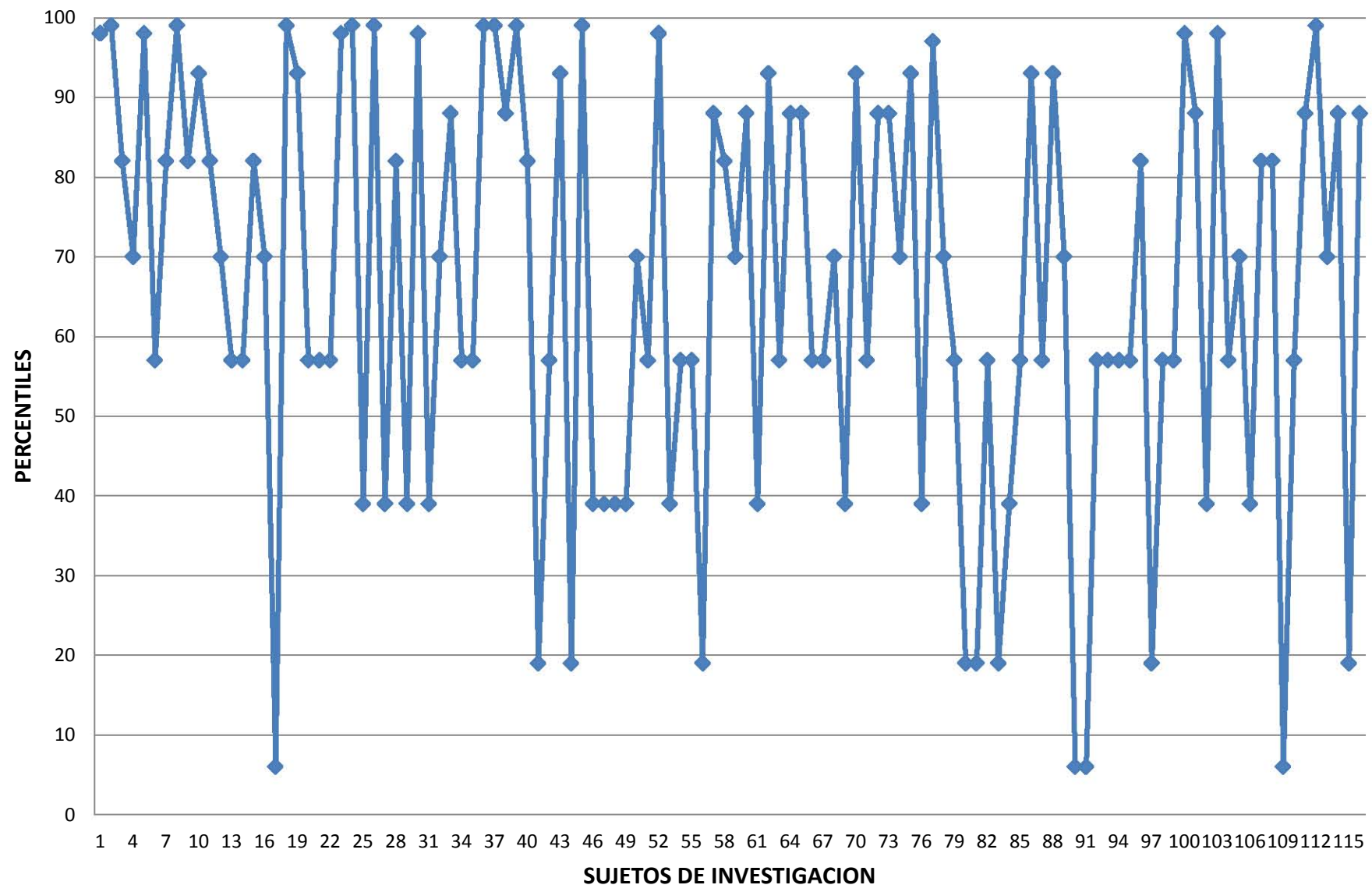
CONCIENCIA INTROCEPTIVA



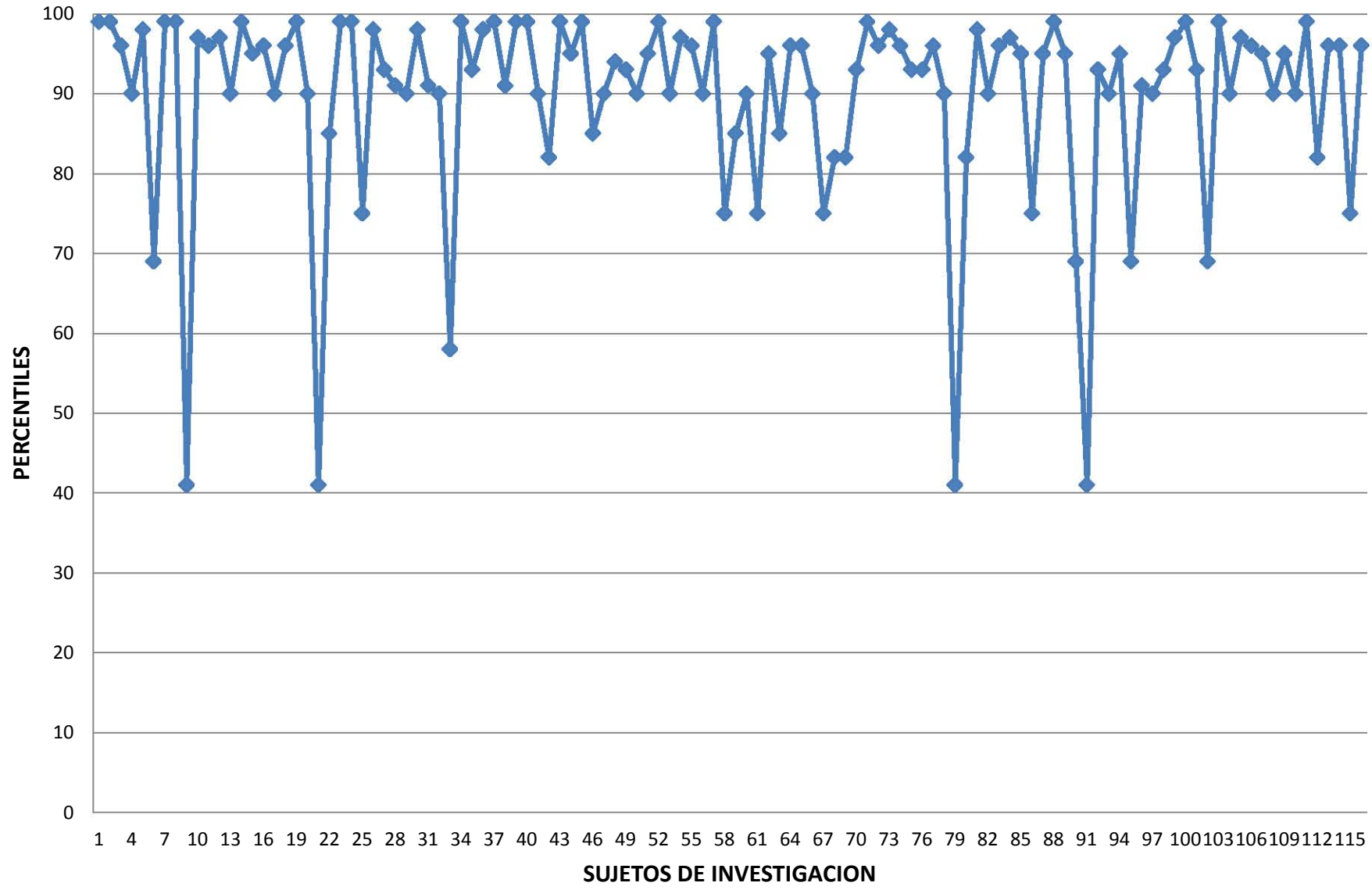
ANEXO 8
MIEDO A LA MADUREZ



ANEXO 9 ASCETISMO

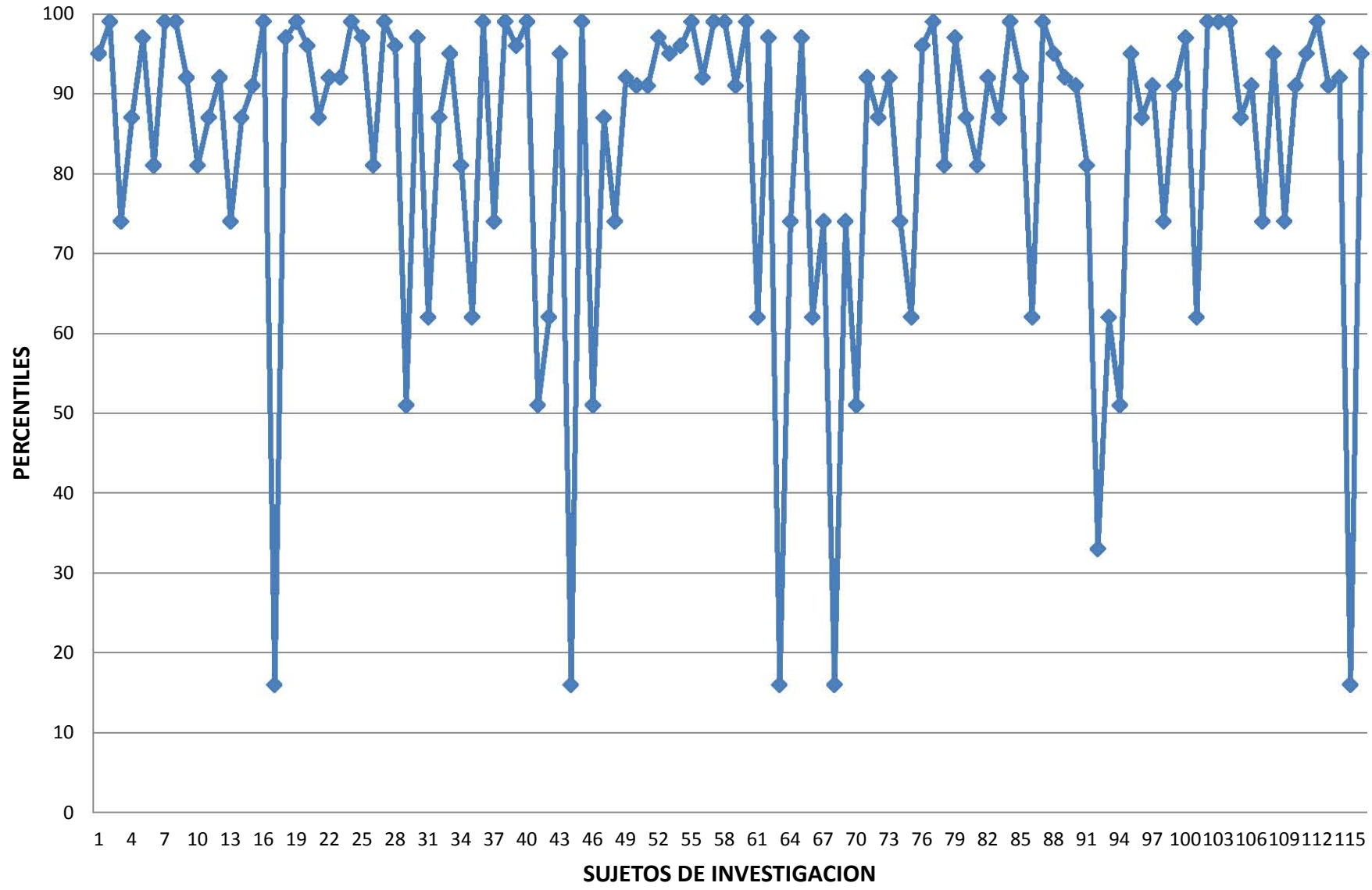


ANEXO 10 IMPULSIVIDAD

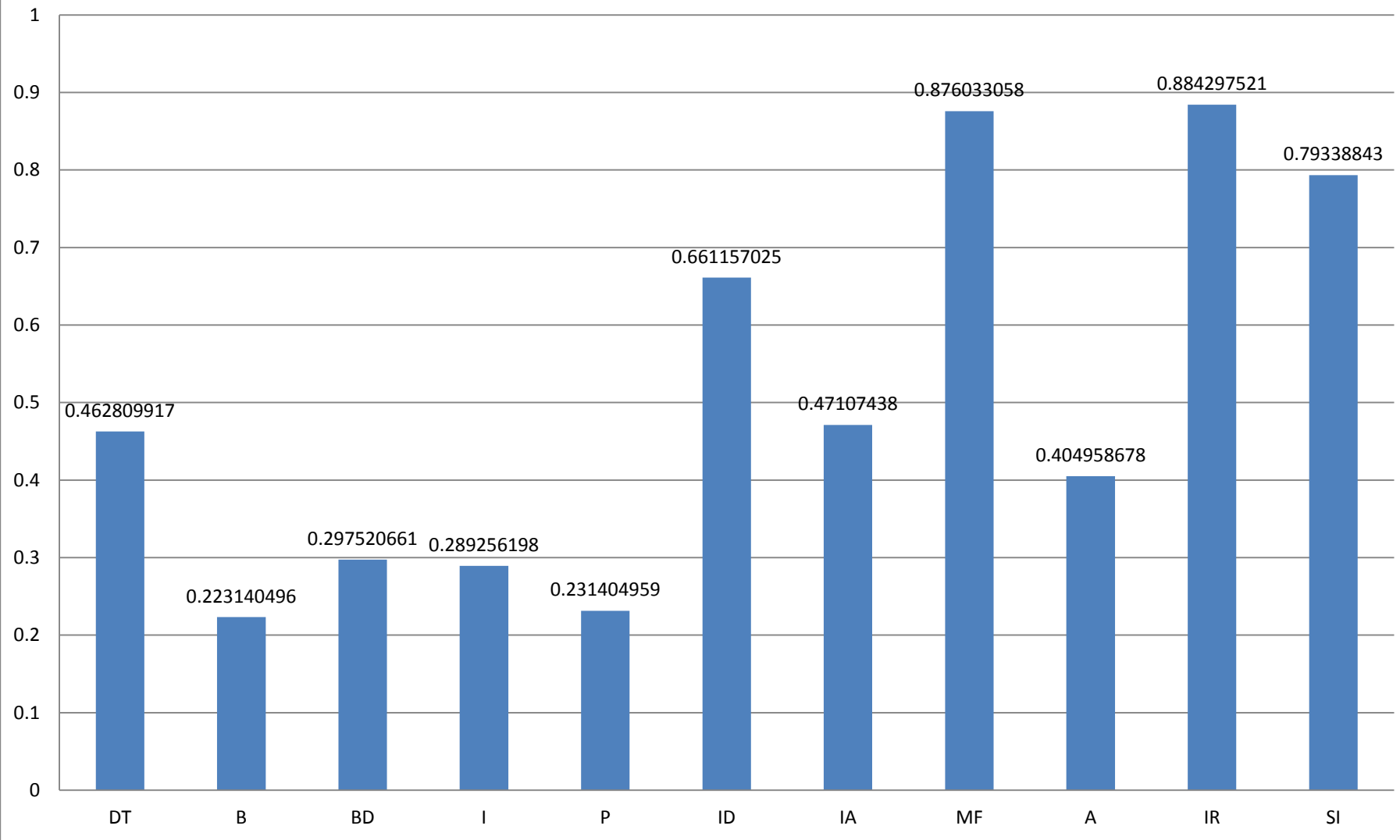


ANEXO 11

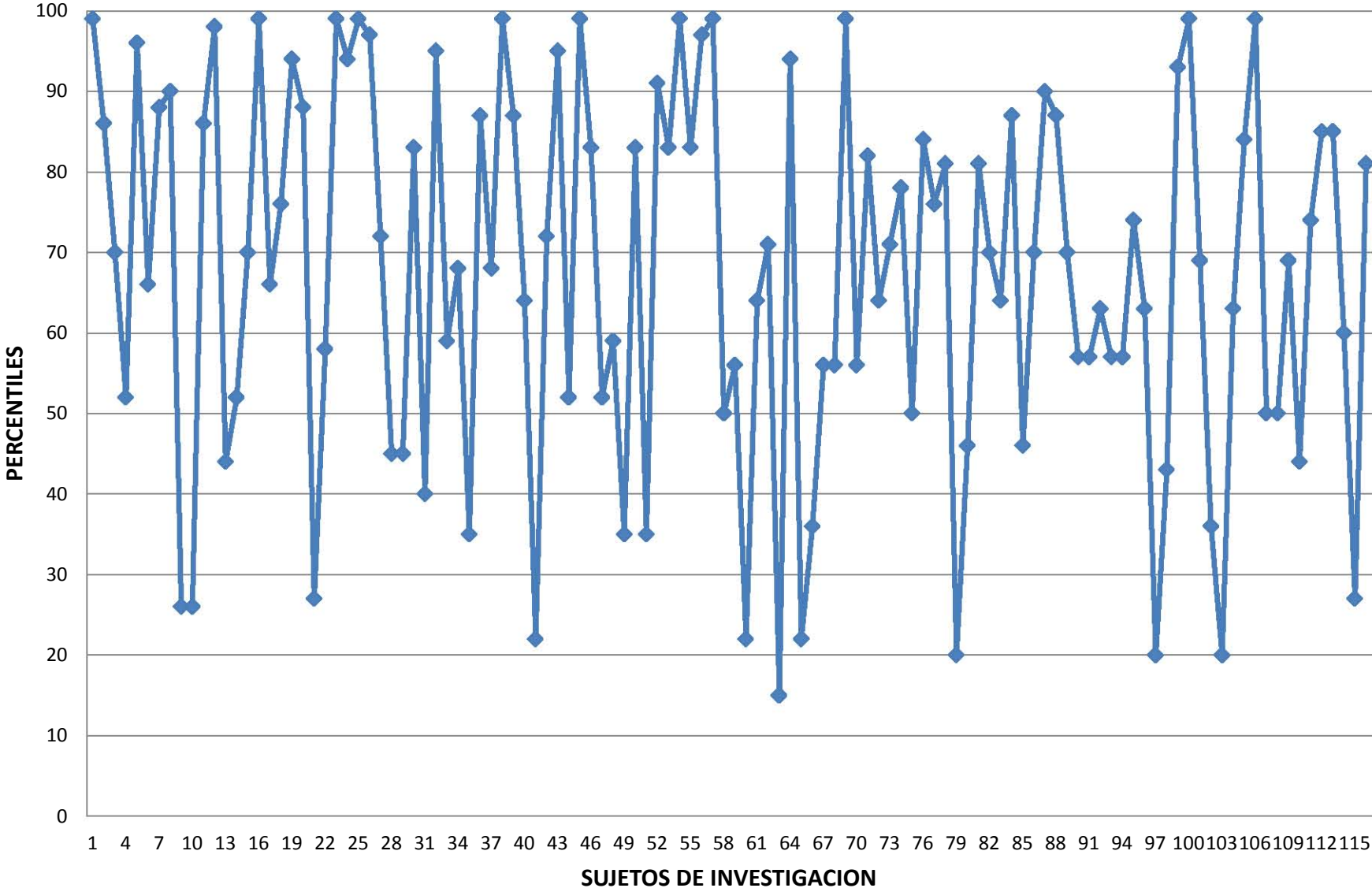
INSEGURIDAD SOCIAL



ANEXO 12
PORCENTAJE DE SUJETOS CON PUNTUAJE ALTO ESCALA TRASTORNOS
ALIMENTARIOS

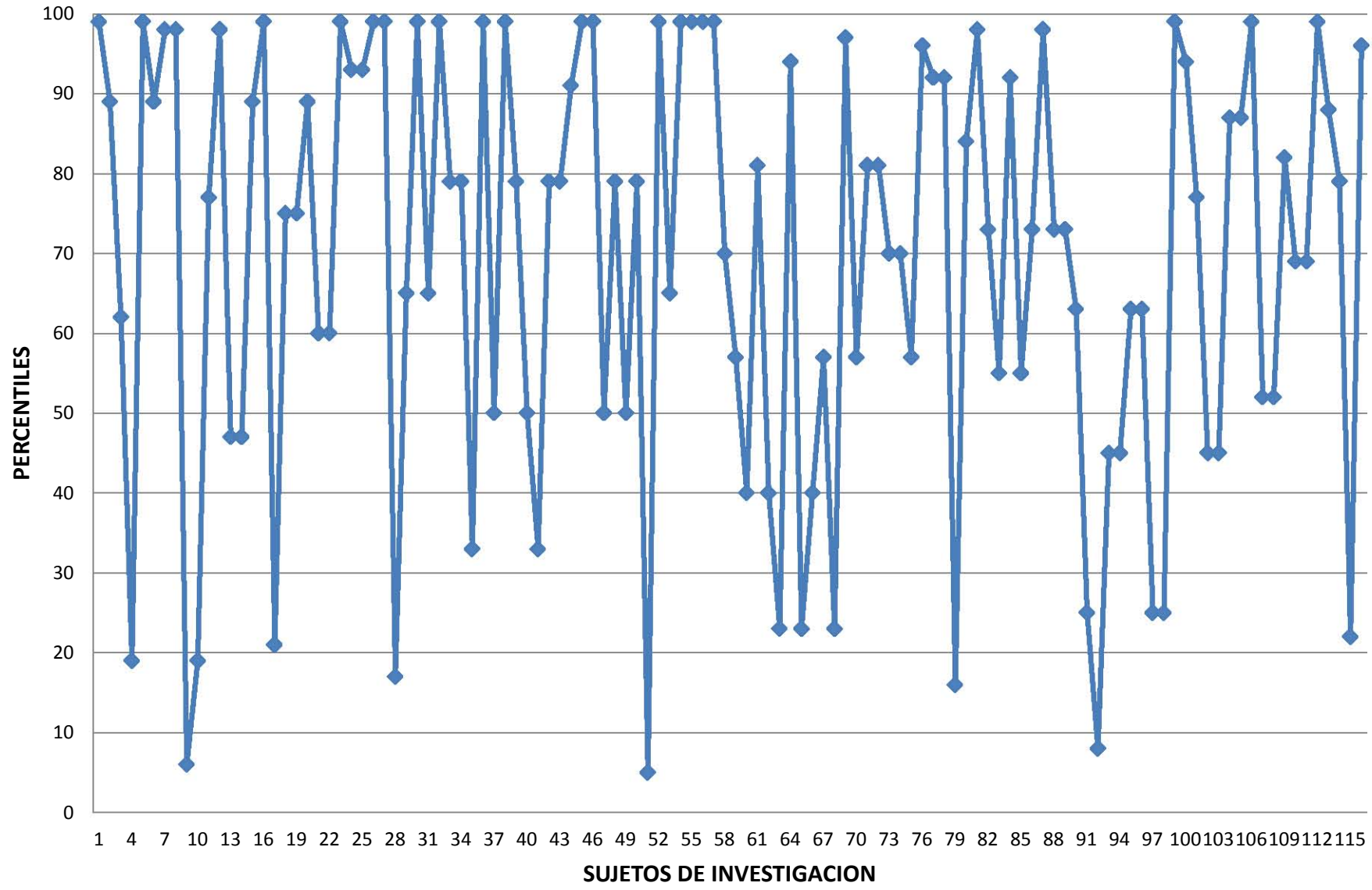


ANEXO 13
ANSIEDAD TOTAL



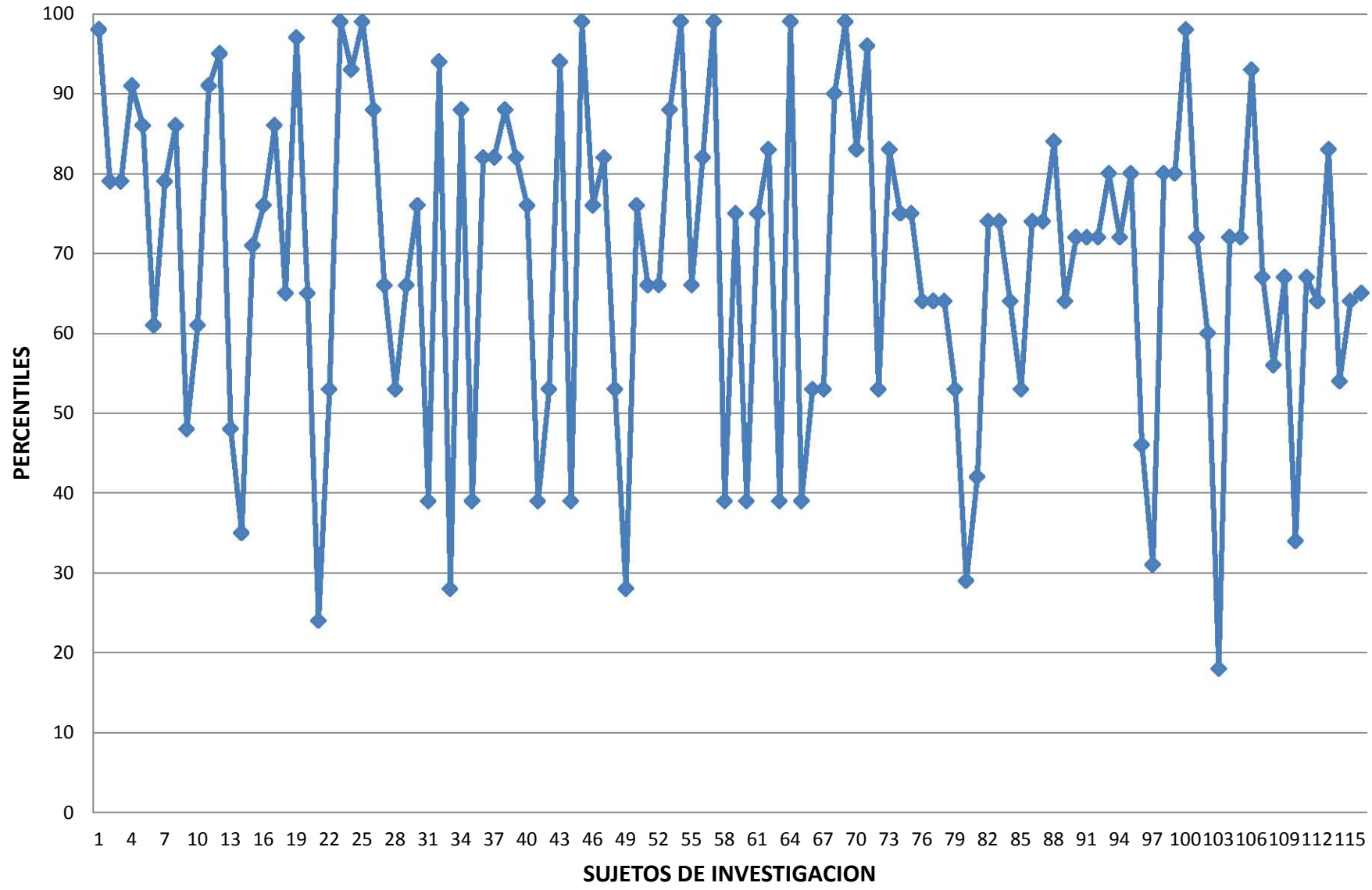
ANEXO 14

ANSIEDAD FISIOLÓGICA

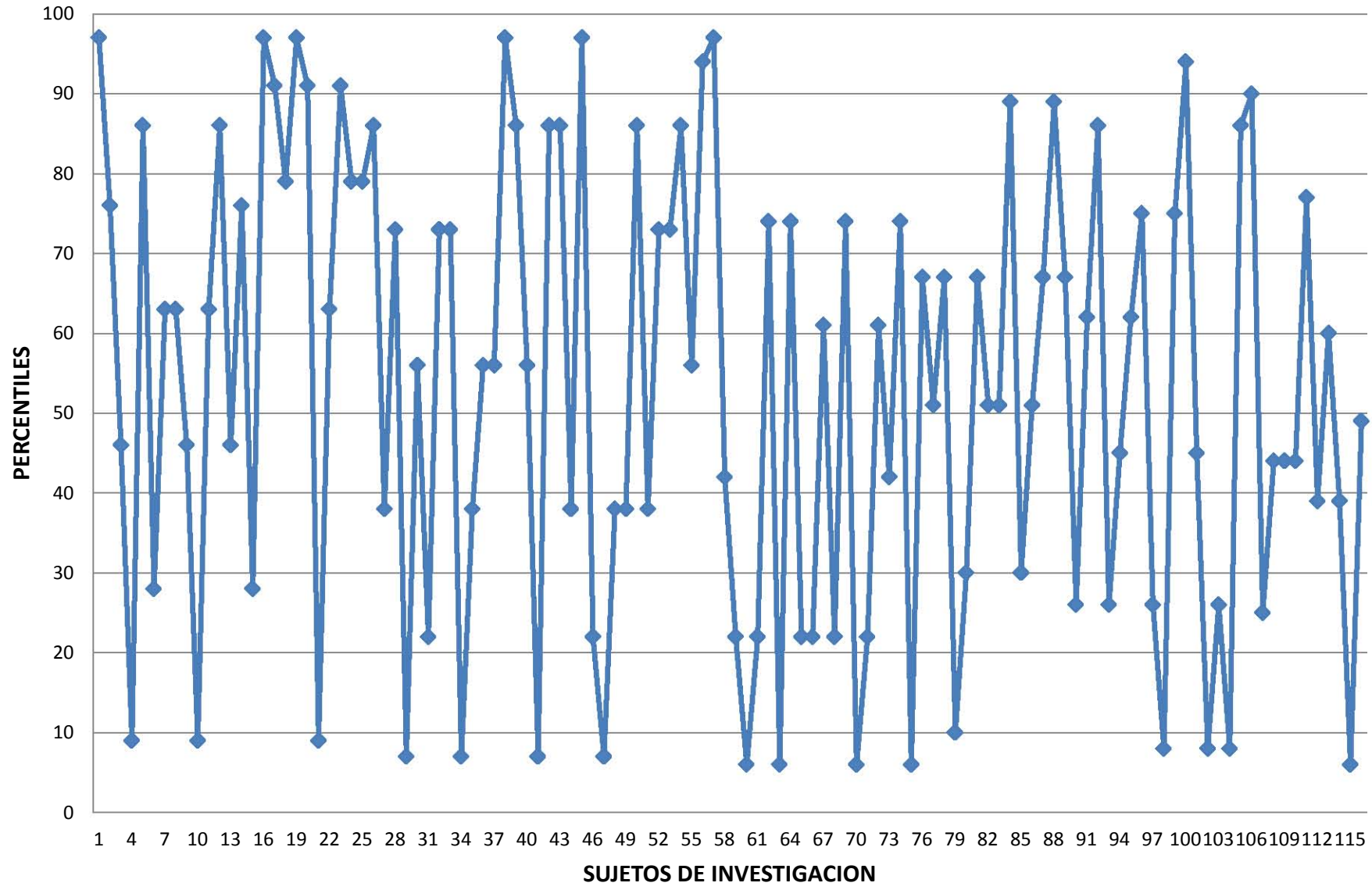


ANEXO 15

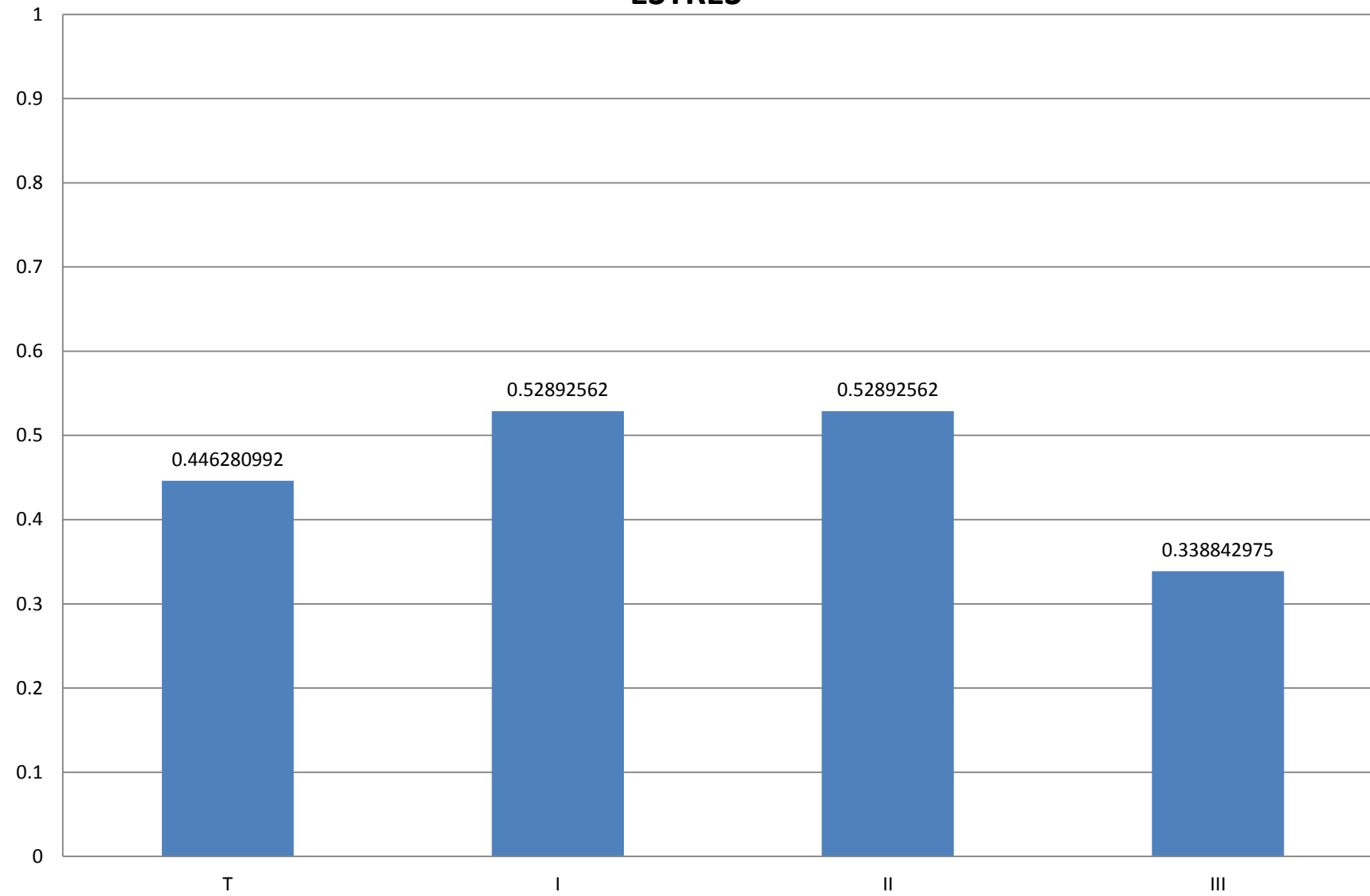
INQUIETUD/HIPERSENSIBILIDAD



ANEXO 16
PREOCUPACIONES SOCIALES/CONCENTRACION

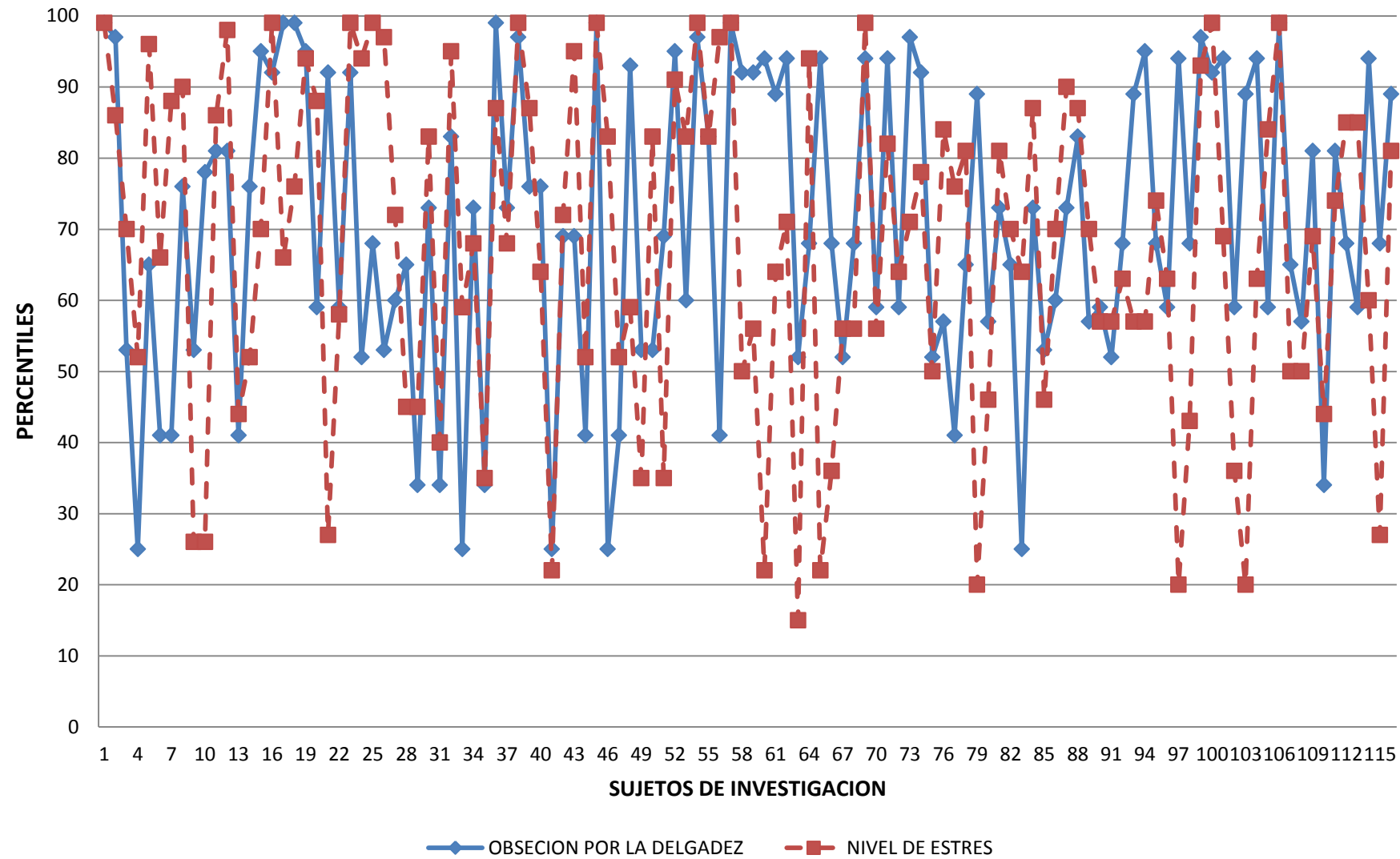


ANEXO 17
PORCENTAJE DE SUJETOS CON PUNTUAJE ALTO EN LAS ESCALAS DE ESTRES



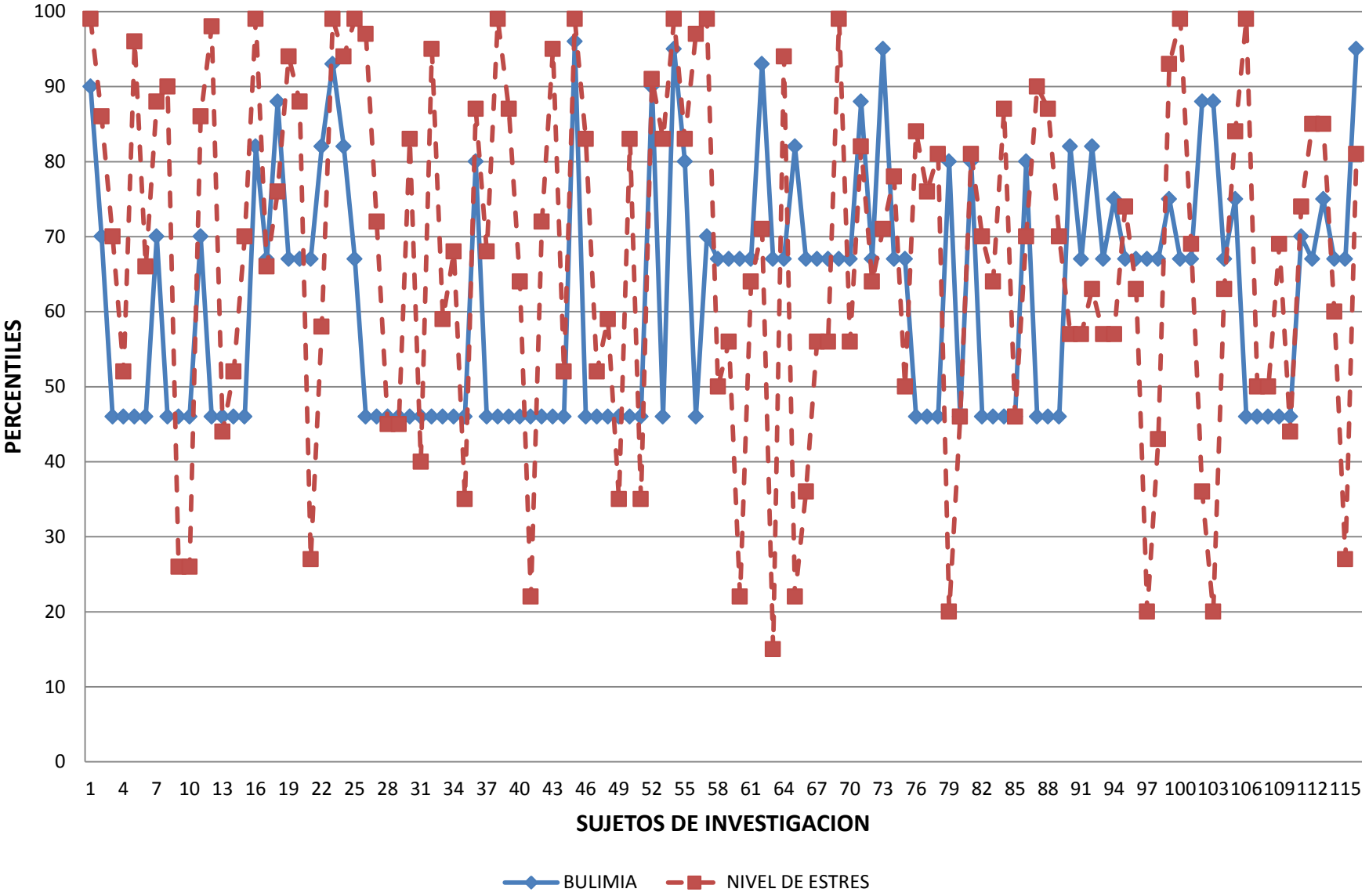
ANEXO 18

CORRELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE ESTRES Y LA OBSECIÓN POR LA DELGADEZ



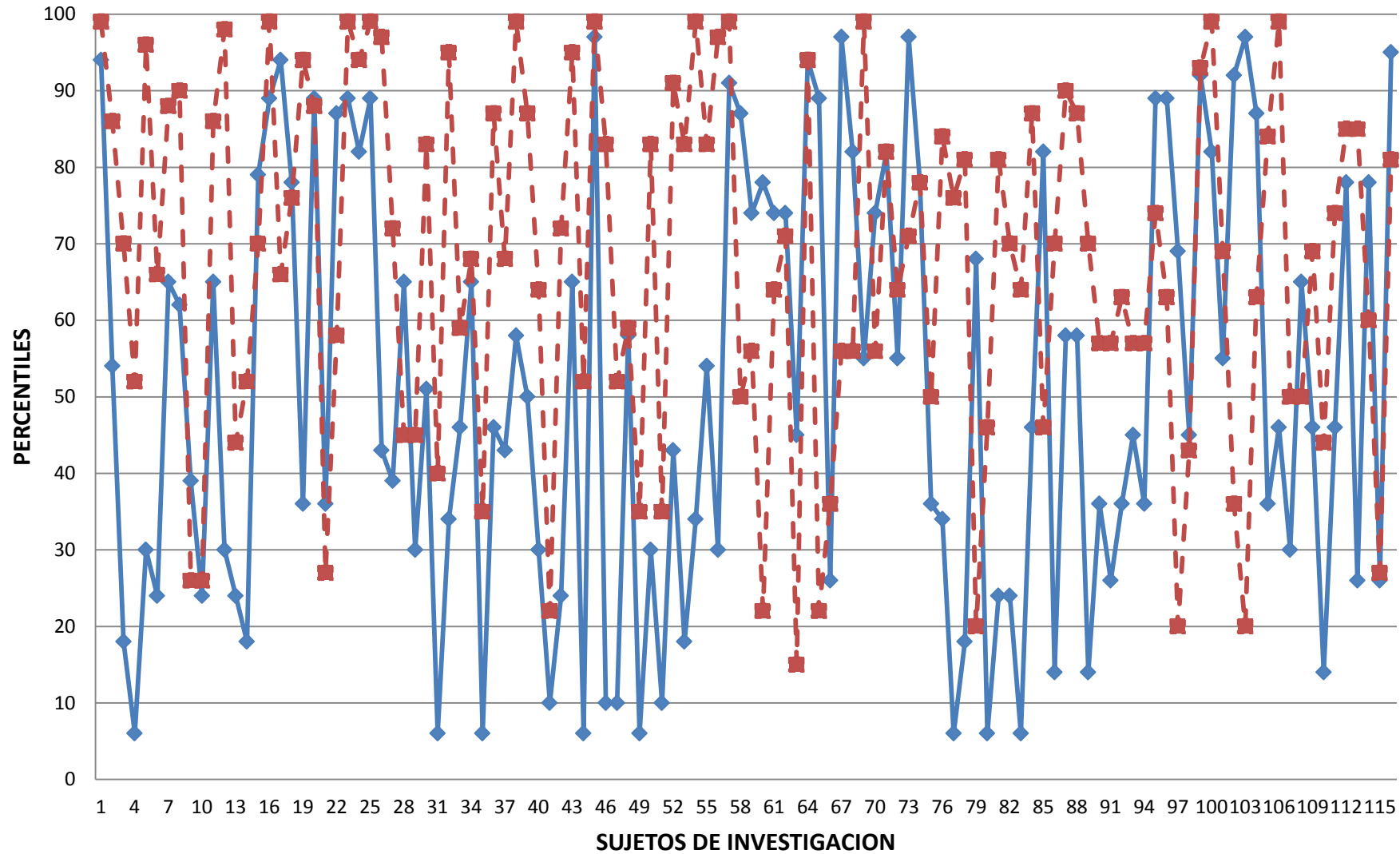
ANEXO 19

CORRELACION ENTRE EL NIVEL DE ESTRES Y BULIMIA



ANEXO 20

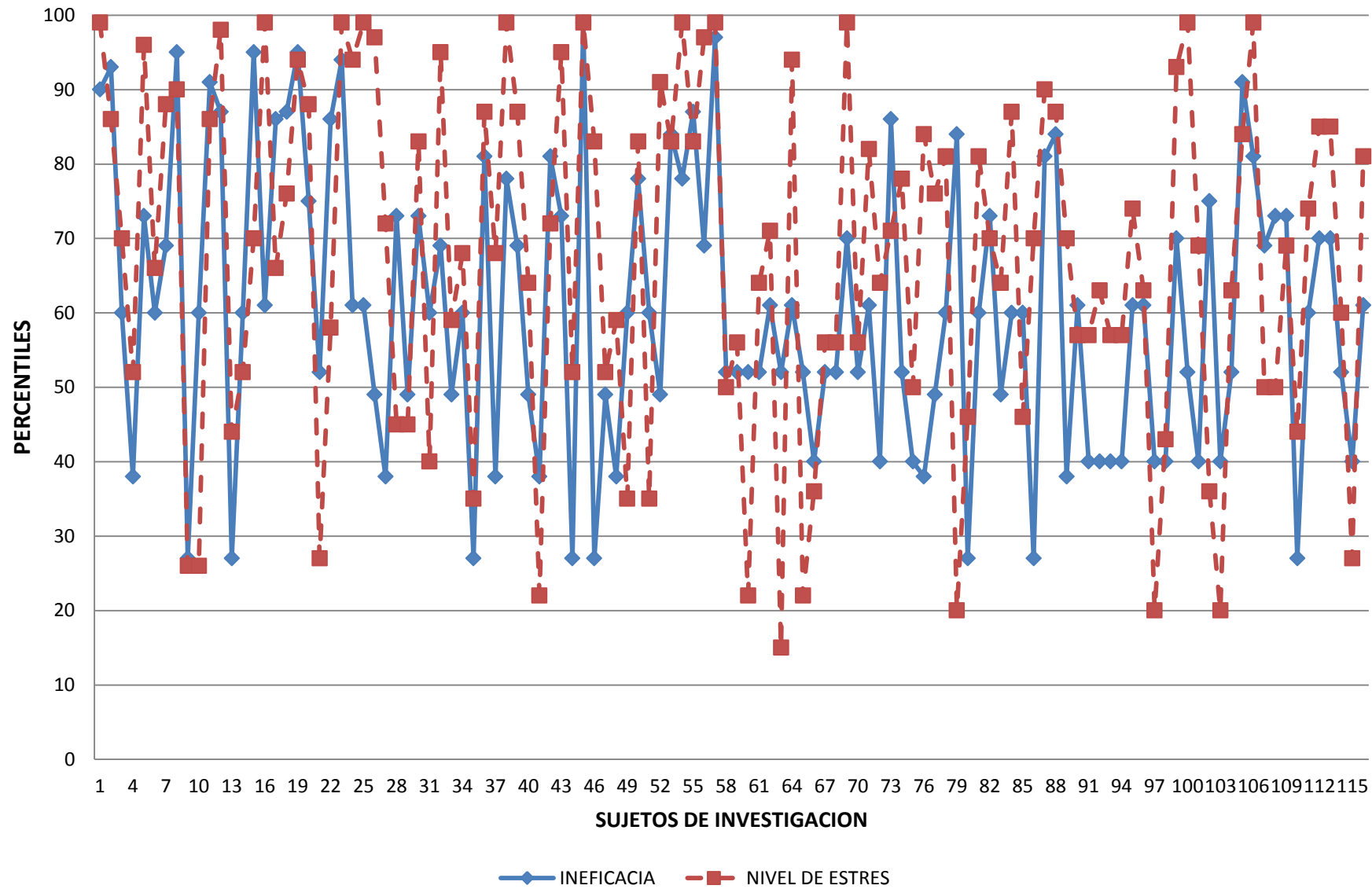
CORRELACIÓN EL NIVEL DE ESTRES Y LA INSATISFACCION CORPORAL



—◆— INSATISFACCIÓN CORPORAL -■- NIVEL DE ESTRES

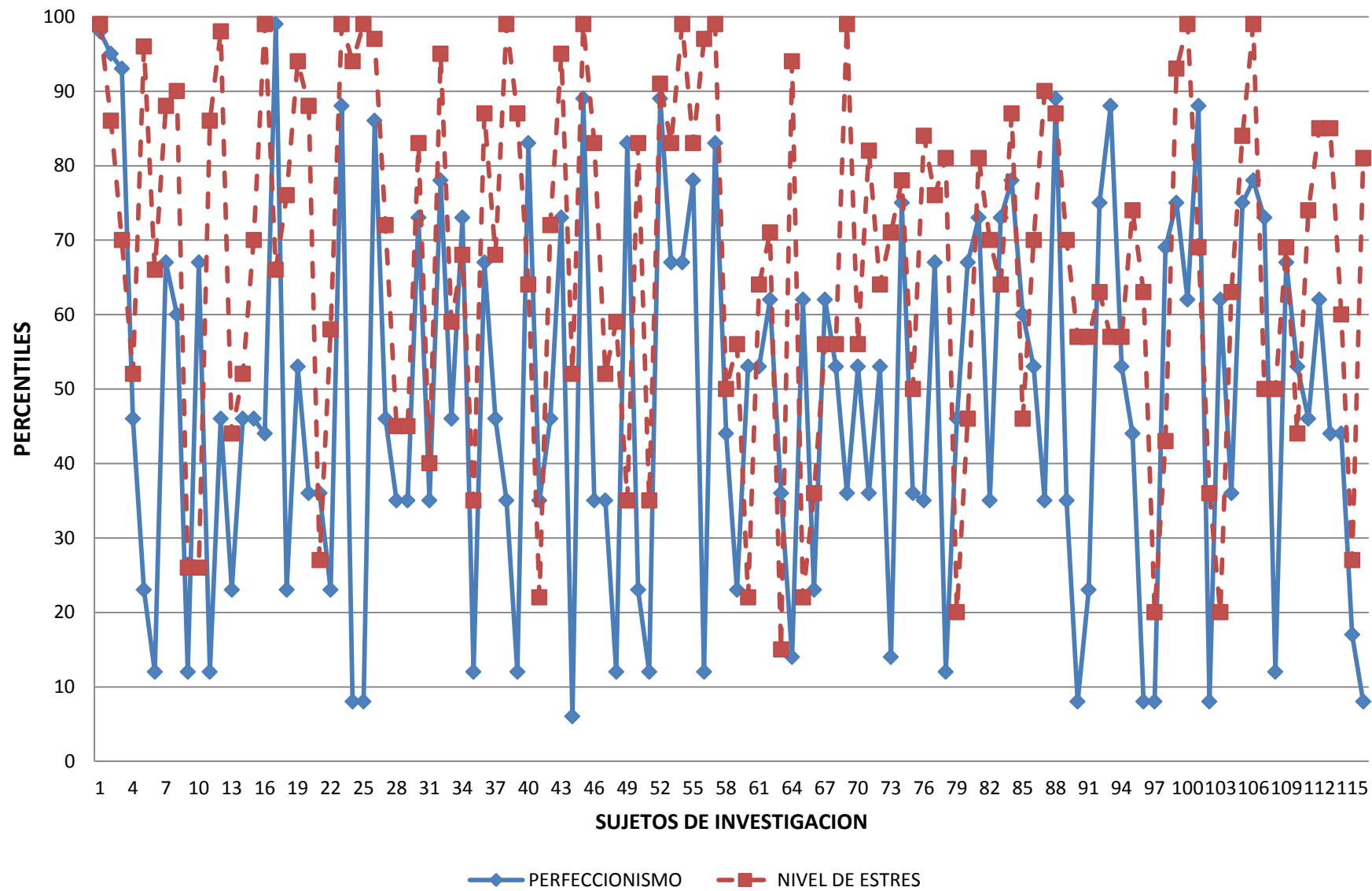
ANEXO 21

CORRELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE ESTRES Y LA INEFICACIA



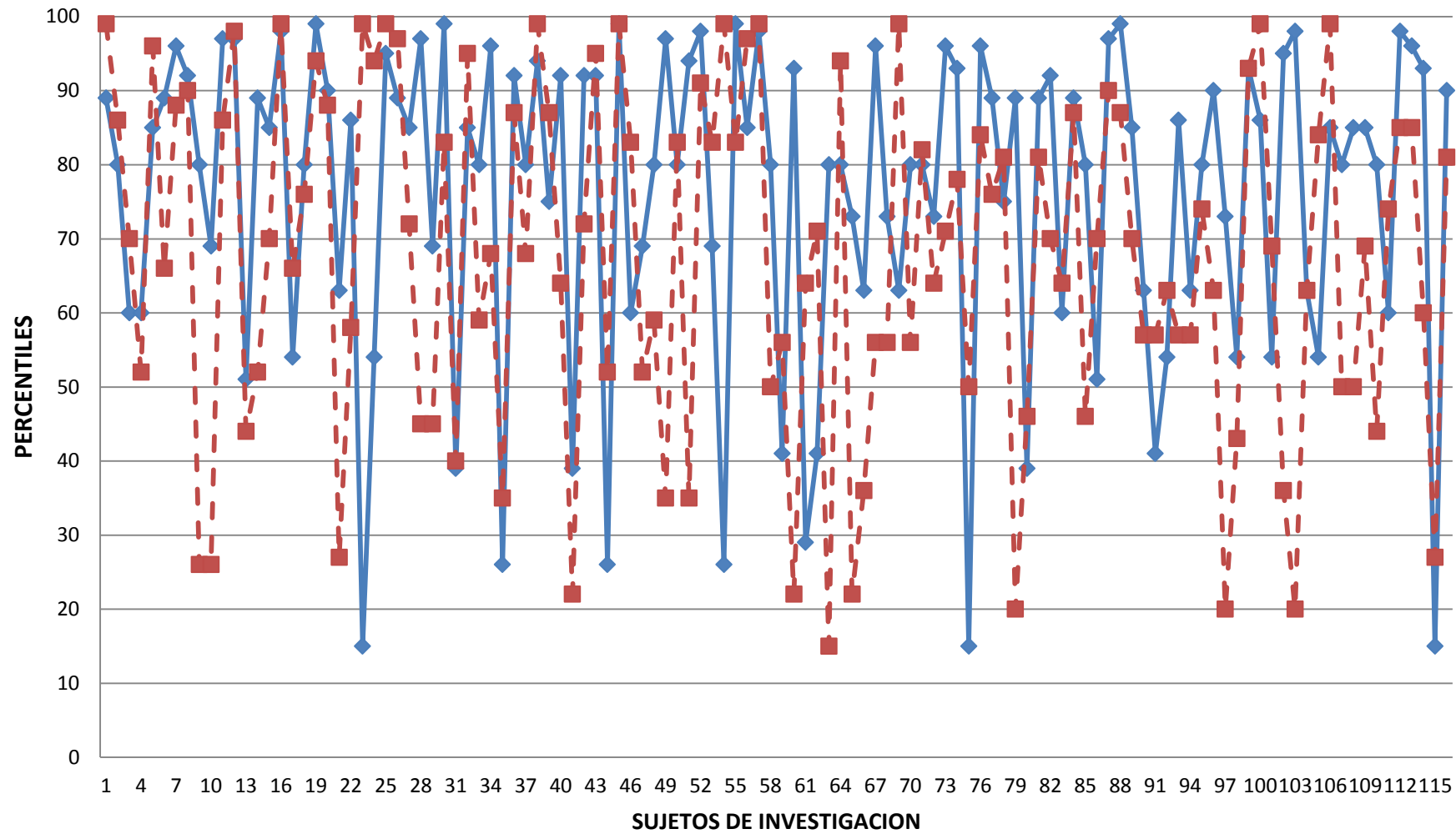
ANEXO 2

CORRELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE ESTRES Y PERFECCIONISMO



ANEXO 23

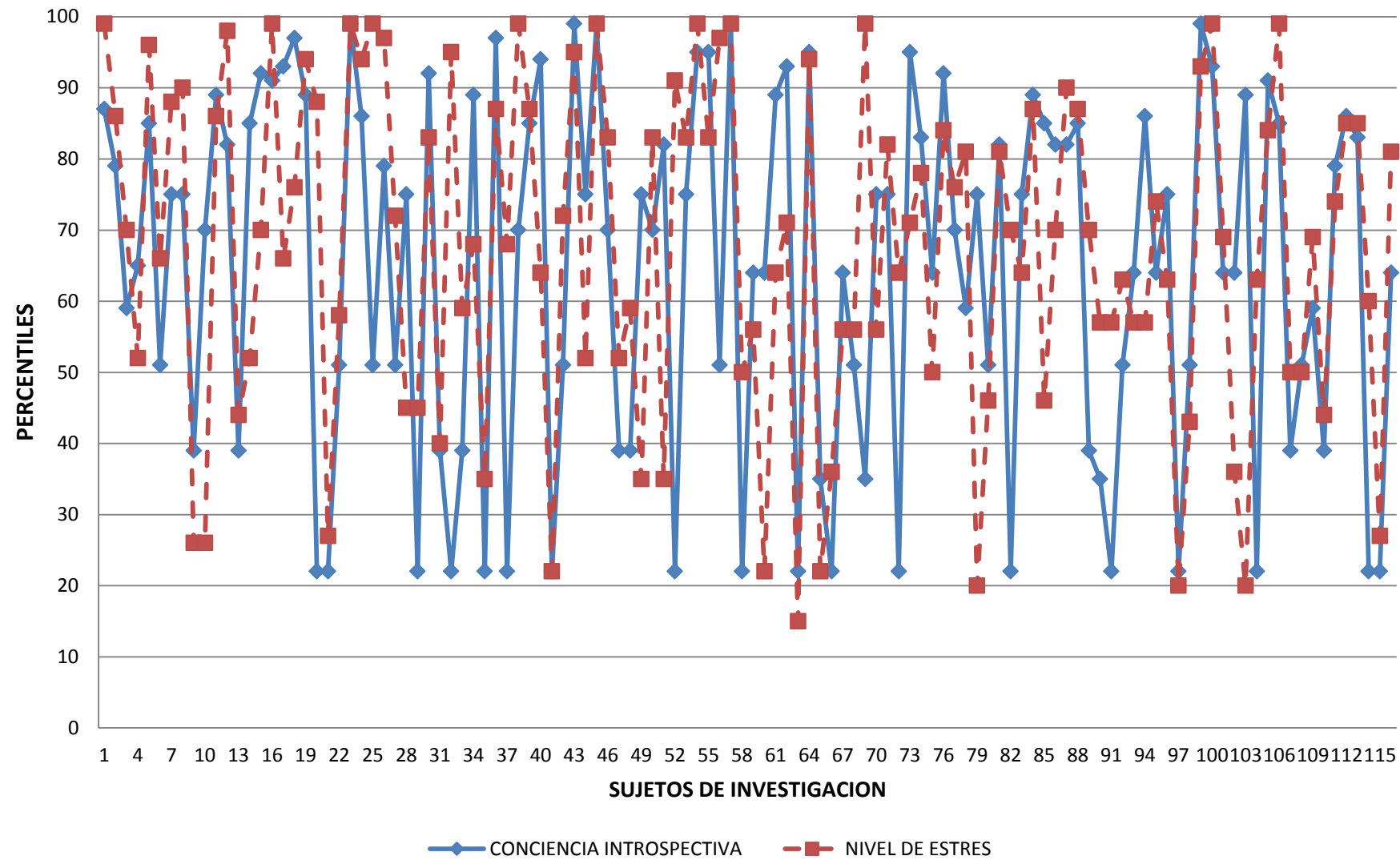
CORRELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE ESTRES Y DESCONFIANZA INTERPERSONAL



—◆— DESCONFIANZA INTERPERSONAL -■- NIVEL DE ESTRES

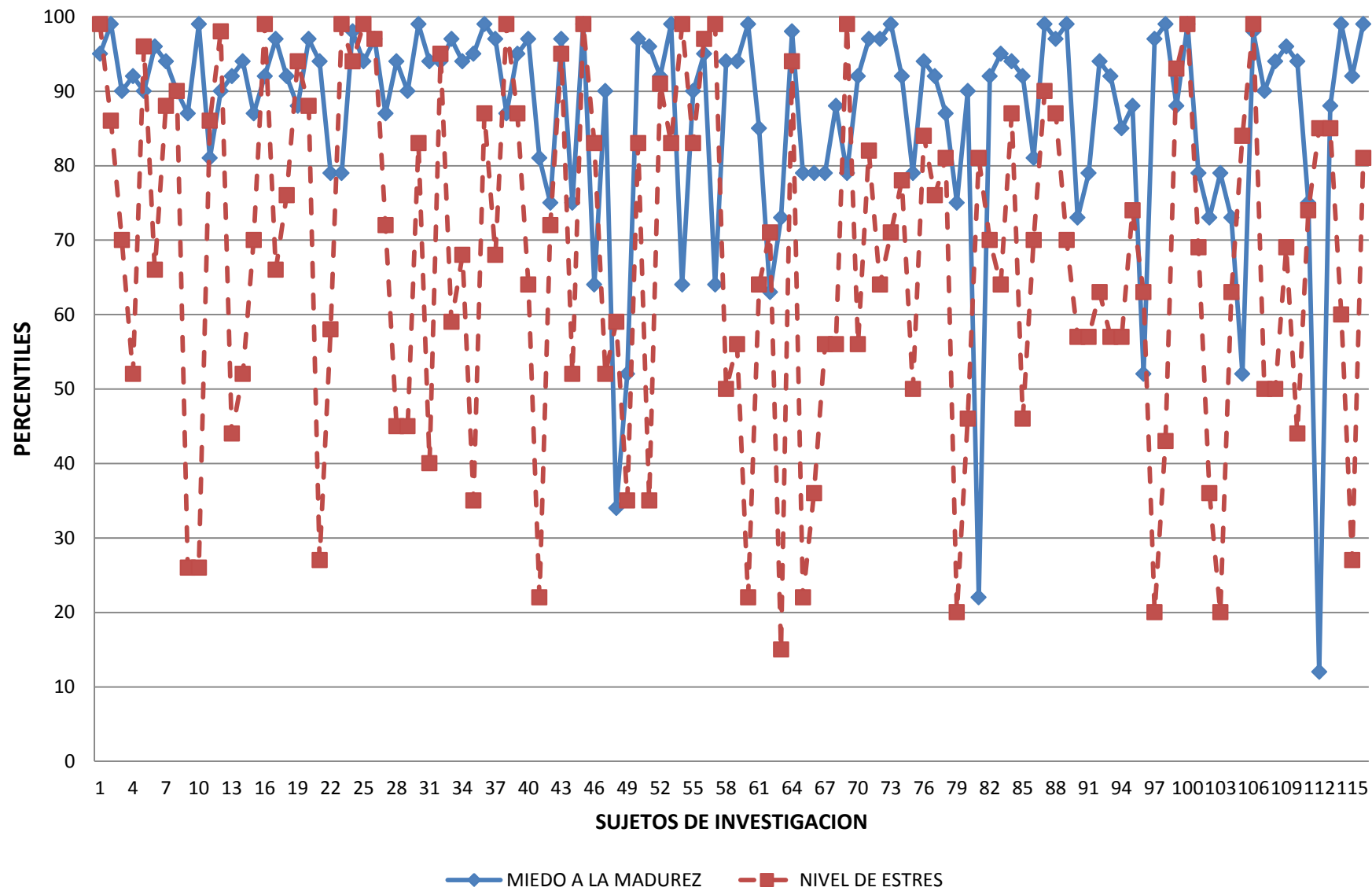
ANEXO 24

CORRELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE ESTRES Y CONCIENCIA INTROSPECTIVA



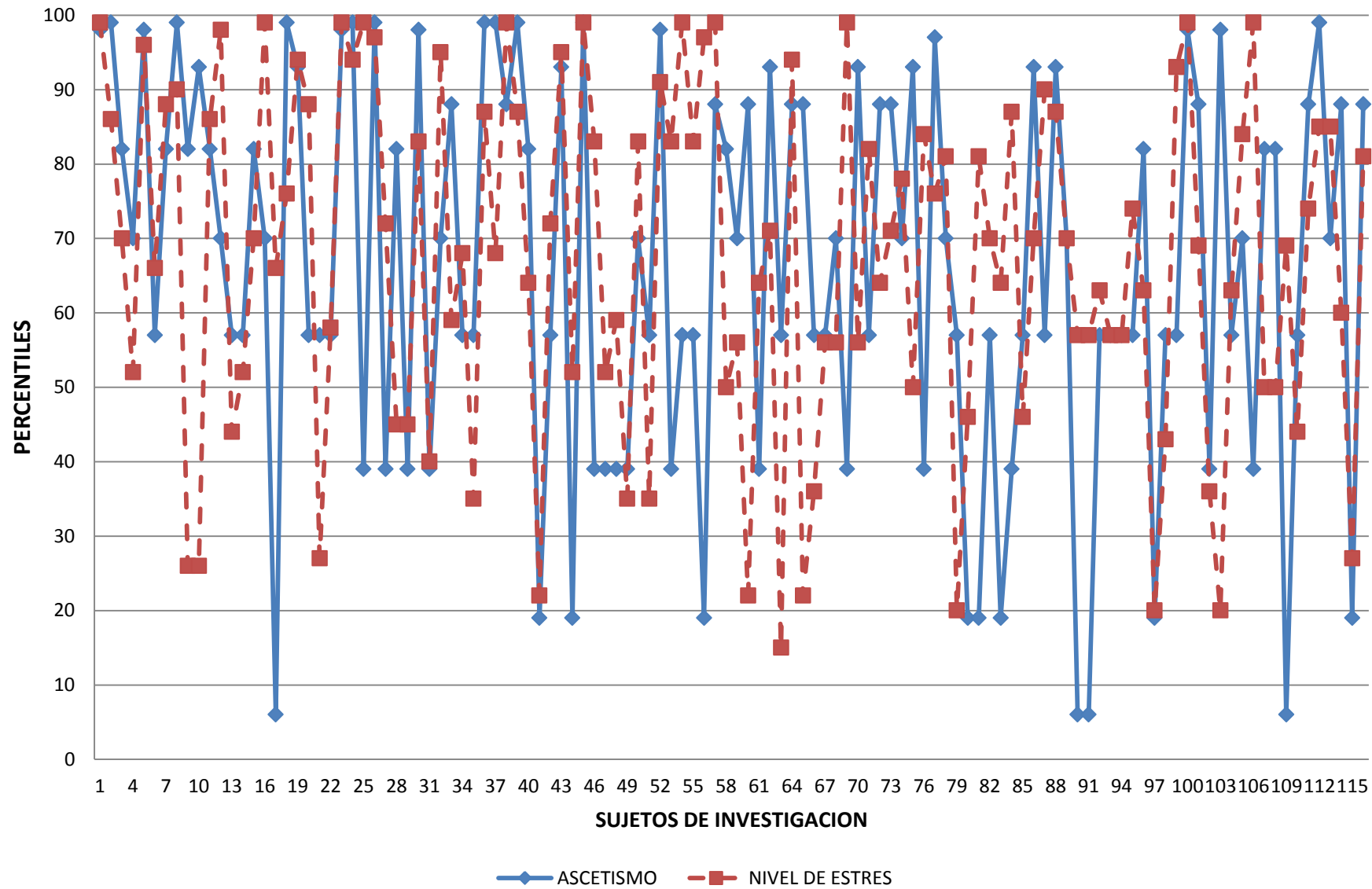
ANEXO 25

CORRELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE ESTRES Y MIEDO A LA MADUREZ



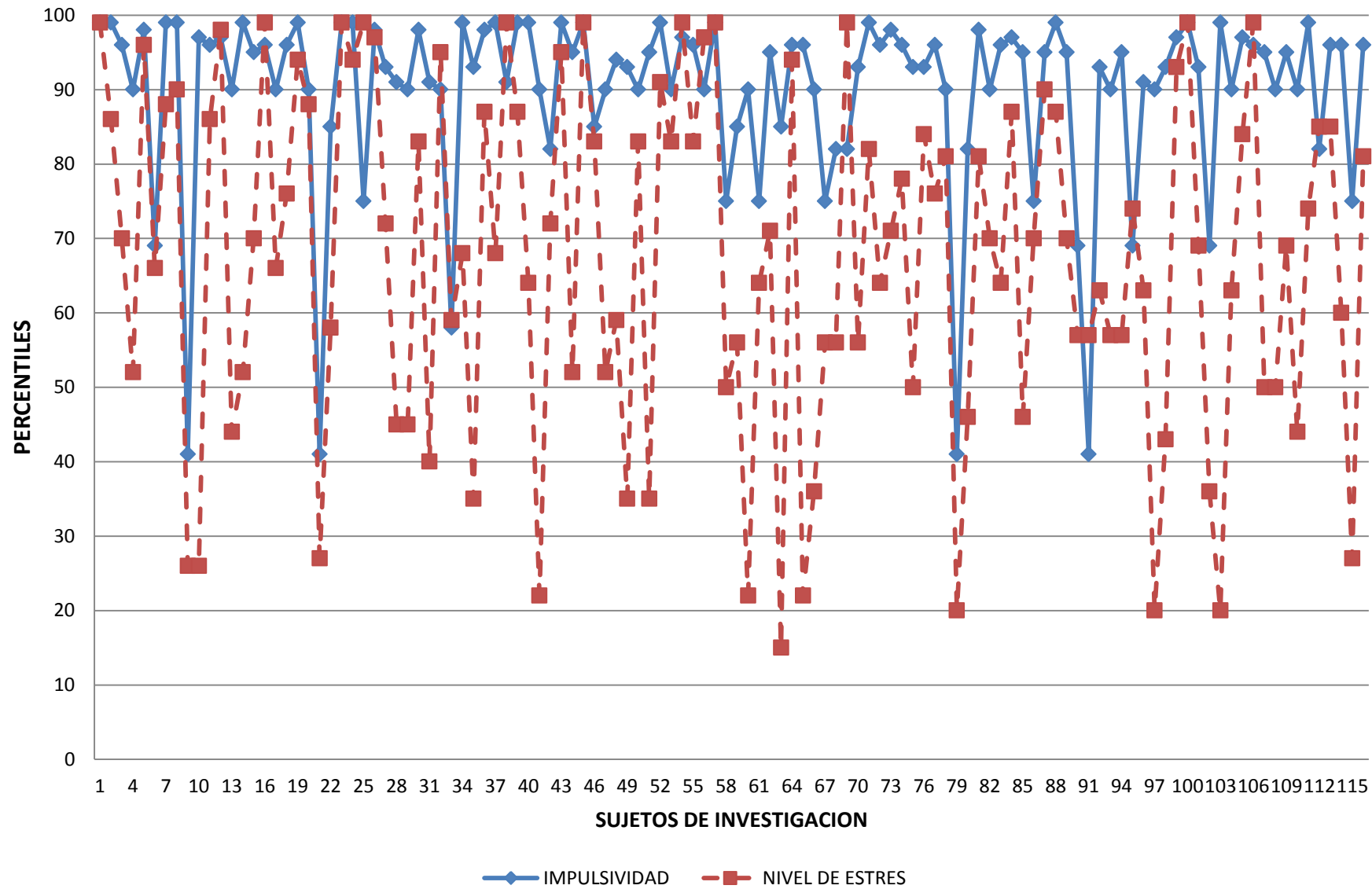
ANEXO 26

CORRELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE ESTRES Y ASCETISMO



ANEXO 27

CORRELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE ESTRES Y LA IMPULSIVIDAD



ANEXO 28

CORRELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE ESTRES Y INSEGURIDAD SOCIAL

