



UNIVERSIDAD DON VASCO, A.C.

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

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

*CORRELACIÓN ENTRE ESTRÉS Y TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN
ESTUDIANTES DE SECUNDARIA*

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

María Rosario González Diego Juan

Asesor: Lic. José de Jesús González Pérez

Uruapan, Michoacán, a 5 de agosto de 2011.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A Dios:

Por estar siempre presente en mi vida y poner en mí camino lo que necesito en el momento justo.

A mis padres:

Gracias por su apoyo incondicional y por creer en mí.

Papá... gracias por buscar siempre lo mejor para mí y ayudarme a conseguirlo.

Mamá... te agradezco que siempre estés ahí cuando te necesito.

Gracias a ustedes llegue hasta aquí son los mejores padres que Dios pudo haberme

dado y son mi ejemplo a seguir

los quiero mucho.

DEDICATORIA

A mi esposo:

A tu lado tengo lo que siempre anhele, gracias por todo lo que me has dado.

Te amo

A mi hijo:

Hace apenas unos días que llegaste a mi vida
y ya te has convertido en lo más importante para mí.

No sé lo que vayas a ser en la vida... lo que si te
pido es que siempre seas feliz.

Ambos son lo que más amo en la vida

ÍNDICE

Introducción.

Antecedentes.	1
Planteamiento del problema	6
Objetivos.	7
Hipótesis.	8
Justificación	9
Marco de referencia.	11

Capítulo 1. Estrés.

1.1. Antecedentes históricos del estrés.	14
1.2. Enfoques teóricos del estrés.	17
1.2.1. El estrés como estímulo	17
1.2.2. El estrés como respuesta	19
1.2.3. El estrés como relación persona-entorno (enfoque interaccionista).	25
1.2.3.1. El concepto integrador de estrés.	27
1.3. Los estresores	28
1.3.1. Estresores psicosociales: cambios mayores, vitales y cotidianos.	29
1.3.2. Estresores biogénicos	33
1.3.3. Estresores en el ámbito académico.	34
1.4. Procesos de pensamiento que propician el estrés.	37
1.5. Los moduladores del estrés.	39
1.5.1. El control percibido..	40

1.5.2. El apoyo social.	40
1.5.3. El tipo de personalidad: A / B.	41
1.5.3.1. Personalidad tipo A y problemas cardiacos.	44
1.6. Los efectos negativos del estrés .	45

Capítulo 2. Trastornos de alimentación.

2.1. Antecedentes históricos de la alimentación	47
2.2. Definición y características clínicas de los trastornos alimenticios	49
2.2.1. Anorexia nerviosa	49
2.2.2. Bulimia nerviosa.	51
2.2.3. Hiperfagia en otras alteraciones	54
2.2.4. Vómitos en otras alteraciones psicológicas.	54
2.2.5. Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia.	54
2.3. Esfera oroalimenticia en el infante	58
2.3.1 Organización oroalimenticia en el infante.	59
2.3.2. Alteraciones en la esfera oroalimenticia	60
2.4. Perfil de la persona con trastornos de alimentación.	62
2.5. Causas del trastorno alimenticio	64
2.5.1. Factores predisponentes individuales	65
2.5.2. Factores predisponentes familiares.	67
2.5.3. Factores predisponentes socioculturales.	69
2.6. Percepción del cuerpo en el trastorno alimenticio.	71
2.7. Factores que mantienen los trastornos alimenticios.	73
2.8. Perturbaciones mentales asociados a los trastornos alimenticios.	74

2.8.1. Trastornos alimenticios y depresión.	76
2.8.2. Trastornos alimenticios y ansiedad.	77
2.9. Tratamiento de los trastornos alimenticios.	79
2.9.1. Tratamiento de la anorexia nerviosa.	80
2.9.2. Tratamiento de la bulimia nerviosa.	82

Capítulo 3. Metodología, análisis e interpretación de resultados.

3.1. Descripción metodológica	85
3.1.1. Enfoque cuantitativo.	85
3.1.2. Investigación no experimental.	88
3.1.3. Tipo de diseño transversal.	89
3.1.4. Diseño correlacional.	89
3.1.5. Técnicas de recolección de datos.	91
3.2. Población y muestra	94
3.3. Descripción del proceso de investigación.	96
3.4. Análisis e interpretación de resultados.	98
3.4.1. Trastornos alimentarios en los alumnos de la Escuela Secundaria Federal para trabajadores Lic. Benito Juárez.	98
3.4.2. El nivel de estrés en los alumnos de la Escuela Secundaria Federal para trabajadores Lic. Benito Juárez.	103
3.4.3. Relación entre el nivel de estrés y los trastornos alimentarios.	104

Conclusiones	111
Bibliografía	114
Otras fuentes de información.	117
Anexos	

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo general establecer la correlación que existe entre los niveles de estrés y los trastornos alimentarios en estudiantes de secundaria.

La metodología utilizada en este estudio fue cuantitativa, no experimental, el tipo de estudio fue transversal con un alcance correlacional no causal. Los instrumentos de medición que se utilizaron son las siguientes: para la medición de la variable estrés, se empleó la Escala de Ansiedad Manifiesta en niños, revisada (CMAS-R), diseñada por los autores Reynolds y Richmond (1997). Para la medición de la variable de trastornos alimentarios se utilizó la prueba Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2), el autor es David M. Gardner (1998).

La población de estudio fueron estudiantes de segundo grado de la Escuela Secundaria Federal para Trabajadores Lic. Benito Juárez, del ciclo escolar 2010-2011, de la ciudad de Uruapan, Michoacán.

Como resultados se corroboró la relación entre estrés e ineficacia, estrés y desconfianza interpersonal, así como estrés y conciencia introceptiva. Por el contrario no se encontró correlación entre las escalas de estrés y obsesión por la delgadez, estrés y bulimia, estrés e insatisfacción corporal, estrés y perfeccionismo, estrés y miedo a la madurez, estrés y ascetismo, estrés e impulsividad, así como estrés e inseguridad social. Así mismo se encontró en las escalas: desconfianza interpersonal, miedo a la madurez, impulsividad e inseguridad social, de la prueba de Trastornos Alimentarios, un gran número de alumnos con puntaje alto. Por otra parte también se observó que poco más del cincuenta por ciento de los sujetos investigados, muestra niveles altos de estrés.

INTRODUCCIÓN

En la presente investigación se abordan las variables: estrés y desórdenes alimenticios, se indagará si existe relación entre ambas por medio de un estudio aplicado a una muestra seleccionada de estudiantes de secundaria.

Antecedentes

Según Caldera y colaboradores (2007), el término estrés se comienza a utilizar en la década de 1930, por un joven llamado Hans Selye, de origen austriaco, estudiante de la carrera de medicina, el cual al darse cuenta que todos los pacientes a los cuales estudiaba, independientemente de la enfermedad que padecieran, presentaban síntomas comunes, tales como cansancio, pérdida de apetito, baja de peso, astenia y algunos síntomas más, a lo cual este investigador llamó "Síndrome de estar enfermo". Posteriormente, en la escuela de medicina de la universidad McGill, en Montreal, Canadá, Selye realizó un experimento con ratas de laboratorio acerca de ejercicio físico extenuante, al obtener resultados tales como elevación de las hormonas suprarrenales, la atrofia del sistema linfático y presencia de úlceras gástricas, al conjunto de estos síntomas les llamó primeramente estrés biológico y posteriormente sólo estrés.

De lo anterior se derivó que para Selye (citado por Palmero y cols.; 2002) el estrés sea una respuesta inespecífica del organismo ante la presencia de alguna exigencia, por lo cual, es la consecuencia de las demandas ambientales.

En la actualidad se encuentra como la definición más formal la que proporciona la Organización Mundial de la Salud, la cual indica que el estrés “es el conjunto de reacciones fisiológicas que prepara al organismo para la acción” (referida por Palmero y cols.; 2002: 424).

Por otro lado, el concepto de trastornos alimentarios se encuentra compuesto principalmente por dos padecimientos: la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa.

En la página www.tallersur.com, López y cols., citando a Shelley, mencionan que la historia de la anorexia nerviosa se remota a la Edad Media, en el siglo XIV, en donde los relatos hablaban de una enfermedad misteriosa, que se caracterizaba por una pérdida considerable de peso en la persona que la padecía, lo cual era debido a una dieta de hambre autoimpuesta.

Mateos (citado por López y cols. en www.tallersur.com), indica que la anorexia nerviosa fue definida por primera vez en 1873 como un problema médico; por su parte, Caparros y Sanfeliú indican que el término actual para el padecimiento antes mencionado “hace referencia a quien carece de apetito hacia la comida, hacia la existencia, hacia la vida” (citados por Hernández; 2006, en www.uvmnet.edu).

Por otra parte, con respecto al segundo trastorno, López y cols.en www.tallersur.com, citando a Mateos, indican que la bulimia nerviosa se describió como un patrón conductual en personas obesas a finales de 1950, y a principios de 1970, se reconoció que dicho trastornose encuentra relacionado con la anorexia nerviosa.

Actualmente se define a la bulimia nerviosa como “la forma particular de ingesta excesiva de alimentos, acompañada por el temor a engordar, sensación de pérdida de control, remordimientos y distintos intentos de anular lo hecho” (www.uvmnet.edu). Lo anterior conlleva, posteriormente, a inducirse el vómito o hacer uso de laxantes.

Con el tiempo se han llevado a cabo numerosas investigaciones de diferentes autores acerca de tales temas; a continuación se presentan algunas de ellas, las cuales examinan las variables de estrés y/o desórdenes alimenticios.

Bermúdez y colaboradores, en el año de 2006, realizaron una investigación denominada “Evaluación de la relación entre rendimiento académico y estrés en estudiantes de medicina”, con estudiantes de 2º a 11º semestre de la Facultad de Medicina de la Universidad de Manizales; en total se analizaron 212 alumnos de entre 17 y 31 años. El estudio fue descriptivo con el empleo de una encuesta. Las conclusiones a las cuales se llegó fueron las siguientes: se encontró relación significativa entre el rendimiento académico y estrés, y de éste con depresión, consumo de alcohol y funcionalidad familiar.

Otra investigación que se encontró fue realizada en Saltillo, México, por Hernández, en el año de 2006, dicho estudio fue denominado como “Las influencias familiar y social en la anorexia y la bulimia, el caso de Saltillo, México”. La población estudiada fueron 200 estudiantes de primer año de preparatoria cuyas edades oscilaban entre los 14 y los 19 años. El estudio fue no experimental, empleando un cuestionario. En los resultados obtenidos se concluye que uno de cada cuatro sujetos presentó, cuando menos, un síntoma relacionado con trastornos en la alimentación, los cuales se encuentran en familias disfuncionales al momento de iniciar con el trastorno.

Finalmente, se encontró un estudio realizado en Santiago de Chile por Behar y Valdés en el año de 2009, denominado “Estrés y trastornos de la conducta alimentaria” los sujetos de estudio fueron 50 pacientes con problemas alimenticios y 50 universitarias sin éstos. El objetivo de dicha investigación fue comparar la exposición a situaciones vitales estresantes, características psicológicas y conductuales en mujeres con y sin trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y correlacionar estrés y sintomatología alimentaria con las distintas variables. Las conclusiones a las cuales se llegó son las siguientes: se enfatiza la importancia de eventos vitales estresantes en los TCA, especialmente la dinámica familiar para la focalización de medidas preventivas.

Respecto a las mismas variables, en la Escuela Secundaria Federal para Trabajadores Lic. Benito Juárez, de la ciudad de Uruapan Michoacán, se ha observado que cada vez es más frecuente la preocupación de las adolescentes por

su figura física, ya que manifiestan una tendencia fuerte a cuidarse para mantener una figura delgada, lo que para algunos autores puede ser antecedente o indicador de algún problema alimenticio. De igual manera, se han observado conductas que algunos autores han mencionado como propias del estrés.

Planteamiento del problema

A lo largo de la historia se han realizado investigaciones acerca del estrés y de los trastornos alimentarios; asimismo, existe diversa información bibliográfica de dichos temas, por lo cual se ha observado que algunos de los autores han establecido que los desórdenes alimenticios tienen estrecha relación con los niveles de estrés. Algunos de ellos mencionan que la familia es un factor desencadenante de dichas perturbaciones, ya que indican que varios casos de personas que sufren de trastornos alimenticios se han dado en sujetos con un entorno familiar conflictivo y/o disfuncional, por lo cual sufren altos grados de estrés. Sin embargo, así como esta hipótesis, existen muchas más que hablan del tema y que no se han podido confirmar claramente.

En la actualidad, se ha observado en los adolescentes de la Escuela Secundaria Federal para Trabajadores Lic. Benito Juárez, de la ciudad de Uruapan Michoacán, durante el ciclo escolar 2010-2011, la preocupación por tener una figura esbelta, ya que el ambiente en que se desarrollan así lo demanda.

De igual manera, se ha observado en estos adolescentes, que son frecuentes las conductas propias de ansiedad, lo que pudiera interpretarse como que los adolescentes de dicha institución sufren de estrés. Sin embargo, ante estas dos situaciones no se tiene clara la relación que pudieran guardar ambas variables.

Esto hace que surja el interés de responder la siguiente pregunta: ¿existe relación significativa entre los trastornos alimenticios y el estrés en los estudiantes de 2º grado de la Escuela Secundaria Federal para Trabajadores Lic. Benito Juárez, del ciclo escolar 2010-2011, de la ciudad de Uruapan, Michoacán?

Objetivos de la investigación

En toda investigación se requiere de líneas que encaminen los recursos y esfuerzos que aseguren la mayor validez posible. En esta investigación se emplearon los siguientes objetivos.

Objetivo general

Establecer la correlación que existe entre los niveles de estrés y los trastornos alimentarios en los estudiantes de 2º grado la Escuela Secundaria Federal para Trabajadores Lic. Benito Juárez, del ciclo escolar 2010-2011, de la ciudad de Uruapan, Michoacán.

Objetivos particulares

1. Definir el concepto de estrés.
2. Identificar las causas que provocan el estrés.
3. Identificar el cuadro sintomatológico del estrés.
4. Definir el concepto de trastornos alimentarios.

5. Conocer las causas de los trastornos alimentarios.
6. Identificar el cuadro sintomatológico de los trastornos alimentarios.
7. Medir el nivel de estrés en los estudiantes de 2º grado de la Escuela Secundaria Federal para Trabajadores Lic. Benito Juárez, del ciclo escolar 2010-2011, de la ciudad de Uruapan, Michoacán.
8. Medir los rasgos psicológicos de los trastornos alimentarios en los estudiantes de 2º grado de la Escuela Secundaria Federal para Trabajadores Lic. Benito Juárez, del ciclo escolar 2010-2011, de la ciudad de Uruapan, Michoacán.

Hipótesis

En todo trabajo cuantitativo es importante mencionar las presunciones que guiaran la forma de la investigación. Por lo tanto, a continuación se mencionan las adecuadas para este caso.

Hipótesis de trabajo

Existe correlación significativa entre el estrés y los trastornos alimentarios en los estudiantes de 2º grado de la Escuela Secundaria Federal para Trabajadores Lic. Benito Juárez, del ciclo escolar 2010-2011, de la ciudad de Uruapan, Michoacán.

Hipótesis nula

No existe correlación significativa entre el estrés y los trastornos alimentarios en los estudiantes de 2º grado de la Escuela Secundaria Federal para Trabajadores Lic. Benito Juárez, del ciclo escolar 2010-2011, de la ciudad de Uruapan, Michoacán.

Operacionalización de las variables de investigación

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

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

Justificación

La presente investigación pretende brindar beneficios diversos a distintas instituciones y personas, como lo son los estudiantes con los cuales se realizará la investigación, los padres de familia de dichos sujetos, la escuela en que se realice la

investigación, el campo de la psicología y a la sociedad en general que se interese por conocer lo que se realizó y los alcances que se lograron en esta investigación.

La investigación favorecerá directamente a los sujetos de investigación, a la institución en la cual estudian y a los padres de familia de éstos, ya que al obtener los resultados tendrán una visión más amplia, con evidencias objetivas acerca de la situación en la cual se encuentran los alumnos con respecto al estrés y a los desórdenes alimentarios, con lo cual se espera que estudiantes, padres de familia e institución, si lo consideran necesario, busquen soluciones a cada problemática de acuerdo con sus necesidades.

La sociedad en general contará con información confiable, lo cual le permitirá ampliar su conocimiento acerca del tema si así lo requiere.

Por otra parte, se aportará al campo de la psicología, ya que ésta obtendrá una investigación de campo y objetiva referente a la problemática del estrés y los trastornos alimentarios. La investigación se relaciona directamente con el campo de acción del psicólogo porque tanto el estrés, que es de naturaleza emocional, así como los trastornos alimentarios, que conllevan factores psíquicos, son aspectos de interés para el psicólogo y más aún, al conocer la relación de ambas variables contará con una herramienta objetiva y con sustento teórico que puede ayudarlo a abordar problemáticas referentes a situaciones similares a las variables aquí estudiadas.

Marco de referencia

La presente investigación se llevará a cabo en la Escuela Secundaria Federal para Trabajadores Lic. Benito Juárez, la cual está ubicada en la calle Pino Suarez #52, colonia Centro. Los fundamentos educativos de dicha institución, se basan en el plan '93 del enfoque constructivista, por lo que es de carácter público y laico. Fue fundada en el año de 1955.

El número total de alumnos que acuden a esta institución es de 680, cuyas edades oscilan entre los 12 y 15 años, el nivel socioeconómico de ellos es bajo y medio.

La cantidad de docentes que laboran en la institución es de 31, cuyas profesiones son variables: Licenciados en Español, Físico Matemático, Ingenieros Agrónomos, Licenciados en Matemáticas, Ingeniero Mecánico, Licenciado en Historia, Pedagogos, Licenciado en Comunicación Educativa, Licenciado en Docencia Tecnológica, Licenciado en Ciencias Sociales, Biólogo, Licenciado en Ciencias Naturales, Licenciado en Artes Plásticas, Licenciado en Inglés y Licenciado en Educación Artística.

En cuanto a la infraestructura de la institución, se encuentra conformada por cinco edificios, una cancha deportiva, ocho áreas verdes y cinco oficinas, entre las cuales se encuentran la dirección, sub-dirección, archivo, oficinas administrativas trabajo social y prefectura.

Como toda institución, ésta ha establecido su misión, visión y valores sobre los cuales se rige, los cuales se muestran a continuación:

Misión

Garantizar a todos los alumnos de la escuela, una educación gratuita y de calidad, que les permita “aprender a conocer, aprender a ser, aprender a convivir, aprender a hacer, aprender a transformarse a sí mismos y a la sociedad”.

Además, apoyar su permanencia para la culminación de sus estudios; proporcionar atención oportuna, eficiente, con trato amable y humano a los alumnos, padres de familia y ex alumnos, en los diferentes servicios: directivos, docentes, de asistencia educativa, administrativo y asistente de servicio.

Visión

“Transformar a nuestra escuela en un centro comunitario, que imparta una educación integral y de alta calidad que satisfaga plenamente a los alumnos, padres de familia, y población en general”

Se busca que la institución eduque con un enfoque cívico, ético, laico, pluricultural, democrático, científico, crítico, humanista, social, gratuito, con buena calidad, equidad, pertinencia, con carácter universal e incluyente; que ofrezca sus servicios con una planta de personal altamente capacitado e instalaciones

adecuadas; que permita a sus alumnos adquirir las competencias, capacidades, valores y conocimientos; forme ciudadanos responsables; promueva la democracia, permita al alumno disfrutar de sus derechos y cumplir con sus obligaciones; le proporcione herramientas para el aprendizaje; desarrolle sus capacidades y participe en su desarrollo, para mejorar su calidad de vida y que le permita tomar decisiones para seguir aprendiendo.

Valores

Responsabilidad, honestidad, honradez, respeto, compromiso, liderazgo, actitud de servicio, disciplina, igualdad y democracia.

CAPÍTULO 1

ESTRÉS

En el presente capítulo se analizará a fondo el tema del estrés, se mencionarán sus antecedentes, así como su definición; de igual manera, los diferentes enfoques teóricos que lo han estudiado, también los procesos del pensamiento que lo propician, así como los efectos negativos que ocasiona a la salud.

1.1. Antecedentes históricos del estrés

De acuerdo con Lazarus y Lazarus (2000), el concepto estrés se utilizaba de forma ocasional en el siglo XIV para referirse a momentos angustiosos, a la adversidad o a la aflicción. En el siglo XVII obtuvo mayor importancia técnica, ya que un físico y biólogo prominente, Robert Hooke, intentó ayudar a ingenieros que buscaban diseñar estructuras hechas por el hombre, las cuales fueran resistentes, por lo cual este investigador se interesó por las características de diversos metales. A través de esto se dio cuenta que hay materiales que pueden resistir cargas pesadas y que son resistentes a soportar terremotos y otras fuerzas de la naturaleza, mientras que, por el contrario, algunos metales no son tan resistentes a dichos eventos. Este análisis influyó sensiblemente en la forma de definir la tensión en fisiología, psicología y sociología, ya que al igual que la diferente capacidad de los metales, hay diferencia en la capacidad que tienen las personas para soportar el

estrés. Así, esta condición se definió como una exigencia del entorno sobre un sistema biológico, social o psicológico.

Sánchez (2007) señala que un médico francés, llamado Claude Bernard, demostró que los seres vivos están provistos genéticamente de mecanismos que le permiten enfrentar las contingencias del ambiente externo, ya que descubrió que aunque algún cambio externo en el ambiente puede perturbar al organismo, los seres vivos tienen la capacidad para mantener la estabilidad interna. Por lo cual, para Bernard, la facultad de adaptación al cambio es una característica de la vida; de igual modo, este autor indica que la base de la salud es el éxito del organismo en el mantenimiento del equilibrio y que, por el contrario, la pérdida del equilibrio está relacionada con el detrimento de la salud.

Durante la primera mitad del siglo XX, el fisiólogo estadounidense Walter Bradford Cannon, amplió los principios de Bernard. Cannon bautizó al estado dinámico como homeostasis, también descubrió que cuando un organismo se enfrenta a una situación de emergencia o experimenta miedo, se activa en su cerebro el sistema nervioso simpático. De igual manera, planteó que los eventos inesperados que provocan emociones pueden inducir una respuesta que él llamó de ataque o fuga, la cual es una reacción o respuesta a estímulos desconocidos que recibe el cerebro, para así enviar información que activa los procesos corporales para enfrentar la situación atacando o huyendo.

Por otra parte, el austriaco-canadiense Hans Selye, inició el estudio científico del estrés, mediante el cual descubrió una reacción fisiológica, adaptativa ante la presencia de cualquier impacto que fuese ejercido hacia el organismo por estímulos que provocan variaciones de tipo endocrino. “A dicha reacción la llamó ‘Síndrome general de adaptación’ y, más tarde, ante la Organización Mundial de la Salud, definió el estrés como ‘la respuesta no específica del organismo a cualquier demanda del exterior’, mientras que al estímulo causante del estrés lo denominó ‘estresor’ ” (Sánchez; 2007: 15).

De acuerdo con Lazarus y Lazarus (2000), en la Segunda Guerra Mundial las autoridades militares comenzaban a preocuparse por el estrés, ya que, debido a éste, los hombres que eran enviados a la guerra se sentían desmoralizados, se escondían del enemigo y no disparaban sus armas, por ello, a las autoridades les interesaba saber cómo seleccionar correctamente a hombres que fueran resistentes al estrés y como entrenarlos para que lo pudieran manejar, lo cual fomentó que se realizarán mayor número de investigaciones.

Después de la Segunda Guerra Mundial, se hizo evidente que el estrés no se daba exclusivamente en los hombres que acudían a la guerra por el nivel de tensión al cual se exponían, sino que se podía presentar en diversas personas y aparecer como resultado de diversas situaciones de la vida cotidiana.

El interés por el estrés prosperó en las décadas de los sesenta y los setenta del siglo pasado y en la actualidad sigue siendo importante. Se ha observado que

existen diferencias individuales al momento de enfrentar alguna situación estresante, ya que algunas personas trabajan mejor bajo presión, en contraste con otras, que no funcionan cuando se encuentran estresadas y, algunas más no muestran reacciones positivas ni negativas ante la presencia del estresor.

También se ha observado que todos los individuos necesitan de cierto nivel de estrés, ya que éste puede funcionar como estimulante para solucionar problemáticas habituales, dado que el estrés es una respuesta natural ante las exigencias que se presentan en la vida.

1.2. Enfoques teóricos del estrés

Existen tres enfoques en la comprensión del estrés: el primero indica a dicho padecimiento como estímulo, el segundo lo marca como respuesta y el tercero dice que el estrés es la consecuencia de la interacción entre la persona y su entorno. A continuación se expondrá cada uno.

1.2.1. El estrés como estímulo

En el siglo V a.C., Hipócrates (citado por Travers y Cooper; 1997) creía que el entorno determinaba las características de la salud y de la enfermedad del individuo, ya que indicaba que en el entorno hay agentes estresantes, los cuales provocaban la respuesta del sujeto que podía darse en tres aspectos: el psicológico, el fisiológico y

el conductual. Esta forma de enfocar al estrés lo indica como una variable independiente.

Para Travers y Cooper (1997), este punto de vista sustenta que las diferentes características indeseables del ambiente recaen sobre el individuo, lo cual da como respuesta cambios en éste, en el que se produce tensión que puede variar su nivel de acuerdo con la duración y/o fuerza de ésta. Cuando la presión, ya sea física o emocional, se da en el sujeto por un largo periodo de tiempo, puede ocasionar reacciones de ansiedad que pueden ser estresantes.

Esta teoría indica que cada sujeto posee un nivel diferente de tolerancia y que al sobrepasarse debido a una causa estresante, le puede provocar daños permanentes o temporales. De igual manera, indica que el individuo siempre está expuesto a innumerables presiones, las cuales puede superar con una actitud resolutiva o por el contrario, las puede afrontar hundiendo su potencial.

Selye, (citado por Travers y Cooper; 1997), indica que no se debe manejar el término estrés, en general, como una connotación negativa, ya que, en ocasiones, se puede considerar al estrés como un estimulante. Por lo cual Selye lo divide en positivo y en negativo, al primero, lo llama eustrés, el cual motiva al cambio, al desarrollo y al crecimiento; al segundo lo llama distrés, que es posiblemente dañino, incontrolable e indeseable. De igual manera describe, que el individuo puede experimentar cuatro tipos de estrés: hiperestrés, que indica un exceso de estrés;

hipoestrés, que se refiere a defecto de estrés; distrés, que es un estrés negativo, y por último, eustrés que se refiere a estrés positivo.

1.2.2. El estrés como respuesta

Travers y Cooper (1997), consideran al estrés como variable dependiente, ya que es la respuesta que tiene la persona ante algún estímulo desagradable o amenazador. Por lo cual indica que en este modelo de estrés, lo más importante es la manifestación de éste.

Como se mencionó anteriormente, existen ciertos niveles de estrés que pueden ser benéficos para el individuo, sin embargo, para Fontana (1992), cuando ese estrés supera los niveles óptimos, puede deteriorar el desempeño del sujeto, agotar su energía psicológica y provocarle sentimientos de inutilidad y subestima. El autor antes citado indica que Selye se interesó por centrar la atención de los médicos y psicólogos en los efectos del estrés; de hecho, popularizó el síndrome de adaptación general como un modelo de reacción humana ante los estresores, el cual reconoce tres fases que se dan en la respuesta: a) la reacción de alarma, b) la etapa de resistencia, y c) la fase de agotamiento.

La reacción de alarma es una preparación del organismo ante el estresor para el enfrentamiento o la huida en el cual se producen las siguientes reacciones: agrandamiento de pupilas para mejorar la visión; el oído se agudiza, los músculos se tensan para responder a la amenaza, la frecuencia cardíaca y respiratoria aumentan,

lo que provoca que la sangre sea bombeada de forma más rápida y abundante para incrementar la llegada del oxígeno a las células y así favorecer la respuesta ante el peligro; debido a eso, la sangre es enviada a áreas prioritarias como el corazón, los pulmones, los riñones, el hígado, los músculos grandes y el cerebro, mientras que, por el contrario, en las áreas que son menos prioritarias en ese momento, como son la digestión y la circulación periférica, el flujo sanguíneo disminuye.

La etapa de resistencia se refiere al tiempo en que se encuentra el individuo ante el estresor, en ella, el sujeto hace la valoración cognoscitiva sobre la utilidad del estresor, sobre su capacidad de resistencia y sobre la necesidad de enfrentarse a los desafíos que conlleva el estresor.

Por último, la etapa de agotamiento se da cuando se le obliga al sujeto o se fuerza él mismo a continuar demasiado tiempo ante el estresor, es decir, si se prolonga más allá de su capacidad para resistir. En esta fase se presentan diversos efectos dañinos, los cuales varían de un individuo a otro.

Fontana (1992) ha dividido los efectos del estrés en cognoscitivos (relacionados con el pensamiento y el conocimiento), emocionales (en los cuales relaciona los sentimientos, las emociones y la personalidad) y conductuales generales (en los cuales abarca los factores tanto cognoscitivos como emocionales). A continuación se mencionan y explican.

- Efectos cognoscitivos del estrés excesivo.
 1. Decremento del periodo de la concentración y atención, en el cual se dan dificultades para mantener la concentración y disminuye la capacidad de observación.
 2. Aumento de la distractibilidad, ya que con frecuencia se pierde la idea de lo que se está pensando y/o diciendo.
 3. Deterioro de la memoria a corto y a largo plazo; se reduce el periodo de la memoria; de igual manera, se disminuye el recuerdo y el reconocimiento.
 4. La velocidad de respuesta se vuelve impredecible, ya que se ve reducida, lo cual puede provocar que al querer compensar esto, se tomen decisiones apresuradas.
 5. Aumento de la frecuencia de errores, esto es el resultado de todo lo anterior, ya que, en las tareas cognoscitivas se incrementan los errores y las decisiones se vuelven inciertas.
 6. Deterioro de la capacidad de organización y de la planeación a largo plazo; el sujeto no puede evaluar de forma correcta y precisa las condiciones existentes ni visualizar sus consecuencias.
 7. Aumento de los delirios y trastornos del pensamiento, se pierde objetividad y capacidad de crítica, la prueba de realidad es menos eficaz, los patrones de pensamiento se vuelven confusos.

- Efectos emocionales del estrés excesivo.
 1. Aumento de la tensión física y psicológica: la capacidad para relajar el tono muscular es menor, así como la capacidad de sentirse bien, de detener las preocupaciones y controlar la ansiedad.
 2. Aumento de la hipocondría: se desvanece la sensación de bienestar y de salud, asimismo, se imaginan y/o inventan enfermedades que se agregan a las reales que fueron provocadas por el estrés.
 3. Aparecen cambios en los rasgos de personalidad: se pueden manifestar cambios drásticos en la personalidad del sujeto, ya que pueden comportarse de manera contraria a lo que siempre habían hecho. Por ejemplo, las personas preocupadas pueden volverse indiferentes, así como las pesimistas pueden volverse autoritarias.
 4. Aumento de los problemas de personalidad existentes: en el individuo empeora la ansiedad, la defensividad y la sobre-sensibilidad.
 5. Debilitamiento de las restricciones morales y emocionales: se ven afectados los códigos de conducta, ya que se debilitan, se da un descontrol en los impulsos sexuales o por el contrario, éstos pueden volverse exageradamente rígidos. También aumentan las explosiones emocionales.
 6. Aparecen depresión e impotencia: debido a que el ánimo del sujeto se deprime, surge una sensación de incapacidad que influye tanto en los acontecimientos de la vida como en los sentimientos del sujeto acerca de sí mismo o de las personas que lo rodean.

7. Pérdida repentina de la autoestima: se presentan sentimientos negativos en los cuales el sujeto se siente incompetente y se auto-desvaloriza.
- Efectos conductuales generales del estrés excesivo
 1. Aumento de los problemas del habla, los cuales pueden aparecer en personas que no estaban afectadas o desarrollarse en las que ya los presentaban. Esas dificultades pueden ser tartamudez, farfuleo y vacilación.
 2. Disminución de los intereses y el entusiasmo: el sujeto olvida sus objetivos y metas, los pasatiempos que acostumbraba los deja de lado; de hecho, puede deshacerse de pertenencias que estima.
 3. Aumento del ausentismo: se prolongan las faltas y los retardos al trabajo y/o escuela mediante diversas excusas o justificándose con enfermedades reales o inventadas.
 4. Incremento del consumo de drogas: se observa en el sujeto mayor ingesta de sustancias adictivas como el alcohol, la cafeína la nicotina, y algunas otras drogas prescritas o ilegales.
 5. Descenso de los niveles de energía: sin razón alguna, los niveles de energía pueden caer de un día para otro o incluso de un momento a otro.
 6. Alteración de los patrones de sueño: el sujeto presenta dificultades para conciliar el sueño o para permanecer dormido por periodos prolongados de cuatro horas continuas.

7. Aumento del cinismo acerca de los clientes y de los colegas: el individuo tiende a culpar a los demás.
8. Se ignora a la nueva información: se rehúsa a aceptar los cambios o los nuevos reglamentos, incluso, aunque estos le sean útiles.
9. Las responsabilidades se depositan en los demás: se desliga de sus responsabilidades, principalmente de las desagradables y se limita a realizar las que le son más fáciles.
10. Se resuelven los problemas a un nivel cada vez más superficial: la persona no analiza a profundidad el problema, por lo cual no le da una solución correcta, por el contrario, las salidas que da son provisionales.
11. Aparecen patrones de conducta excéntricos: la conducta en el sujeto es impredecible, ya que no se comporta como acostumbra.
12. Pueden hacerse amenazas de suicidio: esto se observa a través de las expresiones de la persona, en las cuales hace referencia a sus deseos de morir.

Como se mencionó anteriormente, los efectos que se mencionaron pueden variar de un individuo a otro, así como el nivel de gravedad. La aparición de los síntomas será el indicador de que el individuo ha alcanzado o está por alcanzar la etapa de agotamiento.

1.2.3. El estrés como relación persona-entorno (enfoque interaccionista)

Hoy en día, para la mayoría de los investigadores del estrés, éste no es sólo un fenómeno limitado a un estímulo o una respuesta, sino por el contrario, es un proceso complejo en el cual se incorporan los dos enfoques mencionados con anterioridad.

De acuerdo con Travers y Cooper (1997), gran parte de los investigadores del estrés como Cooper y otros, conceptualizan al estrés como la interacción de la persona con su entorno, por lo cual se refieren dicha condición como el grado de adaptación de la persona a su contexto, es decir, éste en sí no es estresante, lo realmente estresante es la relación persona-entorno.

El estrés surge cuando la dimensión de los estímulos estresantes supera la capacidad del individuo para resistirlo, para que éste controle la experiencia estresante, puede modificar su entorno o su forma de reaccionar ante una situación, por lo tanto, “la actitud de enfrentarse al estrés se produce para intentar que la persona y el entorno logren alcanzar un estadio de adaptación” (Travers y Cooper; 1997: 33).

En los modelos transaccionales, es de suma importancia la actividad mental del sujeto, ya que esto es considerado como un factor crucial para determinar el estrés, pues para que un acontecimiento sea considerado como un estímulo estresante, el sujeto debe interpretarlo fenomenológicamente.

De acuerdo con lo anterior se resume que el estrés no es sólo un estímulo del ambiente o una respuesta hacia éste, sino un concepto relacional y dinámico, ya que frecuentemente se está dando una interacción de la persona con su entorno que está regida por un conjunto de procesos cognitivos. De acuerdo con Travers y Cooper (1997), del modelo cognitivo surgen cinco aspectos principales que deben considerarse en cualquier estudio que se realice sobre el estrés:

1. Valoración cognitiva: es la percepción que el sujeto tiene de la situación.
2. Experiencia: la apreciación del sujeto con respecto a la situación depende de la reacción que anteriormente haya tenido en una situación similar.
3. Exigencia: que incluye la real y la percibida, junto con la capacidad percibida y la real.
4. "Influencia interpersonal: la forma de percibir una fuente potencial de estrés depende en gran medida de la presencia o ausencia de otras personas, que influirán en la experiencia subjetiva del estrés
5. Un estado de desequilibrio: cuando tiene lugar un estado de desequilibrio entre la exigencia que se percibe y la capacidad percibida de superar esa demanda, se generan las estrategias de superación, que tienen en cuenta las consecuencias pasadas de tales acciones (las positivas restauran el equilibrio, las negativas potencian aún más la situación negativa)." (Travers y Cooper; 1997: 34).

1.2.3.1. El concepto integrador de estrés

A partir de la revisión de los tres enfoques anteriores, es oportuno establecer una definición para el estrés; una de las más completas es la expuesta por Lazarus (referido por Trianes; 2002), la cual contiene cinco puntos:

1. Existencia de una demanda.
2. Percepción de esa demanda como amenaza, pérdida o daño.
3. La insuficiencia de recursos para afrontarla.
4. Presencia de emoción negativa.
5. Peligro de inadaptación o desajuste psicológico.

Un segundo concepto del fenómeno investigado que satisface a la teoría psicológica es la que señala que el estrés “es una respuesta adaptativa, mediada por las características individuales y/o procesos psicológicos, la cual es al mismo tiempo consecuencia de una acción, situación o evento externo que plantea a la persona especiales demandas físicas o psicológicas” (Ivancevich y Matteson; 1985: 23).

Si bien hasta este momento, de acuerdo con las definiciones revisadas anteriormente, se le ha dado al estrés connotaciones negativas, se debe mencionar que existe un concepto en el cual se aborda con aspectos positivos y que es conocido como el eustrés.

Tal concepto es una palabra acuñada por Selye (del prefijo griego “eu” que significa bueno), en el cual se aborda al estrés como algo favorable o que produce un resultado positivo, ya que, en vez de que el sujeto experimente ansiedad, lo toma como un estímulo provechoso, lo cual le dará satisfacción después de haber alcanzado una meta (Travers y Cooper; 1997).

Por lo anterior, se observa que el estrés puede considerarse también como algo positivo; la línea que separa lo provechoso de lo dañino, la marca la percepción que el sujeto tenga acerca de la situación estresante por la cual esté atravesando.

1.3. Los estresores

Son sucesos del medioambiente, reales o imaginarios. Los estresores han sido clasificados en cuestión de los cambios que producen en la vida del sujeto. Así, Lazarus y Cohen, (citados por Palmero y cols.; 2002), hablan de tres tipos de acontecimientos estresantes o estresores psicosociales:

- Los cambios mayores o estresores únicos.
- Los cambios vitales o estresores múltiples.
- Los estresores cotidianos, o microestresores.

Enseguida se expone cada grupo con el detenimiento necesario.

1.3.1. Estresores psicosociales: cambios mayores, vitales y cotidianos

Primeramente se encuentran los cambios mayores, los cuales hablan de cambios enormemente drásticos en la vida de la persona. Por ejemplo, las enfermedades terminales, las catástrofes de origen natural (como inundaciones, terremotos), así como ser víctima de terrorismo y en general situaciones altamente traumáticas.

Una de las características más importantes que marca este tipo de estresores es el hecho de que afecta a un gran número de personas, aunque en ocasiones puede sólo aquejar a un sujeto o un número pequeño de éstos, sin embargo, el número de afectados no aumenta o disminuye el nivel en que el estresor impacta sobre ellos. Otra de las características es la cuestión del tiempo en que se encuentra presente el estresor, ya que éste puede tratarse de hechos prolongados o que suceden de forma rápida, que al igual que en la característica anterior, el hecho de que el estresor suceda rápido o se prolongue no modifica su nivel de impacto (Palmero y cols.; 2002).

Independientemente del estresor que sea, del número de personas afectadas o el tiempo de duración del estresor, lo que no cambia es el efecto traumático que éste provoca, ya que sus consecuencias se mantienen de forma prolongada en el tiempo.

En segundo lugar se tienen los cambios vitales: son circunstancias que se encuentran fuera del control del individuo como la muerte de un ser querido, el despido del trabajo, una enfermedad incapacitante, entre otros, o por el contrario, situaciones que están altamente influidas por el individuo, como el divorcio, el tener un hijo, o asumir algún cargo (Palmero y cols.; 2002).

Existen diversos aspectos en la vida de las personas, en los cuales al darse un cambio, éste resulta de trascendencia vital. Las principales fuentes que desencadenan el estrés, en los cambios menores o vitales, se dan con modificaciones en:

- “La vida conyugal, que incluirá tanto la matrimonial como la extramatrimonial, como, por ejemplo, el contraer un compromiso matrimonial, el propio matrimonio, las desavenencias de pareja, la separación o la muerte de uno de los miembros de la pareja.
- La paternidad; como, por ejemplo, ser padre o madre, mantener relaciones difíciles con los hijos o la enfermedad de un hijo.
- Las relaciones interpersonales, en relación con problemas en la interacción con amigos, vecinos, socios o con familiares cercanos, como, por ejemplo, la enfermedad de un amigo o mantener relaciones difíciles con el jefe.
- El ámbito laboral, que incluye, tanto el trabajo, como la escuela y las tareas domésticas, como, por ejemplo, estar en el paro, estar jubilado o tener problemas escolares.

- Las situaciones ambientales, tales como los cambios de lugar de residencia, las amenazas a la integridad personal o la inmigración.
- El ámbito económico; como el manejo inadecuado de las finanzas o el cambio en el estatus económico.
- Las cuestiones legales; como, por ejemplo, el hecho de ser detenido o encarcelado, tener pleitos o juicios.
- El propio desarrollo biológico, con referencia al proceso evolutivo de las personas, como, por ejemplo, la pubertad, el cambio al estado adulto, la menopausia o entrar en la década de los cuarenta.
- Las lesiones o enfermedades somáticas; como, por ejemplo, padecer algún tipo de enfermedad, sufrir algún accidente o someterse a un proceso quirúrgico.
- Otros tipos de estrés psicosocial; como, por ejemplo, sufrir una persecución, un embarazo no deseado o una violación.
- En el caso de niños y adolescentes, existen otros 'factores familiares' además de los anteriormente citados, entre los que hay que considerar las siguientes fuentes de estrés: relaciones frías y distantes entre los padres, o relaciones de abierta hostilidad; trastornos somáticos o mentales en los miembros de la familia; comportamiento frío y distante en las relaciones paterno-filiales; intrusismo paterno-filial, así como un débil o insuficiente control paterno; estimulación cognitiva o social insuficiente, excesiva o confusa; situación familiar anómala, como, por ejemplo, visitas y custodia irregular o

problemática de los padres, familia adoptiva, educación institucional, pérdida de miembros de la familia nuclear, etc.” (Palmero y cols.; 2002: 427-428).

Por último, se encuentran los estresores cotidianos, o microestresores, son acontecimientos que suceden frecuentemente en la vida diaria y, aunque sean menos trágicos que los que ocurren en los cambios mayores o menores, se consideran como más importantes en el proceso de adaptación, ya que actúan modificando los patrones de comportamiento automatizado en el sujeto, activan el estrés y lo mantienen, hasta que el sujeto ve controlada la situación estresante.

Algunas de las características que presentan los estresores cotidianos son que provocan novedad o cambio en la situación ambiental, son percibidas como situaciones impredecibles y producen un estado de incertidumbre.

Se pueden diferenciar dos tipos de microestresores:

- Las contrariedades, que son situaciones que provocan malestar emocional o demandas irritantes; a su vez, puede clasificarse en problemas prácticos y problemas sociales: los primeros se refieren a problemas como no encontrar las llaves, ir retrasado a una cita, borrar accidentalmente información valiosa de la computadora, entre otros; y los segundos se refieren a tener problemas o discutir con alguna de las personas cercanas, como puede ser familiar, amigo, vecino o alguna otra persona.

- Las satisfacciones, cuya característica es que contrarrestan los efectos de las contrariedades, ya que son experiencias positivas que por ello provocan emociones favorables.

A los tres tipos de estresores psicosociales que acaban de ser revisados, es importante agregar un cuarto, que son los estresores biogénicos.

1.3.2. Estresores biogénicos

A pesar de que la mayoría de los estresores a los cuales se enfrenta con frecuencia el sujeto son psicosociales, es importante mencionar que no son los únicos. Everly (citado por Palmero y cols.; 2002) plantea una diferenciación en los desencadenantes del estrés en dos tipos: los psicosociales, que fueron revisados anteriormente, y los biogénicos, que serán explicados a continuación.

Por sus propiedades bioquímicas, los estresores biogénicos actúan directamente en los núcleos elicidores neurológicos del estrés, inician automáticamente la respuesta de activación del estrés sin utilizar los mecanismos de valoración cognitiva.

Ejemplos de estresores biogénicos son:

- Cambios hormonales en el organismo, como los que se producen en la pubertad (ya que las modificaciones hormonales propias de la pubertad son importante causa de estrés), el síndrome premenstrual (el estrés se

da por el desequilibrio entre las hormonas relacionadas con el ciclo menstrual, principalmente los estrógenos y la progesterona), el post-parto (ya que es un momento en el que los niveles de hormonas cambian drásticamente), el climaterio (en éste se produce un cambio importante en los niveles hormonales). Debido a que en todos estos cambios hay alteraciones hormonales, se puede dar en la persona que los sufre, un episodio de sobre-estrés.

- Ingestión de determinadas sustancias químicas, algunas de ellas son la cafeína, las anfetaminas y la nicotina.
- Reacción a ciertos factores físicos, como los estímulos que provocan dolor, calor o frío extremo
- Y, finalmente, el estrés alérgico, ya que la alergia es un causante de estrés para la persona, debido a que requiere de grandes cambios de energía del sistema inmunológico, dado que éste lucha contra lo que el cuerpo considera peligroso(Palmero y cols.;2002).

1.3.3. Estresores en el ámbito académico

En la revista electrónica de psicologiacientifica.com., Barraza (2003), citando a Polo, Hernández y Poza, menciona los estresores académicos, los cuales se mencionan a continuación:

- Exposición de trabajos: la preparación del material a exponer, miedo a equivocarse, no preparar bien la presentación, así como el temor a hablar frente a los compañeros, son aspectos que desencadenan el estrés.
- Intervención en el aula: como el responder a preguntas del profesor o participar en coloquios.
- Realización de un examen: en algunos casos, el estrés comienza incluso antes de la realización de éste, desde el momento en que se le informa al estudiante sobre el evento.
- Ir al despacho del profesor para tutoría.
- Sobrecarga académica: como el exceso de trabajos escolares.
- Masificación de las aulas: el cupo máximo o mayor de alumnos en una aula.
- Competitividad entre compañeros.
- Trabajar en grupo.
- Exceso de responsabilidad: como el aumento de cargas para el alumno.
- Ambiente físico desagradable: cuando las condiciones físicas del lugar en el cual estudia el alumno son incómodas y/o desagradables para él.
- Falta de incentivos: cuando el estudiante no se siente estimulado, ya sea por parte de profesores o sus padres de familia.
- Tiempo limitado para hacer trabajos.
- Problemas o conflictos con los profesores y/o compañeros.
- Evaluaciones.

- Tipo de trabajo que se pide: debido a que el alumno puede considerar algunos trabajos más difíciles que otros.

De igual manera, al ingresar a la universidad surge una serie de cambios en el estilo de vida del estudiante, ya que un gran número de universitarios cambian de residencia al ingresar a este nivel. Tales modificaciones propician la aparición de estrés en el estudiante, algunos de ellos son los siguientes: dejar la casa paterna, tener que viajar diariamente muchos kilómetros, hacerse cargo de la economía, compartir vivienda o vivir solo y atender las responsabilidades académicas, las clases y las relaciones personales. Sin embargo, aunque todos parecen ser cambios desagradables y/o negativos, existen algunos que son positivos, como por ejemplo, enamorarse o preparar un viaje de estudios, sin embargo, el hecho de que estos sean favorables no significa que no propicien el estrés, ya que también agregan cierta tensión.

Hernández, Polo y Poza, citados por Barraza (2003: 5) en la revista electrónica de psicologiacientifica.com, mencionan que existen doce tipos de respuestas de estrés académico:

1. "Me preocupo
2. El corazón me late muy rápido y/o me falta aire y la respiración es agitada.
3. Realizo movimientos repetitivos con alguna parte de mi cuerpo, me quedo paralizado o mis movimientos son torpes.
4. Siento miedo.

5. Siento molestias en el estómago.
6. Fumo, bebo o como demasiado.
7. Tengo pensamientos o sentimientos negativos.
8. Me tiemblan las manos o las piernas.
9. Me cuesta expresarme verbalmente o a veces tartamudeo.
10. Me siento inseguro de mí mismo.
11. Se me seca la boca y tengo dificultades para tragar.
12. Siento ganas de llorar.”

No necesariamente el alumno que esté sujeto a estrés experimenta todas estas reacciones en un mismo tiempo, puede alternarlas o no experimentar algunas de ellas; la intensidad y frecuencia es variable de una persona a otra de acuerdo con su percepción.

1.4. Procesos de pensamiento que propician el estrés

De acuerdo con Palmero y cols. (2002), estos procesos son distorsiones cognitivas que la persona interpreta como reales. Estos pensamientos deformados por lo general son reiterativos y provocan en la persona la incapacidad para evaluar la situación de forma adecuada. Las distorsiones más frecuentes son:

- El filtraje: en él la persona se enfoca solamente en un detalle de la situación, que por lo general es un dato negativo, sin tomar en cuenta los otros que ocurrieron, así estos hayan sido positivos.

- La sobregeneralización: se produce por extensión, sucede cuando a partir de un incidente simple que ocurre en una situación determinada, la persona cree que siempre ocurrirá ese suceso ante tal situación.
- La interpretación del pensamiento: se da cuando la persona cree descifrar el pensamiento de los demás, también hace presunciones acerca de cómo están reaccionando las demás personas ante las circunstancias que les rodean. En general, cree saber lo que los demás están pensando.
- La polarización y la visión catastrófica: en esta distorsión la persona juzga todo como muy bueno o muy malo. La polarización lleva al catastrofismo, ya que, cuando ocurre algo malo, la persona lo interpreta como la peor desgracia. Estos pensamientos por lo general comienzan con la frase “y si...”.
- La falacia de control, que se puede dar de dos maneras: la persona se percibe a sí misma como impotente y controlada por los demás o por el contrario, como omnipotente y responsable de todo lo que ocurre a su alrededor. En la primera percepción, el sujeto se bloquea; en la segunda, se cree responsable de todo y de todos.
- El razonamiento emocional: el individuo tiene la creencia de que lo que siente es real, si se cree un fracasado, actúa como tal y por tal motivo lo es.
- La falacia de cambio: en esta distorsión se cree que la felicidad depende de los actos que realicen los demás, la persona necesita que ellos satisfagan sus necesidades y para conseguirlo usa estrategias para cambiar a los otros como echarles la culpa, exigirles, ocultarles cosas y negociar.

- La culpabilidad: la persona se siente responsable de todo lo malo que le ocurra a ella o a las personas que la rodean, también se siente comprometido a satisfacer las necesidades de los demás y cuando no lo consigue, se siente culpable.
- El tener razón: las personas que presentan esta distorsión por lo general están a la defensiva, se creen que tiene la razón de todo y por tal motivo defienden ante los demás su opinión, aunque ellos le quieran probar que es incorrecto lo que dice o piensa, no los escucha.
- La personalización: consiste en relacionar cualquier cosa que ocurra con uno mismo, por ejemplo, si la persona ve que alguien está platicando, cree que está hablando mal de ella.

1.5. Los moduladores del estrés

Los moduladores son factores impredecibles para determinar y predecir cuál será el curso del proceso del estrés y las repercusiones de éste sobre la salud. Existen elementos de carácter social y otros de carácter personal, todos ellos están presentes aunque el individuo no esté sometido a estrés, sin embargo, sí le afectan; pero cuando el sujeto se encuentra en situación de estrés, los moduladores pueden ser capaces de determinar a casi todos los elementos que constituyen el núcleo del estrés, así como a las consecuencias nocivas o benéficas.

1.5.1. El control percibido

El impacto del estrés sobre el organismo depende de la magnitud de la propia fuente estresante y del control que la persona tenga sobre ésta. Seligman (citado por Palmero y cols.; 2002), demostró los efectos cognoscitivos, motivacionales y emocionales negativos de la falta de control.

El control percibido se entiende como la creencia sobre el grado en que la persona es capaz de controlar y/o lograr sus metas y objetivos regulando las dificultades que surgen en el curso de su consecución.

Fernández, Castro y Edo (citados por Palmero y cols.; 2002) señalan que el control percibido puede tener efectos sobre la conducta, ya que cuando el sujeto cree tener dominada alguna situación estresante, aunque esto no sea real, esa creencia lo protege de los efectos negativos que pueda provocarle el estrés.

1.5.2. El apoyo social

“El apoyo social se ha definido como las provisiones instrumentales o expresivas, reales o percibidas, aportadas por la comunidad, las redes sociales y los amigos íntimos. Si consideramos que el estrés surge del desequilibrio percibido entre demandas y recursos, entonces es fácil comprender que el apoyo social es una fuente de recursos para hacer frente a las demandas” (Cascio y Guillén; 2010: 189-190).

En cuanto al modo de acción del apoyo social sobre la salud y el estrés, se han supuesto dos mecanismos principales que no son mutuamente excluyentes: en primer lugar, la hipótesis del efecto indirecto o protector y en segundo lugar, la del efecto directo o principal.

La primera hipótesis indica que los estresores sociales sólo tienen efectos negativos en las personas cuando éstas tienen un bajo nivel de apoyo social. No obstante, el alto nivel de apoyo social en la persona sin presencia de estresores, no influye sobre su bienestar, ya que sólo protege de los efectos perjudiciales del estrés.

La segunda hipótesis afirma que independientemente del estrés, el apoyo social fomenta la salud y el bienestar de la persona, por lo cual, “a mayor nivel de apoyo social menor malestar psicológico, y a menor grado de apoyo social, mayor incidencia de trastornos” (Cascio y Guillén; 2010: 190).

1.5.3. El tipo de personalidad: A / B

Los tipos de personalidad se han dividido en dos, marcados como A y B, de los cuales a continuación se describen sus diferentes características, que por lo general son contrarias en cada tipo, asimismo, se menciona la relación que puede haber entre los problemas cardíacos con sujetos de personalidad tipo A.

Conforme afirman Travers y Cooper (1997), los sujetos con personalidad de tipo A, tienden a ser hostiles, agresivos, competitivos y por lo general siempre actúan

con sentido de la urgencia, también pueden ser intolerantes, exigentes y su orientación es al éxito de sus objetivos. Las características más evidentes en ellos son la prisa: hablan aceleradamente, sus movimientos son rápidos y cuando no están trabajando o cuando descansan, experimentan un sentimiento de culpa. A este tipo de sujetos les desagrada que se les impida superar de forma rápida los obstáculos que encuentran en su camino.

Para identificar a estas personas, Travers y Cooper (1997) indican diversos aspectos característicos de la personalidad tipo A:

- Experimentan impaciencia ante el ritmo de los acontecimientos y tienden a apresurar la forma de hablar de los demás.
- Acostumbran decir las últimas palabras de la frase con mayor rapidez que las primeras.
- Intentan hacer todo de forma rápida, de hecho, tienden a moverse, caminar y comer apresuradamente.
- Generalmente tratan de hacer dos cosas a la vez.
- A estas personas se les puede reconocer por tener tics nerviosos, por mantener la mayor parte del tiempo los puños cerrados y por dar golpes en alguna superficie para enfatizar lo que dicen.
- Tratan de girar la conversación en torno a ellos o a lo que les interesa y cuando no lo logran, sólo fingen escuchar.

- Cuando intentan relajarse o descansar, experimentan sentimientos de culpabilidad.
- Por lo general, no se percatan de las situaciones positivas que les ocurrieron durante el día.
- Intentan realizar más actividades en cada vez menos tiempo, sin contemplar situaciones que puedan interrumpir sus planes.
- Tienen un sentido crónico de la urgencia.
- No se sienten atraídos por personas de su mismo tipo; cuando se relacionan con otro individuo del tipo A, se muestran desafiantes con éste e intentan competir, ya que esto despierta los sentimientos hostiles y competitivos.

Por el contrario, las personas del tipo B, por lo general, se encuentran libres de las características anteriormente mencionadas; no sufren por la urgencia, ya que no son impacientes, pueden relajarse tranquilamente sin experimentar sentimientos de culpabilidad.

A pesar de que a los sujetos del tipo B se les considera calmados y de fácil dominio, cabe señalar que existen excepciones, asimismo, estos sujetos al igual que los del tipo A, tienen metas trazadas y deseos de éxito y logros. La diferencia radica en que los sujetos del primer tipo buscan la satisfacción de sus necesidades de una manera que no crean estragos psicológicos y físicos (Ivancevich y Matteson; 1985).

1.5.3.1. Personalidad tipo A y problemas cardiacos

Con el tiempo, dentro del tema de estrés se han realizado más investigaciones y existe mayor información acerca del tipo A, ya que se relaciona más con éste, debido a sus características. También se ha relacionado al tipo A con las enfermedades cardiacas debido a que mediante diversos estudios se ha observado que estas personas son más vulnerables a las enfermedades cardiacas.

Ivancevich y Matteson (1985), muestran un estudio realizado en la década de los sesenta, en el cual se evaluaron a más de tres mil empleados, de entre 39 y 59 años, en busca de presencia o ausencia de la conducta tipo A. Los investigadores en la evaluación del patrón de conducta no tenían conocimiento de factores de riesgo en los tipo A; el diagnóstico lo realizaron cardiólogos que desconocían las clasificaciones de tipo de conducta; los empleados que participaron y que se encontraban libres de problemas cardiacos, fueron sometidos a mediciones anuales en busca de la conducta tipo A, durante ocho a nueve años. Los primeros datos fueron conocidos a los dos años y medio de que inició el estudio, en ellos se dio a conocer que setenta participantes habían sufrido una enfermedad cardiaca y el 77% de estos eran de tipo A. El patrón de conducta encontrado en el grupo cuyas edades era de los 39 a los 49 años fue de tipo A y se observó que experimentaron seis y media veces la incidencia de enfermedades cardiacas en comparación con los de tipo B.

Los datos de la continuación del estudio 4 años y medio más tarde, incluyeron a 133 participantes con enfermedades cardíacas, en el cual se observó que el vínculo entre los problemas cardíacos y la conducta tipo A se encontraba presente con incidencias de enfermedad más alta.

En 1975 se dio a conocer el último informe, el cual arrojó los siguientes datos: 257 personas de la muestra original habían padecido enfermedades cardíacas, después de 8 años y medio, los hombres de tipo A tenían más del doble de la tasa de los de tipo B de enfermedades cardíacas.

1.6. Los efectos negativos del estrés

De acuerdo con Ivancevich y Matteson (1985), a continuación se muestran algunos efectos del estrés que recaen en la salud.

1. La hipertensión: es una enfermedad de los vasos sanguíneos, el efecto de los estresores consiste en que comprimen las paredes arteriales y así eleva la presión en que fluye la sangre.
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. La fabricación de cortisonas generalmente aumenta durante los periodos de estrés, que, cuando son prolongados, pueden crear fácilmente un ambiente interno perfecto para la creación de lesiones” (Ivancevich y Matteson; 1985: 107).

3. La diabetes: es una enfermedad que implica deficiencia de insulina, por lo cual la persona que la padece no puede consumir suficiente azúcar, el estrés incrementa los niveles del azúcar, en consecuencia, el organismo demanda mayor secreción de insulina; cuando el estrés se prolonga por largo tiempo, el páncreas puede debilitarse, lo cual daría como resultado una deficiencia permanente de insulina.
4. Las jaquecas: por lo general surgen debido a la tensión muscular que aumenta cuando la persona está expuesta a estresores por largos periodos; de hecho, las jaquecas en sí, son consideradas como un estresor que aumenta la tensión muscular.
5. El cáncer: la respuesta a los estresores, tiene como consecuencia, pequeñas alteraciones bioquímicas en el sistema inmunológico, lo cual puede provocar pequeñas cantidades de células mutantes que se convierten en tumores malignos.

Existen más enfermedades que puede aparecer o empeorarse debido al estrés, sin embargo, se mencionaron sólo algunas de ellas con el objetivo de explicar cómo un daño fisiológico puede agravarse por una causa psicológica. Cabe mencionar que el estrés no es el causante de tales enfermedades, pero sí puede influir negativamente sobre éstas.

CAPÍTULO 2

TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN

En el presente capítulo se presentan los aspectos vinculados a los trastornos de alimentación, lo cual incluye sus antecedentes, definiciones y clasificación, así como el perfil de la persona con dichos trastornos.

2.1 Antecedentes históricos de la alimentación

Desde la antigüedad se han observado conductas alimentarias desordenadas. Las civilizaciones pasadas acostumbraban dar grandes banquetes que, por lo general, era con el fin de demostrar su poder. En dichos banquetes el vomitar era una actividad se realizaba con el fin de seguir comiendo.

En la cultura cristiana, la privación de ingesta de alimentos era un simbolismo religioso, de hecho en 1354, se registró un caso en el cual una niña de siete años rechazaba la comida, ya que se imponía penitencias, sin embargo, no todos los casos de anorexia que se registraban en esas épocas eran para realizar penitencias.

Existen documentos del siglo XVII, en los cuales se reportaron casos de inanición a causa del rechazo de alimentos. En 1667, una joven llamada Marthe Taylor, presento un cuadro de inanición, ya que no ingería alimento. Posteriormente presentó también amenorrea, por lo cual se limitó aún más la ingesta de alimentos y

lo poco que comía, lo vomitaba. En 1873, Gull, en Londres, y Lassege, médico del hospital La Pite, de Paris, realizaron descripciones detalladas de cuadros anoréxicos, en los cuales, el primero de ellos comprobó la inexistencia de patología orgánica como causante de anorexia, por lo cual, se inclinó a que la causa de esta era de origen psicógeno.

Desde los años setenta del siglo pasado, la visión que se tiene con respecto a la anorexia, debido a que considera que la fuente del trastorno debe incluir un conjunto de factores los cuales son: factores psicológicos, biológicos y sociales, por lo cual se han creado modelos de tratamiento que consideran los núcleos conflictivos de la anorexia al peso, la figura y los pensamientos alterados.

En 1979 Russell, describió un cuadro caracterizado por episodios de ingesta voraz y posteriores conductas de purga, lo cual relacionó con la anorexia nerviosa y posteriormente llamo bulimia nerviosa, a esta la consideraba una forma de evolución de la anorexia nerviosa, ya que algunas de las pacientes que padecían y avanzaban en este trastorno presentaban posteriormente conductas de atracones y vómitos (Jarne y Talarn; 2000).

Sin embargo, con respecto a lo anterior, no necesariamente se presenta la bulimia nerviosa posterior a la anorexia nerviosa, ya que existen casos en los cuales aparece la primera sin que haya antecedentes de haber presentado la segunda.

2.2. Definición y características clínicas de los trastornos alimenticios

En estos trastornos se dan principalmente graves alteraciones en la conducta alimentaria de la persona que los padece. A continuación, se explicarán a profundidad tales padecimientos, así como sus principales características, lo cual brindará una noción más clara a cerca de estos.

2.2.1. Anorexia nerviosa

De acuerdo con la APA (2002), es un trastorno alimenticio en el cual la persona que la padece presenta un miedo intenso a ganar peso, motivo por lo cual mantienen un peso corporal por debajo del nivel normal para su talla y edad.

El individuo consigue la pérdida de peso a través de la disminución de ingesta de alimentos; comienza excluyendo todos aquellos comestibles que son altos en grasas y calorías, posteriormente también todos aquellos que considera le harán aumentar de peso, por lo cual termina con una dieta limitada a pocos alimentos. Otra de las actividades que la persona con anorexia nerviosa realiza para perder peso es ejercicio excesivo, también hace uso de laxantes y diuréticos, de igual manera, recurre a provocarse el vómito.

En este trastorno, la persona tiene miedo a convertirse en obesa e independientemente de que vaya perdiendo peso, este miedo aumenta, de hecho hay una alteración de la percepción con respecto a su cuerpo, ya que, aunque estén

delgadas, algunas personas se observan obesas o perciben algunas partes de su cuerpo más amplias de lo normal, lo cual consideran las hace verse gordas. Frecuentemente están al pendiente de su peso y de la figura de su cuerpo, lo cual las lleva a estarse pesando constantemente, medir obsesivamente algunas partes de su cuerpo (por lo general las que consideran con grasa acumulada), observarse repetidamente en el espejo haciendo hincapié en su gordura

La autoestima de la persona con anorexia nerviosa se basa en la forma y el peso de su cuerpo, ya que se sienten felices al perder peso porque lo consideran como un logro y por el contrario, el aumento de peso lo consideran como un fracaso inaceptable de su autocontrol. En las mujeres que ya se ha presentado la menstruación, sobreviene la amenorrea (ausencia del periodo menstrual), como consecuencia de la pérdida de peso.

La APA (2002), indica dos subtipos en la anorexia nerviosa:

- Tipo restrictivo: se manifiesta cuando la persona hace dietas, ayunos o realiza ejercicio excesivo. No recurre a atracones (ingesta de grandes cantidades de alimento en un corto periodo de tiempo) ni a purgas durante los episodios de anorexia nerviosa.
- Tipo compulsivo/purgativo: en él, la persona tiene regularmente atracones, se purga o ambas acciones. Después de pasar por un episodio de atracón, se provoca el vómito o recurre a purgas, utiliza diuréticos, laxantes o enemas de

forma excesiva. Incluso se dan casos en los cuales la persona no presenta atracones, sólo ingiere una pequeña cantidad de alimento y aun así se purga.

Castillo y León (2005), indican sobre la anorexia nerviosa atípica, que ésta se refiere a los casos que no presentan todas las características mencionadas anteriormente. De igual manera, en este tipo de anorexia puede no presentarse pérdida significativa de peso en la persona que la padece, de igual forma, puede no presentarse la amenorrea.

2.2.2. Bulimia nerviosa

La característica esencial de la bulimia de acuerdo con la APA (2002), consiste en atracones y posteriores conductas compensatorias inapropiadas (tales como provocarse el vómito o purgarse), con el fin de no ganar peso. Para que sea diagnosticado este trastorno, estas conductas se deben presentar por lo menos dos veces a la semana en un periodo de tres meses. Las personas con bulimia nerviosa se autoevalúan principalmente respecto a su silueta y su peso corporal, por lo cual, estos factores son los más importantes al momento de evaluar su autoestima.

El tipo de comida que se ingiere en los atracones es variada, sin embargo, por lo general se trata de alimentos con alto contenido calórico. Los individuos que presentan este trastorno por lo general se avergüenzan por su conducta y tratan de ocultarla, por lo cual, realizan los atracones generalmente a escondidas.

Los atracones pueden durar hasta que el individuo ya no pueda ingerir más alimento o incluso hasta que sienta dolor en el estómago. Al momento del atracón, el sujeto disminuye la disforia (cambios repentinos y transitorios del estado de ánimo), pero esto es sólo de manera momentánea, ya que posteriormente suele tener sentimientos de autodesprecio y estado de ánimo depresivo.

A medida que la enfermedad avanza, se caracteriza por conductas de alteración del control, tales como la dificultad para evitar los atracones o para terminarlos.

Las personas con este trastorno realizan conductas compensatorias con el fin de no ganar peso por el atracón; como ya se mencionó anteriormente, se provocan el vómito o hacen uso de purgas, pero éstas no son las únicas conductas compensatorias, ya que también pueden estar sin comer uno o varios días, así como realizar ejercicio físico intenso e incluso excesivo para compensar lo ingerido durante el atracón.

Los bulímicos, al igual que los anoréxicos sienten miedo a ganar peso, tienen deseo de adelgazar y también sienten insatisfacción por su cuerpo y figura.

La APA (2002) indica que existen dos subtipos de bulimia:

- Tipo purgativo: el sujeto se provoca el vómito y hace uso excesivo de laxantes, diuréticos y enemas.

- Tipo no purgativo: la persona realiza otras conductas compensatorias como el ayuno o el ejercicio físico intenso.

Con respecto a la bulimia nerviosa atípica, se dice que, “se trata de cuadros de bulimia nerviosa en los que fallan algunos de los síntomas o signos principales que caracterizan a dicho trastorno. Podemos encontrar casos con peso normal, que definiríamos como bulimia con peso normal, o incluso superior a lo normal con episodios de ingesta excesiva seguidos de vómitos o purgas” (APA; 2002: 224).

De igual manera, es importante mencionar que en la bulimia nerviosa atípica también se puede encontrar con frecuencia síntomas depresivos.

Existe una perturbación que es importante diferenciar de la bulimia, ya que se puede confundir con ésta: el trastorno por atracón, éste se caracteriza por atracones recurrentes de los cuales el sujeto no tiene control, come de forma rápida, sin hambre y con una desagradable sensación de plenitud. Sin embargo, a diferencia de la bulimia, en este trastorno no hay conductas compensatorias como el provocarse el vómito, hacer uso de laxantes, diuréticos o realizar ejercicio físico excesivamente. Posterior a un atracón, el sujeto siente malestar con sensación de disgusto, culpabilidad e incluso depresión.

2.2.3. Hiperfagia en otras alteraciones

De acuerdo con Castillo y León (2005), la hiperfagia se refiere a la ingesta excesiva de alimentos como resultado de acontecimientos estresantes tales como duelos, accidentes y, en general, acontecimientos emocionalmente estresantes. La hiperfagia puede estimular a que se presente la obesidad, principalmente en las personas propensas a ésta.

2.2.4. Vómitos en otras alteraciones psicológicas

También se les conoce como vómitos psicógenos, éstos pueden aparecer repetidamente sin haber sido provocados en personas hipocondriacas como uno más de sus síntomas y durante el embarazo, ya que en éste los factores emocionales facilitan la aparición de vómitos y nauseas recurrentemente.

2.2.5. Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia

Castillo y León (2005), mencionan que la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) indica las particularidades de este trastorno. Su característica principal es que el niño rechaza los alimentos o presenta conductas muy caprichosas con el fin de no ingerir la comida. Es importante mencionar que no se debe confundir con caprichos comunes propios de la edad o las variaciones en la cantidad de comida que el niño desee, ya que estas dificultades son normales en la alimentación infantil. Sin embargo, si se observan comportamientos problemáticos

y/o conductas que sean excesivamente de resistencia en el niño para ingerir los alimentos o bien, si el pequeño frecuentemente gana o pierde peso en un periodo de al menos un mes, es un signo de alarma que puede indicar que presenta este trastorno. Para que este padecimiento sea diagnosticado, es necesario descartar alguna enfermedad orgánica en el niño.

En el mismo sentido, Jiménez (1997), habla de los comportamientos disruptivos del niño durante la comida y hábitos alimentarios inadecuados; menciona que algunos de esos comportamientos se manifiestan cuando el chico juega mientras come, se levanta constantemente de la silla durante la comida o come de pie; aunque pueda comer por sí solo, no lo hace hasta que alguien lo ayuda, se rehúsa a utilizar correctamente los cubiertos, y así como éstos, otros comportamientos más que dificultan el establecimiento de hábitos alimenticios adecuados.

Uno de los problemas que el niño puede presentar es el rechazo de alguna clase de comida o a un alimento determinado, lo cual no es tan grave, ya que es seguro que pueda ser sustituido por otros; el problema es cuando se niega a comer una amplia gama de alimentos, ya que esto puede afectar su salud. Los motivos de esta negación pueden ser varios, como por el olor de la comida, el color, el sabor o a la dificultad que implique ingerirlos. Puede darse también la negación del niño a tomar alimentos sólidos y sólo ingerir líquidos, este problema aparece generalmente cuando el menor pasa de tomar biberón y comer papillas a ingerir comida de adultos, ya que se niega a realizar el esfuerzo por masticar, esto ocurre aproximadamente a los ocho meses de edad; se trata de un rechazo normal que va disminuyendo a

medida que el niño se adapta a la nueva alimentación. Por tal motivo, algunos autores señalan que el periodo de los 7 a los 10 meses es de suma importancia para la introducción de alimentos sólidos.

Igualmente, Jiménez (1997) señala otro de los problemas que presenta el niño: consiste en comer únicamente alimentos que estén triturados y con mezcla de sabores, el problema en esta situación radica en que el adulto le prepara de esa manera los alimentos con el fin de que el pequeño coma, por lo cual se acostumbra a eso y al momento de que se le dan los alimentos por separado, éste no acepta el sabor propio de cada comida.

Otro problema es la falta de apetito. En el primer año de vida, el niño gana de entre 5 y 8 kilos de peso, posterior al primer año el apetito disminuye de forma natural, durante los 2 a 5 años aproximadamente, suelen presentarse los problemas relacionados con la alimentación, ya en edad escolar se incrementa nuevamente el apetito. En este problema es importante determinar si el niño come poco en general o sólo cuando ingiere determinados alimentos.

Un problema que también se presenta es que el niño emplea demasiado tiempo al momento de comer, si bien es normal que tarde más que los adultos, es importante observar si el tiempo es excesivo. Los motivos de tal lentitud puede ser varios, por ejemplo, negación a pasar de la comida líquida a la sólida, rechazo a ingerir la cantidad de comida que los padres le imponen o estímulos distractores a su alrededor, los cuales le impiden concentrarse a comer.

De acuerdo con Jiménez (1997) un problema que también se da en la infancia, aunque no muy frecuente, son los vómitos. Una de las causas es el rechazo a la comida, sin embargo, algunos especialistas indican que puede deberse al rechazo a la escuela, esto se refiere a que el niño vomita no sólo la comida que no le gusta, sino también alguna situación con la cual no se sienta cómodo y lo refleja de tal manera. El niño puede vomitar antes de ir a la escuela, durante el tiempo de clases o después de él, por lo que los padres no lo llevan o bien, lo recogen para llevarlo a casa; así, el niño va aprendiendo que el vómito le sirve como escape de la escuela.

En este problema es importante observar y determinar la causa del vómito en el niño, ya que puede ser por rechazo a la comida en sí o porque el espasmo sea el escape de alguna situación desagradable para él. Al igual que en otros trastornos, es importante descartar cualquier causa biológica.

Castillo y León (2005) hablan de algunos problemas que se presentan en la infancia con respecto a la alimentación:

El primero es la pica o alotriofagia, en la que el niño ingiere frecuentemente sustancias no nutritivas como, por ejemplo, tierra; esto se considera una conducta anormal después de los 18 meses. Dicho problema puede darse como un síntoma más en niños con algún trastorno psiquiátrico grave, sin embargo, también se presenta en niños con inteligencia normal. Las consecuencias de la pica serán de acuerdo con la composición de lo ingerido, ya que esto puede ocasionar infecciones digestivas, parásitos intestinales, obstrucción intestinal o intoxicación.

En segundo lugar, los autores referidos mencionan la rumiación o mericismo. Es un trastorno poco frecuente, surge entre los tres y los doce meses, consiste en que el niño devuelve el alimento y lo expulsa o en ocasiones es nuevamente masticado para ingerirlo otra vez. El problema que se puede presentar debido a este trastorno es que el niño pierda peso debido a la expulsión de la comida o no gane el peso esperado de acuerdo con su edad.

Finalmente, Castillo y León (2005) señalan la potomania como una alteración que se refiere a la ingesta excesiva de líquidos.

Para Ajuriaguerra (1973), la potomania se refiere a una imperiosa necesidad de absorber líquidos, ya sea agua o cualquier otro, sin embargo, aunque la bebida preferida de los niños con este trastorno es agua, cuando no la tienen a su alcance, llegan al grado de beber agua sucia u orina.

2.3. Esfera oroalimenticia en el infante

De acuerdo con Ajuriaguerra (1973), esta área se refiere a cómo el niño va integrando la boca y el alimento en su vida. La actividad oral es la fuente de satisfacción, sacia la necesidad de hambre y de nutrición. Igualmente, por medio de la boca el recién nacido tiene contacto con todo lo nuevo que lo rodea, debido a que al chupar puede conocer los objetos y apropiarse de ellos.

2.3.1 Organización oroalimenticia en el infante

El reflejo oroalimenticio es una de las primeras formas de relación entre el recién nacido y el mundo que lo rodea, ya que el automatismo de succión y deglución es un reflejo que aparece muy tempranamente. Por lo cual, desde muy temprano se observa en el niño la orientación hacia la fuente de excitación, o sea, el pecho.

La actividad oral es para el niño una fuente de satisfacción y biológicamente, satisface la necesidad de nutrición; de igual forma, es también una forma en la cual el niño se va relacionando con los objetos.

M. Klein (citada por Ajuriaguerra; 1973), indica que el recién nacido percibe inconscientemente el pecho materno y lo percibe como un objeto o como algo que le brinda bienestar y mediante el cual puede obtener satisfacción; esto se presenta cuando la madre brinda esa seguridad al niño y satisface sus necesidades alimentarias.

Alimentar al niño no es sólo un acto nutritivo, sino es la entrega de la madre hacia el hijo no sólo por el pecho que da a éste, sino por la actitud que tiene hacia el niño al momento de alimentarlo, ya que, las primeras formas de relación entre la madre y su hijo están sumamente ligadas a los actos de comer, debido a que en estos solo participan ambos, por lo cual es el momento ideal para que la madre demuestre afecto a su hijo y así reforzar su relación.

2.3.2. Alteraciones en la esfera oroalimenticia

Una de las alteraciones alimenticias que se puede presentar en el recién nacido es la anorexia, sobre la cual Ajuriaguerra (1973), distingue en dos fases: la primera es la esencial precoz y la segunda la del segundo semestre.

La anorexia esencial precoz es de tipo fisiológico y es poco frecuente; se puede presentar desde el primer día de vida o en las primeras semanas, al principio el niño se muestra pasivo ante la comida y después de unos meses se manifiesta renuente a comer. Por el contrario, la anorexia del segundo semestre es más frecuente en comparación a la anterior, aparece entre el quinto y el octavo mes, el niño comienza a suprimir poco a poco la leche, es decir, de consentir bien la leche, paulatinamente se va negando a aceptarla.

De acuerdo con el comportamiento que el niño tiene con respecto a la comida, Ajuriaguerra (1973) divide la anorexia en dos tipos: en primer lugar la anorexia inerte, la cual se refiere a cuando el niño no muestra iniciativa para comer y cuando se le da la leche, no coopera, en ocasiones ni siquiera la ingiere o incluso vomita lo poco que haya tomado. En segundo lugar, está la anorexia de oposición, en ella el niño se muestra rebelde ante la comida, tiene una serie de comportamientos y actitudes encaminadas al rechazo de ésta, tales como chillidos, berrinches, vómitos, rotación tónica, entre otras, por lo cual se da una verdadera lucha entre el niño y sus padres o la persona que lo esté alimentando.

Kreisler (referido por Ajuriaguerra; 1973), distingue dos tipos de anorexia que se presentan en el segundo semestre:

- La anorexia simple, esta se da como reacción ante el destete, ya que se comienzan a agregar nuevos alimentos a la dieta del niño a los cuales no está acostumbrado, por ello muestra rechazo a la comida, sin embargo, no hay pérdida de apetito.
- La anorexia compleja, el niño muestra una actitud en la cual demuestra que la comida no le interesa.

Ajuriaguerra (1973) indica que los casos graves de anorexia, por lo general, se dan cuando existe un conflicto en la relación madre-hijo. La anorexia infantil no se debe tratar como tal sin antes analizar las condiciones en que se lleva a cabo la alimentación, los horarios en que se da, la cantidad, el ambiente, entre otros factores, para así evaluar si alguna de estas condiciones esta desencadenando el problema.

Es importante considerar que la comida debe ser algo orientado hacia el niño, es decir, que satisfaga sus necesidades y no las de la mamá, como ejemplo de esto se puede mencionar la cantidad de alimento que se le da al pequeño, éste puede sentirse satisfecho con determinada porción de comida, sin embargo, si la madre considera que esa porción es poca, ella no se siente conforme y obliga al niño a comer lo que ella considera adecuado, por consiguiente, se genera un problema entre ellos y con la alimentación.

2.4. Perfil de la persona con trastornos de alimentación

Es difícil determinar un perfil exacto de la persona con tendencia a sufrir un trastorno alimenticio, ya que cuando se atiende un caso, el trastorno ya existe en la persona y como consecuencia, hay cambios de personalidad. Sin embargo Costin (2003), menciona algunos factores que son predisponentes en la persona para padecer de un trastorno alimentario.

1. Problemas con la autonomía:

Se refiere a cuando las personas, por lo general los jóvenes, tienen dificultad para actuar de acuerdo con su pensamiento, están más al pendiente de lo que los demás esperan de ellos y prefieren satisfacer y cumplir los ideales de los demás. Cuando esto sucede, experimentan una sensación de ineficacia personal, lo cual los lleva a dudar de sí mismos y de su capacidad para resolver sus problemas.

Por lo general, las jóvenes que presentan un trastorno alimentario lo sufren en una etapa en la cual hay muchas situaciones cambiantes en su vida, y debido a que se sienten incapaces de afrontar esas situaciones, son más vulnerables a sufrir el trastorno, ya que ven en su cuerpo un símbolo sobre el cual pueden tener autonomía y control (Costin; 2003).

2. Déficit en la autoestima:

Cada persona desarrolla una imagen y crea un concepto sobre sí misma, el grado de autoaceptación que la persona tenga, es el grado de autoestima que poseerá, por lo cual, mientras más alejado sea su concepto de lo que considera ideal, más baja será su autoestima. Por lo general, la autoestima de los jóvenes, principalmente de las mujeres, está fundada en la imagen corporal, cuando ésta no es la que ellas desean, se juzgan así mismas, ya que sienten que no están cumpliendo con lo que los demás consideran valioso y por lo tanto, el peso y la figura se vuelven sumamente importantes, en consecuencia, se vuelven vulnerables a padecer un trastorno alimentario, ya que al sentir que tienen una figura deseable, su autoestima se elevará (Costin; 2003).

3. Camino a la perfección y el autocontrol:

En las jóvenes con trastornos alimentarios es muy común la tendencia al perfeccionismo, ya que desplazan la búsqueda de perfección hacia su cuerpo y piensan que para ser perfectas, es indispensable mantener el cuerpo ideal; consideran que si logran mejorar su silueta, lograrán transformarse a sí mismas, ya que creen que así serán más seguras y por tal motivo tendrán la fuerza para enfrentar los problemas que no se sienten capaces de afrontar (Costin; 2003).

De la misma manera, en las jóvenes con trastornos alimentarios, se encuentra una tendencia a querer controlar todo en su vida, por tal motivo, ese autocontrol

también incluye su cuerpo, ya que el controlar su peso las hace sentirse fuertes y capaces de tener control, y así compensan sus debilidades.

4. Miedo a madurar:

Los trastornos alimentarios se presentan por lo general en un periodo que va desde la pubertad, atravesando la adolescencia y hasta la juventud, de hecho, ese lapso se caracteriza por una serie de cambios físicos, emocionales, sexuales y sociales, que en ocasiones el joven no se siente capaz de afrontar. Dentro de los cambios físicos hay un aumento de peso corporal, lo cual es normal, ya que eso definirá la figura, sin embargo, para algunas jóvenes este puede ser el factor desencadenante a sufrir el trastorno alimentario (Costin; 2003).

Además, en este periodo los jóvenes tienen poca estabilidad emocional, e incluso algunos tienen un pensamiento infantil que se mueve sólo en extremos tales como bueno o malo, todo o nada, obeso o delgado, para ellos no hay puntos medios, motivo por lo cual si tienen un peso promedio, no lo aceptan.

2.5 Causas del trastorno alimenticio

Como se ha visto, hasta el momento existen diversas causas que pueden propiciar la aparición de un trastorno alimentario, sin embargo, para profundizar aún más sobre las causas, se explicaran más a detalle, dividiéndolas en factores

predisponentes, ya que no hay una causa específica. Tales elementos se dividen en individuales, familiares y socioculturales.

2.5.1. Factores predisponentes individuales

Ogden (2005), indica que existen diversos factores individuales que interviene en la conducta de comer, algunos de ellos son el aprendizaje que se tiene con respecto a la comida, las creencias, las actitudes y la constitución psicofisiológica de la persona. De la misma manera, la autora citada indica que la persona hace una clasificación de los alimentos a ingerir.

En primer lugar, delimita lo comestible de lo no comestible, también de los alimentos que en algunos lugares acostumbran comer y en otros no y por lo tanto, no son considerados como alimento por la persona.

En segundo lugar, la persona clasifica las comidas que puede ingerir de acuerdo con sus creencias religiosas, esto, debido a que en algunas religiones prohíben ingerir ciertos alimentos, ya que se considera pecado.

En tercer lugar, se clasifican las comidas paralelas, esto es de acuerdo con las preferencias de la persona ya que puede inclinarse por los alimentos dulces o por el contrario, por los alimentos picantes; por los fríos o por los calientes. Otra clasificación que se hace es tomar ciertos alimentos como medicina, es decir, algunos alimentos se consideran como curativos para determinadas enfermedades.

Finalmente, otra clasificación de los alimentos se da en las comidas sociales: la persona que hace la elección de la comida, lo hace pensando en que agradará más a las personas con las que se reunirá, ya que el alimento será un lazo importante para el grupo, también puede hacer la elección con base en sus preferencias y/o tradiciones para compartirlas con los demás.

De acuerdo con Ogden (2005), el significado que la comida tiene en las personas es mucho más importante de lo que podría pensarse, ya que por medio de la comida se puede reflejar la identidad personal e interactuar socialmente.

Con respecto a la identidad personal, la comida refleja aspectos de ésta y actúa como una comunicación de necesidades y/o conflictos internos. Por lo general, la comida está ligada a la identidad de género y a las mujeres, es decir, a la idea de ser mujer, ya que en ciertas culturas el cocinar resalta la femineidad. La comida también está ligada con el sexo, ya que, tanto la comida como el sexo pueden ser considerados como un impulso básico para la supervivencia, son satisfactorios y en algunas ocasiones pueden generar culpa, además de ello, hay alimentos que se encuentran ligados con el sexo, ya que algunos son considerados como afrodisiacos.

Por otra parte, la comida puede generar conflictos intrapersonales, uno de ellos se puede dar entre la conducta de comer y la negación debida a no querer engordar; otro de ellos puede ser la culpabilidad frente al placer, ya que por lo general, los alimentos que más placer brindan al comerlos son también, los que más culpa crean después de ingerirlos.

Ogden (2005) indica que la comida representa también al autocontrol de la persona, ya que a través de la conducta que se tenga al ingerir la comida se puede observar si hay control o pérdida de éste, un ejemplo claro de esto son las dietas, ya que el abstenerse de ingerir ciertos alimentos es un acto puro de voluntad y autocontrol. Estos aspectos pueden reflejar que ese mismo control o falta de él, se tiene para otras situaciones de la vida del sujeto.

También por medio de la comida algunas personas reflejan su identidad religiosa, ya que algunas comidas reflejan símbolos religiosos en algunas culturas, así como el ayuno, que es reflejo de religiosidad para algunas creencias. Otro aspecto de importancia que resalta la comida es el poder social de las personas, puesto que algunas personas si tiene mayor poder comen mejor o consumen platillos más costosos.

Ogden (2005) menciona que también el significado que la persona tenga con respecto a la delgadez puede ser un factor predisponente a padecer un trastorno alimenticio, ya que si la persona define dicha característica como algo atractivo, con lo cual se puede tener control y éxito, y a la vez se siente carente de estos aspectos, buscará tenerlos a través de la delgadez.

2.5.2. Factores predisponentes familiares

Costin (2003), habla de algunos factores familiares que pueden influir en la aparición de trastornos alimentarios, algunos de ellos son:

- Poca comunicación.
- Incapacidad para resolver conflictos.
- Padres sobreprotectores.
- Familias rígidas y con falta de flexibilidad para encarar las situaciones nuevas, o regular las reglas familiares adecuándolas a los cambios de etapa.
- Familias en las cuales no hay límites generacionales (por ejemplo, cuando los hijos toman el papel de los padres).
- Padres con expectativas demasiado altas hacia sus hijos.
- Historial de depresión y alcoholismo.
- Familias en las que exista abuso sexual o físico.

Por otra parte, Rausch (1996), menciona algunos otros factores familiares predisponentes, uno de ellos se refiere a las familias que suelen inhibir la agresividad y la hostilidad, pues, cuando en ellas no se cuenta con estrategias para resolver conflictos, hay baja tolerancia, esto propicia que la armonía sea rígida. Otro factor son las rivalidades que existen entre hermanos y más aún cuando esta competencia es propiciada por los mismos padres al comparar entre sí a sus hijos. Otro de los factores es la existencia de tensión familiar, en especial entre padres e hijos.

Además de ello, la autora también menciona como factor predisponente, el hecho de que existan fronteras problemáticas, lo cual se refiere a las reglas impuestas en la familia: si éstas son difusas, se produce una intrusión física y mental

en el espacio del otro, es decir, no hay límites entre un integrante y otro; si por el contrario, las reglas son demasiado rígidas, a los miembros de la familia les es difícil adaptarse a los cambios que se generan por las distintas edades y diferentes situaciones que les toca vivir. Es importante mencionar que las reglas en sí no constituyen el problema, por el contrario, permiten a los integrantes de la familia sentir que el mundo es predecible. Así que lo importante es establecerlas de una manera clara y precisa, sin caer en extremos.

Otro factor que menciona Rausch (1996), son las jerarquías alteradas, que se presentan generalmente cuando los hijos toman decisiones como si fueran los padres; asimismo, considera que las fallas en el control son otro factor predisponente, lo cual se refiere a familias muy controladoras o, por el contrario, que carecen de vigilancia hacia sus hijos, esto sucede también con padres que no se ponen de acuerdo en cuanto a las reglas que les impondrán a los hijos.

2.5.3. Factores predisponentes socioculturales

La sociedad, así como la cultura, son dos aspectos de suma importancia en el desarrollo de las personas, debido a que en el proceso del desarrollo influyen de diversas maneras y en aspectos personales tales como el comportamiento, creencias y costumbres.

De acuerdo con Costin (2003), un aspecto que en la sociedad ha tomado fuerza e influye en las personas, son los medios de comunicación, los cuales día a

día difunden información innecesaria e incluso falsa. Un ejemplo claro de esto es la importancia que en los últimos tiempos se le ha venido dando a la figura del cuerpo femenino, se indica que lo ideal es tener un cuerpo esbelto y torneado; en general, que la mujer debe ser atractiva físicamente, por lo cual la sociedad va adoptando esa idea errónea y la proyecta a su alrededor a modo de presión, en la cual casi se obliga a que la mujer adopte dicho estereotipo, que se exhibe en los medios de comunicación mediante el mensaje de que la mujer debe ser una profesionista exitosa, ser buena esposa y madre, pero sobre todo, delgada, dado que esta característica hoy en día es sinónimo de estatus social.

Asimismo, Costin (2003) menciona que como se premia la delgadez, se tienen prejuicios contra la gordura, ya que se considera la obesidad como algo desagradable y se tienen ideas erróneas, tales como que los obesos comen mucho más que las personas delgadas o que los sujetos rollizos tienen más problemas psicológicos y que la obesidad está asociada a un incremento de mortalidad; si bien es cierto que tales problemas sí se presentan en algunas personas con sobrepeso, es importante recalcar que no necesariamente en todas.

También en la sociedad se cree que los tratamientos con dietas prolongadas son satisfactorios, lo cual no necesariamente es verdad, ya que si bien es cierto que algunas dietas funcionan, es importante no sólo tomar en cuenta la baja de peso para evaluarla como algo favorable, sino que se tienen que tomar en cuenta diversos aspectos como el hecho de que no afecte la salud de la persona que la está llevando a cabo, así como conocer si esa dieta provoca repercusiones, ya que la mayoría de

las veces las dietas funcionan inicialmente pero al paso del tiempo son perjudiciales. Lo más importante, como se mencionó anteriormente, es tomar en cuenta que ningún régimen alimenticio afecte la salud (Costin; 2003).

Cabe mencionar que ninguno de los factores anteriormente mencionados (personales familiares y socioculturales), es suficiente y/o determinante por sí solo para que se presente un trastorno alimentario, se requiere de una combinación de factores y, aun así, es variable el efecto que éstos provoquen en cada persona.

2.6. Percepción del cuerpo en el trastorno alimenticio

La percepción que cada persona tiene de su cuerpo no siempre es la correcta, por lo general es irreal, está distorsionada y esa desviación tiende a ser negativa, por lo cual hay una insatisfacción corporal.

Para profundizar un poco más en la insatisfacción corporal, es importante mencionar tres aspectos que Ogden (2005), toma en cuenta: la imagen corporal deformada, la discrepancia del ideal y las respuestas negativas al cuerpo.

En primer lugar, sobre la insatisfacción corporal, algunas investigaciones la han conceptualizado como “una estimación deformada del tamaño corporal y una percepción de que el cuerpo es más voluminoso de lo que es realidad” (Ogden; 2005: 98). De hecho, se ha demostrado en diversos estudios que las personas con algún trastorno alimentario, sobreestiman su tamaño corporal. En segundo lugar, la

discrepancia del ideal indica que las personas pueden estar conscientes del tamaño real de su figura, sin embargo, desean que ésta fuera diferente, por lo general más esbelta, lo cual sería su ideal. Y en tercer lugar, la respuesta negativa al cuerpo, en la que, la persona tiene sentimientos de disconformidad con su volumen corporal.

Jarne y Talarn (2000), también hablan de la percepción del cuerpo y se refieren a ésta como trastorno de la imagen corporal, indican que los pacientes con trastorno alimentario manifiestan insatisfacción con su propio cuerpo, también mencionan que son dos los aspectos emocionales que forman la imagen corporal: el cognitivo y el emocional. El trastorno de la imagen corporal en el paciente con trastorno alimentario se puede observar de la siguiente manera, con base en las dos formas diferentes de expresión anteriormente mencionadas, “la primera es ‘perceptual’ y se refiere al grado de exactitud o, en este caso, de no exactitud con que la paciente estima sus dimensiones corporales. La segunda implica el ‘componente afectivo o emocional’, se refiere a pensamientos y actitudes respecto al propio cuerpo e indirectamente al grado de satisfacción o insatisfacción con éste.” (Jarne y Talarn; 2000: 144).

De los factores que pueden propiciar la insatisfacción corporal, Ogden (2005) menciona dos: los sociales y los psicológicos. En los primeros se encuentran implícitos los medios de comunicación, que a través de los mensajes marcan el ideal de una figura esbelta; la cultura, la cual en ocasiones exige ciertos requisitos para poder ser considerado atractivo y por tal motivo aceptado; y la familia, que en especial hace enfoque en la madre, ya que ella proyecta a sus hijas su inconformidad

sobre su figura, lo cual propicia que ellas se sientan igual, además Steiger y cols.(citados por Ogden; 2005), encontraron una correspondencia directa entre los niveles de preocupación por el peso de madres e hijas.

En cuanto a los factores psicológicos, se encuentran dos aspectos: las creencias y la relación entre madre e hija. El primer aspecto se refiere a las ideas que la persona ha ido adoptando a lo largo de su vida y sin lugar a duda una de esas ideas y/o creencias es la de tener un cuerpo esbelto para ser mejor; el segundo aspecto habla sobre aspectos de la relación entre madre e hija que pueden fomentar la insatisfacción corporal, ya que se ha comprobado en algunos casos, que las madres que no se sienten conformes con su figura transmiten ese mensaje a sus hijas, y éstas experimentan la misma inconformidad con su cuerpo.

Por otra parte, es importante conocer las consecuencias que puede provocar la insatisfacción corporal; respecto a las mujeres, por lo general se someten a un régimen alimentario, es decir, realizan dietas, además de ejercicio que en ocasiones llega a ser extenuante; no lo hacen con el fin de tener una buena salud, sino por mejorar su figura física; también se someten a cirugías estéticas para mejorar su apariencia.

2.7. Factores que mantienen los trastornos alimenticios

La mayoría de las personas que pretende bajar de peso recurre a las dietas, pensando que así logrará llegar a su objetivo.

Uno de los principales factores que mantiene un trastorno alimentario, de acuerdo con Costin (2003), es la realización de dietas, esto se comprobó tras efectuar una investigación en Minnesota en los años cuarenta del siglo pasado, en la cual, tras imponer una dieta por un tiempo determinado a los sujetos de estudio, se observó que, debido a ésta, comenzaron a padecer trastornos alimentarios, tanto bulimia como anorexia; también como resultado de la dieta tuvieron diversas complicaciones fisiológicas, psicológicas, cognitivas y sociales.

Además, cuando se limita o prohíbe la ingesta de determinados alimentos, que por lo general en las dietas son las grasas y azúcares, se incrementa el deseo y la ansiedad por ingerirlos, por ello, las personas que ya padecen un trastorno alimentario, al realizar alguna dieta, lo que están provocando es que el problema perdure por largo tiempo.

2.8. Perturbaciones mentales asociados a los trastornos alimenticios

Kirschman y Salgueiro (2002), indican que los trastornos alimentarios, al igual que otros de tipo psiquiátrico, son problemas multidimensionales, por lo cual, hay trastornos que aparecen a la par con los alimentarios. Los diagnósticos de perturbaciones que más a menudo se han relacionado con la anorexia nerviosa son: depresión, distimia, ansiedad, trastorno obsesivo compulsivo y abuso de sustancias, la depresión es, de ellas, la de mayor porcentaje en cuanto a su relación.

Con respecto a la bulimia nerviosa, se han asociado: abuso de sustancias, entre ellas alcohol, depresión, ansiedad y trastornos de personalidad, aunque hay mayor prevalencia en el abuso de alcohol. Se ha observado en mujeres que padecen bulimia y tienen problemas con el abuso de alcohol, que presentan puntuaciones altas en depresión y ansiedad, motivo por lo cual, en esta investigación, se le dará mayor importancia a estos dos aspectos en cuanto a la relación con trastornos alimentarios.

Además de lo anterior, existen estudios que dan cuenta de la presencia de variables neurobiológicas como mediadores, en la explicación de la coexistencia entre trastornos alimentarios, ansiedad y depresión. En cuanto a lo anterior, se ha observado que la serotonina tiene un papel importante. Ésta ha sido vinculada con algunos síntomas, tales como variaciones del estado anímico, problemas alimentarios, impulsividad, suicidio, violencia, rasgos de ansiedad, por mencionar algunos de los más importantes. De igual modo, se considera que la serotonina funciona como un inhibidor general de la respuesta conductual, así como, un modulador de la conducta motriz, también regula la secreción que provee la base para la comprensión de la disregulación serotoninérgica en la depresión.

En el mismo sentido, Jimerson (citado por Kirschman y Salgueiro; 2002), asevera que una alteración sináptica de las vías centrales serotoninérgicas, podrían explicar los concurrentes periodos de atracón, impulsividad y depresión en pacientes con trastornos alimentarios.

2.8.1. Trastornos alimenticios y depresión

A lo largo del tiempo se han realizado diversos estudios de casos reales en los cuales se ha llevado un seguimiento de pacientes con trastornos alimenticios, una de las finalidades de estas indagaciones de seguimiento es examinar la persistencia de la sintomatología alimentaria y afectiva. De hecho, un estudio de pacientes de bulimia nerviosa, arrojó resultados que demuestran que, después de dos años de seguimiento, estas pacientes tienen el riesgo de presentar depresión.

Kirszman y Salgueiro (2002), hablan de cómo se vinculan los trastornos alimentarios y la depresión: el estado de malnutrición y las prácticas selectivas de alimentación, aspectos presentes en los trastornos alimentarios, explican los rasgos depresivos; de igual modo, los rasgos básicos del síndrome de inanición, como son la disforia, la irritabilidad, la pérdida de peso, los trastornos de sueño, la pérdida o disminución de la libido, la disminución de la capacidad de atención y concentración y el aislamiento social, son también rasgos que definen el síndrome depresivo, por lo cual, la mayoría de las pacientes con anorexia nerviosa cumplen los criterios para padecer depresión.

Por otra parte Casper (citado por Kirszman y Salgueiro; 2002), contrasta algunos síntomas presentes en la anorexia nerviosa y la depresión mayor y presenta las siguientes observaciones:

- El ánimo disfórico, el autorreproche, la evaluación negativa de sí mismo, las tendencias obsesivas y el aislamiento en las relaciones interpersonales se presentan en ambos cuadros.
- Al igual, los síntomas físicos son muy similares, casi iguales, sobre todo, si se considera a la anorexia nerviosa con severa disminución de peso corporal.

La diferencia entre ambos trastornos recae en que en la anorexia, el paciente muestra interés por un propósito, que es el de bajar de peso, lo cual se mantiene entusiasta, a diferencia del paciente depresivo, que no muestra interés y/o entusiasmo por algún proyecto.

Con respecto a la bulimia y la depresión, es un poco más complejo el determinar factores que las hagan similares, sin embargo, Kirschman y Salgueiro (2002), mencionan que la conducta alimentaria, la sexual y el patrón de trastornos de sueño aparecen marcadamente superpuestos en los pacientes con bulimia nerviosa y los pacientes con depresión atípica.

2.8.2. Trastornos alimenticios y ansiedad

Los efectos de la ansiedad sobre la alimentación han sido analizados desde diversas teorías, como son: la teoría de la restricción, el modelo de los límites, teorías funcionales y la teoría de la ligadura a los estímulos externos, de las cuales a

continuación se dará la explicación acerca de lo que afirman en cuanto a la relación de la alimentación con la ansiedad.

La teoría de la restricción asevera que los comedores restrictivos, es decir los anoréxicos, “desarrollan patrones alimentarios inusuales como resultado del estrés crónico que produce el excesivo auto-control” (Kirszman y Salgueiro; 2002: 143).

La ingesta de alimentos en estas personas se encuentra determinada por un balance entre el deseo de comer y el querer hacer dieta; los estados emocionales en estas personas, como la ansiedad, pueden interferir con el auto-control y llevarlos a tener una sobrealimentación.

El modelo de los límites indica que la alimentación, en personas sin problemas, se encuentra definida en dos fronteras: por una parte el hambre y por otra, la saciedad, el punto medio es la indiferencia. Pero propone que en la persona con problemas alimentarios su conducta está bajo una tercera frontera, el límite de la dieta, el cual se encuentra en la zona de la indiferencia, debido a que el sujeto intenta restringir, por medio del autocontrol, su ingesta para no exceder esos límites. La ansiedad generada altera el autocontrol, provocando que la persona coma más.

Las teorías funcionales sugieren que el comer brinda comodidad a la persona con alimentación restrictiva, ya que expresa que el comer le sirve como distracción de sus preocupaciones, por lo cual la ingesta o sobreingesta de alimento producida por estrés, lleva consigo un propósito, el de contrarrestar el malestar; sin embargo,

esta satisfacción es sólo temporal, ya que posteriormente traerá consigo nuevamente ansiedad.

La teoría de la ligadura a los estímulos externos considera “que el comer (o comer mucho) inducido por ansiedad en dietantes o en obesos no es funcional, sino que constituye una consecuencia indeseable producida por el control excesivo que durante el estrés asumen los estímulos externos” (Kirszman y Salgueiro; 2002: 148). Es decir, la ansiedad crea una orientación externa o más ligada a estímulos, y en presencia de comida apetitosa, un control externo de la alimentación, al ser estimulado, seguramente provocará una sobre-ingesta.

Cada teoría que fue revisada presenta diferentes explicaciones de acuerdo con su enfoque, sin embargo, en todas se observa la presencia tanto de problemas alimentarios como de ansiedad.

2.9. Tratamiento de los trastornos alimenticios

En este apartado se abarcarán diversos aspectos referentes a los tratamientos que se brindan en los trastornos alimentarios, tomando en cuenta varios puntos de importancia, así como algunas de las terapias que se llevan a cabo, tanto en la anorexia nerviosa como en la bulimia nerviosa.

2.9.1 Tratamiento de la anorexia nerviosa

Es un tratamiento multimodal con un programa de intervención que incluye peso, figura y cognición. Hay dos tipos de tratamientos que se pueden brindar: ambulatorio y hospitalario.

Según Jarne y Talarn (2000), el tratamiento de la anorexia lleva consigo los siguientes aspectos:

- Recuperación ponderal, que se refiere a la rehabilitación nutricional, así como el considerar los daños psicológicos que la enfermedad dejó.
- Tratamiento dietético, en el cual se determina si la paciente iniciará con una dieta con contenido calórico que se debe ingerir o con bajo contenido, para poco a poco ir aumentándolo.
- Tratamiento psicológico, es considerado como la piedra angular para un buen programa terapéutico de la anorexia. La intervención se realiza con base en uno o diversos enfoques y técnicas de relajación.
- Tratamiento farmacológico, en el cual se dan medicamentos que ayudarán al paciente, en especial se manejan antidepresivos.
- Terapia familiar, que contempla a la familia en el tratamiento del paciente tanto en el ámbito ambulatorio como en el régimen de hospitalización. La familia debe conocer a fondo la enfermedad, sus complicaciones y riesgos, así como el tratamiento más adecuado para el paciente. Otro

aspecto que la familia debe valorar son los costos y no sólo los económicos, también aspectos que deberán sacrificar como tiempos, trabajo y en general, la familia deberá organizarse de forma diferente para monitorear y controlar las conductas alimentarias del paciente.

Para administrar el tratamiento en hospitalización, es necesario tomar en cuenta ciertas consideraciones (Jarne y Talarn; 2000):

- a) Complicaciones físicas: se considera la gravedad de la complicación y con base en ésta se determina en qué área médica se dará la atención.
- b) Pérdida de peso: la hospitalización es obligatoria cuando el paciente ha perdido de 25 a 30% del que corresponde de acuerdo con su talla y edad.
- c) Complicaciones psíquicas: se debe hospitalizar al paciente cuando su ansiedad por la comida sea muy intensa, también, cuando presente una depresión grave o ideas suicidas.
- d) Crisis de las relaciones familiares: cuando los trastornos de la alimentación han provocado un deterioro considerable en las relaciones familiares.
- e) Mala respuesta al tratamiento ambulatorio: si el paciente ha fracasado en el tratamiento ambulatorio, por diversas razones, como mala adhesión al tratamiento, así como una insuficiente colaboración de la familia.
- f) Tratamiento en hospitales de día: se basa principalmente en terapia grupal en la cual hay grupos de educación alimentaria, nutrición, cocina, control de peso y reestructuración de las cogniciones erróneas. También hay

monitoreo de comidas y autocontrol. Otra línea de terapia grupal se enfoca al tratamiento de las relaciones familiares y personales.

2.9.2 Tratamiento de la bulimia nerviosa

De acuerdo con Jarne y Talarn (2002) los objetivos del tratamiento de la bulimia nerviosa son:

1. Restablecer pautas nutricionales normales
2. Recuperación física: estabilización del peso, rehidratación y normalización electrolítica y corrección de anomalías físicas.
3. Normalización del estado mental: mejorar el estado de ánimo, tratar trastornos de personalidad, evitar abusos de sustancias y corregir el estilo cognitivo erróneo.
4. Restablecer relaciones familiares: aumentar la participación y comunicación, restablecer roles y escapar de los sentimientos de fracaso.
5. Corregir las pautas de interacción social alteradas: aceptar el trastorno, afrontar los fracasos, aceptar la responsabilidad, vencer la impotencia, no buscar marcos sociales denigrantes.

Para lograr tales objetivos, se requiere de la participación de diferentes especialistas, como médicos, psicólogos, nutriólogos así como del paciente y su familia.

Existen diversas terapias psicológicas que pueden ser aplicadas a personas con trastornos alimenticios, de acuerdo con diferentes modelos y enfoques, sin embargo, no en todas se obtienen resultados satisfactorios. En la presente investigación se hablará únicamente del modelo cognitivo-conductual, de la terapia familiar e individual.

- Modelo cognitivo-conductual

De acuerdo con Rausch (1997), este enfoque relaciona pensamiento, emoción y comportamiento. El tratamiento en este modelo consiste en lograr que el paciente analice la validez de sus creencias en el presente.

Los procesos cognitivos de estos sujetos de tratamiento, son examinados cuidadosamente, definidos y posteriormente, cada uno de ellos es cuestionado a profundidad con el fin de modificar los pensamientos y supuestos automáticos. Este modelo trabaja técnicas sumamente útiles. De hecho Jarne y Talarn (2000), mencionan que en la última década se ha revelado este modelo el tratamiento más efectivo en los trastornos alimentarios, de acuerdo con estudios que avalan su eficiencia.

- Terapia familiar

En este tratamiento, el objetivo principal es modificar la estructura familiar disfuncional, el terapeuta se incluye en el sistema familiar de una manera activa y

directa. En primer lugar se enfoca en el aspecto sintomático, que se refiere a que el paciente recupere peso; posterior a esto, el terapeuta trabaja en modificar los patrones disfuncionales en la familia, que contribuyen al mantenimiento de la situación sintomática en el paciente. Finalmente, se trabaja sobre la autonomía de los subsistemas, es decir, de cada uno de los integrantes de la familia, lo que da paso a la terapia individual.

- Terapia individual

Como se mencionó anteriormente, es la fase final del tratamiento familiar, y aborda los subsistemas por separado. Los temas centrales en la terapia individual del paciente con el trastorno, por un lado buscan intervenir en la situación conflictiva familiar para solucionarla y por el otro, promover su acceso a la etapa de desarrollo apropiada, para lograr esto último se requiere trabajar la autoestima y la desconfianza respecto al entorno, debido a lo cual un espacio importante de la terapia se destina a trabajar esos aspectos y a desarrollar estrategias que modifiquen los aspectos de la experiencia que resulten insatisfactorios en el ámbito personal, familiar y extrafamiliar.

En general, lo importante es ayudar al paciente a reconocer, aceptar y manejar sus propios deseos, sentimientos y opiniones, así como lograr que se reestructure la familia al solucionar la disfuncionalidad existente.

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

El presente capítulo está dividido en dos partes, en la primera se hará la descripción metodológica de la investigación y en la segunda se presentarán los resultados y se hará su interpretación, con el fin de dar respuesta a los objetivos de la investigación y validar una de las hipótesis planteadas inicialmente.

3.1. Descripción metodológica

En esta representación se explicará el enfoque adoptado, que es el cuantitativo, luego se describirá la investigación no experimental, posteriormente se expondrá el estudio de tipo transversal para luego hablar del alcance correlacional-no causal de la investigación y finalmente, se caracterizará el tipo de hipótesis.

3.1.1. Enfoque cuantitativo

A través de la historia de la investigación se han presentado tres tipos de enfoques, el cualitativo, el cuantitativo y el mixto. Si bien hay diferencias entre ellos, Hernández y cols. (2006) mencionan que coinciden en los siguientes puntos:

- a) Llevan a cabo la observación y evaluación de los fenómenos.

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

Enseguida se caracteriza de manera particular el enfoque cuantitativo; según Hernández y cols. (2006), dicha orientación presenta las siguientes características:

1. En este enfoque el investigador debe llevar a cabo los siguientes pasos
 - a) Plantear un problema de estudio delimitado y concreto. Sus preguntas de investigación versan sobre cuestiones específicas.
 - b) Revisa lo que se ha investigado anteriormente con respecto a su investigación.
 - c) Construye un marco teórico, con base en la teoría.
 - d) De esta teoría deriva hipótesis.
 - e) Pone a prueba las hipótesis por medio del empleo de instrumentos de medición.
 - f) Por medio de estos instrumentos, recolecta datos numéricos de los objetos, fenómenos o participantes y así obtiene resultados.
2. Las hipótesis se generan antes de realizar la recolección y análisis de los datos.

3. La recolección de los datos se fundamenta en la medición, la cual se lleva a cabo al utilizar procedimientos estandarizados.
4. Los datos obtenidos se presentan a través de números que deben ser analizados a través de métodos estadísticos.
5. Los análisis cuantitativos son interpretados con base en las predicciones iniciales, es decir, la hipótesis y también la teoría. Por lo tanto, la interpretación es una explicación de cómo los resultados encajan con el conocimiento existente.
6. La investigación cuantitativa tiene que ser lo más objetiva posible.
7. En la investigación cuantitativa se busca generalizar los resultados obtenidos en la muestra a una población mayor.
8. Al final, por medio de los estudios cuantitativos se busca explicar y predecir los fenómenos investigados.
9. La búsqueda cuantitativa ocurre en la realidad externa al individuo.

Para entender mejor este último punto, a continuación, se presentan cuatro aspectos que se desprenden de éste:

- a) Hay dos realidades: la primera consiste en las creencias y la segunda es objetiva e independiente de las creencias que se tengan sobre ella.
- b) A través de la realidad objetiva es que es posible conocer la que es externa e independiente del investigador.

- c) Es necesario tener la mayor cantidad de información sobre la realidad objetiva, si bien, en el enfoque cuantitativo existe lo subjetivo, éste busca demostrar que tan bien se ajusta a la realidad objetiva.
- d) Cuando las investigaciones establecen que la realidad objetiva es diferente a las creencias que se tienen, estas deben modificarse para ser adaptadas a la realidad objetiva (Hernández y cols.; 2006).

3.1.2. Investigación no experimental

La indagación no experimental se definirá “como la investigación que se realiza sin manipular deliberadamente variables” (Hernández y cols.; 2006: 205). Es decir, el investigador no puede controlar las variables a estudiar, lo que hace es observarlas, junto con la situación y los sujetos de estudio sin interferir en éstos, solamente los analiza tal como se dan en su contexto natural.

A diferencia de esto, en la investigación experimental, el investigador prácticamente construye una situación, en la cual, manipula las variables de alguna situación, a la cual son expuestos los sujetos de estudio, para después evaluar la respuesta de estos ante tal situación.

Finalmente, en la investigación no experimental, las deducciones que se hacen acerca de las relaciones entre las variables, se hacen sin intervención o influencia directa del investigador, lo importante es obtener resultados mediante la

observación y estudio de una situación natural, ya existente, sin hacer modificación alguna en ella.

3.1.3. Tipo de diseño transversal

En este tipo de diseño, se recolectan datos en un solo momento, ya que el propósito es describir y analizar la incidencia de las variables estudiadas en un momento dado (Hernández y cols.; 2006).

El estudio transversal puede abarcar varios grupos de personas, objetos o indicadores, de la misma manera, puede englobar diferentes comunidades, situaciones o eventos, pero como se mencionó anteriormente, aunque se estudien varios grupos, la recolección debe realizarse en un solo momento.

3.1.4. Diseño correlacional

Los estudios correlacionales buscan dar respuesta a preguntas de investigación, ya que su propósito es evaluar el nivel de relación entre dos o más variables midiendo cada una, para posteriormente medir y analizar la correlación de ambas.

“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: es decir, intentan predecir el valor aproximado que

tendrá un grupo de individuos o fenómenos en una variable, a partir del valor que tienen en la(s) variable(s) relacionada(s).” (Hernández y cols.; 2007: 63-64).

La correlación se puede dar de forma positiva o negativa. En el primer caso, en los sujetos estudiados las dos variables a examinar presentan similitud en sus puntajes, es decir, si en una variable se tienen puntajes altos, en la otra también, o si en una variable presentan puntajes bajos en la otra también tendrán puntajes bajos; cuando la correlación es negativa, los resultados de ambas variables no son similares, es decir, mientras en una variable se den resultados altos, en la otra habrá resultados bajos. Puede darse también la ausencia de correlación, la cual puede presentarse, por ejemplo, cuando en varios sujetos de estudio se investigan dos variables, en una de éstas todos obtienen puntajes altos y en la otra, algunos tienen puntajes altos, otros logran puntajes medios y otros presentan puntajes bajos.

Los estudios correlacionales se diferencian de los descriptivos en que los primeros evalúan el grado de relación entre dos variables, mientras que los segundos se centran en medir las variables individuales.

Los diseños correlacionales brindan un valor explicativo aunque parcial, es decir, explica el por qué pueden presentarse ciertas situaciones, enfermedades, padecimientos, conductas o fenómenos, y con base en esa explicación se adquiere cierto conocimiento, sin embargo, es parcial porque puede haber aún más por conocer, ya que mientras más a profundidad se analice el fenómeno estudiado, habrá un mejor sentido de entendimiento de lo estudiado (Hernández y cols.; 2007).

3.1.5. Técnicas de recolección de datos

Las técnicas de recolección de datos utilizadas para esta investigación fueron pruebas estandarizadas las cuales son aquellas que tienen su propio procedimiento de aplicación, codificación e interpretación, y fueron desarrolladas por especialistas en investigación. Existen pruebas estandarizadas para medir habilidades, aptitudes, la personalidad, los intereses, valores, el desempeño, la motivación, el aprendizaje y la inteligencia emocional (Hernández y cols.; 2007).

Las pruebas deben demostrar que son válidas y confiables para el contexto en que se van a aplicar, en caso de que hayan sido diseñadas en otro contexto, es importante adaptarlas y ajustarlas a las condiciones de la investigación a realizar.

Algunas de las ventajas técnicas estandarizadas en estas pruebas, es que ya tienen estudios estadísticos que prueban su validez y confiabilidad.

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

La CMAS-R, subtitulada “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 en niños y adolescentes de 6 a 19 años de edad, este instrumento puede aplicarse ya sea de manera individual o a grupos de personas. El sujeto

responde a cada afirmación encerrando en un círculo la respuesta “Sí” o “No”, según corresponda.

En un esfuerzo para proporcionar más introspección clínica en las respuestas del individuo, la CMAS-R brinda 5 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 indican un alto nivel de ansiedad o mentira en las subescalas anteriores.

La subescala de ansiedad fisiológica está asociada con manifestaciones tales como dificultades del sueño, náusea y fatiga. La subescala de inquietud-hipersensibilidad describe preocupaciones obsesivas, la mayoría de las cuales son relativamente vagas y están mal definidas en la mente del niño, junto con 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, se concentra en pensamientos distractores y ciertos miedos, muchos de naturaleza social o interpersonal, que conducen a dificultades en la concentración y la atención.

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

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

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

Para la medición de la variable de trastornos alimentarios se utilizó la prueba Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2), el autor es David M. Gardner (1998). Esta prueba evalúa los síntomas que normalmente acompañan a la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa; la forma de aplicarla puede ser individual y colectiva, el tiempo de aplicación es ilimitado y aproximadamente lleva 20 minutos.

La prueba es aplicable a partir de los 11 años de edad, está constituida por un total de 91 reactivos y evalúa 11 escalas: obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva, miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad e inseguridad social.

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

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

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

3.2. Población y muestra

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

La población en la cual se llevó a cabo la presente investigación fue la Secundaria Federal para Trabajadores “Lic. Benito Juárez” de la ciudad de Uruapan, Michoacán. Dicha institución trabaja en el turno vespertino, cuenta con un total de 680 alumnos, cuyas edades oscilan entre los 12 y 16 años. El nivel socioeconómico de los alumnos es de nivel bajo a medio, son jóvenes originarios principalmente de esta ciudad, ya que sólo en algunos casos los alumnos provienen de otras regiones, pero, por lo general residen en la ciudad con su familia.

La muestra, por otra parte, es “un subgrupo de la población” (Hernández y cols.; 2007: 159). En ocasiones no es posible realizar el estudio con toda la población, por lo cual, es necesario tomar una muestra, buscando que los resultados

obtenidos en ésta puedan dar una idea de cómo se encuentra la población. Existen dos tipos de muestras: la probabilística y la no probabilística.

Para seleccionar la muestra se utilizó un muestreo no probabilístico, en el cual “la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o de quien hace la muestra. Aquí el procedimiento no es con base en fórmulas de probabilidad, sino que depende de la decisión del investigador.” (Hernández y cols.; 2007: 160).

Más específicamente, hubo un muestreo no probabilístico intencional. Una muestra intencional es aquella en que los sujetos son seleccionados en función de las intenciones del investigador y con finalidades distintas a las de la generalización de resultados (Kerlinger; 2002). Éstas se pueden dar cuando dentro de una población escolar, se elige como muestra a los integrantes de un grupo, un grado escolar o cualquier otra unidad que facilite la recolección de datos. Sin embargo, es importante indicar que los resultados no se pueden generalizar, sólo mencionar como referencia hacia otros sujetos de la población.

Para esta investigación, la muestra seleccionada fue de 80 alumnos de tres grupos: “A” “B” y “C” de segundo grado, de ambos sexos, de la institución escolar anteriormente mencionada.

3.3. Descripción del proceso de investigación

En este apartado se hablará del proceso que se llevó a cabo para la realización del presente estudio. Al seleccionar las variables a examinar, se inició con la recopilación de información, primeramente se buscaron antecedentes que hablaran de las variables y de estudios referentes a estas realizados anteriormente; posteriormente, se obtuvo material bibliográfico con el cual se logró información empírica y confiable para la realización de los capítulos teóricos.

Después se llevó a cabo la investigación de campo, para lo cual se efectuó el siguiente proceso: en primer lugar se tuvo una entrevista con el director de la Escuela Secundaria Federal para Trabajadores Lic. Benito Juárez, con la finalidad de solicitar su autorización para llevar a cabo la investigación en dicha institución, para lo cual se le informó acerca de la investigación, así como sus objetivos, finalidad y los beneficios que brindaría a la institución.

Posteriormente se tuvo una segunda entrevista con el director, en la cual se le mostraron las pruebas estandarizadas que serían aplicadas a la población; para la medición de la variable de trastornos alimentarios, la prueba EDI-2, y para la medición de la variable estrés la CMAS-R. Luego, en una tercera visita a la institución, se llevó a cabo el empleo de las pruebas a los estudiantes. La aplicación se realizó en tres grupos de segundo grado de la siguiente manera:

A cada grupo se le aplicó en primer lugar la prueba EDI-2, al terminarla se les dio un tiempo de descanso de diez minutos para así continuar con la CMAS-R. El tiempo con cada grupo fue de aproximadamente una hora con treinta minutos.

A continuación, se llevó a cabo la calificación de las pruebas para convertir esos puntajes a percentiles, y con esto obtener medidas estadísticas como la media, mediana, moda y desviación estándar, así como, verificar numéricamente la correlación de las variables de estudio y obtener porcentajes de influencia entre variables, finalmente, se realizaron las gráficas necesarias.

3.4. Análisis e interpretación de resultados

En este apartado se presentan los resultados obtenidos en la investigación empírica y teórica, con el fin corroborar alguna de las hipótesis planteadas.

En primer término se muestran los resultados obtenidos de la variable trastornos alimentarios; en segundo término se muestran los resultados en cuanto a la variable estrés; finalmente se mostraran los resultados obtenidos en el análisis de la correlación entre variables.

3.4.1. Trastornos alimentarios en los alumnos de la Escuela Secundaria Federal para trabajadores Lic. Benito Juárez

De acuerdo con lo señalado por la APA (2002), el término de trastornos alimentarios se refiere a alteraciones graves de la conducta alimentaria. Los dos trastornos principales son: la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa.

La anorexia nerviosa, es un trastorno alimenticio en el cual la persona que la padece presenta un miedo intenso a ganar peso, motivo por el cual mantiene un peso corporal por debajo del nivel normal para su talla y edad. En la bulimia nerviosa la característica esencial consiste en atracones y posteriores conductas compensatorias inapropiadas (tales como provocarse el vómito o purgarse), con el fin de no ganar peso (APA; 2002).

Los resultados obtenidos en la escala EDI-2 sobre los indicadores de trastornos alimentarios, son mostrados en puntajes percentilares. En concreto, se encontró lo siguiente:

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

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

La moda es el dato que se presenta con mayor frecuencia en un conjunto de medidas (Hernández y cols.; 2006). En esta escala se identificó que la moda es el puntaje 95.

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 en esta investigación es de 22.

Los datos obtenidos en la medición de la escala obsesión por la delgadez, en los alumnos de la Escuela Secundaria Federal para Trabajadores Lic. Benito Juárez, se muestran en el anexo 1.

En la escala de bulimia, se encontró una media de 63, una mediana de 67, una moda de 46 y una desviación estándar de 16. Los datos obtenidos en la medición de bulimia en los sujetos de estudio, se muestran en el anexo 2.

En la escala de insatisfacción corporal se encontró una media de 52, una mediana de 52, una moda de 34 y una desviación estándar de 25. Los datos obtenidos en la medición de insatisfacción corporal en los alumnos de la institución referida, se muestran en el anexo 3.

En la escala de ineficacia se encontró una media de 62, una mediana de 69, una moda de 40 y una desviación estándar de 21. Los datos obtenidos en la medición de ineficacia en los sujetos antes citados, se muestran en el anexo 4.

En la escala de perfeccionismo se encontró una media de 55, una mediana de 60, una moda de 23 y una desviación estándar de 27. Los datos obtenidos en la medición de perfeccionismo en los sujetos de estudio, se muestran en el anexo 5.

En la escala de desconfianza interpersonal se encontró una media de 81, una mediana de 90, una moda de 96 y una desviación estándar de 19. Los datos obtenidos en la medición de desconfianza interpersonal en los alumnos de la Escuela Secundaria Federal para Trabajadores Lic. Benito Juárez, se muestran en el anexo 6.

En la escala de conciencia introceptiva se encontró una media de 63, una mediana de 64, una moda de 22 y una desviación estándar de 26. Los datos obtenidos en la medición de conciencia introceptiva en los alumnos referidos, se muestran en el anexo 7.

En la escala de miedo a la madurez se encontró una media de 84, una mediana de 92, una moda de 92 y una desviación estándar de 17. Los datos obtenidos en la medición del miedo a la madurez en los individuos examinados, se muestran en el anexo 8.

En la escala de ascetismo se encontró una media de 60, una mediana de 57, una moda de 57 y una desviación estándar de 31. Los datos obtenidos en la medición de ascetismo en la muestra seleccionada, se muestran en el anexo 9.

En la escala de impulsividad se encontró una media de 87, una mediana de 91, una moda de 90 y una desviación estándar de 15. Los datos obtenidos en la medición de impulsividad en los alumnos de la escuela referida, se muestran en el anexo 10.

En la escala de inseguridad social se encontró una media de 82, una mediana de 91, una moda de 99 y una desviación estándar de 21. Los datos obtenidos en la medición de inseguridad social en los alumnos de la Escuela Secundaria Federal para Trabajadores Lic. Benito Juárez, 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 48% de sujetos salió por arriba del percentil 70. En la escala bulimia, el porcentaje fue de 25%, en la escala insatisfacción corporal, el 25%; en la escala de ineficacia, 32%; en la escala perfeccionismo, 32%; en la escala desconfianza interpersonal, 78%; en la escala conciencia introceptiva, 41%; en la escala miedo a la madurez, 83%; en la escala ascetismo, 38%; en la escala impulsividad, 89% y finalmente, en la escala inseguridad social, 75%.

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

Se puede afirmar entonces que el nivel que presentan los indicadores de trastornos alimentarios en los alumnos de la Escuela Secundaria Federal para Trabajadores Lic. Benito Juárez, se encuentra ligeramente elevado, lo cual resulta preocupante, sobre todo 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 Secundaria Federal para trabajadores Lic. Benito Juárez

De acuerdo con Lazarus y Lazarus (2000), el concepto estrés se utilizaba de forma ocasional en el siglo XIV, esto para referirse a momentos angustiosos, a la adversidad o a la aflicción.

Por otra parte, Seyle definió el estrés como “la respuesta no específica del organismo a cualquier demanda del exterior” (citado por Sánchez; 2007: 15).

Respecto a los resultados obtenidos en el nivel de ansiedad total como principal indicador del estrés en los alumnos de la Escuela Secundaria Federal para Trabajadores Lic. Benito Juárez, se encontró una media de 68, una mediana de 72, una moda de 66 y una desviación estándar de 24. Los datos obtenidos en la medición de estrés en los alumnos aludidos, se muestran en el anexo 13.

Particularmente, en la subescala de ansiedad fisiológica se encontró una media de 67, una mediana de 77, una moda de 99 y una desviación estándar de 28. 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 66, una mediana de 71, una moda de 39 y una desviación estándar de 23. Los datos obtenidos en esta subescala se muestran en el anexo 15.

Finalmente en la subescala de preocupaciones sociales/concentración se encontró una media de 60, una mediana de 63, una moda de 79 y una desviación estándar de 27. Los datos obtenidos en esta subescala se muestran en el anexo 16.

Se presentan a continuación los porcentajes 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 51% sujetos por arriba del percentil 70. Estos datos se pueden observar gráficamente en el anexo 17.

De acuerdo con estos resultados, se puede afirmar que los niveles de estrés en los alumnos de la Escuela Secundaria Federal para Trabajadores Lic. Benito Juárez, se encuentran en general ligeramente más altos de lo normal; es notorio sobre todo que más de la mitad de los alumnos presenten niveles altos en esta variable.

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

Diversos autores han afirmado la relación que se da entre los trastornos alimentarios y el estrés. Por mencionar a algunos de ellos, en el año de 2009 Behar y Valdés llevaron a cabo una investigación a la cual denominaron “Estrés y trastornos de la conducta alimentaria” en la cual buscaban correlacionar ambas variables. Entre los

resultados obtenidos en esa investigación se encontró que los síntomas bulímicos incrementan el riesgo de desarrollar estrés.

De igual forma Rastam y Gillberg, (citados por Behar y Valdés; 2009) indican que encontraron un exceso de situaciones estresantes durante los tres meses que antecedían el comienzo de una anorexia nerviosa.

En la investigación realizada en la Escuela Secundaria Federal para Trabajadores Lic. Benito Juárez, se encontraron los siguientes resultados:

Entre el nivel de estrés y la escala de obsesión por la delgadez existe un coeficiente de correlación de 0.10 de acuerdo con la prueba “r de Pearson”, esto significa que entre el estrés y la escala de obsesión por la delgadez existe ausencia de correlación, 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, donde mediante un porcentaje se indica el grado en que las variables se encuentran correlacionadas. Para obtener esta varianza solo se eleva al cuadrado el coeficiente de correlación obtenido mediante la r de Pearson (Hernández y cols.; 2006).

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

no existe correlación estadísticamente significativa entre el estrés y la Obsesión por la delgadez en los alumnos de la Escuela Secundaria Federal para Trabajadores Lic. Benito Juárez. Kerlinger y Lee (2006), argumentan al respecto, que un índice mínimo de correlación, para que sea considerado significativo, debe ser de al menos 0.31. Si este índice se convierte a la varianza de factores comunes, resulta en un 10%, a partir del cual se considera que una variable influye significativamente en otra. 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 0.05 de acuerdo con la prueba “r de Pearson”, Esto significa que entre el estrés y la bulimia existe una ausencia de correlación.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.00, lo que significa que entre el estrés y la escala de bulimia no hay una relación. Con lo anterior se puede corroborar que no existe correlación entre el estrés y la bulimia 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 -0.06 de acuerdo con la prueba “r de Pearson”, esto denota que entre el estrés y la insatisfacción corporal 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 insatisfacción corporal no hay una correlación. Con

lo anterior se puede corroborar que no existe correlación entre las variables 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 0.36 de acuerdo con la prueba “r de Pearson”, esto expresa que entre el estrés y la ineficacia existe una correlación positiva media.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.13, lo que significa que entre el estrés y la escala de ineficacia hay una relación de 13%. Con lo anterior se puede corroborar que existe correlación estadísticamente significativa entre el estrés y la ineficacia en los alumnos de la escuela investigada. Estos resultados se observan gráficamente en el anexo 21.

Entre el nivel de estrés y la escala de perfeccionismo existe un coeficiente de correlación de 0.25 de acuerdo con la prueba “r de Pearson”, esto permite indicar que entre el estrés y el perfeccionismo 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 corporal hay una relación de 6%. Con ello se puede corroborar que no existe una correlación estadísticamente significativa entre el estrés y el perfeccionismo en los alumnos que constituyeron la muestra. Estos resultados se observan gráficamente en el anexo 22.

Entre el nivel de estrés y la escala de desconfianza interpersonal existe un coeficiente de correlación de 0.34, de acuerdo con la prueba “r de Pearson”, esto permite concluir que entre el estrés y la desconfianza Interpersonal existe una correlación positiva media.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.11, lo que quiere decir que entre el estrés y la escala de desconfianza interpersonal hay una relación de 11%. Con lo anterior se puede corroborar que existe una correlación estadísticamente significativa entre el estrés y la desconfianza interpersonal en los alumnos de la secundaria mencionada. Estos resultados se observan gráficamente en el anexo 23.

Entre el nivel de estrés y la escala de conciencia introceptiva existe un coeficiente de correlación de 0.54 de acuerdo con la prueba “r de Pearson”, esto significa que entre el estrés y la conciencia introceptiva existe una correlación positiva considerable.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.29, lo que permite concluir que entre el estrés y la escala de conciencia introceptiva hay una relación de 29%, con lo cual se puede confirmar que existe correlación estadísticamente significativa entre el estrés y la conciencia introceptiva en los alumnos de la Escuela Secundaria Federal para Trabajadores Lic. Benito Juárez. 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 0.01 de acuerdo con la prueba “r de Pearson”, esto denota que entre el estrés y el miedo a la madurez existe una ausencia de correlación.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.00, lo que significa que entre el estrés y la escala de miedo a la madurez no hay una correlación. Con ello se puede corroborar que no existe correlación entre el estrés y el miedo a la madurez en los alumnos estudiados. Estos resultados se observan gráficamente en el anexo 25.

Entre el nivel de estrés y la escala de ascetismo existe un coeficiente de correlación de 0.02 de acuerdo con la prueba “r de Pearson”, lo cual quiere decir que entre el estrés y el ascetismo existe una ausencia de correlación.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.00, lo que indica que entre el estrés y la escala de ascetismo no hay relación, de modo que se puede corroborar que no existe correlación entre el estrés y el ascetismo en los alumnos de la Escuela Secundaria Federal para Trabajadores Lic. Benito Juárez. Estos resultados se observan gráficamente en el anexo 26.

Entre el nivel de estrés y la escala de impulsividad existe un coeficiente de correlación de 0.19 de acuerdo con la prueba “r de Pearson”. Esto significa que entre el estrés y la impulsividad existe una correlación positiva débil. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.04, lo que significa que entre el estrés y la

escala de impulsividad hay una relación de 4%. Con este porcentaje se puede corroborar que no existe una correlación estadísticamente significativa entre el estrés y la impulsividad en sujetos estudiados. 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 0.23 de acuerdo con la prueba “r de Pearson”, lo que implica que entre el estrés y la inseguridad social existe una correlación positiva débil. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.05 lo que significa que entre el estrés y la escala de inseguridad social hay una relación de 5%, con base en ello, se puede corroborar que no existe una correlación estadísticamente significativa entre el estrés y la inseguridad social en los alumnos de la Escuela Secundaria Federal para Trabajadores Lic. Benito Juárez. Estos resultados se observan de forma gráfica en el anexo 28.

Con base en la información presentada, se afirma que en las escalas de ineficacia, desconfianza interpersonal y conciencia introceptiva existe una correlación significativa con el estrés, a diferencia del resto de las escalas, en las que no se pudo verificar esa correlación.

CONCLUSIONES

En el presente estudio se corroboraron ambas hipótesis, si bien no de modo simultáneo, sino cada una de ellas en diferentes indicadores.

En el caso de la hipótesis de trabajo se corrobora en la relación entre estrés e ineficacia, estrés y desconfianza interpersonal, así como estrés y conciencia introceptiva. En el caso de la hipótesis nula, se corrobora entre las escalas de estrés y obsesión por la delgadez, estrés y bulimia, estrés e insatisfacción corporal, estrés y perfeccionismo, estrés y miedo a la madurez, estrés y ascetismo, estrés e impulsividad, así como estrés e inseguridad social.

Con respecto a los objetivos, fueron alcanzados satisfactoriamente. Los objetivos particulares número uno, referido a la definición del concepto de estrés; número dos, concerniente a las causas que provocan el estrés y el número tres, alusivo a la sintomatología del estrés, se cumplieron en el capítulo uno.

Los objetivos particulares: número cuatro, concerniente a la definición de trastornos alimentarios; número cinco, referente a las causas de los trastornos alimentarios y número seis, relacionado al cuadro sintomatológico de los trastornos alimentarios, se alcanzaron en el capítulo número dos.

El objetivo número siete, referido a la medición del estrés en alumnos de la Escuela Secundaria Federal para Trabajadores Lic. Benito Juárez, se alcanzó gracias a la administración del test psicométrico CMAS-R de Reynolds y Richmond (1997).

Por otra parte, el objetivo referido a la evaluación de los trastornos de la conducta alimentaria, que es el número ocho, se cumplió favorablemente con la aplicación de la prueba psicológica conocida con el nombre de EDI-2 de Gardner (1998).

Por lo tanto, la consecución de los objetivos particulares permitió de manera lógica el cumplimiento del objetivo general del presente estudio.

Se pueden enfatizar de manera particular los siguientes hallazgos encontrados en esta investigación: con respecto al estudio de campo, el haber encontrado en las escalas: desconfianza interpersonal, miedo a la madurez, impulsividad e inseguridad social, de la prueba de Trastornos Alimentarios, un gran número de alumnos con puntaje alto. Por otra parte, conocer que poco más del cincuenta por ciento de los sujetos investigados, muestra niveles altos de estrés.

Otro logro alcanzado en esta investigación es el haber estructurado de manera más completa la teoría tanto de los trastornos alimentarios como del estrés, al conjuntar sobre el tema, información bibliográfica de diversos autores confiables.

Es importante realizar más estudios en diferentes poblaciones, en las cuales también se busque la correlación de las variables aquí estudiadas, ya que así se juzgarían los resultados que surgieron en esta investigación, con lo cual se confirmarían o por el contrario, se podría establecer si se dan diferentes resultados en otras poblaciones, cabe mencionar que sería importante tuvieran características similares como la edad o el grado escolar.

Se puede sugerir, con base en los resultados obtenidos en esta investigación, que es importante la atención del nivel directivo de la institución hacia sus alumnos en los aspectos que salieron con puntaje alto de la prueba de Trastornos alimentarios, y asimismo en el estrés. Para esto se pueden brindar diferentes opciones a los alumnos como charlas, terapias grupales o atención psicológica individual.

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.

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 AlcalaSL. España.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Kerlinger, Fred N.; Lee, Howard B. (2006)
Correlación e Investigación del comportamiento, métodos de investigación en ciencias sociales.
Edit. 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 la 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.

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

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 de educación y desarrollo (2007)
7 Octubre-diciembre de 2007.

Páginas de Internet

Barraza Macías, Arturo.
“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”
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272009000300002

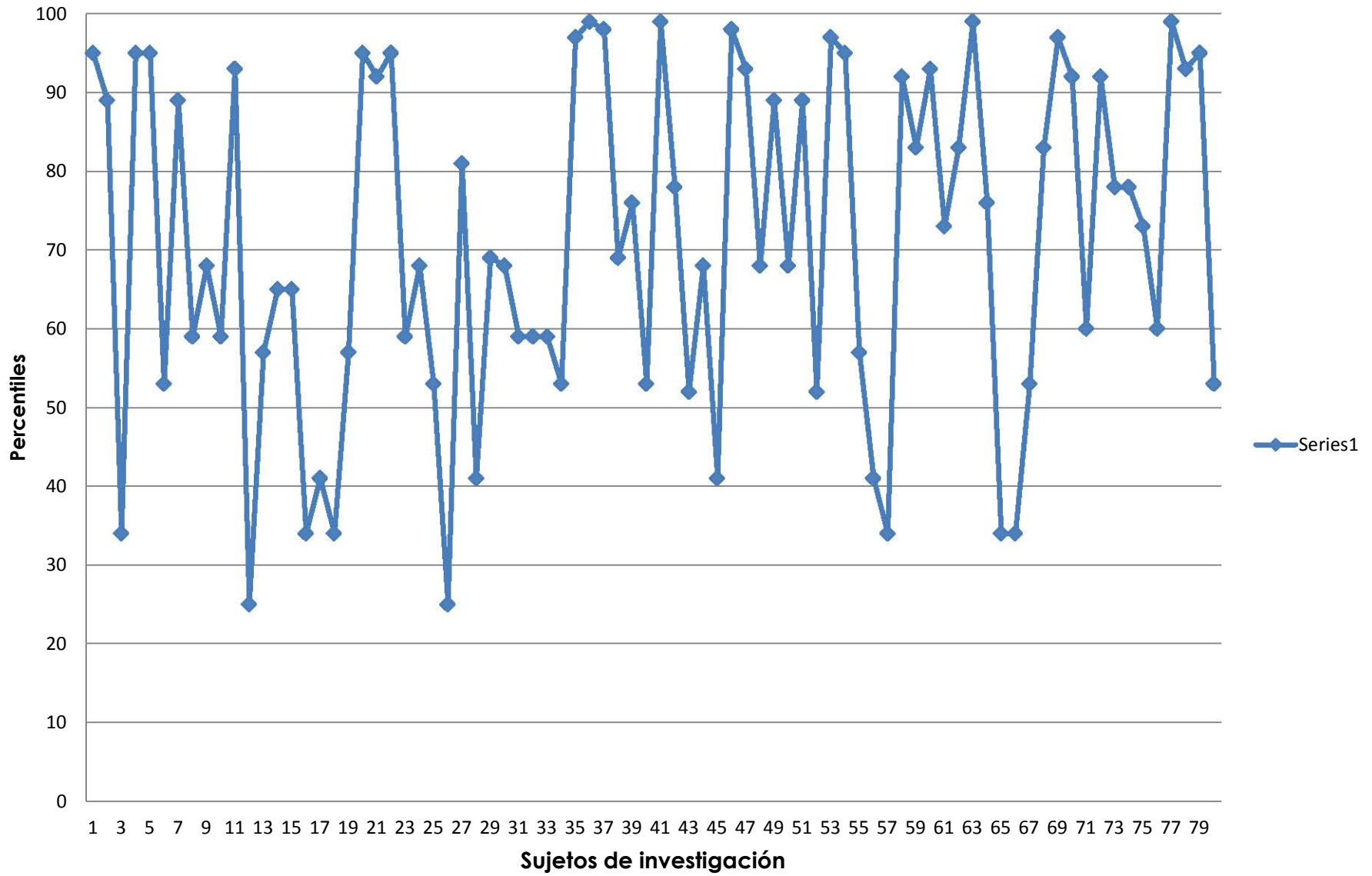
Bermúdez Quintero, Sol Beatriz; Durán Ortiz, María del Mar; Escobar Ávila, Camila; Morales Acosta, Adriana. (2006)
“Evaluación de la relación entre rendimiento académico y estrés en estudiantes de medicina.”
http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=print&id_revista

Hernández García, Mariamparo A. (2006)
“Las influencias familiar y social en la anorexia y la bulimia, el caso de Saltillo, México”
<http://www.uvmnet.edu/investigacion/episteme/numero8y9-06/>

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>

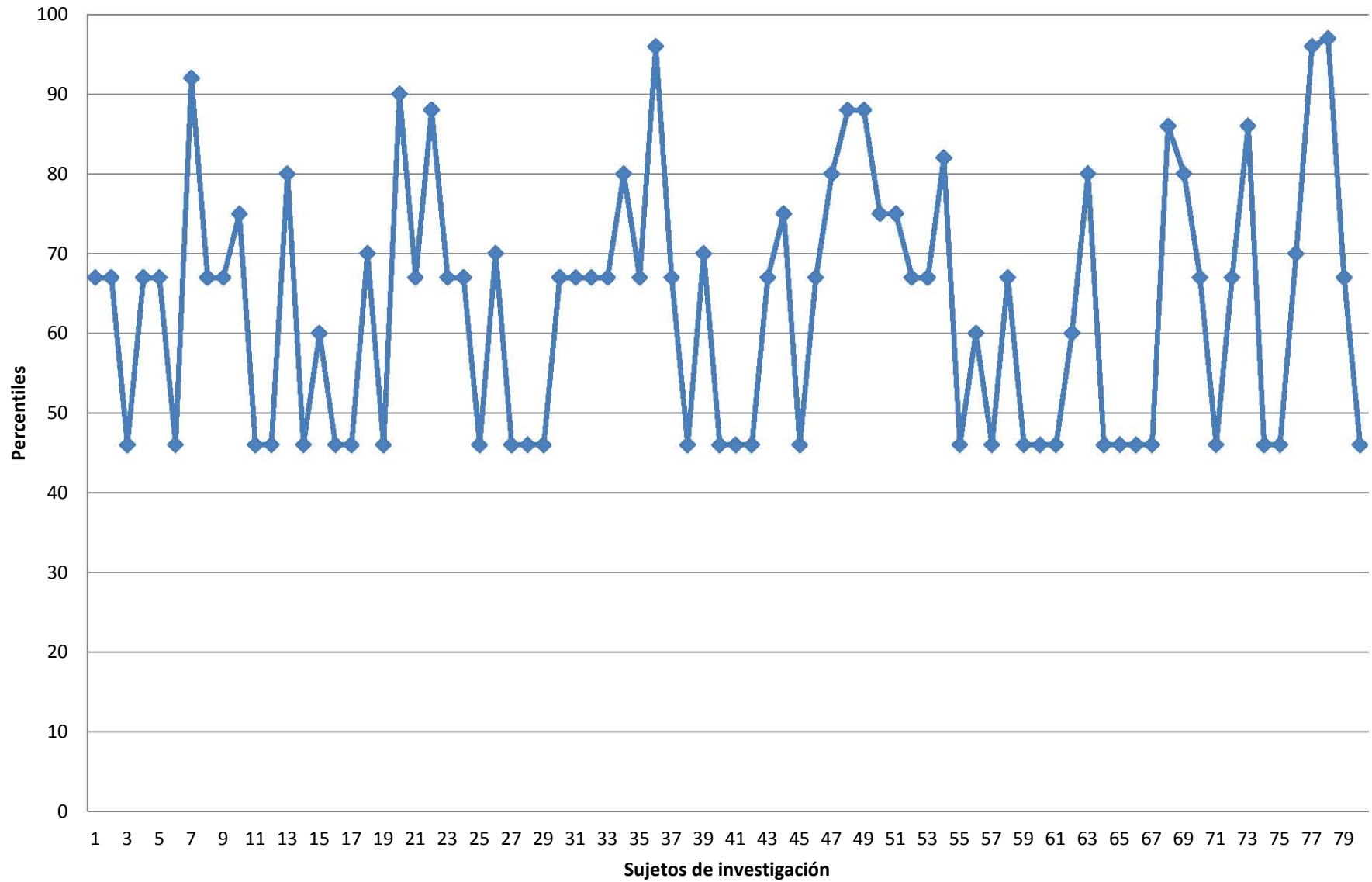
Anexo 1

Percentiles de la escala de Obsesión por la delgadez



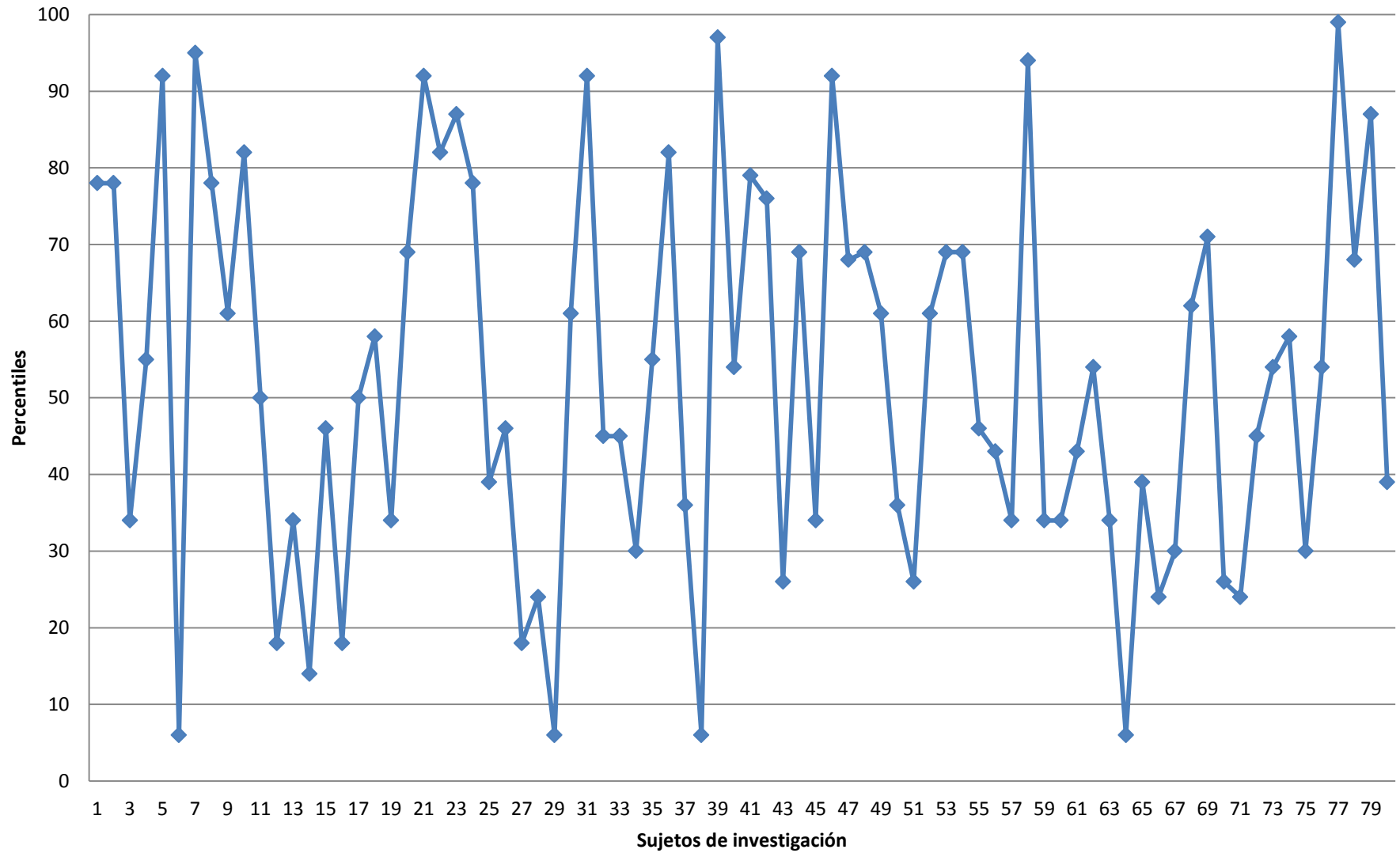
Anexo 2

Percentiles de la escala de Bulimia



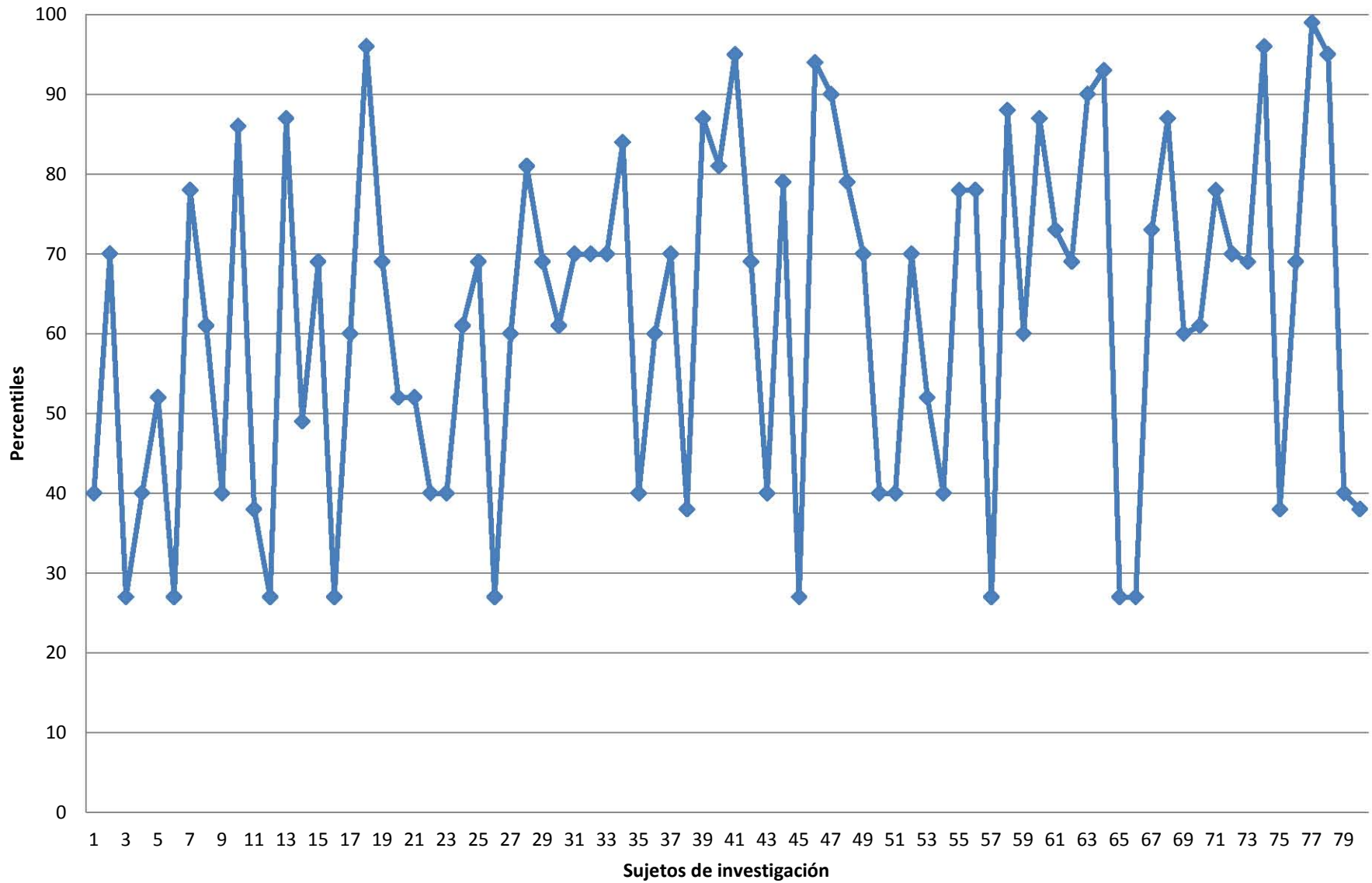
Anexo 3

Percentiles de la escala de Insatisfacción corporal



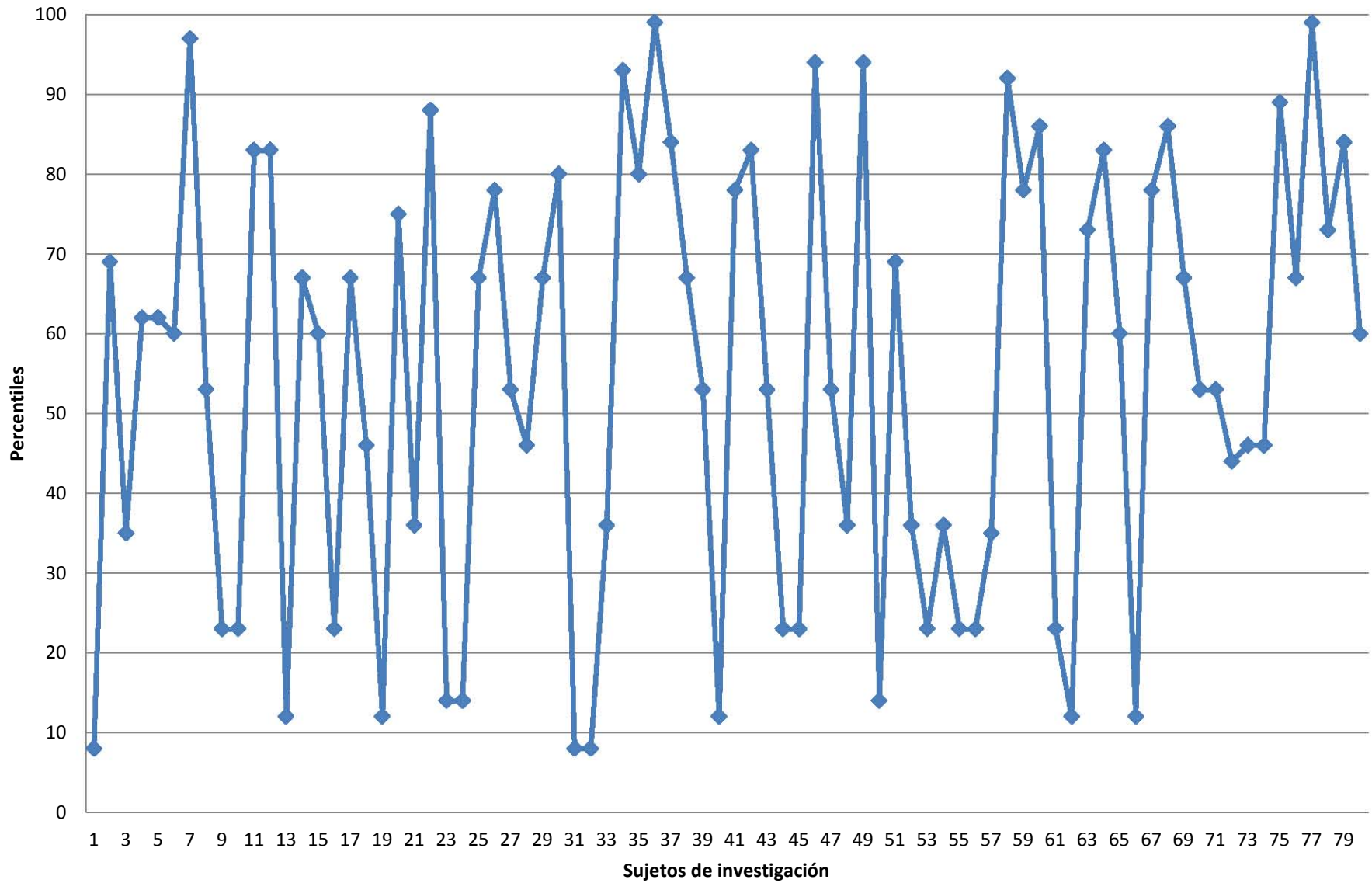
Anexo 4

Percentiles de la escala de Ineficacia



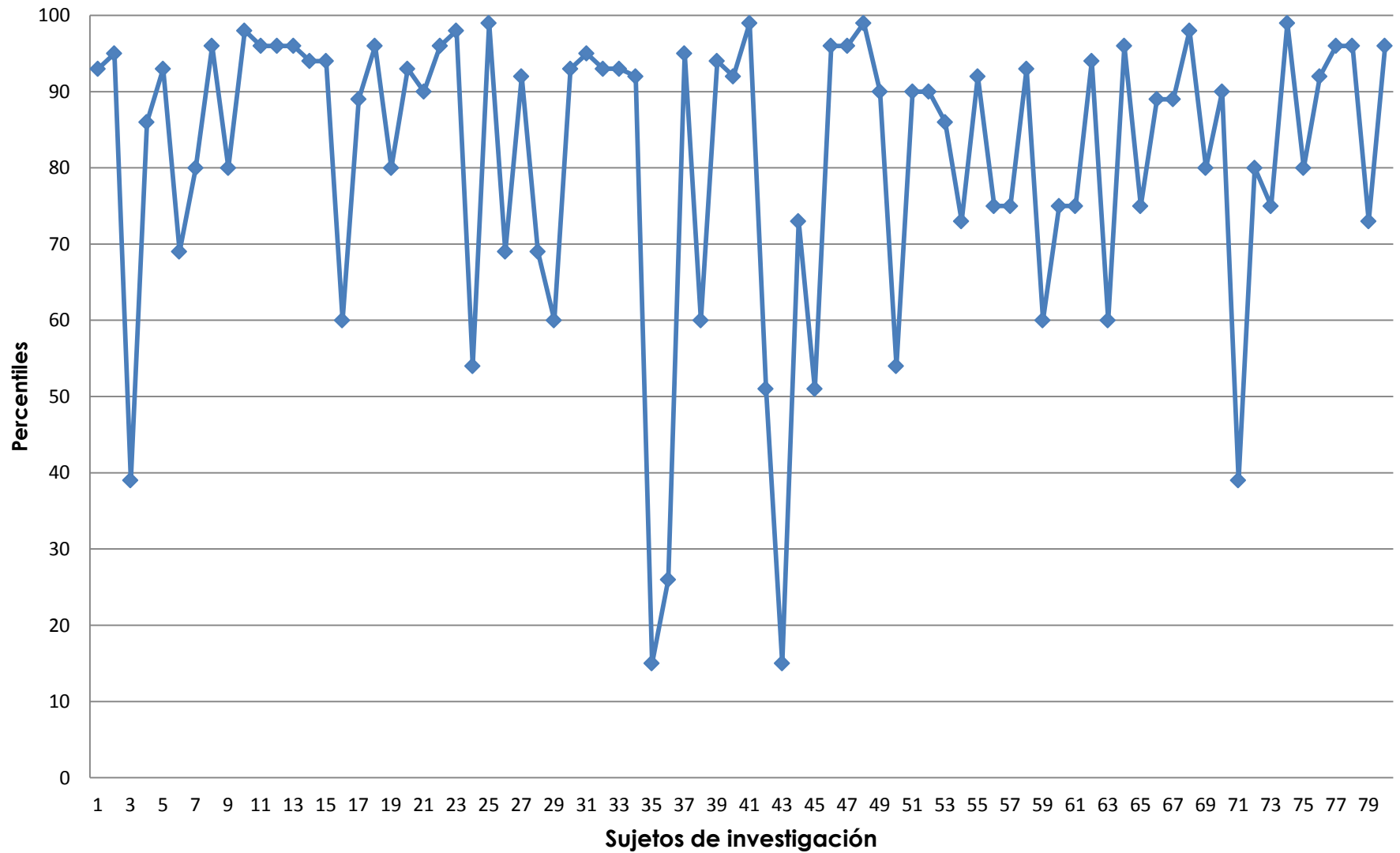
Anexo 5

Percentiles de la escala de Perfeccionismo



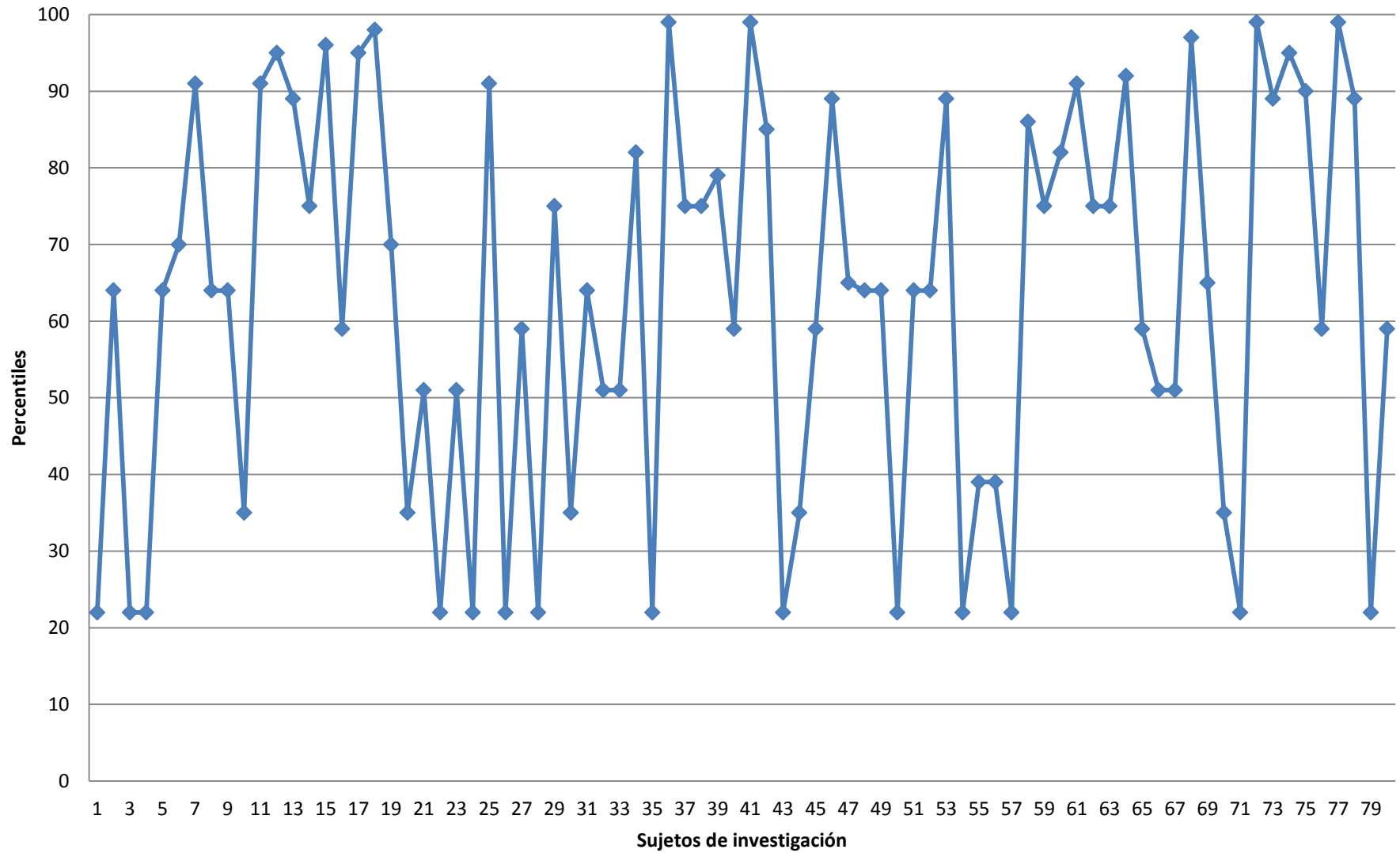
Anexo 6

Percentiles de la escala de Desconfianza Interpersonal



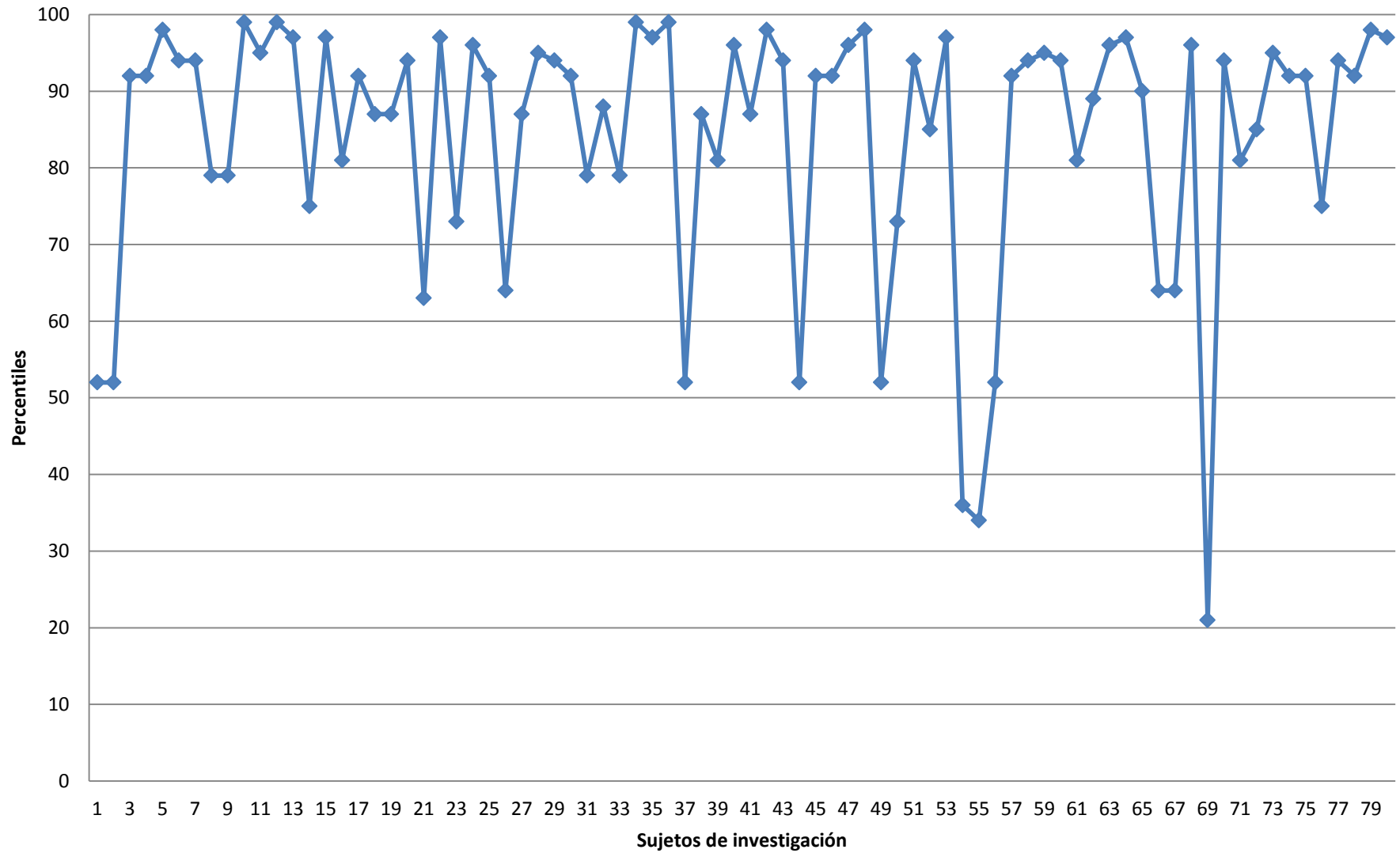
Anexo 7

Percentiles de la escala de Conciencia Introceptiva



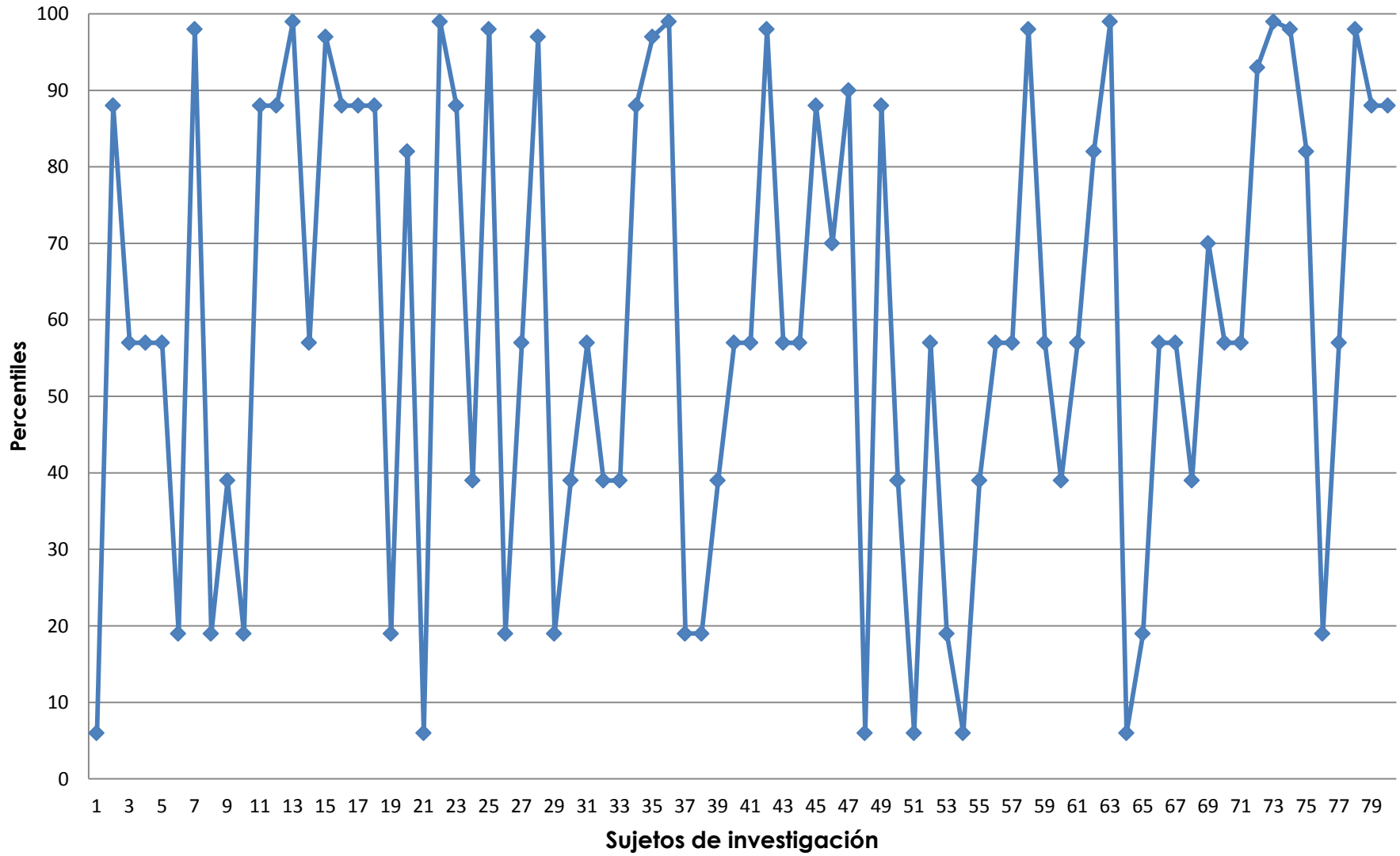
Anexo 8

Percentiles de la escala de Miedo a la madurez



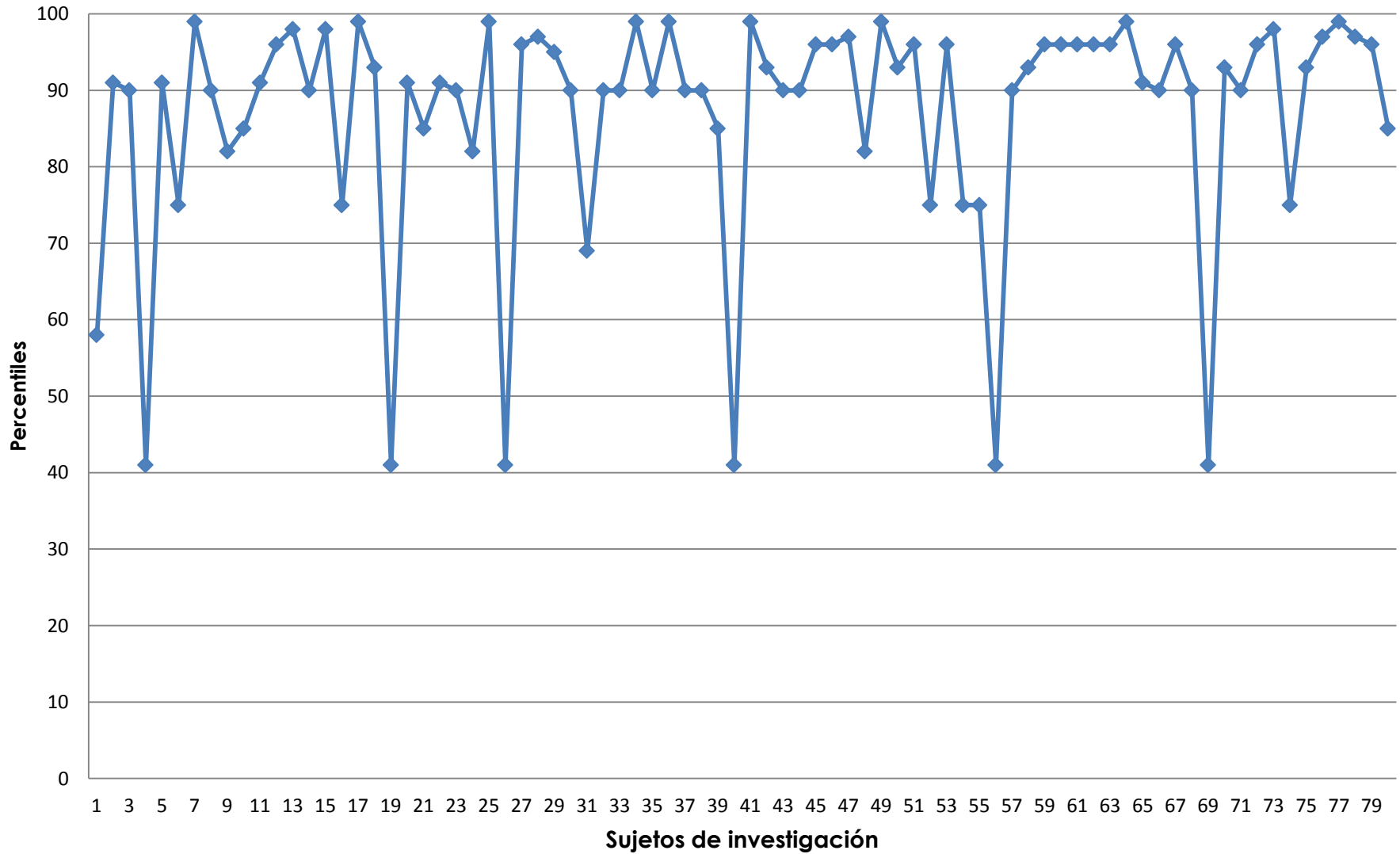
Anexo 9

Percentiles de la escala de Ascetismo



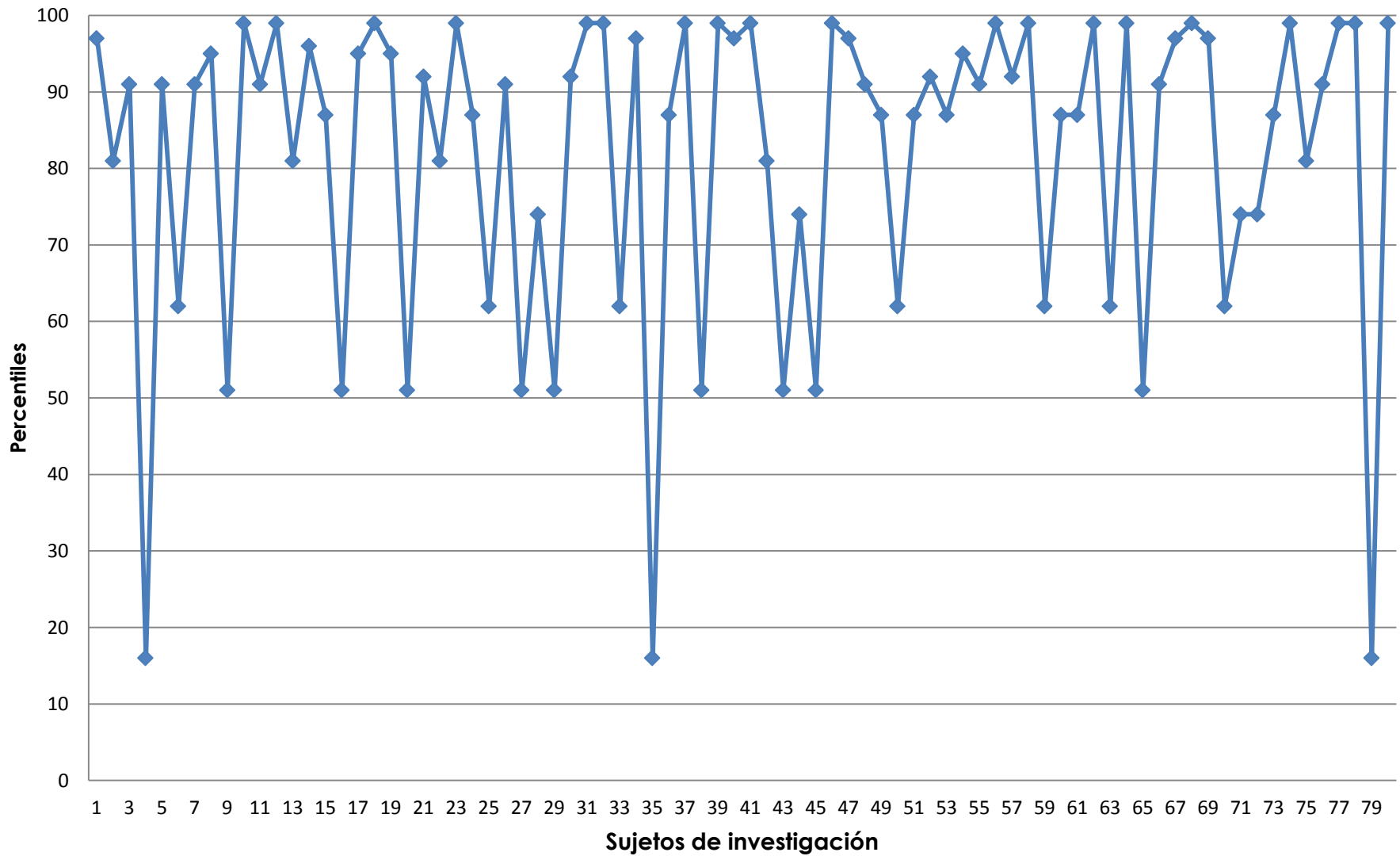
Anexo 10

Percentiles de la escala de Impulsividad



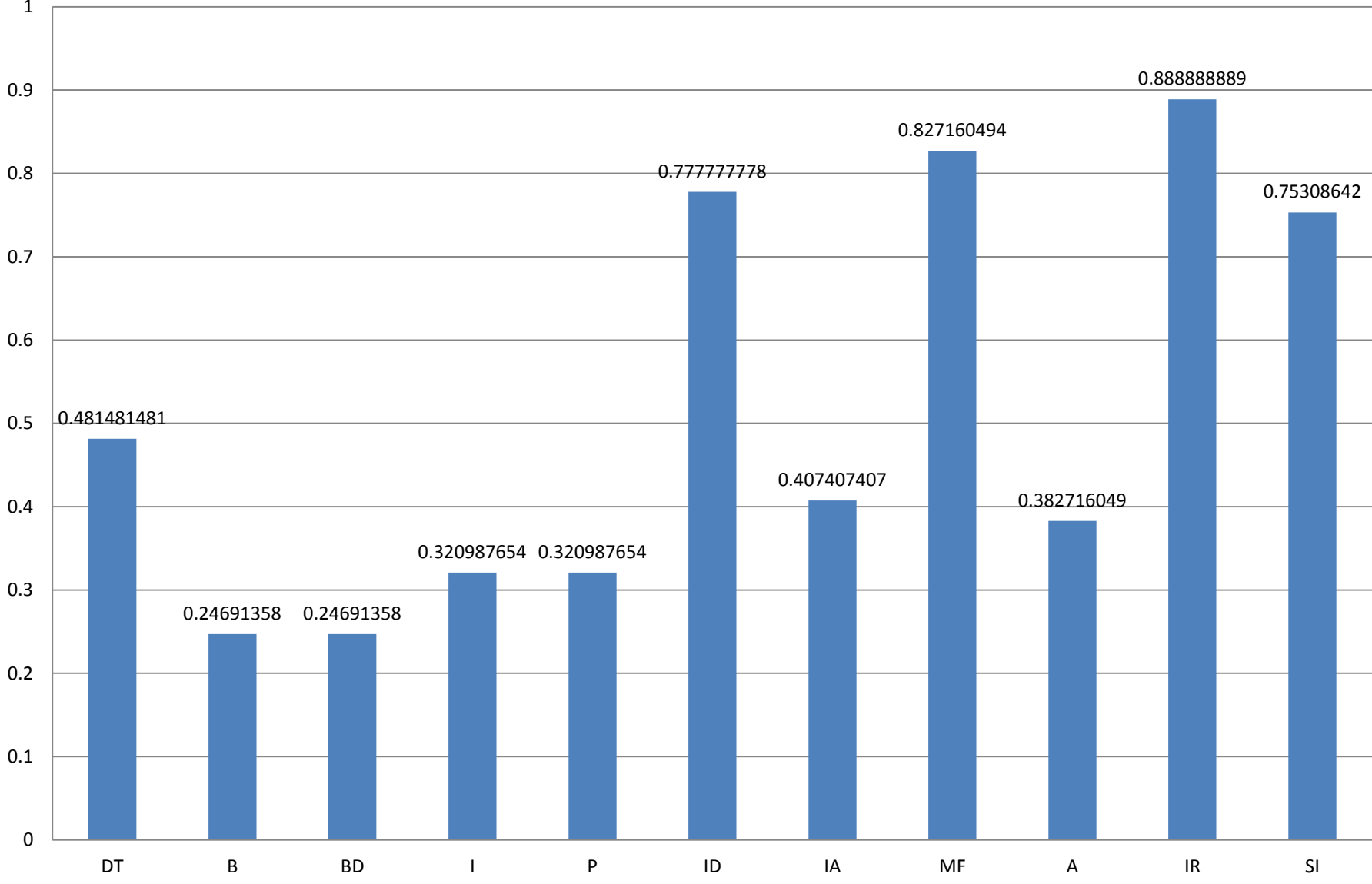
Anexo 11

Percentiles de la escala de Inseguridad Social



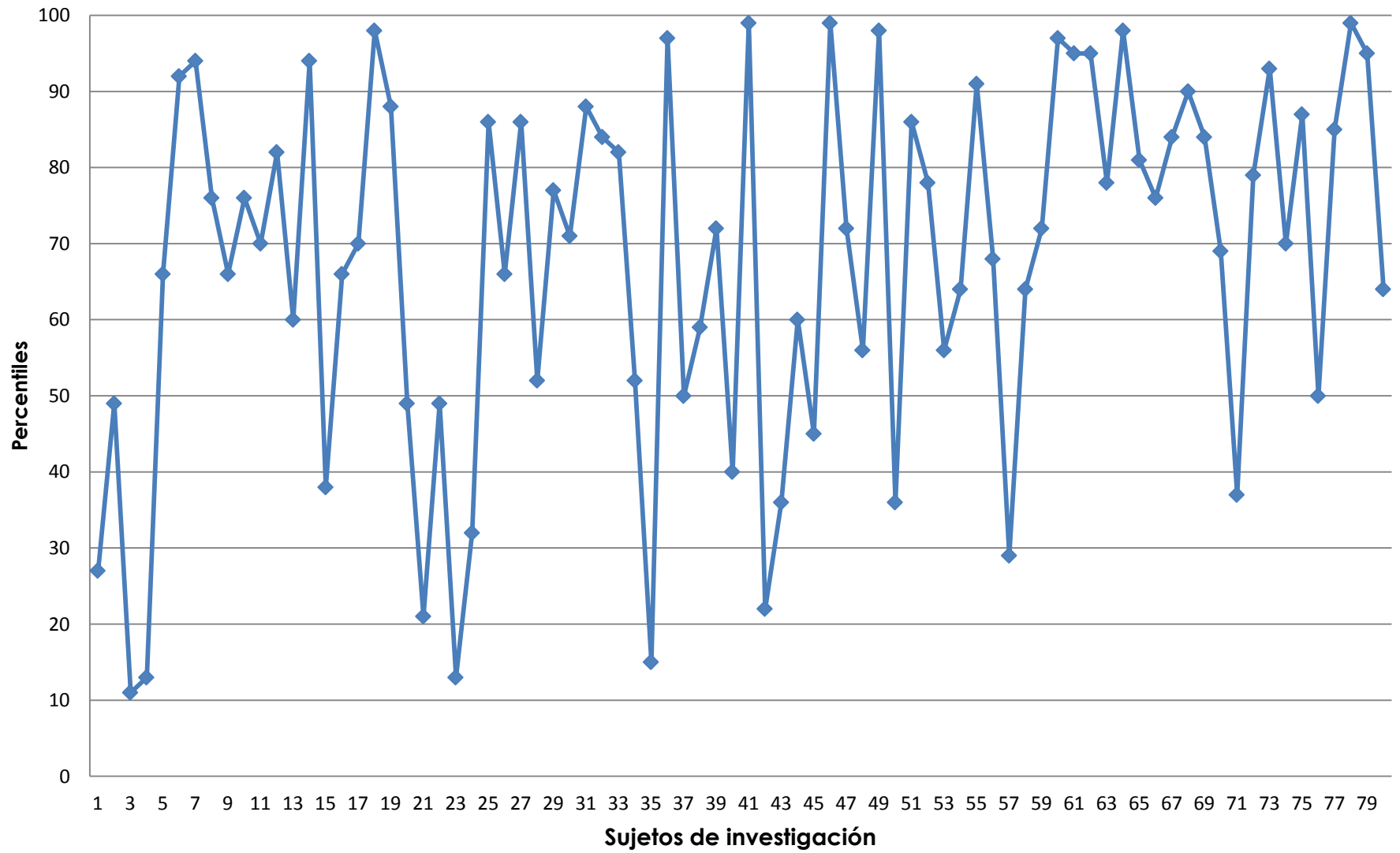
Anexo 12

Porcentajes de sujetos con puntaje altos



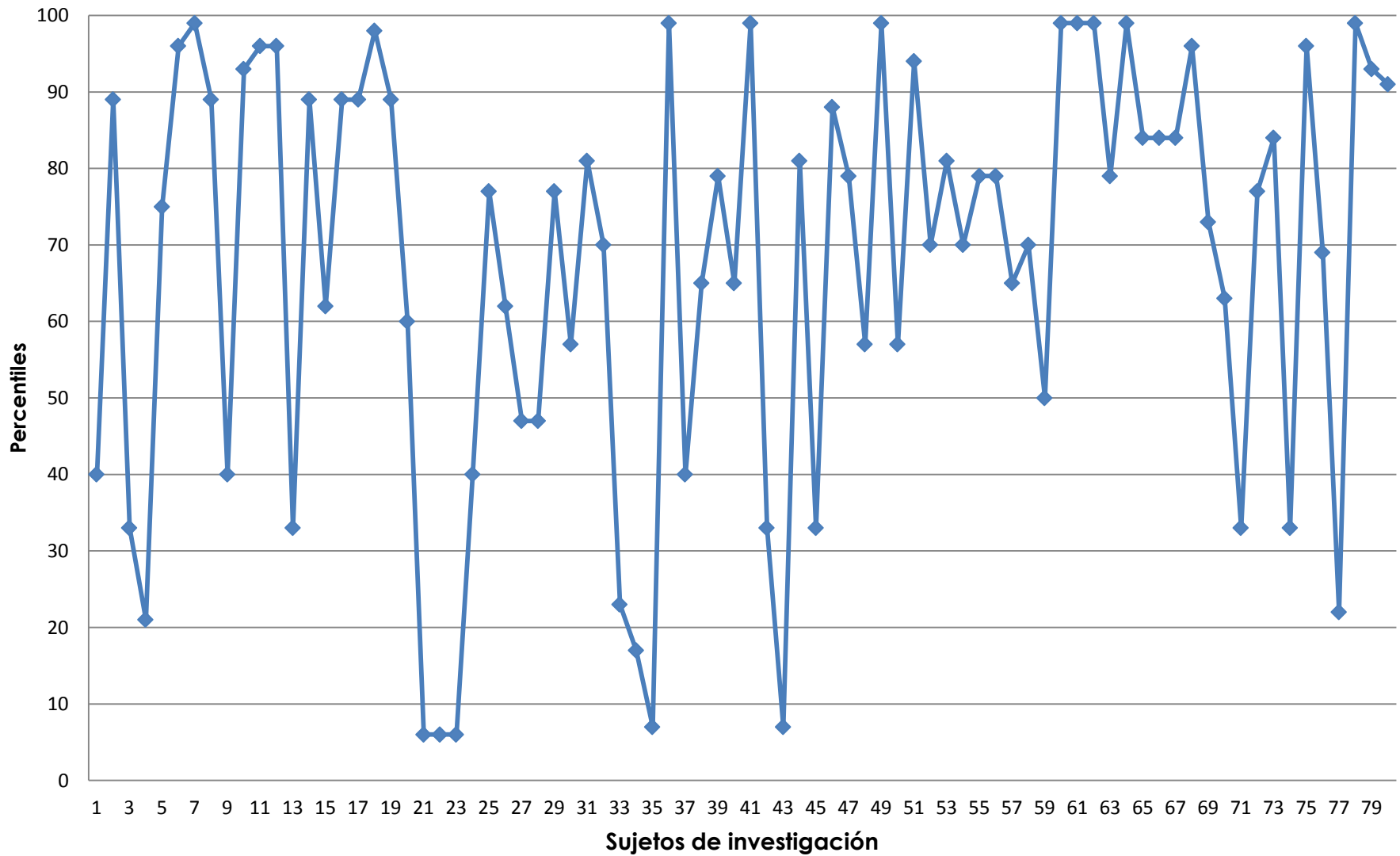
Anexo 13

Percentiles de la escala de Ansiedad Total



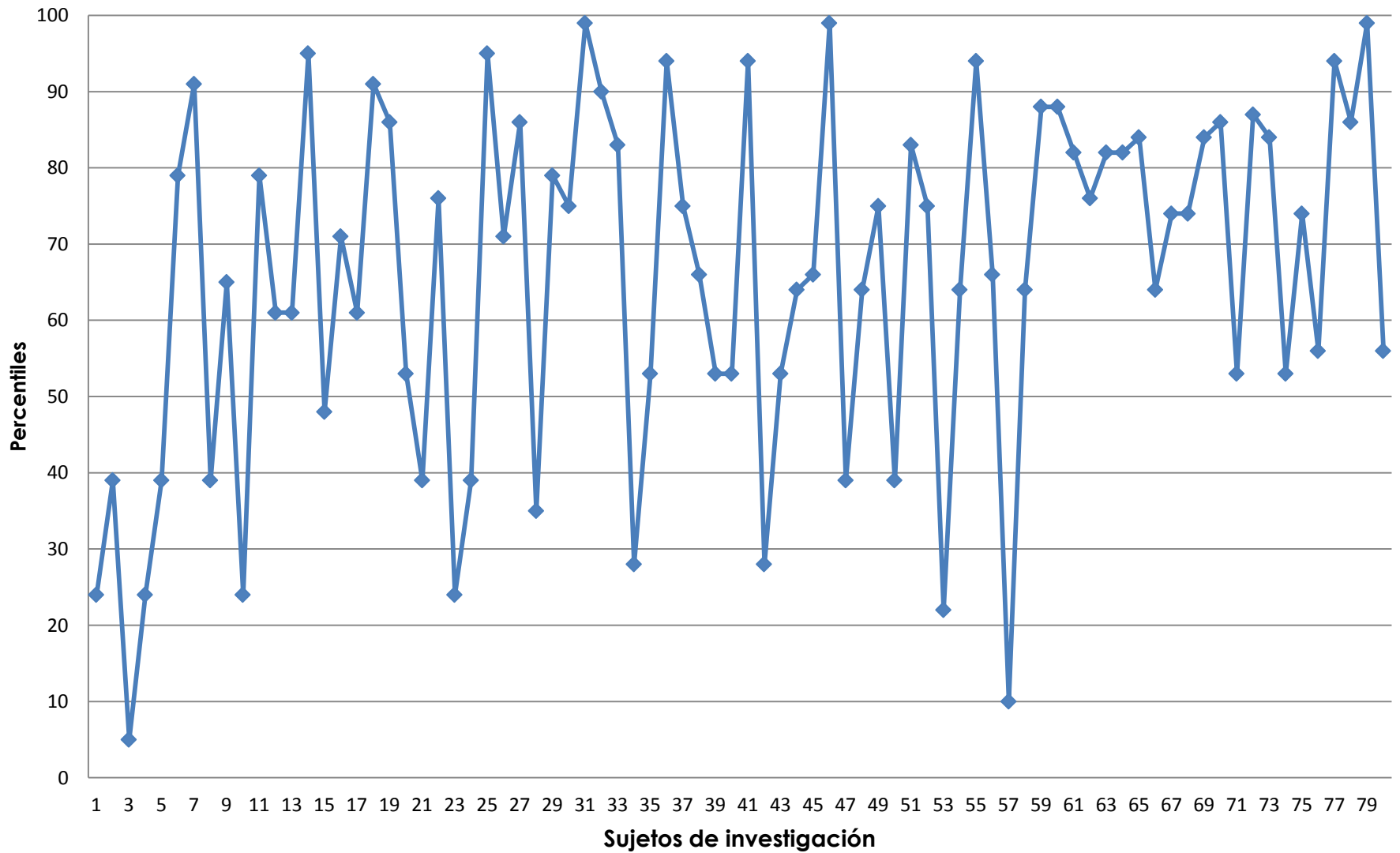
Anexo 14

Percentiles de la escala de Ansiedad Fisiológica

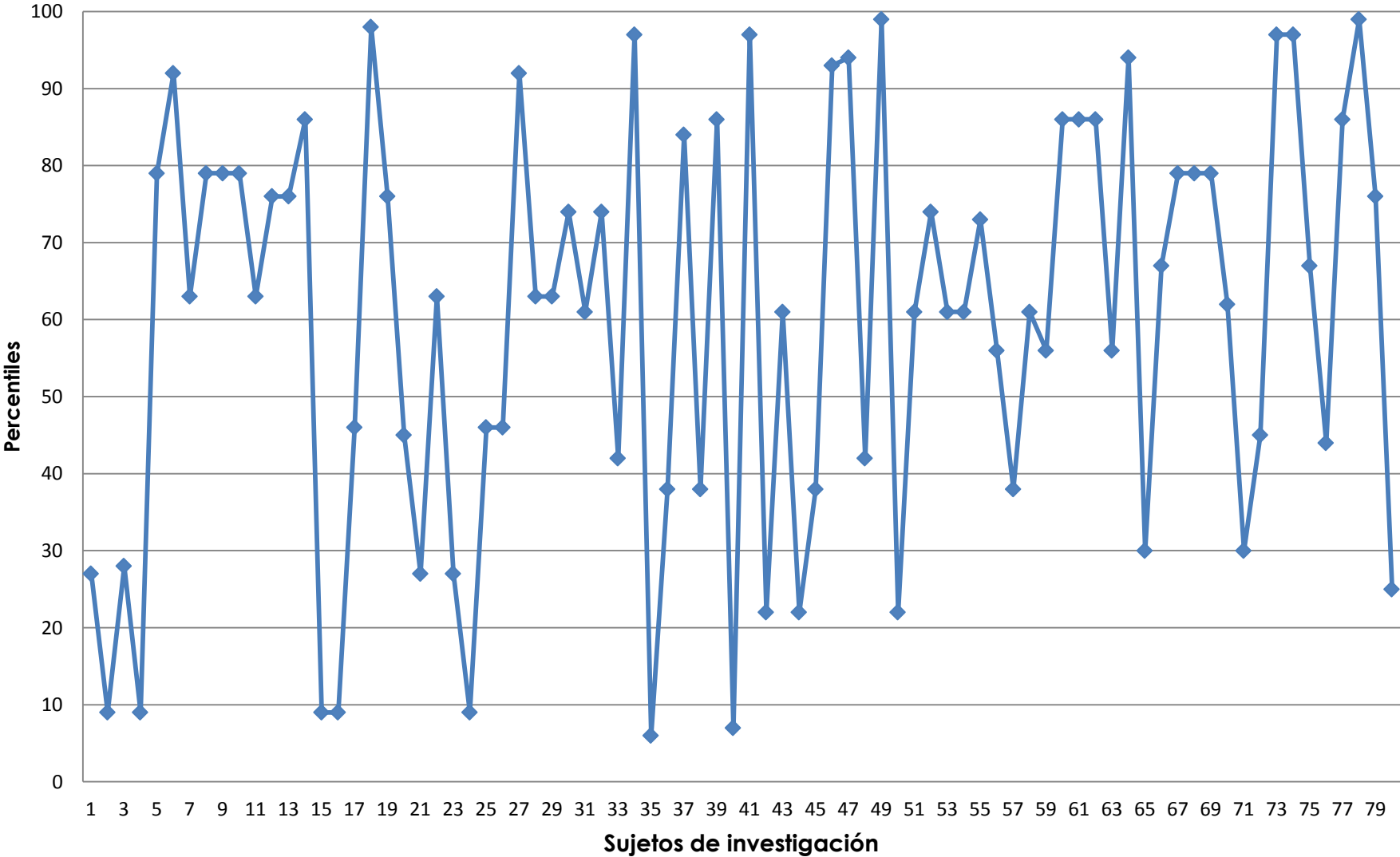


Anexo 15

Percentiles de la escala de Inquietud/Hipersensibilidad

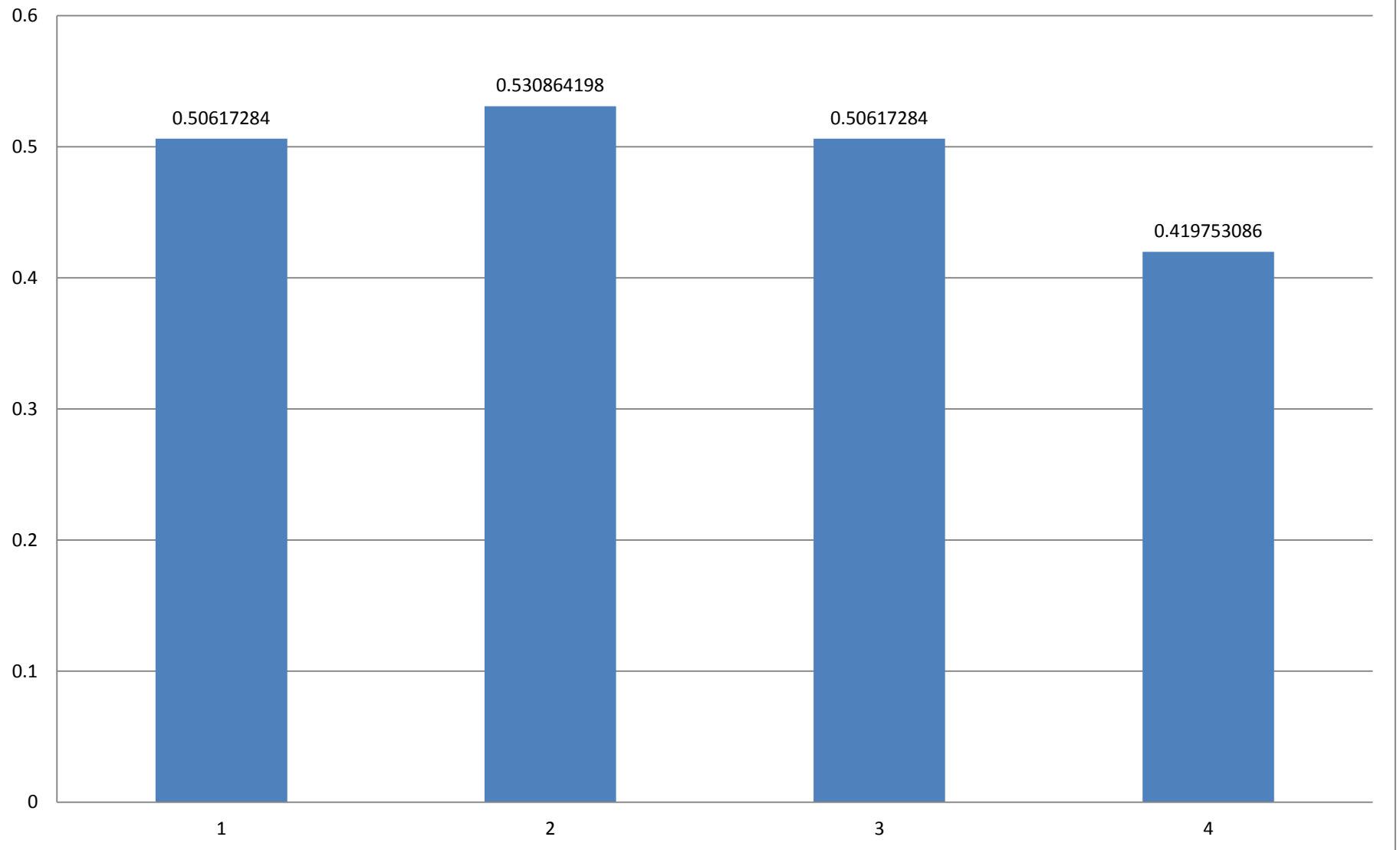


Anexo 16
Percentiles de la escala de
Preocupaciones sociales/Concentración



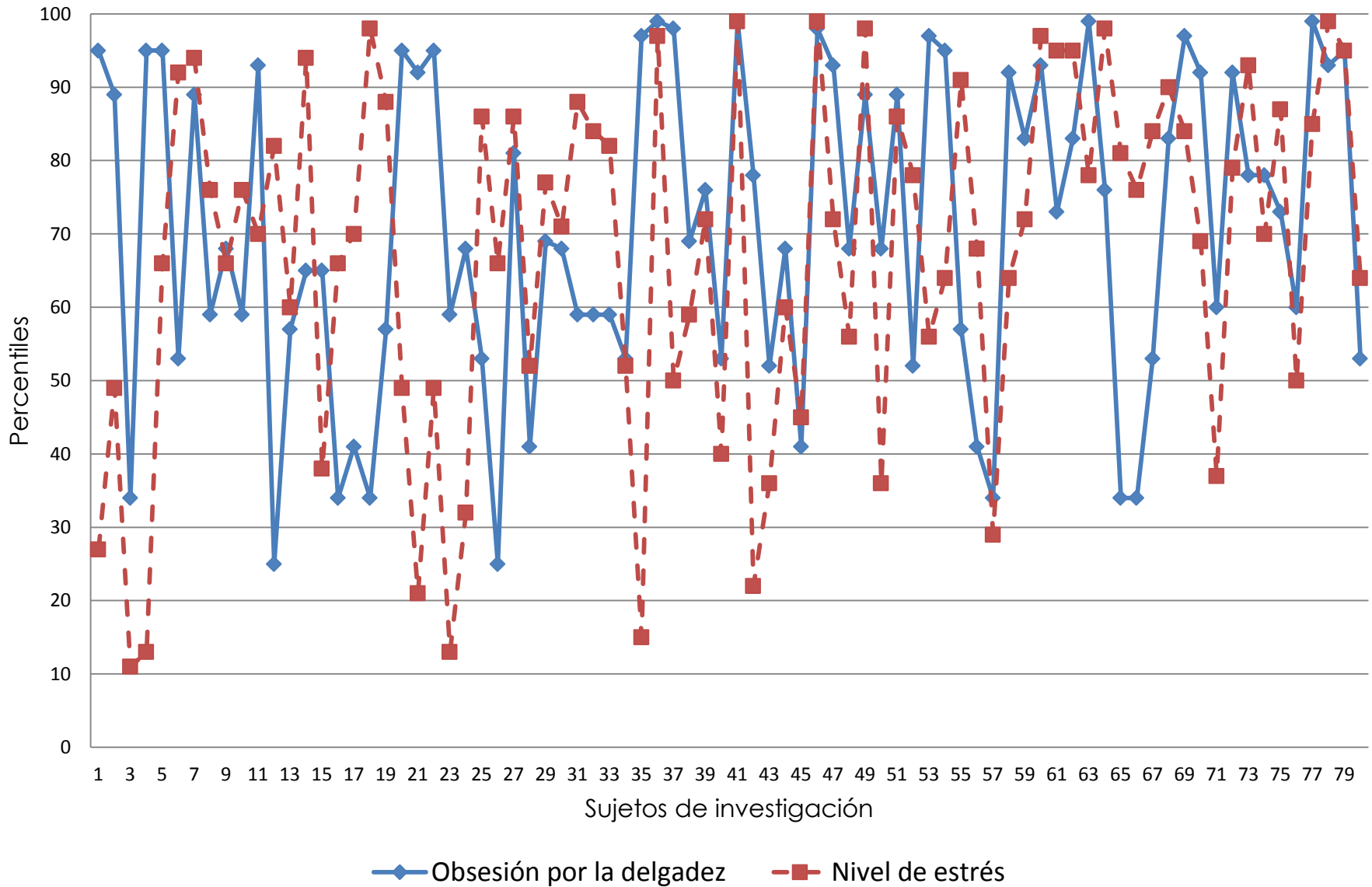
Anexo 17

Porcentajes de sujetos con puntaje altos de la escala de ansiedad



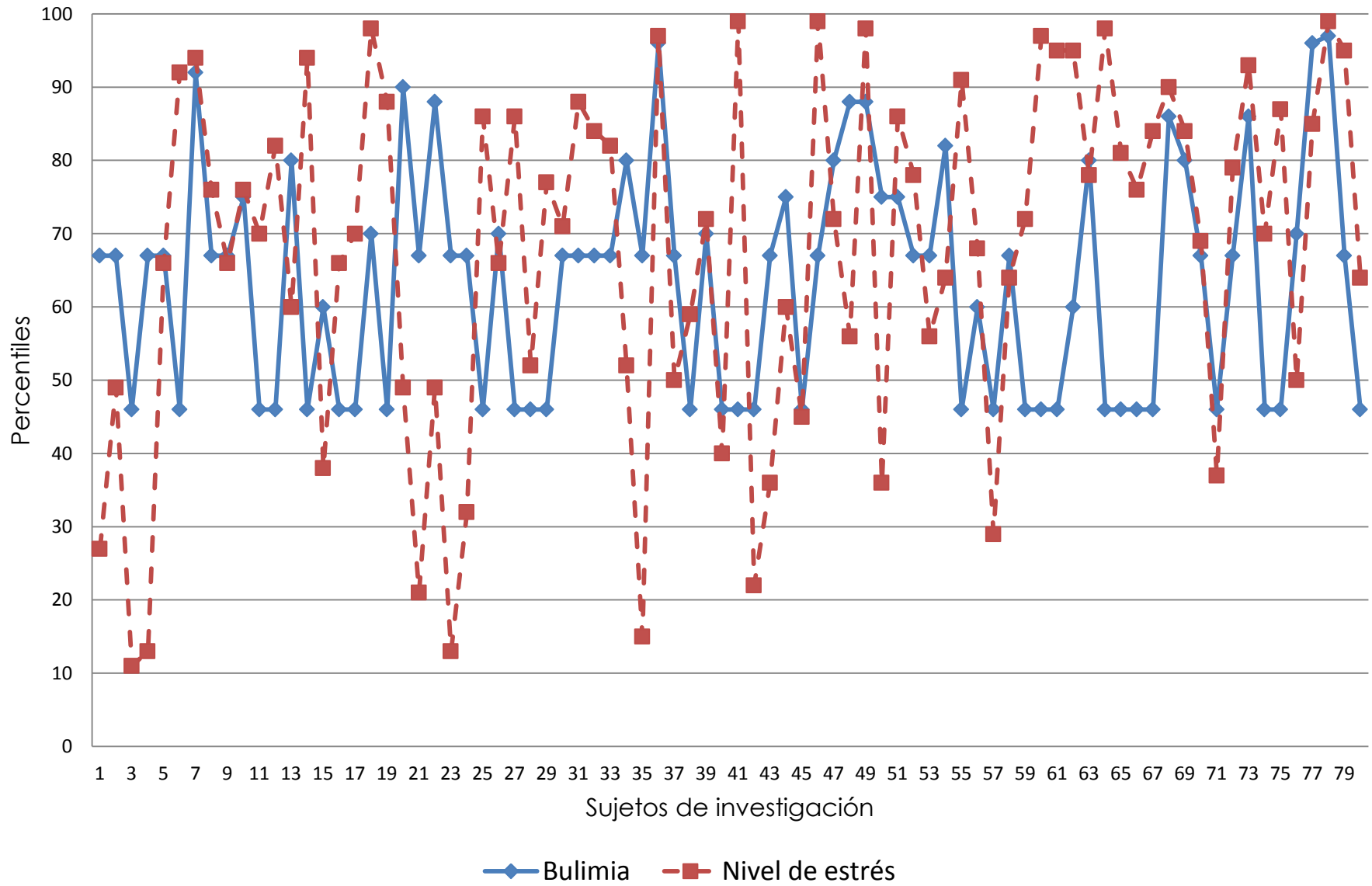
Anexo 18

Correlación entre el nivel de estrés y la obsesión por la delgadez



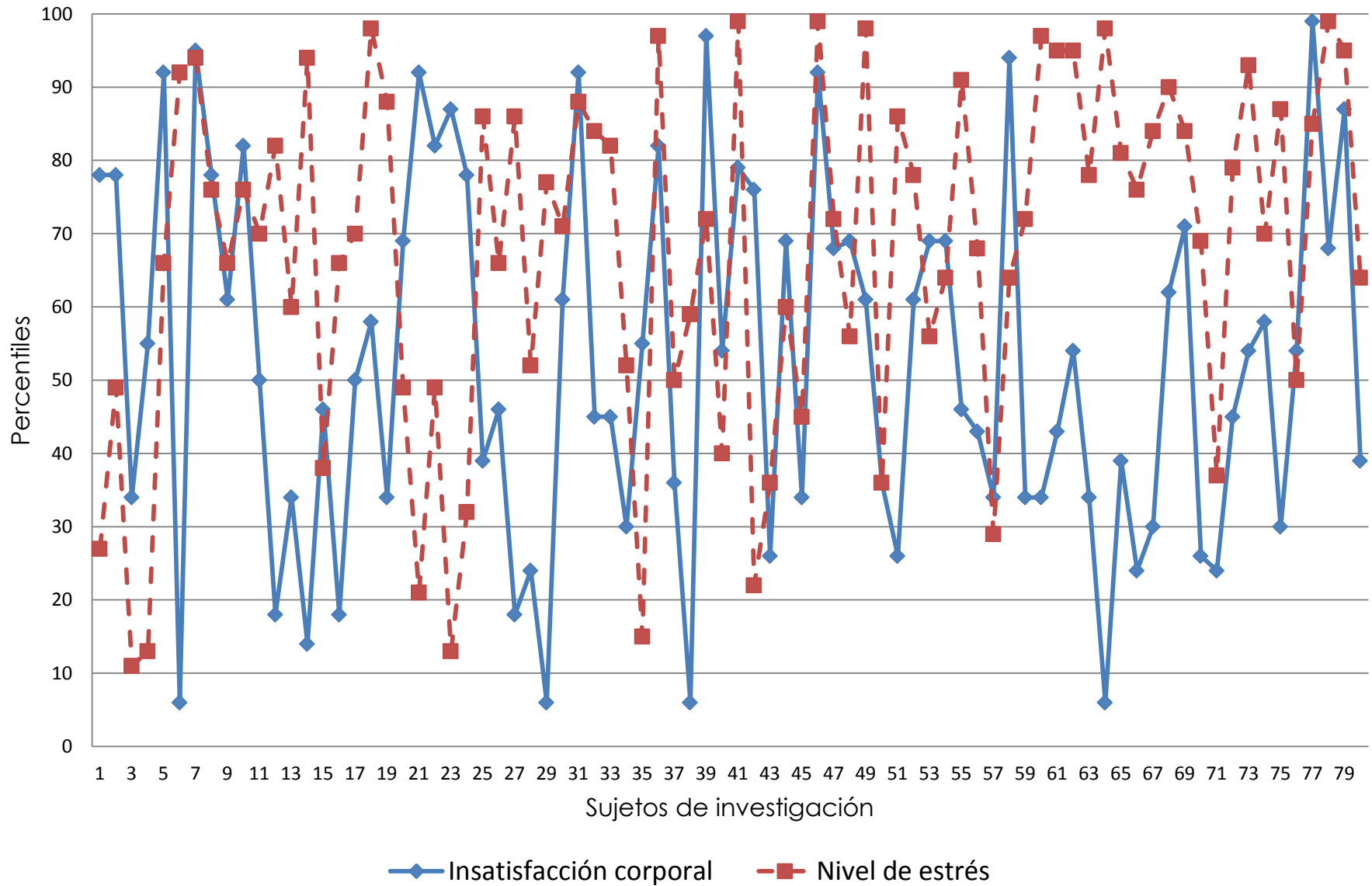
Anexo 19

Correlación entre el nivel de estrés y la bulimia



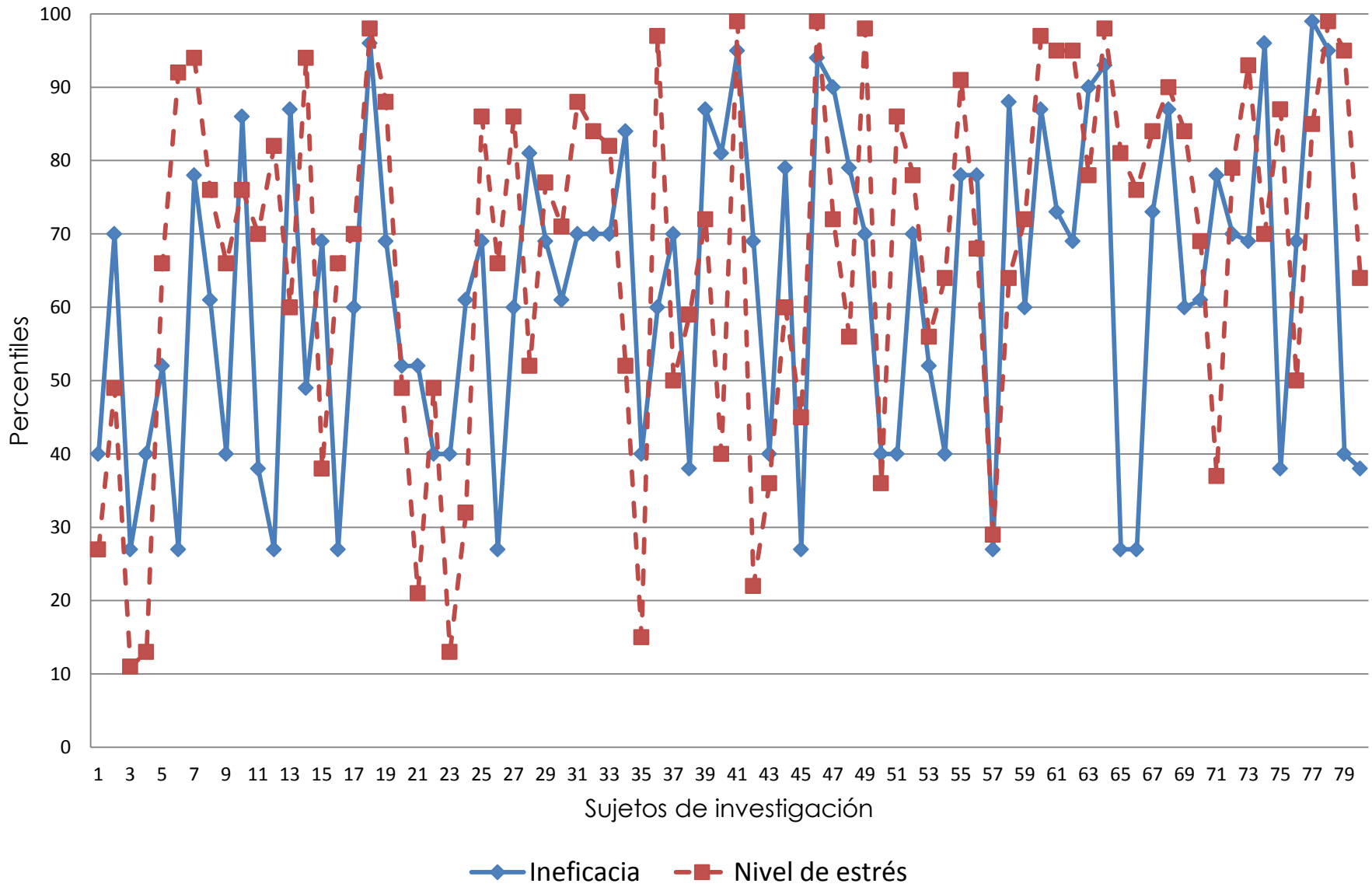
Anexo 20

Correlación entre el nivel de estrés y insatisfacción corporal



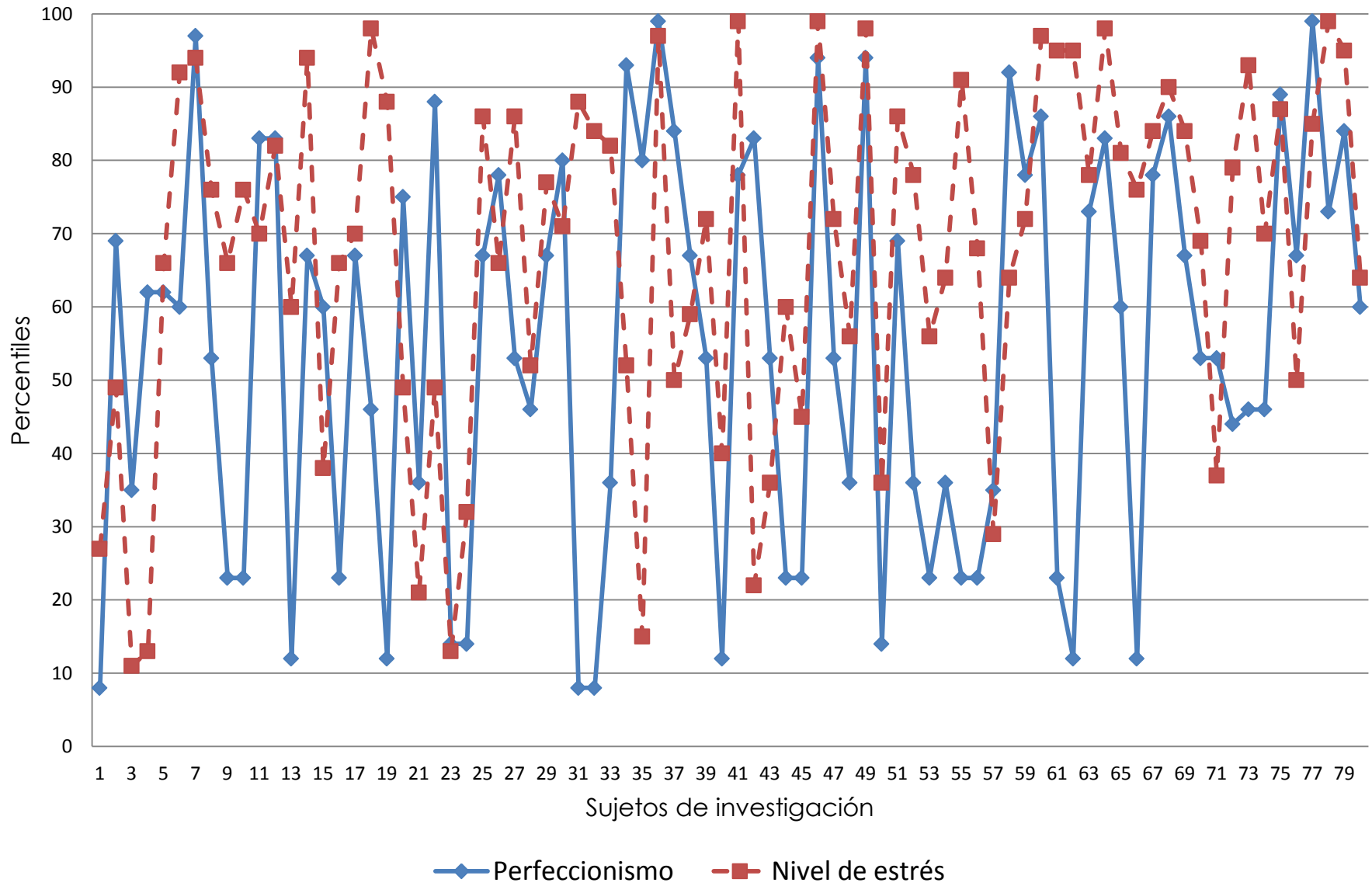
Anexo 21

Correlación entre el nivel de estrés e ineficacia



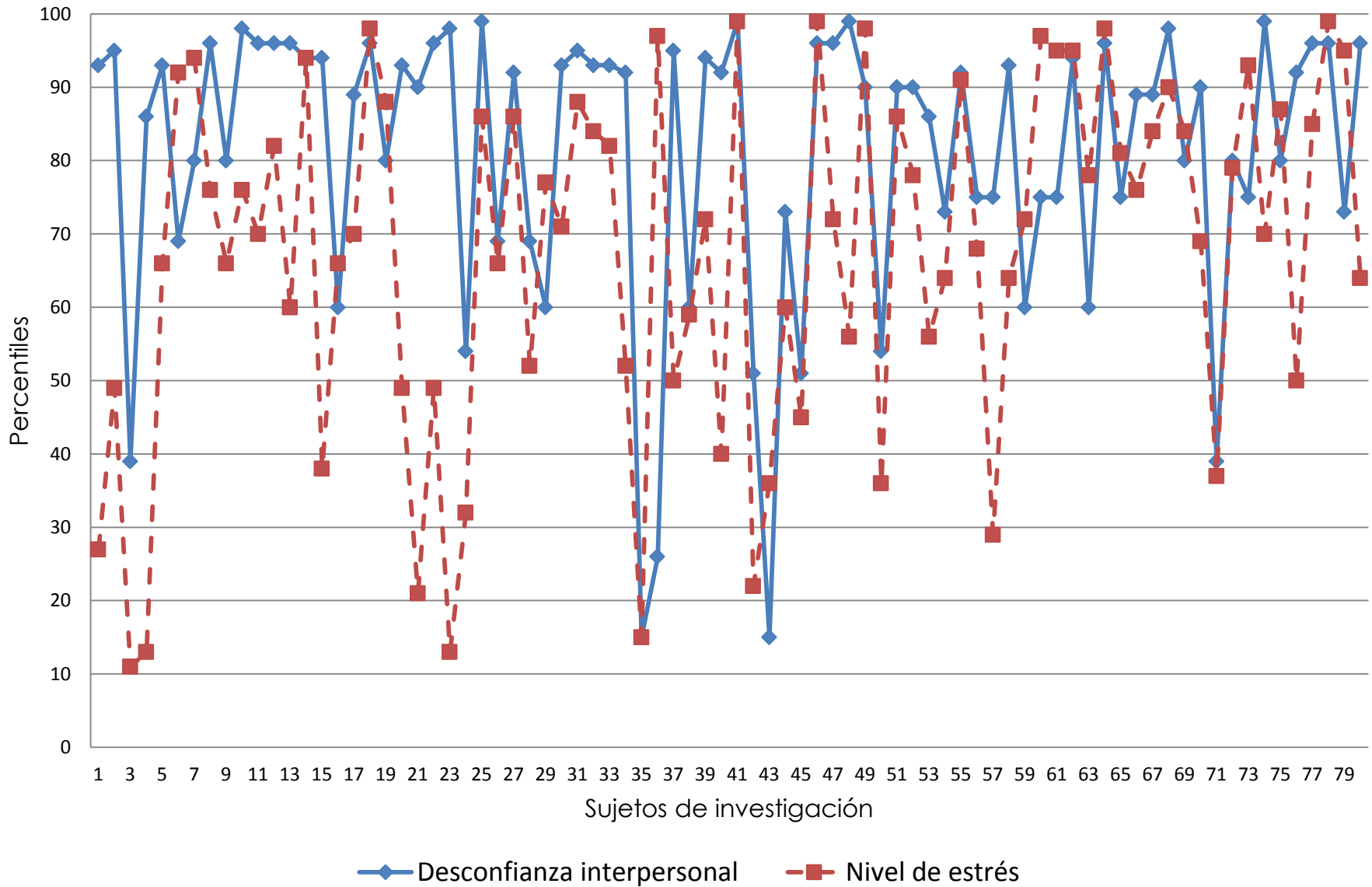
Anexo 22

Correlación entre el nivel de estrés y perfeccionismo



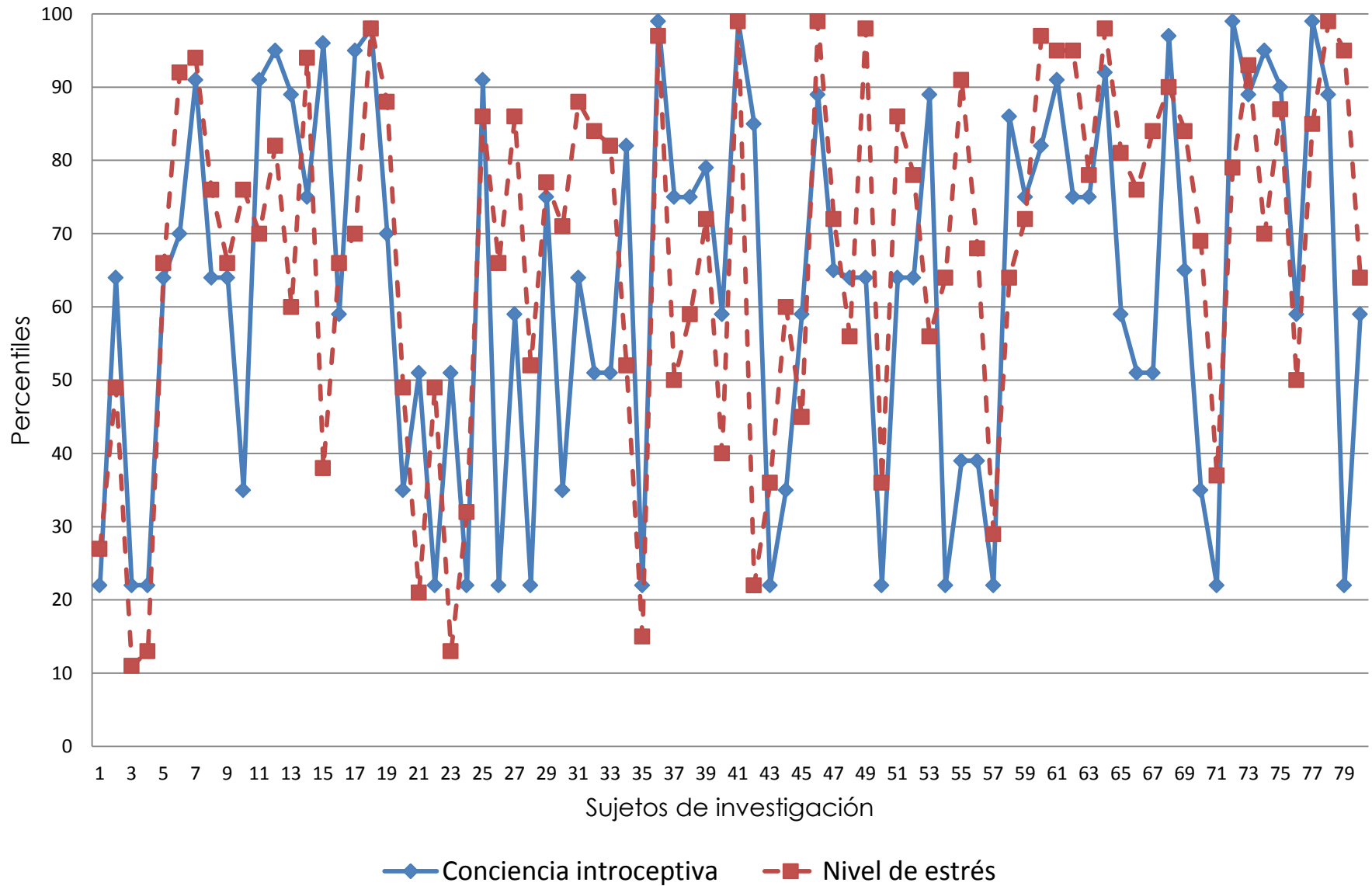
Anexo 23

Correlación entre el nivel de estrés y desconfianza interpersonal



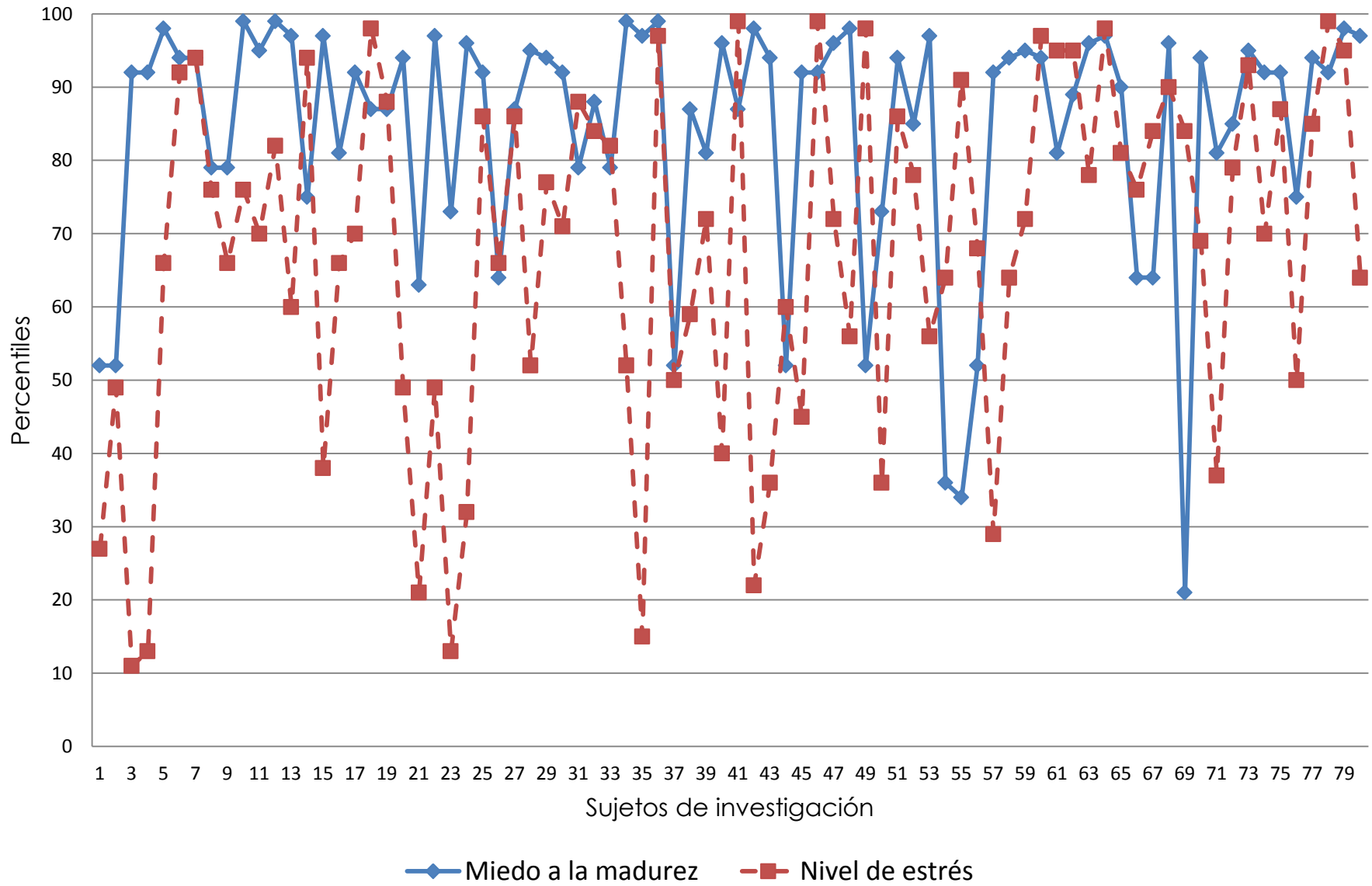
Anexo 24

Correlación entre el nivel de estrés y conciencia introceptiva



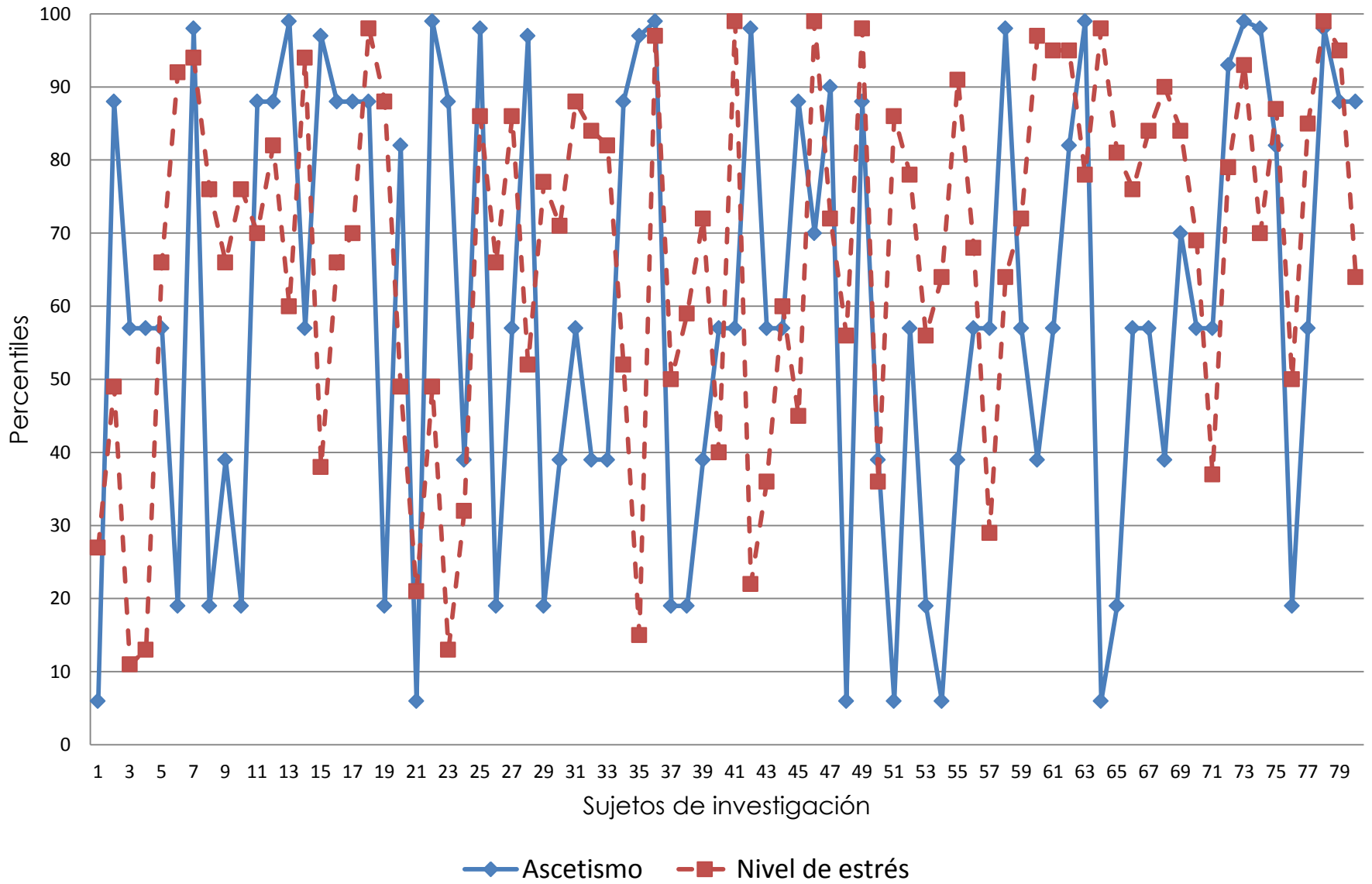
Anexo 25

Correlación entre el nivel de estrés y miedo a la madurez



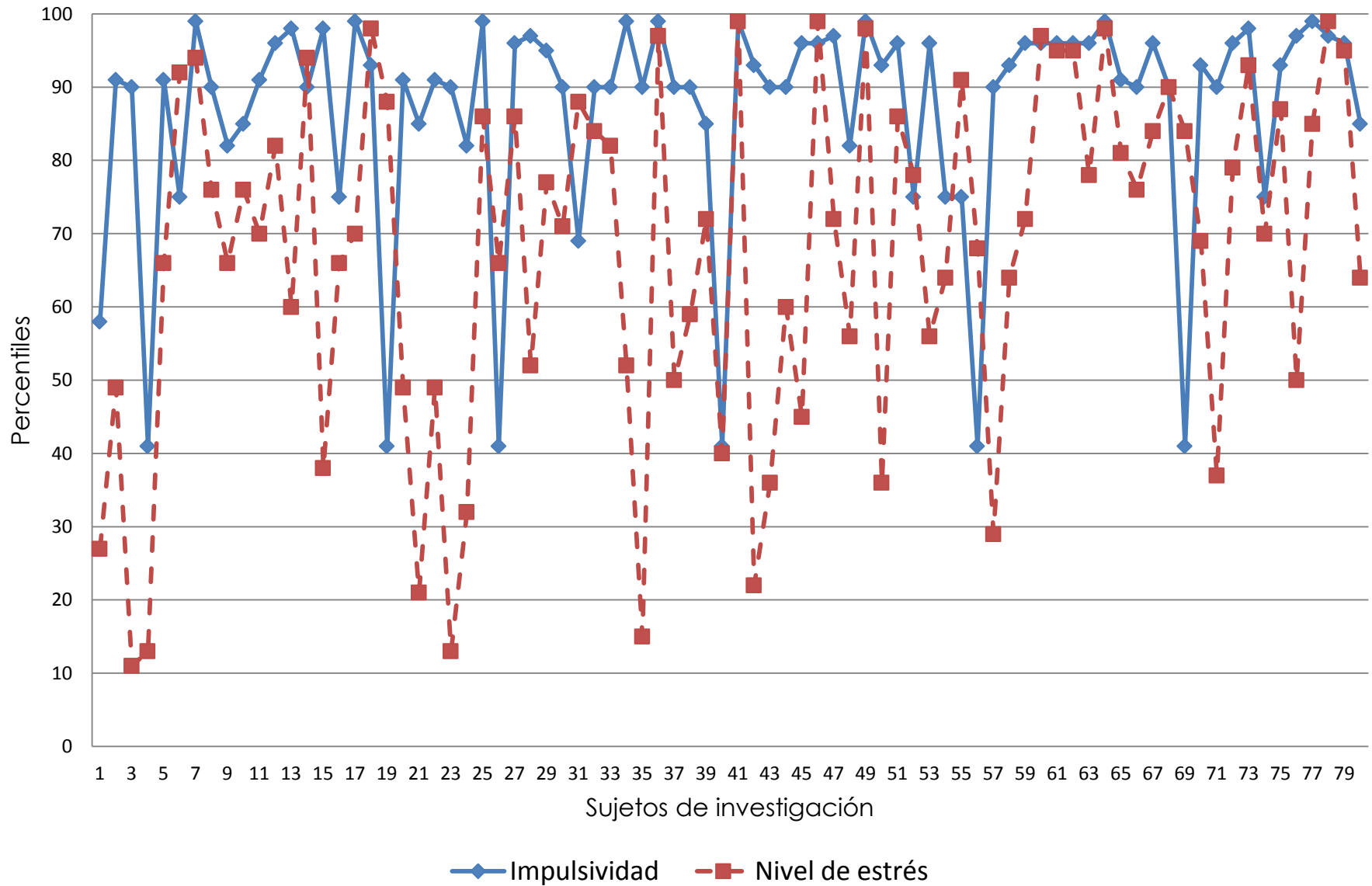
Anexo 26

Correlación entre el nivel de estrés y ascetismo



Anexo 27

Correlación entre el nivel de estrés y impulsividad



Anexo 28

Correlación entre el nivel de estrés e inseguridad social

