



UNIVERSIDAD DON VASCO, A.C.

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

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

RELACIÓN ENTRE EL ESTRÉS Y LOS TRASTORNOS
ALIMENTICIOS DE LOS ALUMNOS DE LA PREPARATORIA
GENERAL LÁZARO CÁRDENAS DE URUAPAN, MICHOACÁN.

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

Licenciada en Psicología

Edna Lizbeth Cruz Estrada

Asesor: Lic. Héctor Raúl Zalapa Ríos.

Uruapan, Michoacán a 30 de Agosto del 2012.



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.

ÍNDICE

Introducción.

| | |
|--------------------------------------|----|
| Antecedentes | 1 |
| Planteamiento del problema | 4 |
| Objetivos | 6 |
| Hipótesis | 7 |
| Justificación | 9 |
| Marco de referencia | 10 |

Capítulo 1. El estrés.

| | |
|---|----|
| 1.1. Antecedentes históricos del estrés | 13 |
| 1.2. Tres enfoques teóricos del estrés | 15 |
| 1.2.1. Estrés como estímulo | 15 |
| 1.2.2. Estrés como respuesta | 16 |
| 1.2.3. Estrés como relación persona-entorno | 18 |
| 1.2.3.1. El concepto integrador de estrés | 19 |
| 1.3. Los estresores | 19 |
| 1.3.1. Estresores psicosociales: cambios mayores, menores y cotidianos. | 20 |
| 1.3.2. Estresores biogénéticos | 21 |
| 1.3.3. Estresores en el ámbito académico | 22 |
| 1.4. Procesos del pensamiento que propician el estrés | 26 |
| 1.5. Los moduladores del estrés | 30 |
| 1.5.1. El control percibido | 30 |

| | |
|--|----|
| 1.5.2. El apoyo social | 32 |
| 1.5.3. El tipo de personalidad: A/B | 33 |
| 1.5.3.1. Personalidad tipo A y problemas cardíacos | 35 |
| 1.6. Los efectos negativos del estrés | 35 |

Capítulo 2. Trastornos alimenticios.

| | |
|--|----|
| 2.1. Antecedentes y características clínicas de los trastornos alimenticios. | 40 |
| 2.2.1. Anorexia nerviosa | 42 |
| 2.2.2. Bulimia nerviosa | 45 |
| 2.2.3. Obesidad | 47 |
| 2.2.4. Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas | 48 |
| 2.2.5. Vómitos en otras alteraciones psicológicas | 49 |
| 2.2.6. Trastornos de la conducta alimenticia en la infancia | 49 |
| 2.3. Esfera oroalimenticia en el infante | 52 |
| 2.3.1. Organización oroalimenticia | 52 |
| 2.3.2. Alteraciones en la esfera oroalimenticia | 53 |
| 2.4. Perfil de la persona con trastornos de alimentación | 55 |
| 2.5. Causas del trastorno alimenticio | 56 |
| 2.5.1. Factores predisponentes individuales | 57 |
| 2.5.2. Factores predisponentes familiares | 58 |
| 2.5.3. Factores socioculturales | 63 |
| 2.6. Percepción del cuerpo en el trastorno alimenticio. | 65 |
| 2.7. Factores que mantienen los trastornos alimenticios | 67 |
| 2.8. Trastornos mentales asociados a los trastornos alimenticios | 69 |
| 2.8.1. Trastornos alimenticios y depresión | 70 |

| | |
|---|-----|
| 2.8.2. Trastornos alimenticios y ansiedad | 72 |
| 2.9. Tratamiento de los trastornos alimenticios | 73 |
| Capítulo 3. Metodología, análisis e interpretación de resultados. | |
| 3.1. Descripción metodológica | 76 |
| 3.1.1. Enfoque cuantitativo | 76 |
| 3.1.2. Investigación no experimental | 77 |
| 3.1.3. Diseño transversal | 78 |
| 3.1.4. Alcance correlacional | 79 |
| 3.1.5. Técnicas de recolección de datos. | 80 |
| 3.2. Población y muestra | 83 |
| 3.2.1. Descripción de la población | 83 |
| 3.2.2. Descripción del tipo de muestra | 84 |
| 3.3. Descripción del proceso de investigación | 86 |
| 3.4. Análisis e interpretación de resultados | 89 |
| 3.4.1. El estrés | 89 |
| 3.4.2. Trastornos alimenticios | 91 |
| 3.4.3. Relación entre el nivel de estrés y los trastornos alimenticios. | 94 |
| Conclusiones | 100 |
| Bibliografía | 103 |
| Mesografía | 105 |
| Anexos. | |

INTRODUCCIÓN

Con base en las problemáticas que se llegan a presentar en las escuelas con los alumnos, se decidió realizar una investigación sobre la relación que puede haber entre el estrés y los trastornos alimenticios. En dicho sentido, se considera importante mencionar algunos de los antecedentes que hay sobre tal situación.

Antecedentes

A continuación se mencionarán las definiciones de las variables que se analizan en la presente investigación.

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

Según Palmero y cols. (2002: 424), el estrés “es un proceso psicológico que se origina ante una exigencia al organismo, frente a la cual éste no tiene recursos para dar una respuesta adecuada...”

Por su parte, Caldera y cols. (2007: 78) indican que “el término estrés es de uso común y se lo emplea para hacer referencia a una gama muy amplia de experiencias, por ejemplo, nerviosismo, tensión, cansancio, agobio, inquietud y estas sensaciones o vivencias similares.”

En referencia al origen del concepto estrés, se menciona que proviene desde la década de 1930 debido a que Hans Selye, un estudiante de medicina en la Universidad de Praga, observó que todos los enfermos presentaban síntomas comunes y generales, a los cuales él llamó síndrome de estar enfermo (Caldera y cols.; 2007).

La segunda variable que se tomará en cuenta son los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios, en especial, se hará referencia a la anorexia y la bulimia. Castillo y León (2005) señalan a dichos trastornos como los más frecuentes de conducta alimentaria, aunque existen otras alteraciones.

Hernández (2006) menciona que a la anorexia nerviosa se le puede definir como un síndrome que afecta más a las mujeres que se encuentran en la etapa de la adolescencia, aunque también se puede llegar a presentar en los hombres, pero con menor incidencia.

Toledo (2011) expresa que el trastorno alimentario es considerado como un conjunto de factores encadenados, psicológicos, biológicos y sociales; indica que hay

tres núcleos que tienen relación con la anorexia: el peso, la figura y los pensamientos alterados del sujeto.

Por otro lado, se ha investigado el origen de los trastornos alimenticios y se encontró, por los datos que proporciona la Asociación Psiquiátrica Americana (APA), que en Estados Unidos de América y en algunos países de Europa, se presentaron casos de anorexia y bulimia en cuatro de cada 10 mujeres que tenían entre los 15 y los 19 años de edad (Hernández; 2006).

Con base a las investigaciones que han realizado, se encontró que “uno de cada cuatro jóvenes puede considerarse como sujeto en riesgo de padecer trastornos de alimentación como son la anorexia o la bulimia nerviosas...” (Behar y Valdés; 2009: s/p)

Sin embargo, en otra investigación realizada en México por Gómez en 1993, cuyo principal objetivo fue detectar algunas anomalías en la conducta alimentaria, y cuya muestra fueron estudiantes de preparatoria, licenciatura y postgrado, los resultados que obtuvo permitieron identificar algunos factores que pueden considerarse como de riesgo y pueden dar pie a que exista la bulimia y la anorexia (citado por Ruiz y cols.; 2004).

También se realizó una investigación con estudiantes de la carrera de psicología del Centro Universitario de Los Altos, en Jalisco, México. En total fueron 115 sujetos los que se estudiaron. En ellos se observó que existía una relación entre

el estrés y el rendimiento académico, de modo que los altos niveles de estrés podrían ser un obstáculo para obtener un rendimiento académico adecuado (Caldera y cols.; 2007).

Después de haber platicado con los docentes de la Escuela Preparatoria General Lázaro Cárdenas, se piensa que existe la posibilidad de que haya una relación entre las dos variables, debido a que los alumnos expresan sentir cierto cansancio, agotamiento y más cuando llegan al periodo de exámenes y por consiguiente, tienden a comer de forma impulsiva y después presentan la tentación de devolver el alimento o dejar de comer, por lo tanto, se considera importante investigar dicha situación.

Finalmente se afirma que puede llegar a existir una relación entre el estrés y los trastornos alimenticios, debido a que la primera variable es una forma de expresar la presión que se siente, mientras que los trastornos son una alternativa perjudicial, aunque de fácil acceso, que ofrece esta situación; cabe mencionar que en la mayoría de los casos se pueden llegar a presentar ciertas situaciones como son: el dejar de alimentarse o incluso comer de más, todo esto se realiza por el estrés que se esté presentando.

Planteamiento del problema

En la actualidad se ha considerado importante el estudio del estrés debido a que conlleva varias consecuencias y se presenta en los alumnos de la preparatoria,

puesto que al ser un nivel educativo más alto, éstos se preocupan por alcanzar altas calificaciones.

Se considera importante analizar los trastornos alimentarios debido a que afectan tanto a los hombres como a las mujeres que están cursando el segundo semestre de la preparatoria y, en este nivel, son susceptibles a presentar dicho problema.

Es necesario conocer la relación que existe entre el estrés y los trastornos alimentarios porque cada vez estos fenómenos se presentan con más frecuencia en los adolescentes. Se ha investigado sobre ambos fenómenos porque falta conocer las causas del estrés en los alumnos, que los llevan a presentar algunos trastornos alimentarios.

Cabe mencionar que se debe estudiar la situación que se está presentando en la preparatoria, específicamente la relación que existe entre el estrés y los trastornos alimentarios.

De acuerdo con lo anteriormente indicado, se pretende responder a la siguiente pregunta:

¿Existe una relación significativa entre los trastornos alimentarios y el nivel de estrés en los adolescentes de segundo semestre de la Escuela Preparatoria General

Lázaro Cárdenas, de la ciudad de Uruapan, Michoacán, durante el ciclo escolar 2011-2012?

Objetivos

A continuación se presentan los objetivos que se pretendieron lograr dentro de la investigación, tomando en cuenta la importancia que tienen ambas variables.

Objetivo general

Establecer la correlación que existe entre el estrés y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios que presentan los alumnos de segundo semestre de la Escuela Preparatoria General Lázaro Cárdenas, de la ciudad de Uruapan, Michoacán.

Objetivos particulares

1. Definir el concepto de estrés.
2. Determinar los indicadores psicológicos del estrés.
3. Identificar los principales enfoques teóricos sobre el estrés.
4. Definir el concepto de trastornos alimentarios.
5. Analizar las causas de los trastornos alimentarios.
6. Identificar los principales indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios.

7. Evaluar el nivel de estrés en los sujetos de segundo semestre de la Escuela Preparatoria General Lázaro Cárdenas de la ciudad de Uruapan, Michoacán.
8. Valorar el nivel de trastornos alimentarios que se presentan en los estudiantes de segundo semestre de la Escuela Preparatoria General Lázaro Cárdenas de Uruapan, Michoacán.

Hipótesis

Una vez revisados los trabajos antecedentes sobre la realidad de estudio, así como la bibliografía relacionada, se estructuraron al respecto las siguientes explicaciones tentativas.

Hipótesis de trabajo

El porcentaje de influencia existe entre los trastornos alimentarios y el estrés que presentan los alumnos de segundo semestre de la Escuela Preparatoria General Lázaro Cárdenas, de la ciudad de Uruapan, Michoacán, es de al menos el 10%.

Hipótesis nula

El porcentaje de influencia que existe entre los trastornos alimentarios y el estrés que presentan los alumnos de segundo semestre de la Escuela Preparatoria General Lázaro Cárdenas, de la ciudad de Uruapan, Michoacán, es de menos del 10%.

Operacionalización de las variables del estudio

A continuación se mencionan las pruebas psicométricas que se utilizaron para evaluar ambas variables.

La variable nivel de estrés es entendida en el presente estudio como el resultado que se obtenga del producto de la administración de la prueba psicométrica denominada Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños (CMAS-R), de los autores Cecil R. Reynolds y Bert O. Richmond (1997). La prueba consta de cuatro subescalas, más una para medir mentira y sesgo en la respuesta. El instrumento posee la validez y la confiabilidad exigidas por la comunidad científica de la psicología.

La variable de los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios se conceptualiza operacionalmente como el resultado obtenido en el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2). Del autor David M. Gardner (1998), la cual evalúa 11 indicadores psicológicos que se encuentran comúnmente asociados a los trastornos de la conducta alimentaria. Al igual que en el instrumento mencionado

anteriormente, este inventario cuenta con los estándares de confiabilidad y validez exigidos en este tipo de pruebas.

Justificación

La presente investigación beneficiará directamente a la institución, debido a la información verídica sobre la problemática que se sospecha puede presentarse en dicha escuela y que ayudará a que tanto el director como los docentes tomen cartas en el asunto.

Los padres de familia saldrán beneficiados de modo que conozcan la posible problemática que se presenta en sus hijos y hagan lo apropiado para ayudarlos, de tal manera que eviten este problema y a la vez, los auxilien para que no se estresen demasiado y aprendan a resolver los problemas que ellos tengan en sus casas o, si sienten que el estudio se les está haciendo difícil, pidan ayuda tanto a los maestros como a sus padres.

Otra instancia que saldrá beneficiada es la sociedad, puesto que servirá a cualquier persona interesada en el tema para darse cuenta de la relación que pudiera existir entre las dos variables, y de esa manera tengan el conocimiento de la posible problemática que pueden llegar a presentar los estudiantes de preparatoria.

En general, se beneficiará a los psicólogos, porque con los resultados que se obtengan en tal investigación, se podrá analizar el fenómeno o realizar una

investigación análoga en diferentes instituciones y ayudarán en conjunto a contribuir al nuevo conocimiento, al corroborar alguna de las hipótesis planteadas en la presente investigación.

Marco de referencia

La investigación se realizó en la Escuela Preparatoria General Lázaro Cárdenas, de la ciudad de Uruapan, Michoacán, la cual cuenta con una infraestructura de cuatro edificios, en los cuales se imparten clases por las mañanas y por las tardes. En total son 17 grupos, de los cuales siete son de segundo semestre; se tomarán como muestra a las secciones 01, 02, 04 y 05. El plantel también cuenta con cinco laboratorios, de los cuales uno es de química, otro es de física, uno más de biología y los restantes, de computación. En la parte exterior se ubica una cancha de fútbol, y por dentro hay otra de básquetbol. De igual manera, se cuenta con una sala audiovisual, hay dos cubículos para el área de psicología y uno de pedagogía. La institución tiene seis baños para hombres otros tantos para mujeres. En la entrada se pueden observar los dos estacionamientos; aparte está una cooperativa y una sala de maestros. Actualmente laboran aproximadamente sesenta profesores, todos cuentan con una licenciatura que los respalda.

La preparatoria mencionada depende de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, que es una institución pública y laica de educación media superior y superior, heredera del humanismo de Vasco de Quiroga, de los ideales de

Miguel Hidalgo, José María Morelos y Melchor Ocampo. Por iniciativa de Pascual Ortiz Rubio, es la primera Universidad Autónoma de América, cuya misión es:

Contribuir al desarrollo social, económico, político, científico, tecnológico, artístico y cultural de Michoacán, de México y del mundo, formando seres humanos íntegros, competentes y con liderazgo que generen cambios en su entorno, guiados por los valores éticos de la universidad, mediante programas educativos pertinentes y de calidad; realizando investigación vinculada con las necesidades sociales, que impulse el avance científico, tecnológico y la creación artística; estableciendo actividades que rescaten, conserven, acrecienten y divulguen los valores universales, las prácticas democráticas y el desarrollo sustentable a través de la difusión y extensión universitaria.

En lo que concierne a su visión, la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo es la Máxima Casa de Estudios en el Estado de Michoacán, con la oferta educativa de mayor cobertura, reconocida por su calidad y pertinencia social, que forma seres competentes, cultos, participativos, con vocación democrática, honestos y con identidad nicolaita, con capacidades para resolver la problemática de su entorno.

Los programas de investigación y creación artística son reconocidos de forma local, nacional e internacional por sus aportaciones a las diversas áreas del conocimiento y a la solución sustentable de problemas sociales, en estrecha relación con los programas educativos.

Los programas de vinculación con universidades y centros de investigaciones nacionales e internacionales, permiten un intenso intercambio científico, cultural y artístico, así como una gran movilidad de la comunidad universitaria. Las actividades de extensión proporcionan asesorías y servicios orientados a satisfacer necesidades concretas de los grupos sociales y de los sistemas productivos.

Los programas de difusión cultural hacen llegar a la sociedad las diversas manifestaciones de las ciencias, las artes y la cultura, promoviendo el desarrollo de los individuos y los grupos sociales en armonía con el entorno.

CAPÍTULO 1

EL ESTRÉS

En el presente capítulo se aborda el tema del estrés, tomando en cuenta la importancia que tiene para la sociedad, puesto que es una condición que a pesar de sus efectos en las personas, en ocasiones éstas no están conscientes de lo que tienen o por qué se sienten así. De la misma forma, se menciona desde cuándo se está presentando esta situación en los seres humanos.

1.1 Antecedentes históricos del estrés.

Primeramente, se indica que la palabra estrés “proviene del latín stringere, que significa presionar, comprimir, oprimir” (Sánchez; 2007: 14). De esta forma se puede afirmar que la persona estresada siente una presión que intenta quitarse, y en ocasiones la solución que elige no es la correcta.

En el mismo sentido, mencionan Lazarus y Lazarus (2000) que el estrés es una palabra moderna debido a que empezó a recibir una atención profesional después de la Segunda Guerra Mundial; hasta la fecha, existen personas que padecen de estrés y sin embargo, cuando se les cuestiona si están estresadas, con toda firmeza dicen que no, que es algo pasajero, o que solamente se sienten presionadas.

Sin embargo fue Cannon (citado por Sánchez; 2007) quien planteó algunos de los eventos o respuestas inesperadas que se pueden tener ante el estrés, éstas son la fuga o el ataque y, dependiendo de la persona o de la situación en la que se encuentre, decide cómo reaccionar.

Lazarus y Lazarus (2000) indican que el término estrés se utilizaba desde el siglo XVI y tenía un significado de dureza, angustia o aflicción; también mencionan que en el siglo XVII, un físico biólogo llamado Robert Hooke realizó un análisis que sirvió para darle un significado al estrés similar a las características del hierro, haciendo un énfasis en que es fuerte, duro, pero aun así se puede quebrar.

Durante la Segunda Guerra Mundial, los soldados en algunas ocasiones se sentían desmoralizados en un combate y llamaban a esta sensación “fatiga de combate” o “neurosis de guerra”, porque tendían a esconderse de su enemigo en lugar de enfrentarlo.

“El interés por el estrés como causa de angustia y disfunción humana, prosperó en las décadas de los sesenta y setenta, y sigue siendo importante” (Lazarus y Lazarus; 2000: 281).

En 1939, Cannon adoptó el término estrés, con base en lo que dijo Selye, se refirió a los factores que podrían provocar un debilitamiento, a los cuales definió como niveles críticos del estrés.

“El estrés está considerado como uno de los problemas de salud más frecuentes en la sociedad actual. Se afirma que es la causa directa de numerosos padecimientos y que contribuye de manera indirecta a provocar otros” (Sánchez; 2007: 13).

Finalmente, se puede aseverar que el estrés se presenta en la vida cotidiana, en sucesos como en el matrimonio, el trabajo, la escuela, la familia y el temor a enfermarse, cualquiera de estas circunstancias puede llegar a ocasionar una de las dos reacciones que se pueden tener: el ataque o la fuga.

1.2. Tres enfoques teóricos del estrés.

A continuación se mencionan los tres enfoques que tiene el estrés como estímulo, como respuesta a una situación que se presente o como relación persona-entorno.

1.2.1. Estrés como estímulo.

Hipócrates “creía que el entorno condicionaba las características de la salud y de la enfermedad” (citado por Travers y Cooper; 1997: 30). Esto quiere decir que de alguna forma, el estrés puede llegar a ser un estímulo positivo o perjudicial para la persona, dependiendo de la forma en que reaccione, ya que hay sujetos que trabajan mejor cuando tienen estrés y hay otros que tienden a abandonar el trabajo.

Por otro lado, se menciona que “el estrés es una exigencia a las capacidades de adaptación de la mente y el cuerpo” (Fontana; 1992: 3). Esto quiere decir que dependiendo de cómo lo tome la persona, puede ser incluso provechoso.

De esta manera, en algunas ocasiones las personas reaccionan de forma tal que, incluso, se sorprenden debido a que cuando están estresadas y realizan sus actividades correctamente, dicen no saber como lo pudieron hacer si no se sentían bien, sin embargo, esto sucede frecuentemente.

Travers y Cooper (1997) mencionan que la reacción que se tiene ante el estrés puede ser de tres formas: fisiológica, cuando se enferma la persona de problemas relacionados con la gastritis o colitis; psicológica, cuando el sujeto tiende a estar distraído o no se concentra en lo que tiene que hacer; conductual, si en el momento en que se siente estresado reacciona contra las demás personas, o se enoja fácilmente. De otra forma, se dice que las personas pueden reaccionar de maneras diferentes, dependiendo del tipo de personalidad que se tenga.

1.2.2. Estrés como respuesta.

Enseguida se mencionará la forma en que reacciona el sujeto cuando el estrés se presenta como respuesta a una situación perturbadora, ya que como se ha señalado anteriormente, no todas las personas reaccionan igual y el estrés que presentan es sólo una respuesta que proporciona el organismo, que de igual manera puede ser positiva o negativa.

De acuerdo con lo antes dicho, se puede afirmar que el estrés puede ocasionar algunas enfermedades cardíacas, gastrointestinales y con base en el nivel de estrés que maneje el sujeto, es como va a presentar dicha enfermedad.

De igual manera, Fontana (1992) menciona tres fases que tienen los seres humanos para reaccionar: la primera es la de alarma, la cual consiste en que la persona comience a sentir estrés, o esté pensando solamente en la situación que le preocupe; enseguida viene la fase de resistencia, que se presenta si la persona no trata o no puede encontrar una solución al problema; finalmente, llega a la etapa del agotamiento, que es cuando se siente la persona cansada y puede llegar a presentar algunos problemas de salud, bajan las defensas inmunológicas o se pierde el apetito.

Tomando en cuenta que en la adolescencia hay cambios drásticos, se hace referencia al estrés como respuesta debido a que no todos los jóvenes tienen las mismas causas para presentar esa condición. En algunos casos tienen problemas familiares, económicos y/o emocionales y de acuerdo con su personalidad, tienden a reaccionar de diferente modo. En algunos casos se refugian en sustancias adictivas tales como el alcohol, el cigarro y otros comienzan a tener problemas con la alimentación, bien sea al dejar de comer o hacerlo en exceso.

También influye el tipo de presión que sienta la persona, porque en la adolescencia se presentan muchos cambios físicos e, incluso, los llega a confundir el proceso de buscar su identidad, es precisamente en esa exploración donde comienza una confusión y tratan de agradar a las demás personas, o por cuestiones

de estética comienzan con los problemas de alimentación y se sienten presionados por la escuela y por sus familias.

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

Enseguida se explicará la relación que existe entre el estrés y el entorno. Se entiende que debe existir un equilibrio entre el estrés y el sujeto porque cuando comienza a desnivelarse, la persona comienza por sentirse presionada y genera un ambiente adverso en el lugar donde se encuentre.

Suele pasar que el estrés es tanto, que algunas personas se despiertan en la madrugada pensando en lo que les preocupa y cuando amanece, están agotadas, sin ganas de ir a estudiar o a trabajar. Sin embargo, hay quienes dicen no saber porque están así, hasta que analizan la situación, entonces se puede concluir que también el no saber como resolver el conflicto que se tenga, es un motivo más de estrés.

Travers y Cooper (1997), por su parte, mencionan algunos investigadores que trabajan en el tema del estrés y sostienen que existe una relación entre el entorno y la persona.

También se dice que “el estrés tiene lugar en el punto en el que la magnitud de los estímulos estresantes supera la capacidad que tiene el individuo de resistirlos” (Travers y Cooper; 1997: 32).

1.2.3.1. El concepto integrador de estrés.

En este apartado se pretende mencionar algunos conceptos de los cuales se tiene más relevancia, Lazarus (citado por Trianes; 2002) menciona que una persona estresada percibe que existe un problema o una demanda, en algunas ocasiones llega a tomar esa exigencia como una amenaza e incluso existen quienes por el estrés que sufren, llegan a suicidarse o a renunciar a varios proyectos, porque sienten que no tienen los suficientes recursos para atacar el problema y es entonces cuando aparece la emoción negativa.

Por otro lado, se menciona que el estrés simplemente constituye “una respuesta de adaptación que impone demandas especiales al individuo, no es ni bueno, ni malo, ni dañino ni beneficioso, es simplemente descriptivo de lo que sucede, en términos de la respuesta del individuo.” (Ivancevich y Matteson; 1985: 247).

Para terminar, se puede expresar que “el estrés es una exigencia a las capacidades de adaptación de la mente y el cuerpo” (Fontana; 1992: 3).

1.3. Los estresores.

Algunas de las causas que tienen los adolescentes para estar estresados cuando están cursando la preparatoria, se identifican fácilmente debido a que tienen una estrecha relación con la escuela, el entorno que los rodea e incluso con la familia

y el apoyo con el que cuentan cuando se les presenta algún inconveniente. Mas adelante se mencionará a Barraza (2005), quien hace una mención general de todos los agentes estresores que tienen los alumnos en la escuela.

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

1.3.1. Estresores psicosociales: cambios mayores, menores y cotidianos.

Lazarus y Cohen (citados por Palmero y cols.; 2002) mencionan que hay tres tipos de acontecimientos estresantes de acuerdo con su intensidad. Dicen que los cambios mayores son aquellas situaciones que ocurren de forma dramática, como el abuso sexual o la violencia que sufra el sujeto, así como aquellas circunstancias negativas que llegan a perturbar a varias personas. Los cambios menores se refieren a los que hay cuando sólo una persona es afectada y que la situación se salga de su control; tal es el caso de la muerte de un familiar o alguna enfermedad incurable. Finalmente, se dice que los estresores cotidianos son los imprevistos y se traducen en pequeños problemas que se presentan frecuentemente en la vida cotidiana.

Algunas fuentes desencadenantes de estrés mencionadas por Palmero y cols. (2002) son las siguientes:

1. La vida conyugal.
2. La paternidad.
3. Las relaciones interpersonales.
4. El ámbito laboral.
5. Las situaciones ambientales.
6. El ámbito económico.
7. Las cuestiones legales.
8. El propio desarrollo biológico.
9. Las lesiones o enfermedades somáticas, entre otras.

1.3.2. Estresores biogénicos.

Palmero y cols. (2002) mencionan que los estresores de esta clase no utilizan los mecanismos cognitivos y actúan directamente en el estado afectivo. Esto ocasiona que la persona reaccione de forma instintiva, sin pensar lo que está haciendo o diciendo. Algunos de los estresores biogénicos son los siguientes:

1. Cambios hormonales: aquellos que ocurren en la pubertad y en la adolescencia, que no se pueden detener. La aparición de la menstruación origina estrés a las mujeres; el postparto, después del embarazo o un aborto, origina también dicha condición.
2. Ingerir determinadas sustancias químicas: como lo son las anfetaminas, la cafeína, la nicotina, entre otras. Cabe mencionar que en la adolescencia se presentan muchos casos de adicciones al cigarro y la nicotina que contiene,

altera su sistema nervioso. La cafeína en algunos casos es utilizada por los alumnos cuando tienen que estudiar demasiado y no quieren que el sueño los venza.

3. Reacción a ciertos factores físicos, como lo son el frío extremo, que no se puede evitar; algunos estímulos que provocan dolor, puede ser el recordar a personas que ya no viven o estar pensando en situaciones que resultan dolorosas.
4. El estrés alérgico: las reacciones inmunológicas que tiene el cuerpo no tienen forma psicológica de controlarse.

1.3.3. Estresores en el ámbito académico.

Algunas de las causas que propician el estrés en el adolescente cuando se encuentra estudiando son las siguientes, según Barraza (2005):

1. La exposición de trabajos: genera estrés debido a que no todos los alumnos tienen la facilidad de hablar en público, sin embargo, a veces llegan a controlar sus emociones; se les dificulta aún más cuando no comprenden bien el tema y además tienen otras tareas. En algunas ocasiones no tienen el tiempo suficiente para preparar la exposición porque trabajan.
2. Intervención en el aula al realizar o responder preguntas que haga el maestro: algunas veces los estudiantes no saben la respuesta correcta y tienen temor a la burla de los demás, a otros les da vergüenza participar

en equipos porque pueden llegar a sentirse incompetentes para hablar en público y, al mismo tiempo, sienten la presión de sus compañeros para que todo salga bien porque en algunas ocasiones, la calificación es grupal y el trabajo de cada uno repercute en el resto.

3. Realización de un examen: los alumnos tienden a sentirse estresados al estar en exámenes porque no les alcanza el tiempo para realizar los trabajos que les dejan los maestros y además, estudiar para uno o dos exámenes simultáneos; asimismo, se preocupan por la calificación que van a obtener porque no desean presentar los exámenes extraordinarios; por otra parte, algunos alumnos no cuentan con la solvencia económica como para pagar por haber reprobado.
4. Ir al despacho del profesor para tutoría: en este caso, a los estudiantes les da vergüenza o miedo acudir a un profesor para que le resuelva sus dudas, debido a que no saben la reacción de éste y si les va a tener paciencia, o si los demás se van a burlar; en otros casos, el alumno simplemente es tímido y le da miedo hablar con las personas.
5. Sobrecarga académica: aquí los educandos se preocupan por cumplir con las tareas de todos los maestros y, a veces por cuestiones de trabajo o personales, simplemente no les alcanza el tiempo y llegan a desvelarse para poder terminar todo. En ocasiones llevan pocas materias pero con bastante tarea o, incluso, puede ser que lleven varias materias y se les acumulan los trabajos.

6. Masificación de las aulas: cuando en el salón se encuentran muchos compañeros, pueden presentar estrés porque no se sienten bien entre tanta gente y más cuando les da vergüenza hablar frente al grupo.
7. Competitividad entre compañeros: en este caso los estudiantes tienden a ser los mejores del grupo e incluso, puede llegar a existir entre ellos cierta rivalidad. En algunas ocasiones los profesores tienden a dirigirse a quienes ponen más atención en clase.
8. Trabajar en grupo: algunos educandos tienen dificultad para trabajar en equipo porque no todos tienen la disponibilidad del tiempo que se requiere y en algunas ocasiones, es obligatorio hacer los trabajos de dicha forma.
9. Exceso de responsabilidad: los alumnos en la actualidad no sólo se dedican a estudiar; a veces tienen otras obligaciones como hacer los quehaceres de la casa, trabajar para solventar sus estudios o ayudar económicamente a su familia para salir adelante; si tienen hermanos menores, éstos necesitan ayuda para realizar sus tareas. Entre tantas actividades que hacen, no les queda mucho tiempo para hacerse responsables de sus propios estudios y tareas escolares.
10. Interrupciones del trabajo: son pocos los estudiantes que pueden sentirse estresados porque no hay clases en las escuelas, pero cuando es el caso, significa que en realidad se dan cuenta de que si les detienen las clases, a la hora de los exámenes se les va a dificultar más. A otros sí les agrada que no haya clases porque les queda tiempo para realizar otras actividades.

11. Falta de incentivos: no todos los maestros tienen la facilidad de motivar a los alumnos para que vayan bien en la escuela. Por un lado, el material que utiliza el profesor quizá no sea llamativo y, por otro, simplemente en casa los padres de familia no animan a sus hijos a continuar estudiando.
12. Problemas o conflictos con los profesores y/o compañeros: en este apartado se menciona que si un alumno tiene problemas con el profesor, se siente demasiado estresado porque puede tener miedo a que éste lo repruebe sin haber motivos. En lo que se refiere a los compañeros, se dice que es pesado estar en un ambiente tenso donde no se siente la confianza ni el apoyo de los demás y el simple hecho de ver a esa persona diariamente, se les hace pesado.
13. Tipo de trabajo que se pide: los maestros al momento de pedir trabajos, en algunas ocasiones no toman en cuenta la solvencia económica de los alumnos y para algunos de ellos, es difícil comprar el material que se va a ocupar. De igual forma, si es a computadora y no tienen una o no saben manejarla, se estresan demasiado al intentar cumplir con dichos trabajos.
14. Para algunos es estresante tener novia o novio, porque no les alcanza el tiempo para salir con su pareja; si tienen trabajos que realizar, y ésta no lo entiende, se estresan aún más.

1.4. Procesos del pensamiento que propician el estrés.

A continuación se mencionarán algunas causas que, según Fontana (1992), llegan a originar estrés en las personas:

1. La obsesividad: el querer tener todo perfectamente limpio, o todo en orden, origina en los sujetos un fuerte sufrimiento para su vida normal, e incluso tienden a desaprovechar oportunidades que se les presenten porque no piensan en nada más que en lo que les interesa.
2. La toma de decisiones y la búsqueda de sensaciones: aquí se menciona que el sujeto tiende a trabajar mejor cuando se siente presionado e incluso, en algunas ocasiones son ellos quienes buscan la forma de mantenerse así para sentirse bien.
3. La sobreidentificación: cuando el sujeto se identifica tanto con el puesto o con su profesión, que le cuesta trabajo asimilar que algún día lo puedan llegar a jubilar del lugar donde se encuentre; si tiene que cambiar de residencia, tiene miedo a la nueva escuela o empleo, a comenzar de cero nuevamente con los compañeros. “Pero la consecuencia de la sobreidentificación es que los individuos se vuelven (dependiendo del temperamento) muy agresivos o muy defensivos cuando su orgullo profesional es desafiado, y con demasiada frecuencia se enredan en batallas innecesarias e hirientes.” (Fontana; 1992: 77).

4. Culparse: en algunos casos los sujetos tienden a culparse por lo que les pasa en sus vidas; sin embargo, hay algunas veces que en realidad no tienen el error ellos sino los otros. Cuando una persona es madura, designa la culpa a quien corresponde en realidad “pero si no podemos hacer esto, enseguida aumentamos nuestra susceptibilidad al estrés” (Fontana; 1992: 79).
5. Apego a un estereotipo sexual: el buscar sentirse identificado con alguien o cumplir con el estereotipo que tiene la sociedad, acerca de la mujer o del hombre, es complicado porque la mujer es callada, sumisa, no se puede enojar con sus maestros y los hombres son mas impulsivos, se molestan fácilmente y quieren tener el dominio de todo. Aunque en este tiempo ya no son los hombres quienes gobiernan exclusivamente, en la sociedad, porque la mujer tiene mayores expectativas que antes.
6. Estrés en el hogar: el estrés que se genera en la casa es tan grande porque a veces la mujer no alcanza a realizar todas las actividades que debiera, tales como la tarea de ella y de sus hijos, la manutención de la casa u otros problemas familiares que se trasladan al trabajo de forma inconsciente.
7. Estrés del cónyuge: en la actualidad la pareja influye de forma notable ante el estrés de la persona, porque si no es el lado económico, es por cuestión de tiempo, de que no haya tiempo para la pareja cuando se tienen otras actividades que hacer y el cónyuge, en lugar de ser comprensivo, se enoja y provoca la misma reacción en su pareja. Todo esto puede repercutir en el trabajo, incluso porque por estar pensando en

el novio o en el marido, la mujer no se concentra y comienza a dejar de poner atención a su labor.

8. Estrés por los niños: cuando se tienen hijos en casa, es difícil no estresarse, porque tiene que haber atención para las tareas, los trabajos escolares que les dejen, dedicarles tiempo para jugar, o en algunas ocasiones si el hijo está enfermo y se queda en casa mientras los padres de familia están estudiando o trabajando, no se concentran en lo que deben por estar pensando en las condiciones del niño.
9. Estrés por el arreglo doméstico: se refiere a los quehaceres de la casa para que tenga una aceptable apariencia. Un ejemplo sería cuando se está pensando en pintar la casa, o en que necesita mantenimiento, e incluso en época navideña, si planean lo que van a comprar para que se vea agradable; todo eso distrae la mente del educando y deja de prestar atención a lo que se le indica en clase.
10. Presiones de los vecinos: a veces hay vecinos problemáticos que roban la atención de la persona y por estar pensando en solucionar el problema que se tiene, se pierde la atención a todo lo demás.

Palmero y cols. (2002) mencionan que existen algunas distorsiones en el pensamiento que pueden llegar a propiciar el estrés.

- En primer lugar se encuentra la filtración: alude a que el sujeto sólo se fija en los aspectos negativos que le sucedan y no hace caso de las situaciones positivas que se le presenten.

- La polarización: se refiere a que la persona es dicotómica; simplemente dice sí o no, para ella no existen términos medios, y si no está bien lo que hace, lo considera un fracaso.
- Sobregeneralización: se emplea cuando se llega a una sola conclusión, tomando en cuenta una simple situación, por ejemplo: “todos los miércoles son malos”, y esto lo puede afirmar sólo porque un día miércoles no le salieron los planes como quería.
- Interpretación del pensamiento: cree saber lo que los demás pueden llegar a sentir o a pensar por ella y regularmente sólo son aspectos negativos.
- Personalización: aquí puede ser de tres tipos. El primero es cuando el sujeto se siente el centro de atención de todas las personas, piensa que todo lo que se hace o dice, es sólo de él o ella; la segunda es cuando se compara con los demás para ver si es mejor o peor; y la tercera es cuando sólo percibe lo negativo de cualquier situación.
- Falacia del control: la persona se percibe afectada por el destino, no tiene control de su vida.
- Falacia de justicia: el sujeto cree saber lo que es justo o injusto y cree que es capaz de determinar el castigo de la persona.
- Culpabilidad: responsabiliza a todos de lo que le sucede, no es capaz de hacerse responsable de sus actos.
- Tiranía de los “deberías”: según lleva una lista de las normas que hay y no tiene flexibilidad, no es comprensivo.

- Descalificación de lo positivo: no mira lo favorable de sus experiencias y siempre mantiene un sentido negativo.
- Adelantar conclusiones: realiza pronósticos o suposiciones de situaciones que todavía no suceden.
- Amplificación de los hechos: el sujeto exagera la importancia que tienen sus propios hechos e incluso los de sus amigos.
- Minimización de los hechos: no le da la importancia que tienen las situaciones que se presenten, bien sea de él mismo o de los demás.

1.5. Los moduladores del estrés.

Los moduladores son factores que ayudan a decidir cómo se va a llevar a cabo el proceso del estrés y la forma en que afectará la salud del sujeto. Enseguida se muestran los que retoman algunos autores.

1.5.1. El control percibido.

Según Fontaine, McKena y Cheskin, la percepción del control se concibe “como una creencia general sobre el grado en el que uno mismo es capaz de controlar y lograr aquellas metas u objetivos deseados...” (citados por Palmero y cols.; 2002: 528).

Esto quiere decir que depende de cada sujeto el dominio que pueda tener ante ciertas situaciones que le generen estrés. Cuando las personas tienen la creencia de que tienen el control de la situación, esto los hace fuertes ante los efectos que se pudieran generar. Es por eso que cuando una persona está estresada y no se sabe controlar, tiende a estar más propensa a las enfermedades del corazón, elevación de la glucosa, los problemas intestinales, e incluso bajan sus defensas y se enferma con frecuencia de las vías respiratorias.

Enseguida se menciona un listado de trastornos que son originados por el estrés:

1. “Trastornos cardiovasculares: enfermedad coronaria e hipertensión arterial.
2. Trastornos respiratorios: asma bronquial y síndrome de hiperventilación.
3. Trastornos endocrinos: hipertiroidismo, hipotiroidismo, enfermedad de Addison, síndrome de Cushing, hipoglucemia y diabetes.
4. Trastornos gastrointestinales: trastornos esofágicos, dispepsia no ulcerosa, úlcera péptica, síndrome del intestino irritable, colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn.
5. Trastornos dermatológicos: prurito, hiperhidrosis, urticaria, dermatitis atópica y alopecia areata.
6. Dolor crónico: lumbalgias, cefaleas y dolor premenstrual.
7. Artritis reumatoide.
8. Trastornos inmunológicos.” (Palmero y cols.; 2002: 522-523).

Particularmente, “se ha considerado la úlcera péptica (UP) como una enfermedad directamente relacionada con el estrés.” (Palmero y cols.; 2002: 525).

Todo esto lleva una conclusión: el sujeto estresado debe tener un control sobre sí mismo para que no resulte afectada su salud, puesto que algunas de las enfermedades mencionadas son incurables y sólo existe la alternativa de un tratamiento para que se tenga una mejor calidad de vida.

1.5.2. El apoyo social.

El apoyo con el que cuente la persona cuando esté enfrentando una situación estresante, es de suma importancia porque de esa forma, no se siente sola. Se define al apoyo social como “las provisiones instrumentales o expresivas, reales o percibidas, aportadas por la comunidad, las redes sociales y los amigos íntimos” (Cascio y Guillén; 2010: 189).

Para Palmero y cols. (2002) es importante contar con el apoyo de la familia o de otra persona, porque se dice que quienes mantienen una positiva relación con sus familias, logran tener una superior calidad de vida y una mejor salud, ya que de alguna forma sienten comodidad y no se preocupan tanto por no poder resolver los problemas que se les presenten.

Para Glaser y Kiecolt-Glaser, “uno de los aspectos que se ha estudiado con frecuencia es la soledad, definida ésta como un sentimiento que correlaciona con la ausencia de contacto con los demás. Se ha informado sistemáticamente que los estudiantes solitarios permanecen más inmunodeprimidos que los estudiantes con más relaciones sociales...” (Palmero y cols.; 2002: 532).

1.5.3. El tipo de personalidad: A/B.

Existen dos tipos de personalidad de acuerdo con la respuesta que tiene la persona ante el estrés, pero se hará hincapié en la del tipo A, que es la que presenta los niveles de estrés altos; la personalidad B es más relajada, casi no tiene este problema.

Friedman y Rosenman “estudiaron los conceptos del Tipo A / Tipo B, y sugirieron que se trataba de un conjunto de actitudes, reacciones emocionales y modelos de conducta que tenían que ver con los pacientes en su estudio que manifestaban <<enfermedades debidas al estrés>>” (citados por Travers y Cooper; 1997: 90).

Estos autores mencionan que los individuos que tienen personalidad tipo A son hostiles, tienden a ser agresivos, presentan un sentido de urgencia, o sea, que quieren hacer las tareas más rápido, suelen ser intolerantes, impacientes y una característica particular de ellos es que hablan aceleradamente, sus movimientos son

rápidos, caminan apresuradamente y se sienten culpables cuando tienen tiempo para descansar.

Identificar una personalidad tipo A suele ser sencillo. A continuación se mencionarán algunas características particulares de la misma personalidad que mencionan Travers y Cooper (1977):

1. Tienden a sentir y a manifestar cierta impaciencia ante el ritmo que llevan los acontecimientos y les es difícil y desesperante que la demás gente hable más lento.
2. Suelen decir las últimas palabras de cada frase de forma rápida, porque no quieren perder su tiempo hablando.
3. Tienden a moverse, caminar y comer rápidamente.
4. Procuran hacer dos tareas al mismo tiempo. A esta actividad se le llama polifásica.
5. Se les pueden reconocer por algunos tics nerviosos y mantener los puños cerrados.
6. Giran la conversación en torno a ellos, y si no les interesa la que tienen, hacen como que escuchan pero están preocupados por sus asuntos.
7. Casi siempre se sienten culpables de situaciones que les ocurran, aunque en realidad no sean ellos los culpables.
8. Tienden a organizar las actividades en muy poco tiempo.

Por otro lado, se menciona que “la persona tipo A cuenta entre sus características con una excesiva preocupación por su promoción personal y profesional, por lo que se plantea objetivos muy ambiciosos en la planificación de su vida” (Cascio y Guillén; 2010: 187).

1.5.3.1. Personalidad tipo A y problemas cardiacos.

Las características de esta clase de personalidad, conllevan efectos negativos variados. “Se han hallado fuertes asociaciones entre el patrón tipo A y las enfermedades cardiovasculares. En concreto, las personas tipo A muestran una tasa de trastornos coronarios seis veces superior que las del resto de las personas” (Cascio y Guillén; 2010: 187-188).

El estrés que manifiestan estas personas somete al organismo a una presión constante que termina por afectar al organismo en general y, particularmente, al corazón.

1.6. Los efectos negativos del estrés.

Palmero y cols. (2002) mencionan algunos efectos negativos que puede presentar el sujeto cuando no tiene ningún control de su estrés, como son:

1. Efectos físicos: la tensión muscular, el bajar o aumentar de peso gracias a que la persona puede comer o dejar de hacerlo; resequedad en la boca y

en ocasiones, taquicardias; sensación de falta de aire o bien, a veces suspira de manera frecuente.

2. Efectos emocionales: se muestra irritable, no tolera que le digan nada, suele ser impaciente y cuando se le presenta una situación sencilla, no sabe como resolverla. También aparece la ansiedad, no se concentra con facilidad, tiene la idea de que todo está mal, pierde el interés por realizar actividades que antes le llamaban la atención o que por lo menos no se le complicaban realizar.
3. Efectos sobre el comportamiento: comienza a presentar algunos trastornos del apetito, puede comenzar a ingerir drogas para mantenerse tranquilo, en algunos casos le ocasiona insomnio y le cuesta trabajo conciliar el sueño, quiere efectuar muchas actividades a la vez y por consecuencia, surgen los problemas con las personas que convive.

Existen algunos efectos que puede ocasionar el estrés a nivel cognoscitivo, emocional y conductual. Fontana (1992) expresa que entre los primeros, se encuentra el decremento de la atención y la concentración, se refiere a que el sujeto comienza a tener problemas en ese sentido y disminuye su capacidad de observación. Además, se presentan otros síntomas como:

- El aumento de la distractibilidad: tiende a perder el sentido de lo que está hablando porque se distrae fácilmente.
- El deterioro de la memoria a corto y a largo plazo: aquí el sujeto va obteniendo un periodo de memoria corto y van disminuyendo los recuerdos.

- Aumento de la frecuencia de errores: comienza a presentar equivocaciones y las decisiones que tome serán inciertas.
- También puede llegar a presentar un aumento de los delirios y de los trastornos del pensamiento.

En cuanto a los efectos emocionales, se pueden indicar:

- Aumento de la hipocondría: comienza a imaginar que tiene enfermedades y se siente enfermo frecuentemente, aunque no lo esté.
- Aparecen cambios en los rasgos de personalidad: cuando el sujeto es limpio y ordenado, tiende a cambiar y se vuelve sucio, descuidado y desordenado.
- Aumento de los problemas de personalidad existentes: presenta más ansiedad, se vuelve más sensible y se encuentra a la defensiva.
- Debilitamiento de las restricciones morales y emocionales: no se tiene el mismo control de los impulsos sexuales.
- Aparecen la depresión e impotencia, el sujeto se deprime y se siente incapaz de resolver ciertos problemas que se le presenten.

Algunos de los efectos conductuales que se presentan son: el aumento de los problemas del habla; puede presentar tartamudez, vacilación, incluso en personas que no habían presentado antes estos problemas. Hay además:

- Disminución de los intereses y el entusiasmo: se olvida de las metas que tenía, se dejan a un lado los pasatiempos y las diversiones.
- Aumento del ausentismo: comienza a faltar a las actividades que realizaba antes, por ejemplo, al trabajo.
- Aumento del consumo de drogas: comienza a emplear sustancias adictivas, como alcohol y nicotina, entre otras.
- Descenso de los niveles de energía: le disminuye la energía de un día a otro sin haber motivos.
- Alteraciones en los patrones de sueño: en este apartado se pueden presentar dos situaciones, presenta mucho sueño o se le dificulta dormir.
- Aumento del cinismo acerca de los clientes y los colegas: culpa a los demás sobre lo que pase y siente que nadie se preocupa por él.
- Se ignora la nueva formación: tiende a rechazar los nuevos reglamentos y siente que no tiene tiempo para pensar en otras circunstancias.
- Las responsabilidades se depositan en los demás: tiende a poner nuevos límites y hace responsable a los demás de lo que suceda.
- Se resuelven los problemas a un nivel cada vez más superficial: se abandona el intento de hacer las tareas correctamente y se buscan soluciones provisionales.
- Aparecen patrones de conducta excéntricos: la conducta comienza a ser impredecible y, finalmente, pueden hacerse amenazas de suicidio; dicen algunas frases como “quiero acabar con todo” o “es inútil continuar”.

Por lo tanto, se puede afirmar que para evitar todos los problemas y las enfermedades que origina el estrés, es recomendable darle una solución a tiempo y no ignorar los síntomas que se presenten.

CAPÍTULO 2

TRASTORNOS ALIMENTICIOS

El presente capítulo expone a la problemática generada por los trastornos alimenticios, ya que de alguna forma todas las investigaciones que se han realizado llegan a la misma conclusión: que suelen presentarse al inicio de la adolescencia y que en la mayoría de casos las mujeres están mas propensas a presentar estos problemas.

Tomando esta referencia, se puede decir que la anorexia y la bulimia se llegan a presentar en la adolescencia debido a que esta etapa se considera difícil, puesto que la mayoría de las mujeres tienden a hacer lo posible por verse bien, y los medios de comunicación influyen en gran medida, puesto que para tener una aceptable apariencia o ser aceptada por los demás, una mujer debe estar delgada.

2.1. Antecedentes históricos de la alimentación.

“Desde la antigüedad, en la historia de nuestra cultura encontramos conductas alimentarias desordenadas.” (Jarne y Talarn; 2000: 141).

Para estos autores, los antecedentes que hay sobre el problema de los trastornos comienzan con una mujer llamada Catalina Siena, nacida en 1347, quien empezó a rechazar la comida a partir de los 7 años.

Sin embargo en el año de 1667, “Marthe Tylor, una joven de Derbyshire, presentó un cuadro de inanición que despertó la curiosidad de la gente.” (Jarne y Talarn; 2000: 142).

Posteriormente, en el año de 1873, un joven llamado Gull, que en Londres laboraba como médico del Hospital La Pitie, de Paris, hizo unas descripciones completas de cuadros anoréxicos (Jarne y Talarn; 2000).

Sobre este tema, “desde los años setenta se tiene una visión mas pragmática... ya que se considera que en la génesis del trastorno deben confluir un conjunto de factores encadenados, psicológicos, biológicos y sociales” (Jarne y Talarn; 2000: 142).

Por su parte, Russell, en el año de 1979, describió un cuadro con características especiales, como la ingesta voraz y algunas conductas de purga posteriores, a las cuales las vinculó con la anorexia nerviosa (Jarne y Talarn; 2000).

Finalmente, se dice que “en general, las jóvenes que padecen estos trastornos transitan una etapa que naturalmente está llena de situaciones bastante cambiantes...” (Costin; 2003: 73).

2.2. Definición y características clínicas de los trastornos alimenticios.

A continuación se indicarán algunas definiciones que hacen referencia a los trastornos de la alimentación tales como la anorexia y la bulimia, asimismo, se hará solamente una mención de lo que es la obesidad, debido a que no es considerado un trastorno alimenticio como tal, también se enumerarán algunas de las características que presentan ambos trastornos (bulimia y anorexia).

2.2.1. Anorexia nerviosa.

Se sabe que en la actualidad existen problemas de alimentación en las personas: Para la presente investigación, se abordará la problemática que se está presentando en los adolescentes que cursan la preparatoria, lo cual está sucediendo porque se sienten estresados debido a varias situaciones. En algunos casos lo que quieren es tener una figura socialmente agradable y todo esto pudiera estar pasando porque los medios de comunicación tienen cierta influencia, en otros casos se culpa al estrés que les ocasiona el estudio o los problemas familiares que tiene cada estudiante.

Existen dos subtipos de anorexia nerviosa: el primero es el tipo restrictivo, en el cual el sujeto hace dietas, ayuna o realiza abundante ejercicio; en el tipo compulsivo/purgativo, las personas recurren a purgas, provocándose el vomito o utilizando diuréticos.

Jarne y Talarn (2000) señalan que las personas que presentan anorexia nerviosa se pueden observar muy delgadas, su piel es muy reseca, se les pueden apreciar algunos edemas maleolares, incluso las uñas se les llegan a romper fácilmente, puesto que las tienen muy delgadas y sus dientes se aprecian estropeados.

También Castillo y León (2005) indican las características anorexia nerviosa atípica, ésta se refiere a que el sujeto no llega a cumplir con todas las características de la anorexia nerviosa como tal y hasta la fecha no se ha encontrado alguna causa.

“La anorexia es una palabra griega que designa la pérdida de apetito: también se emplea como una forma abreviada para designar a la anorexia nerviosa.” (Ruiz y cols.; 2004: 13).

En otra definición, se indica que “la anorexia nerviosa se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales” (APA; 2002: 553).

Por su parte, la bulimia nerviosa “se caracteriza por episodios recurrentes de voracidad, seguidos por conductas compensatorias inapropiadas como el vómito provocado, el abuso de fármacos laxantes y diuréticos u otros medicamentos” (APA; 2002: 553).

Algunas características muy esenciales que menciona la APA (2002) son las siguientes: la persona tiene un rechazo a mantener un peso corporal normal, tiende a pesar menos y le da miedo ganar peso, asimismo, presenta una distorsión en la forma y el tamaño de su cuerpo, esto se refiere a que la persona se ve gorda, aun estando delgada.

Rausch (1996) menciona algunas características que tienen las familias, las cuales se relacionan con la bulimia, entre ellas se encuentran las siguientes:

1. Ambos padres son más exigentes.
2. Los padres muestran depresión y cierta distancia emocional.
3. Existe cierta rivalidad entre hermanos.
4. Hay tensión en la familia.
5. Hay un sistema familiar en el que los padres se sobre-involucran con el hijo vulnerable.

Por su parte, Jarne y Talarn (2000) mencionan que con base en los criterios que presenta el DSM-IV para diagnosticar la anorexia nerviosa, se encuentran los siguientes: la persona tiene miedo a mantener un peso corporal igual o por encima del valor mínimo, tomando en cuenta su talla y su edad; también le da miedo ganar peso y llegar a convertirse en una persona obesa, comienza a tener problemas con la percepción del peso y de su cuerpo, aun estando delgada se puede percibir gorda y por último, se presenta la amenorrea, esto quiere decir que la mujer llega a perder sus ciclos menstruales por lo menos durante tres meses.

En lo que respecta a la bulimia nerviosa, se dice que los criterios de diagnóstico del DSM-IV y de la CIE-10 son los siguientes: se presentan atracones, esto quiere decir que la persona puede ingerir una cantidad de comida en un tiempo corto e incluso llegar a sentir que no se puede contener en cuanto a comer; en segundo lugar, comienza a tener ciertas conductas compensatorias inapropiadas, o sea, que comienza a provocarse el vomito, o bien, utilizar laxantes o diuréticos. Después, los atracones se pueden llegar a presentar hasta tres veces por semana, durante un periodo de tres meses. Su autoevaluación esta exageradamente influida por su peso y por su silueta corporal.

2.2.2. Bulimia nerviosa.

Según la APA (2002), esta perturbación consiste en que la persona realiza atracones y métodos compensatorios inapropiados, como el vomito, el uso de laxantes o diuréticos para evitar la ganancia de peso; le da bastante importancia a su imagen corporal.

“Se define atracón como el consumo a lo largo de un periodo corto de tiempo de una cantidad de comida muy superior a la que la mayoría de los individuos comerían” (APA; 2002: 559).

Los atracones no sólo pueden comenzar y terminar en un solo lugar, esto quiere decir que si el sujeto llega a un restaurante y luego se va a su casa, continua con el atracón, aunque puede ser de comida variada o de dulces.

“Los atracones pueden reducir la disforia de manera transitoria, pero a continuación suelen provocar sentimientos de autodesprecio y estado de ánimo depresivo” (APA; 2000: 560).

Cuando una persona tiene problemas con los atracones, se dice que es por que no tiene control sobre ella y si tales episodios se presentan de forma continua, pueden llegar a ocasionar problemas para evitarlos o simplemente para terminarlos. “Los enfermedades acaban generalmente por tener la necesidad de provocarse el vómito y eventualmente pueden vomitar a voluntad: raras veces toman jarabe de ipecacuana” (APA; 2002: 560).

Algunos de los criterios que se toman en cuenta para diagnosticar la bulimia según la APA (2002), son:

- a) Se presentan los atracones de forma recurrente y un atracón tiene las características:
 - 1. Se ingieren alimentos de forma rápida, y en un corto tiempo.
 - 2. Se tiene la sensación de perder el control sobre la forma de ingerir comida, de esta forma, la persona en algunas ocasiones no puede parar de comer, incluso dependiendo del tipo de comestible.
- b) Algunas conductas inapropiadas, que pueden utilizar para no ganar peso, esto es, utilizar diuréticos, recurrir al vomito, laxantes e incluso se hacen enemas y realizan ejercicio en exceso.

- c) Los atracones y las conductas compensatorias que se realizan, se llegan a presentar dos veces por semana, durante tres meses aproximadamente.
- d) Su autoevaluación está en función del peso y la figura que tienen. No siempre aparece en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Por su parte, Castillo y León (2005) puntualizan que existe una bulimia nerviosa atípica y ésta a su vez se presenta en algunas personas, en las que llegan a fallar algunos de los síntomas que caracterizan dicho trastorno, incluso algunas personas tienen su peso corporal normal.

2.2.3. Obesidad.

“La obesidad es, desde hace unos años, un tema de enorme interés para muchas disciplinas de la salud” (Jarne y Talarn; 2000: 172). Todo esto debido a que cada vez aumenta el número de personas que padecen sobrepeso, en algunos casos puede ser porque tienen una vida sedentaria y no realizan ejercicios, se llega a presentar en los niños e incluso en los adolescentes.

Por su parte “el problema de la obesidad común debe abordarse a partir de dos hechos esenciales que nadie discute: por una parte, los aportes alimenticios excesivos, especialmente desde el punto de vista cualitativo...y por la otra parte, cada individuo reacciona de forma especial desde el punto de vista ponderal a los excesos o a las restricciones alimenticias.” (Ajuriaguerra; 1973: 200).

A continuación se darán algunas definiciones de la obesidad debido a que no se considera un trastorno alimenticio; solamente se mencionarán algunos puntos que se consideran importantes. “La obesidad, a diferencia de la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, no se considera un trastorno psiquiátrico.” (Jarne y Talarn; 2000: 143).

La obesidad que presenten las personas sólo consiste en exceso de grasa corporal, y esto puede ser ocasionado porque consuman alimentos que la contengan o algunos alimentos elaborados con harinas.

“Hay que destacar la presencia de sintomatología bulímica en un tanto por ciento elevado de los obesos, sintomatología que se basa en la presencia de episodios repetitivos, de ingesta voraz” (Jarne y Talarn; 2000: 176).

2.2.5 Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas.

Según Castillo y León (2005), se refiere a un término que se utiliza para dar nombre a la ingesta de alimentos, cuando la persona se encuentra cursando por algún momento difícil o estresante, y es entonces cuando comienza a subir de peso sin presentar obesidad como tal, cabe hacer referencia a que sólo se presenta como una forma de reaccionar ante alguna situación, como pudiera ser un divorcio, un duelo, el hecho de estar en exámenes o de estudiar para una exposición. A este trastorno también se le llama hiperfagia psicógena.

2.2.5 Vómitos en otras alteraciones psicológicas.

Existen momentos en los que la persona presenta vómitos, como lo es en el embarazo, incluso cuando una persona está nerviosa y/o le da pánico escénico presenta vomito, sin ser provocado (Castillo y León; 2005).

2.2.6. Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia.

“Es bastante usual escuchar comentarios a madres/padres sobre los problemas alimentarios que tienen sus hijos. Generalmente, se trata de problemas de conducta que suelen darse en el momento de la comida” (Jiménez; 1997: 209).

Sin embargo, “la característica fundamental es que el niño rechaza los alimentos o presenta conductas muy caprichosas que se alejan bastante de lo que es una conducta alimentaria normal y lo hace frente a su cuidador habitual” (Castillo y León; 2005: 225).

Algunos problemas alimenticios que pueden presentar los niños según Jiménez (1997), son los siguientes:

1. Rechazo de alguna clase de comida: es muy común en la infancia que los menores no quieran comer todo el alimento o un solo tipo, ante ello, se puede cambiar por algún otro platillo que contenga casi los mismos nutrimentos.

2. Negación a tomar alimentos sólidos: en ocasiones los pequeños sólo quieren consumir alimentos líquidos, y dependiendo de la cantidad que consuman pueden subir su peso de forma gradual. También influye el simple hecho de que el niño estaba acostumbrado a consumir solamente leche y su estómago tiene que aprender a ingerir comida más sólida.
3. Ingesta de comida mezclada: el infante sólo come su comida triturada, y revuelta, aunque este problema lo pudiera ocasionar su madre, debido a que en varias ocasiones, por cuestiones de tiempo ella no alcanza a darle de comer y le tritura todo el alimento para que lo tome de forma rápida.
4. Falta de apetito: es común en los niños que no quieren comer a sus horas habituales, sin embargo, cuando entran a la escuela ya comienzan a presentar un cambio en su alimentación, puesto que les da hambre.
5. Tiempo de comida excesivo: a veces se tardan en terminar de comer todo lo que se les sirvió, aunque hay que tomar en cuenta que un adulto no tarda el mismo tiempo que un niño en terminar su comida.
6. Los vómitos: generalmente los padres los relacionan con un problema físico, sin embargo, se pueden presentar para rechazar la comida; una causa muy frecuente en los niños, es cuando no quieren ir a la escuela y vomitan para que sus papás eviten llevarlos.

Si bien los síntomas pueden ser comunes entre varios trastornos o, en otros casos, no concluyentes, “los trastornos con los que se establecerá el diagnóstico diferencial son:

1. Trastornos en los que el niño come bien con adultos distintos a su cuidador habitual.
2. Enfermedad orgánica suficiente para explicar el rechazo a la comida.
3. Anorexia y otros trastornos de la conducta alimentaria.
4. Trastorno psiquiátrico más amplio.
5. Pica.
6. Trastorno de la conducta alimentaria por malos tratos” (Castillo y León; 2005: 226).

A modo de conclusión, “en definitiva, los problemas alimenticios menores que aparecen en la infancia no son graves en sí mismos. Sin embargo, si no se detectan pronto y se solucionan pueden llegar a tener consecuencias desagradables debido a que su frecuencia de ocurrencia es alta” (Jiménez; 1997: 221).

Otros problemas de alimentación que llegan a presentarse en la infancia son los siguientes:

1. La potomanía es cuando “comprende a cuantos sienten una imperiosa necesidad de absorber líquidos, trátase de agua o de cualquier otro líquido” (Ajuriaguerra; 1973: 203).
2. Pica o alotriofagia: en este caso la persona tiende a comer sólo sustancias que no son nutritivas, por ejemplo la tierra o escamas de pintura que suelen caerse; se llega considerar una conducta anormal cuando aparece a partir de los 18 meses, incluso en algunos casos se toma como síntoma

de algún trastorno, tal es el caso del autismo o el retraso mental (Castillo y León; 2005).

3. La rumiación o mericismo: llega a aparecer entre los tres y los doce meses, los bebés expulsan la comida y luego degluten lo que expulsaron, entonces empiezan a bajar de peso; en algunos casos se presenta cuando el niño padece retraso mental (Castillo y León; 2005).

2.3 Esfera oroalimentaria en el infante.

Se mencionará la importancia que tiene la esfera oroalimenticia debido a que se considera la primera relación que tiene el sujeto con el mundo externo, también es la única forma que tiene el niño para saciar una necesidad y es un medio por el cual se obtiene una satisfacción. “Las zonas que rodean el orificio bucal, especialmente labios, mucosas intrabucales y lengua, tienen una representación cortical sumamente extensa” (Ajuriaguerra; 1973: 177).

2.3.1. Organización oroalimentaria.

“Desde muy temprano se observa ya un reflejo oroalimenticio y una orientación hacia la fuente de excitación” (Ajuriaguerra; 1973: 178), que en este caso se refiere a la succión.

“Muchos autores conceden gran interés al tipo de alimentación infantil en su posterior organización de la psique, pues se acepta que la succión tiene un papel en

las primeras emociones y es el ángulo de sus primeras fantasmagorías”. (Ajuriaguerra; 1973: 180).

El autor citado menciona también que podrían existir problemas sociales debido a que la madre no sea quien alimente al niño directamente, también es importante decir que dicha actividad no es solamente dar un alimento nutritivo por vía oral, sino que también implica una entrega por parte de la madre, de acuerdo con la actitud que tome cuando tiene que alimentar a su hijo.

“Ante este tipo de comportamientos, los padres muchas veces se desesperan y temen el momento de la comida porque llega a convertirse en una pesadilla” (Jiménez; 1997: 209); todo esto se debe a que los niños no quieren comer todo tipo de alimento que le proporcionen.

2.3.2. Alteraciones en la esfera oroalimentaria.

Según Ajuriaguerra (1973), las perturbaciones comienzan cuando el bebé empieza a rechazar el alimento que se le proporciona, a esto se le puede llamar anorexia esencial precoz y puede aparecer en las primeras semanas de vida del recién nacido; los niños que pueden presentar estos problemas, tienen poco peso, al principio son pasivos para alimentarse y después de un par de meses comienzan a comer mejor. Hay una anorexia que puede aparecer entre el quinto y octavo mes, cuando se suprime la leche por algunos alimentos.

También menciona Ajuriaguerra (1973) que se pueden señalar dos tipos de anorexia: la inerte es cuando el niño no tiene la iniciativa para comer, se le sale la leche que consume y en ocasiones vomita la poca que logró tomar; en la anorexia de oposición, él bebé llora porque no quiere comer, vomita y esto se convierte en una lucha en la cual el sujeto termina agotado.

Por su parte, L. Kreisler (citado por Ajuriaguerra; 1973) distingue dos tipos de anorexia: la simple, que al comienzo asemeja una reacción al destete, ante el cambio de alimentación o ante un incidente patológico, da origen a una interacción entre la madre, empeñada en imponerse, y el niño, en franca oposición; y la anorexia compleja, caracterizada por la intensidad de los síntomas y por la resistencia a los tratamientos habituales.

“La anorexia infantil no es un síntoma ni hay que tratarla como tal sin antes considerar al detalle todo lo referente a su manera de comer” (Ajuriaguerra; 1973: 186).

Se dice que existe una anorexia mental, la cual es esencial en las adolescentes, y suele producirse cuando empieza en la pubertad o en la adolescencia, y más cuando se vive en un medio dominante; en algunas ocasiones la anorexia es mucho más precoz, hay algunas manías para comer y algunas enfermedades en la infancia (Ajuriaguerra; 1973).

Finalmente, se dice que “en otros casos, el no alimentarse no depende del querer adelgazarse o del no querer desarrollarse, sino que está más bien relacionado con un simbolismo oral primitivo” (Ajuriaguerra; 1973: 190).

2.4 Perfil de la persona con trastornos de alimentación.

Existen algunos factores predisponentes que de alguna forma influyen para que se presente algún trastorno, según Costin (2003):

1. Problemas con la autonomía: se refiere a que la persona se siente obligada a hacer siempre lo adecuado, y no tiene el valor de planear o hacer algo por ella misma.
2. Déficit en la autoestima: se dice que las mujeres y los hombres tienen diferentes parámetros, aunque en ellas se ven más marcadas, debido a que le dan mucha importancia a la imagen.
3. Camino a la perfección y el autocontrol: es una característica que presentan las personas que tienen trastorno del comer, puesto que los jóvenes quieren ser exigentes con ellos mismos, de tal forma que hagan lo que hagan, sienten que nada es provechoso, y no les interesa asumir el costo de tener un peso corporal perfecto.
4. Miedo a madurar: “Los trastornos de la alimentación se desarrollan por lo general en el periodo que va desde la pubertad, pasando por la adolescencia, hasta la juventud.” (Costin; 2003: 77).

5. Rasgos familiares: se llega a comentar que las familias en las que no hay suficiente comunicación, pueden ser una causa para que se presente este problema, y pudiera ser que si el joven no encuentra en quien refugiarse cuando tiene un problema, la única solución que encuentra es comiendo o dejando de comer.

También se dice que las personas que padecen de algún trastorno son selectivas para elegir qué alimentos pueden consumir, cuántas calorías tienen que comerse y a qué temperatura tiene que estar dicho alimento; incluso existe una falta de interés en el sexo opuesto en la mayoría de los casos, así que se niegan a salir a comer con alguien que los invite.

2.5. Causas del trastorno alimenticio.

Entre las causas más frecuentes que se presentan en el trastorno alimenticio están los medios de comunicación, la presión social y, en algunos casos, el entorno familiar en el que se viva.

“Es muy importante destacar que ninguno de estos rasgos individuales o características familiares en sí mismos ‘son causa’ o ‘producen’ un trastorno de la alimentación, sino que simplemente predisponen a eso” (Costin; 2003: 72).

En este sentido, el término predisponer que significa “preparar con anticipación una cosa o el ánimo para un fin” (Costin; 2003: 52).

2.5.1. Factores predisponentes individuales.

“No es fácil describir ‘el perfil’ de una persona en riesgo de desarrollar un trastorno de la alimentación, o de su familia, porque en general uno comienza a observarlos a partir de que el trastorno del comer ya se ha instalado.” (Costin; 2003: 69).

Para Costin (2003) muchas veces es la dificultad para encarar algunas situaciones lo que puede ocasionar que la persona presente un trastorno alimenticio, ya que convierte su cuerpo en un símbolo y es cuando el estar delgado tiene un concepto de ser alguien especial, por lo que realiza algunas dietas, incluso logra bajar de peso y eso indica un autocontrol.

La persona con trastornos al comer, no logra tener nunca ese control por el que lucha tanto, puesto que el organismo es el que manda y si deja de comer, su cuerpo de alguna forma u otra va a buscar la manera de conseguir el alimento.

También comenta que “cuando la seguridad está expuesta exclusivamente en el exterior, en cumplir con lo que se supone que se espera de uno, en adecuarse a la imagen que otros puedan tener de uno, es inevitable que se tenga una cierta sensación de ineficacia personal.” (Costin; 2003: 73).

“Las personas desarrollan imágenes sobre sí mismas y fabrican su propio concepto acerca de quienes son. El grado en que el individuo se acepta a sí mismo es conocido como autoestima” (Costin; 2003: 74).

Aunque la verdad es que todos los esfuerzos que se puedan hacer por mantener un cuerpo deseado, no solucionan los problemas que se presenten, “porque un trastorno del comer no te permite hacerte cargo de tu realidad interior donde te sientes más temerosa que insegura” (Costin; 2003: 75).

Para algunos jóvenes, el estar subiendo de peso influye porque quieren permanecer como antes, delgados; al mismo tiempo quieren seguir siendo niños, incluso a veces los padres no los dejan madurar porque tienen miedo a que sus hijos crezcan y la realidad es que tienen que aprender a adaptarse a los nuevos cambios que se les presentan.

Por lo tanto, el “miedo a crecer también contribuye a perpetuar el trastorno de la alimentación, porque expresa una severa incapacidad para aceptar un peso promedio como saludable y adecuado” (Costin; 2003: 79).

2.5.2. Factores predisponentes familiares.

Se considera que los padres de familia tienen alguna influencia para que sus hijos presenten algún trastorno alimenticio, debido a que la relación que existe entre padres e hijos, no se considera la adecuada.

Cabe mencionar que “las familias que han sobrellevado un proceso conflictivo de divorcio, son ámbito propicio para el desarrollo de diversas sintomatologías” (Rausch; 1996: 64).

Esta autora hizo una comparación de las familias con algún integrante que tuviera anorexia frente a las personas con bulimia; descubrió que en las segundas hay más conflicto y peor relación emocional con sus padres, incluso son más distantes con la figura paterna.

En el mismo orden de ideas, “las pacientes anoréxicas suelen percibir a sus madres como mas empáticas y comprensivas de sus emociones y sentimientos” (Rausch; 1996: 46).

En los últimos años, Selvini-Palazzoli (citado por Ajuriaguerra; 1973) considera la familia como un todo, sin embargo, él puede describir a la familia de la paciente anoréxica, de la siguiente forma:

1. Fijación de la madre en un plano homosexual latente: puede presentar una estructura de carácter obsesivo.
2. La enferma esta sometida a las necesidades que tiene la madre y mantiene una relación muy insatisfactoria con el hombre.

“Nadie del hogar queda exento de estar afectado de alguna manera y, por lo tanto, no es el enfermo el único de la familia que tiene problemas” (Rausch; 1996: 43).

Los padres de anoréxicas, según E. y J. Kestemberg y S. Decobert (citados por Ajuriaguerra; 1973) tienen ciertas características comunes:

1. La “maternalización” del padre es, a su parecer, uno de los rasgos importantes.
2. La figura del padre se organiza mucho más como un objeto de la madre que como la autoridad suprema; se deja llevar inconsistentemente por su anti-Edipo en la creencia de que así asegura a su mujer una protección contra su hijo.
3. Las madres aparecen en conjunto como personalidades ligeramente ansiosas.

Otro autor menciona que algunas características de las familias que tienen a un familiar con algún trastorno alimenticio, son las siguientes:

1. “En las mujeres, los trastornos de la conducta alimentaria están más asociados a la presión social que en los varones.
- 2) No existen diferencias entre pacientes con trastorno de la conducta alimentaria y la población en general...esto significa que estos factores no predisponen ni facilitan el desarrollo de esta patología.

- 3) Al comparar a los padres de adolescentes que presentan signos neuróticos menores, con los adolescentes que padecen de anorexia nerviosa, no se observan evidencias de mayor patología psíquica en uno u otro grupo.
- 4) Suele haber mayor presencia de trastorno afectivo... y alcoholismo en los antecedentes de familiares de las pacientes bulímicas.
- 5) Las familias de las personas con anorexia nerviosa suelen inhibir la agresión y la hostilidad... Este hecho algunas veces organiza rígidamente las interacciones familiares, dando por resultado una parodia de armonía.
- 6) El nivel de conflicto es mas acentuado y explícito en las familias de anoréxicas de tipo bulímico y de bulímicas nerviosas.
- 7) Las familias en las que alguno o varios de sus miembros tienen antecedentes de trastornos de alimentación, se consideran factores de riesgo.” (Rausch; 1996: 44-45)

También Costin (2003) señala como elementos predominantes la falta de comunicación entre los miembros de familia, la falta de capacidad para solucionar los problemas que se presenten dentro de ella, los padres sobreprotectores con sus hijos, en ocasiones la falta de rigidez y de flexibilidad en las reglas y normas que se impongan en la casa, a veces la falta de límites generacionales.

“Otro estudio señala algunas características de las familias de mujeres bulímicas:

1. Ambos padres son más exigentes.
2. Las madres tienen para sus hijas mayores expectativas de éxito social y académico.
3. Las madres tienen más problemas vinculados al control de la conducta de su hija.
4. Los padres muestran depresión, rigidez, excesiva autodisciplina y distancia emocional.
5. Ambos padres incrementan la rivalidad entre los hermanos al compararlos abiertamente.
6. Hay elevado nivel de tensión en la familia.
7. Hay mucha tensión entre los padres y la hija.” (Rausch; 1996: 48).

Para Rausch (1996), existen algunas características que pudieran favorecer el surgimiento de algún desorden alimenticio:

1. Rigidez en las reglas: consiste en que las normas que son impuestas no son lo suficientemente flexibles. “Las reglas organizan los valores, las conductas y las normas de como se expresan las personas, al tiempo que proveen a los miembros de la familia una sensación de pertenencia y una modalidad previsible para organizar la vida cotidiana” (Rausch; 1996: 53).
2. Fronteras problemáticas: sólo muestran quién puede participar y de qué modo va a conducirse en cada interacción. A veces los mismos padres tienen problemas para imponer su autoridad sobre los hijos. “Las fronteras

claras marcan espacios que permiten anticipar el lugar de cada uno en una determinada situación” (Rausch; 1996: 54).

3. Jerarquías alteradas: en algunas ocasiones son los hijos los que deciden qué hacer, también hay la contraparte donde no existen reglas firmes, sino que son muy cambiables.
4. Fallas en el control: hay familias donde existe bastante dominio sobre sus miembros de familia, y aun así es una familia cuyos lazos son estrechos.

Como todo fenómeno social, las perturbaciones alimentarias tienen un origen múltiple. “Una vez más debe destacarse que ninguna de las situaciones familiares problemáticas enumeradas hasta aquí, por sí sola, puede ser causa de un trastorno alimentario” (Rausch; 1996: 68).

2.5.3 Factores socioculturales.

“Es verdad que la presión social es fuerte y que estamos inmersos en una suerte de lavado de cerebro que nos obsesiona con el tema de la celulitis o las siliconas o los lípidos o los centímetros de más, como si fueran cosas de vida o muerte” (Costin; 2003: 83).

En el mismo sentido, se dice que “la insatisfacción corporal es una respuesta a las representaciones de mujeres delgadas en los medios de comunicación social” (Ogden; 2005: 106).

También Rausch (1996) menciona que los trastornos de la conducta alimentaria que presentan las mujeres, más que los hombres, están asociados a la presión social que reciben.

En los medios de comunicación, se encuentra vasta información que pudiera estar relacionada con el volumen corporal: en la mayoría de los comerciales o las imágenes que se muestran, las mujeres son delgadas; en esos momentos, cuando las jóvenes miran a alguien con un cuerpo más delgado, se sienten mal y tratan de idealizarse delgadas, por lo tanto, comienzan a realizar ejercicios o dietas.

Por su parte, Costin (2003) menciona que la presión social que tiene la mujer para ser delgada, es muy fuerte, ya que se tiene la creencia de que el peso que tiene la persona es muy importante en la autoestima y la felicidad. Los medios de comunicación hacen referencia a que la mujer esbelta y de bajo peso tiene una vida sofisticada, incluso la sociedad y el éxito las acompaña.

“Las personas de clase baja, afectadas por este problema, son aquellas jóvenes que por su trabajo se encuentran inmersas en un ambiente de clase media o alta donde se juegan esos valores como fundamentales y se vuelve inevitable cierta mimetización... Sin embargo, se ha dado en nuestras sociedades un aumento del peso y tamaño de la mujer y del hombre en esos mismos veinte años” (Costin; 2003: 59-60).

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

“La sociedad comunica claramente que el papel más importante de la mujer es ser atractiva físicamente, y los medios perpetúan y refuerzan esta idea” (Costin; 2003: 61).

2.6. Percepción del cuerpo en el trastorno alimenticio.

Se define a la imagen corporal como “el cuadro de nuestro propio cuerpo que formamos en nuestra mente” (Ogden; 2005: 97)

La mayoría de las personas se valoran de acuerdo con la percepción que tengan de su cuerpo y hacen a un lado la belleza interior: “si estas delgada, todo te va a salir bien, todo el mundo te va a querer. Yo ya lo viví. Los varones te miran más y ninguno te dice: si bajaras unos kilitos” (Costin; 2003: 61).

En el mismo sentido, Ogden (2005) menciona las tres perspectivas para medir la insatisfacción corporal:

1. La primera es como imagen corporal deformada, donde la persona se considera más gordita de lo que está.
2. La segunda es como discrepancia, ya que el sujeto cree ser más gordito de lo que quisiera ser.
3. La tercera es como respuesta negativa al cuerpo, de modo que al individuo simplemente no le agrada el cuerpo que tiene.

Ogden (2005) menciona que las mujeres se preocupan más por el peso y la forma de su cuerpo, incluso en algunas investigaciones realizadas, se menciona que varias mujeres muestran una discrepancia entre su peso real y su peso ideal. Manifiestan más inconformidad con el volumen de su estómago, las caderas y las nalgas. Sin embargo, los hombres sólo se preocupan por su aspecto físico, como lo es la fuerza y la condición física que tengan, y muestran insatisfacción con sus brazos, su espalda, el pecho y el estómago.

Otro punto importante que se toma en cuenta es la edad: en algunas investigaciones que se han realizado, se encuentran como sujetos de estudio los jóvenes estudiantes, esto pudiera ser por lo que se mencionó anteriormente: que están inmersos en un escenario de muchos cambios físicos cuando son adolescentes y no se sienten conformes con su aspecto físico (Ogden; 2005).

2.7. Factores que mantienen los trastornos alimenticios.

Para Costin (2003) se pueden presentar los siguientes factores que incluso llegan a mantener un trastorno alimenticio.

1. Las transformaciones anímicas: llegan a sentir que les baja su estado de ánimo, incluso pueden presentar algunos síntomas de depresión.
2. Transformaciones físicas: se presentan dolores de cabeza, se vuelven sensibles a la luz, les llega a provocar diarreas, sienten adormecimiento en los pies o manos principalmente, sienten algunos calambres, se les cae el cabello, también su metabolismo se vuelve lento, pierden su temperatura normal corporal, les llega a dar taquicardia, se presenta la amenorrea en las mujeres y sienten deshidratación.

Se considera importante comprender que cuando las personas hacen unas dietas muy rígidas, no logran adelgazar: entre menos comen, menos adelgazan, esto es porque su cuerpo quema las calorías lentamente.

Costin (2003) menciona que la determinación del peso corporal puede explicar algunas diferencias marcadas en los individuos para que tengan diferentes escalas de peso, de esta forma se entiende que no todas las personas tienen la misma facilidad para subir o bajar de peso.

“Un mayor volumen corporal provoca la asociación con un conjunto de atributos negativos, mientras que un cuerpo delgado genera asociaciones altamente positivas” (Ogden; 2005: 94)

Según Ogden (2005), tanto los hombres como las mujeres aparecen en los medios de comunicación, se representan de la misma forma, aunque algunas investigaciones reflejan que la diferenciación sexual domina todas las imágenes de los medios: en un estudio que se realizó en las tiras de los cómics, se observó que los hombres aparecen con más frecuencia que las mujeres.

Cabe mencionar que en la actualidad los medios de comunicación presentan a los hombres y a las mujeres de forma diferente, por lo tanto, el estereotipo que se tiene de cada uno, es diferente; “dos características físicas que han demostrado que generan poderosas asociaciones, son el sexo y el tamaño corporal” (Ogden; 2005: 87).

Aparte, se menciona que el significado que tiene el tamaño corporal es muy importante, debido a que en los medios de comunicación, las mujeres aparecen delgadas, y por lo tanto, esa característica las hace más atractivas.

“En resumen, ser varón o mujer es una característica física fundamental para la formación de estereotipos consistentes que impliquen la asociación inferida entre sexo y un conjunto de rasgos de personalidad, roles, ocupaciones y conductas” (Ogden; 2005: 88).

2.8. Trastornos mentales asociados a los trastornos alimenticios.

Jarne y Talarn (2000) hacen mención de algunos de los trastornos mentales que de alguna forma se asocian a los trastornos alimenticios:

1. Se menciona su relación con la esquizofrenia, diciendo que es muy frecuente que se presente, debido a que puede existir la presencia de la ideación delirante de envenenamiento, perjuicio, entre otras. Esto indica que la persona cree que la quieren envenenar.
2. La manía: quiere decir que la persona puede pasar un largo tiempo sin que sienta hambre, o por el contrario, en las fases hipomaniacas pudiera haber una alimentación excesiva.
3. La fobia: llega a surgir un cuadro fóbico en el que el paciente evita cierta comida, incluso la ansiedad que puede presentar, todo esto con base en una experiencia traumática que haya tenido, o también puede sentir miedo a morir o asfixiarse.
4. Obsesivo compulsivo: en este caso no tiene por qué existir un trastorno, sólo se puede observar en la persona una forma muy meticulosa de elegir los alimentos, o también se preocupa por la suciedad y la contaminación.

Sin embargo, “el trastorno ansioso de presentación aguda suele cursar con pérdida del apetito de moderada intensidad, mientras que en los de curso cronificado la pérdida, aunque moderada, es sostenida y puede llegar a tener repercusiones ponderales estimables” (Jarne y Talarn; 2000:147).

2.8.1. Trastornos alimenticios y depresión.

A continuación se menciona la relación que pudiera existir entre los trastornos alimenticios y la depresión; “una de las mas fuertes y conocidas descripciones de la asociación entre anorexia nerviosa y depresión es el caso de Ellen West, tal como fue presentado por Binswanger a mediados de los años cuarenta” (Kirschman y Salgueiro; 2002: 119).

“La frecuencia de síntomas depresivos en las personas con bulimia nerviosa y alta (p. ej., baja autoestima), al igual que los trastornos del estado de ánimo (especialmente el trastorno distímico y el trastorno depresivo), es mayor. En muchos individuos la alteración del estado se inicia al mismo tiempo que la bulimia nerviosa, o durante su curso y los sujetos manifiestan a menudo que el trastorno de estado de ánimo es debido a la bulimia nerviosa.” (APA; 2002: 561).

Sin embargo, en ocasiones el estado de ánimo es el que puede llegar a provocar que la persona presente algún trastorno alimenticio.

Según un estudio, en algunos pacientes la disminución de síntomas depresivos, estuvo relacionada con la disminución de atracones, incluso los autores “concluyen, sobre la base de estos datos, que la bulimia está estrechamente relacionada con la depresión y que probablemente subyace un trastorno depresivo en el síndrome bulímico” (Kirschman y Salgueiro; 2002: 123).

También mencionan las autoras citadas que no es sorprendente que en un estudio que se hizo, la mayoría de los pacientes que tenían anorexia nerviosa, especialmente cuando estaban en su fase crítica, cumplieran con los criterios del DSM para diagnosticar una depresión mayor.

Por su parte, Casper “contrasta síntomas emocionales, conductuales, fisiológicos y cognitivos presentes en la anorexia nerviosa y la depresión mayor y realiza las siguientes observaciones:

1. “El ánimo disfórico, el auto-reproche y la evaluación negativa de sí mismo... se encuentran en ambos cuadros.
2. También los síntomas físicos parecen exactamente iguales si se considera sobre todo a la anorexia nerviosa con severa disminución de peso corporal.” (citado por Kirschman y Salgueiro; 2002: 127-128).

Finalmente se puede concluir que “los pacientes más adecuados para estudiar la vinculación entre los trastornos de la alimentación y los trastornos de ánimo serían aquellos con historia personal y familiar positiva para trastornos afectivos, aquellos en los cuales el trastorno en el estado de ánimo precede inmediatamente al trastorno alimentario” (Kirschman y Salgueiro; 2002: 129).

2.8.2. Trastornos alimenticios y ansiedad.

Kirszman y Salgueiro (2002) mencionan que hay varios estudios que analizan la relación que pudiera existir entre los trastornos alimentarios y las diferentes variables vinculadas a los trastornos de ansiedad.

Sin embargo, “la demostración clínica entre depresión mayor y bulimia nerviosa, en cambio, no es tan clara. Los signos de depresión y ansiedad presentes en las pacientes con bulimia nerviosa han sido interpretados por muchos autores como secundarios a la conducta bulímica” (Kirszman y Salgueiro; 2002: 128).

También mencionan que los pacientes adecuados para estudiar la vinculación que hay entre los trastornos de alimentación y el estado de ánimo, serían aquellos que tengan un antecedente familiar de que hayan presentado algún trastorno afectivo.

Es importante mencionar que la “ansiedad social vinculada al físico se expresa con altos índices de insatisfacción corporal y preocupación excesiva con relación a los atributos del cuerpo y del peso corporal” (Kirszman y Salgueiro; 2002: 142). Aunque de forma tentativa se puede decir que la ansiedad juega un papel especial en los trastornos alimenticios. Algunos efectos que tiene la ansiedad sobre la alimentación son los siguientes, según estas autoras:

1. Teoría de la restricción: pone el foco de atención en el papel que la resistencia voluntaria juega en determinados patrones alimentarios, la ingesta de alimentos consiste en tener un balance entre el deseo de comer y el querer hacer dieta.

“Los investigadores han tratado de establecer los efectos de la ansiedad sobre la alimentación en función, fundamentalmente, del tipo de persona involucrada” (Kirschman y Salgueiro; 2002: 144).

2. Modelo de los límites: menciona que las consideraciones que se tienen sobre el hambre y la saciedad tienen varias implicaciones en los efectos del estrés sobre la alimentación.
3. Teorías funcionales: “una de las primeras y más globalmente aceptada hipótesis acerca de las relaciones entre la ansiedad y la conducta alimentaria, sugiere que el comer provee confort al diletante crónico, o a los individuos obesos...” (Kirschman y Salgueiro; 2002: 144).

2.9. Tratamiento de los trastornos alimenticios.

Jarne y Talarn (2000) mencionan que para atender adecuadamente las perturbaciones de índole alimentaria, se deben considerar los siguientes aspectos:

1. Recuperación ponderal: empieza por comenzar a comer bien de forma nutritiva, aunque algunas secuelas psicológicas que se presenten, no

desaparecen inmediatamente cuando el cuerpo comienza a reponerse de la deficiente alimentación que tenía la persona.

2. Tratamiento dietético: comienza la alimentación de poco a poco, para que su cuerpo se acostumbre a recibir alimentos y tiene que ser nutritiva en calorías para su pronta recuperación, incluso en algunas ocasiones les tienen que colocar una sonda y a través de ella pasarle el alimento porque el cuerpo lo rechaza.
3. Tratamiento psicológico: “el tratamiento psicológico es la piedra angular de un buen programa terapéutico de la anorexia” (Jarne y Talarn; 2000: 160).

Aunque también se dice que “la mayoría de los clínicos incluye alguna forma de terapia conductual en el tratamiento de un paciente anoréxico. Se basa en el control de un comportamiento observable a través de los estímulos que le preceden” (Rausch; 1996: 65). Por su parte, Minuchin y colaboradores (citados por Rausch; 1996) mencionan que es importante recurrir a la terapia estructural para atender la anorexia nerviosa, de esta forma se enfocará en un principio a que el paciente recupere su peso.

Selvini Palazzoli menciona que “cuando no resulta posible hacer terapia familiar. Los supuestos básicos que fundamentan la técnica son:

- a) Que la relación terapéutica es instrumental y que su objetivo central es mejorar las relaciones personales del paciente fuera del ámbito terapéutico.

b) Que el foco del tratamiento debe ser la incapacidad estratégica del paciente, quien está atrapado en el juego familiar encubierto y se ve imposibilitado para manejarse con él.” (Rausch; 1996: 66-67).

Vandereycken y Vanderlinden sugieren en el trabajo que se realiza con la familia, incluso con el cónyuge, que el terapeuta familiar bloquee la batalla que existe sobre la comida, dejando que el paciente tenga toda la responsabilidad sobre su peso y su alimentación (citados por Rausch; 1996).

Es importante mencionar que se ha tomado en cuenta el empleo de fármacos para el tratamiento de la anorexia nerviosa, pero no se han obtenido resultados favorables, por tal motivo, ya no se utilizan. (Rausch; 1996). Debido a esto, sólo se proporciona la ayuda psicológica, atendiendo a todos integrantes de la familia para que logren comprender el problema y de la misma forma, ayuden a la persona afectada.

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Una vez presentado el marco teórico, donde se analizaron las variables principales de la investigación, se procede en el presente capítulo a presentar los hallazgos de la investigación de campo, describiendo así la metodología que se utilizó. También se hablará acerca de la descripción de la población en la que se realizó el estudio y, finalmente, se mostrará el análisis de los resultados encontrados.

3.1. Descripción metodológica.

A continuación se presentan los detalles que componen la caracterización metodológica del presente estudio: su diseño, enfoque, tipo de investigación, alcance y las técnicas de recolección de los datos que se emplearon.

3.1.1. Enfoque cuantitativo.

Según Hernández y cols. (2010), el enfoque cuantitativo se utiliza cuando se pretende recolectar datos para comprobar una hipótesis, al igual que cuando se desean probar teorías.

“El enfoque cuantitativo... es secuencial y probatorio. Cada etapa precede a la siguiente y no podemos ‘brincar o eludir’ pasos.” (Hernández y cols.; 2010: 4).

También mencionan que se inicia de lo particular y se delimita para facilitar su aplicación. De tal plan, se derivan algunos objetivos, mismos que se deben al término de la investigación; por otro lado, se plantean hipótesis con base en la información existente.

Enseguida se mencionarán las características que, según Hernández y cols. (2010), tiene el enfoque cuantitativo:

1. Se plantea un problema de estudio o una pregunta de investigación.
2. Se elabora un marco teórico, recolectando toda la información correspondiente.
3. Antes de recoger la información, se debe proponer una hipótesis, misma que se comprobará o se rechazará según los resultados que se obtengan.
4. Se aplican las pruebas correspondientes y posteriormente se recolectan los datos obtenidos.
5. Enseguida se analizan los resultados a través de métodos estadísticos.
6. Se debe confiar plenamente en la investigación que se realizó, y no titubear, aun cuando los resultados no sean los esperados.

3.1.2. Investigación no experimental.

La presente investigación se considera de tipo no experimental debido a que no se manipularon las variables a estudiar. Primeramente debe considerarse que un experimento consiste en una manipulación de alguna situación o variable y se

observa el resultado que se obtiene, el cual se analiza. En la investigación no experimental, su forma de trabajo consiste en “observar fenómenos tal como se dan en su contexto natural, para posteriormente analizarlos” (Hernández y cols.; 2010: 149).

Para estos autores, la investigación no experimental consiste en realizar un estudio en el que no se manipulan las variables, solamente se observan los fenómenos que aparecen de forma natural, para que posteriormente se analicen.

“La investigación no experimental es sistemática y empírica, en la que las variables independientes no se manipulan porque ya ha sucedido” (Hernández y cols.; 2010: 150).

3.1.3. Diseño transversal

La investigación no experimental se divide en dos tipos: la transeccional y la longitudinal. En esta investigación se retomará el primer tipo, en el cual se recolectan los datos en un solo momento y en un tiempo único, ya que el propósito es describir las variables y posteriormente analizar la presencia e interrelación en cierto momento.

El diseño transeccional se divide en tres subtipos: los exploratorios, los descriptivos y los correlacionales-causales. En la presente investigación se empleó éste último, ya que se estudió la relación que hay entre el estrés y los trastornos

alimenticios. No se considera una relación causal como tal, solamente un factor asociado en los sujetos para que presenten algún problema alimenticio.

Los “diseños transeccionales correlacionales-causales describen relaciones entre dos o más categorías, conceptos o variables en un momento determinado...” (Hernández y cols.; 2010: 155).

3.1.4 Alcance correlacional.

Los estudios correlacionales pretenden responder a preguntas de investigación en las que se asocian variables que se presentan en un grupo de personas (Hernández y cols.; 2010).

Aunque el propósito que tiene el alcance correlacional es solamente conocer la relación que hay entre variables, de igual forma se mide cada una de ellas, después se cuenta la presencia y finalmente, se analiza la vinculación que existe.

“Es importante recalcar que, en la mayoría de los casos, las mediciones de las variables a correlacionar provienen de los mismos participantes, pues no es lo común que se correlacionen mediciones de una variable hechas en ciertas personas” (Hernández y cols.; 2010: 82).

Según estos autores, la utilidad principal de los estudios correlacionales es conocer la forma de comportarse una variable ante alguna otra con la que esté

vinculada. Cabe mencionar que la correlación puede ser positiva o negativa, y en los casos donde no existe dicho vínculo entre las variables, significa que pueden presentarse sin que exista la necesidad de que se registre una para que se manifieste la otra variable.

“Los estudios correlacionales... evalúan, con la mayor exactitud que sea posible, el grado de vinculación entre dos o más variables, pudiéndose incluir varios pares de evaluaciones de esta naturaleza en una sola investigación” (Hernández y cols.; 2010: 82).

Por otra parte, se dice que el valor de la investigación correlacional es explicativo, debido a que en la presencia de dos variables que se relacionan aporta una explicación que se tiene que dar, aunque ésta sea parcial. Sin embargo, Hernández y cols. (2010) señalan que cuanto mayor sea el número de variables que se relacionen en el estudio, y mayor sea la fuerza de relación entre ellas, más completa será la explicación que se proporcionará.

3.1.5 Técnicas de recolección de datos.

Enseguida se exponen las técnicas de recolección de datos más utilizadas cuando se pretende medir la correlación que exista entre variables; éstas son las pruebas o inventarios que, a su vez, se dividen en dos tipos: los estandarizados y los no estandarizados.

El tipo de instrumento que se va a utilizar para llevar a cabo esta investigación son dos pruebas estandarizadas. Estos recursos “se caracterizan esencialmente porque poseen uniformidad en las instrucciones para administrarse y calificarse” (Hernández y cols.; 2010: 21).

Los no estandarizados “usualmente se generan mediante un proceso menos riguroso y su aplicación es limitada...Desde luego, los no estandarizados pueden irse robusteciendo (validándose en diferentes contextos) hasta convertirse en pruebas estandarizadas” (Hernández y cols.; 2010: 21).

En la investigación que se realizó, se aplicaron dos pruebas, una de ellas se llama Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños (CMAS-R) y es para medir el estrés, consiste en responder una serie de preguntas sencillas empleando solamente como respuestas: “sí” o “no”.

“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” (Reynolds y Richmond; 1997).

De acuerdo con los valores que se obtuvieron con el cálculo del coeficiente Alfa en esta prueba, se encontró un índice de .76 para la puntuación de ansiedad

total, .61 para ansiedad fisiológica, .66 para inquietud/hipersensibilidad y .58 para preocupaciones sociales/concentración.

La prueba está integrada por cuatro subescalas, aparte de la que evalúa la ansiedad total, éstas se denominan: ansiedad fisiológica, inquietud/hipersensibilidad, preocupaciones sociales/concentración y mentira. Una puntuación elevada indica un grado alto de ansiedad o de mentira.

La otra prueba que se utilizó es la de EDI-2, cuyo autor es David M. Gardner. “El EDI-2 es un valioso instrumento de autoinforme muy utilizado para evaluar los síntomas que normalmente acompañan a la anorexia nerviosa (AN) o a la bulimia nerviosa (BN)” (Gardner; 1998: 14).

La confiabilidad de esta prueba fue obtenida a través de un coeficiente de consistencia interna, el nombre de este índice se llama Alfa de Cronbach y fue de 0.80, el cual es suficiente para decir que es confiable; por otra parte, para calcular la validez de la prueba se emplearon cuatro procedimientos: se realizaron análisis de validez de contenido, de criterio, concurrente y de constructo; todos ellos fueron suficientes para considerar el instrumento válido.

La prueba consta de 91 reactivos en los cuales sólo se tiene que responder si la situación que se plantea ocurre: nunca, pocas veces, a veces, a menudo, casi siempre o siempre. Las escalas que mide la prueba son: la obsesión por la delgadez, la bulimia, la insatisfacción corporal, la ineficacia, el perfeccionismo, la desconfianza

interpersonal, la conciencia introceptiva, el miedo a la madurez, el ascetismo, la impulsividad y la inseguridad social.

3.2. Población y muestra

Enseguida se indican las características de la población de estudio, así como del proceso de muestreo que se siguió.

3.2.1. Descripción de la población.

La población es considerada como el “conjunto de todos los casos que concuerdan con determinadas especificaciones” (Hernández y cols.; 2010: 174).

La población en la que se aplicaron las pruebas anteriormente mencionadas es la Escuela Preparatoria General Lázaro Cárdenas, en la ciudad de Uruapan, Michoacán. Se tomó en cuenta que contaba con las características específicas que el investigador necesitaba, tales como que tenía varias secciones para tomar como muestra, contaba con un horario de estudio de las siete de la mañana, hasta la una de la tarde, los estudiantes tienen un nivel socio económico medio, pero principalmente se había observado que los alumnos presentaban cierto grado de estrés en algún momento, como cuando les dejan mucha tarea, cuando tienen exámenes o problemas con sus amistades.

3.2.2. Proceso de selección de la muestra.

Después de que se ha definido el lugar donde se va a realizar la investigación, se debe elegir al grupo de personas al que se le van aplicar las pruebas, a éste se le llama muestra y “es, en esencia, un subgrupo de la población. Digamos que es un subconjunto de elementos que pertenecen a ese conjunto definido en sus características al que le llamamos población” (Hernández y cols.; 2010: 175). Es necesario tomar en cuenta que deben reunir un conjunto de características en común, como en este caso, que los alumnos a los que se eligieron tienen entre los quince y los dieciocho años de edad, estudian en el turno matutino y su nivel socioeconómico es medio.

Para llevar a cabo la investigación se eligió a los alumnos de cuatro secciones para completar por lo menos 100 sujetos, si bien al final sólo quedaron 51, debido a que se desestimaron los restantes porque eran mayores de 19 años; adicionalmente, debido al sesgo de mentira también se tuvieron que eliminar varias pruebas aplicadas, tanto hombres como mujeres. Las secciones de las que se habla son: cero uno, cero dos, cero cuatro y cero cinco, todos sus estudiantes son originarios de la ciudad de Uruapan, Michoacán y se encuentran cursando el segundo semestre de preparatoria.

Cabe mencionar que existen dos tipos de muestras: “en las muestras probabilísticas todos los elementos de la población tienen la misma posibilidad de ser escogidos y se obtienen definiendo las características de la población y el tamaño de

la muestra” (Hernández y cols.; 2010: 176). Mientras tanto, las muestras no probabilísticas consisten en que la elección del grupo depende de que reúna un conjunto de características, y es el investigador quien decide el grupo de personas en el que se va a realizar el estudio.

El tipo de muestra que se utilizó es la no probabilística, porque se seleccionó al grupo de estudiantes que estuvieran cursando el segundo semestre de preparatoria y posteriormente, a quienes participaron en la investigación, esto fue al azar, debido a que se tomó en cuenta a cuatro salones solamente.

El tipo de investigación fue intencional, debido a que se presta para poder obtener la información que se requiere, como saber si se están presentando las variables tanto del estrés como de los trastornos alimenticios.

En la sección cero uno se consideraron como sujetos de estudio a seis hombres y dos mujeres de quince años, tres hombres de dieciséis años, ocho mujeres de la misma edad y a una de diecisiete.

De la sección dos se le aplicaron las pruebas a cuatro hombres de quince años, nueve mujeres de la misma edad, cinco hombres y seis mujeres de dieciséis años, y a tres hombres de diecisiete años.

En la sección cero cinco se aplicó a dos hombres y siete mujeres de quince años, seis hombres y nueve mujeres de dieciséis años, cuatro hombres de diecisiete años y una mujer de la misma edad.

3.3. Descripción del proceso de investigación.

En un principio se planteó la pregunta de investigación, enseguida se revisaron algunos antecedentes y después se prosiguió a formular dos hipótesis: una de trabajo y la otra nula. Posteriormente, se plantearon objetivos del estudio, mismos que al final se cumplieron satisfactoriamente.

Después se elaboró el marco teórico, en el cual se muestran los antecedentes que hablan del estrés y de los trastornos alimenticios.

Enseguida se eligió la escuela en la que se realizó el estudio, debido a que se observó que los alumnos mostraban cierto nivel de estrés. Después se determinó al grupo de casos que se tomaron como muestra.

Posteriormente se pidió su autorización al director de la institución para la aplicación de las pruebas. En un principio cuando se visitó la escuela, no se encontró al funcionario, por lo que se aplicaron otro día los instrumentos correspondientes.

La primera prueba que se aplicó fue la de EDI-2, el viernes veinte de abril del dos mil doce, a las secciones cero uno, cero dos y cero cinco. Posteriormente, se

aplicó la segunda prueba, denominada CMAS-R, el lunes veintitrés del mismo mes. De igual forma se aplicó a las mismas secciones, pero en esta ocasión también a la cero cuatro, debido a que no se completaban los cien sujetos, incluso ese mismo día se les aplicaron ambas pruebas a esta sección; es fundamental considerar que en todas las secciones los alumnos estuvieron trabajando en silencio. Cuando terminaron se podían observar un poco cansados, debido a que en algunas secciones los maestros habían aplicado un examen parcial. Ambas pruebas se administraron de forma grupal, y para ello se les pidió la autorización a los profesores que estaban en clase.

Después de que se reunió la información requerida, se prosiguió a la evaluación de las pruebas que se aplicaron. Se comenzó el viernes veintitrés a evaluar EDI-2, con la plantilla indicada; cabe mencionar que en la calificación se tomó en cuenta el nivel de mentira, por ello, se eliminaron algunas pruebas debido a que resultaron con un nivel alto en la mentira. Todo esto se realizó para que la evaluación tuviera más credibilidad. Luego, el domingo veintinueve de abril de dos mil doce, se empezaron a evaluar las pruebas del CMAS-R, y se terminaron de revisar el dos de mayo del año en curso.

Se considera importante mencionar que se aplicaron 100 pruebas de cada test, sin embargo se eliminaron 49 casos, debido a que algunos alumnos no asistieron el día de la aplicación, también se eliminaron a los sujetos que tenían una edad mayor a los 17 años y a quienes mostraron un nivel alto de mentira. Después se pretendió aplicar las pruebas faltantes, pero la escuela preparatoria inició un paro

de labores que al parecer era indefinido, luego se pidió autorización de nuevo para la aplicación de pruebas, pero ya no lo autorizó el director, por ese motivo quedó la muestra de 51 sujetos.

El procedimiento que se llevó a cabo para analizar los resultados fue el siguiente: primeramente se vaciaron los datos de ambas pruebas, tanto de la denominada EDI-2, como de la CMAS-R, en un programa de Excel, enseguida se prosiguió con el tratamiento estadístico con el cálculo de la media, moda, mediana, desviación estándar y la “r” de Pearson. Después de haber establecido dichas medidas, se detectaron los puntajes altos en cuanto al nivel de estrés.

Finalmente, se prosiguió a exponer los resultados las tres categorías. La primera es el estrés, la segunda es la de los trastornos alimenticios y la última es la correlación que existe en ambas variables. De cada una de ellas, en un principio se describe qué significado tiene en teoría, después se muestran los resultados de campo que se obtuvieron en ambas pruebas, para que al final sólo se mencione si existe o no una correlación entre el estrés y los trastornos alimenticios.

3.4. Análisis e interpretación de resultados.

Después de haber realizado una minuciosa investigación, se proseguirá con el análisis de resultados. Para esto, en primer lugar se establecerán tres categorías: la primera es el estrés, la segunda habla de los trastornos alimentarios y la tercera explica la correlación entre tales atributos.

3.4.1 El estrés.

Se toma como referencia que para Palmero y cols. (2002: 424), el estrés “es un proceso psicológico que se origina ante una exigencia al organismo, frente a la cual este no tiene recursos para dar una respuesta adecuada...”.

A continuación se exponen los resultados que se obtuvieron en la medición de la variable estrés que se realizó en la Escuela Preparatoria General Lázaro Cárdenas, de la ciudad de Uruapan, Michoacán.

En cuanto al resultado que arrojó la prueba aplicada CMAS-R, en la escala de ansiedad total la media es de 56, teniendo en cuenta que este índice se refiere a la suma de un conjunto de datos, dividida entre el número de medidas” (Hernández y cols.; 2010).

Se obtuvo una moda de 83, esta medida es entendida como aquella que ocurre con más frecuencia en un conjunto de observaciones (Hernández y cols.;

2010). La mediana fue de 59, dejando claro que el valor que está en medio de un conjunto de valores ordenados, o sea, es el punto abajo y arriba del cual cae un número igual de medidas (Hernández y cols.; 2010).

También se obtuvo el valor de una medida de dispersión, de forma concreta se habla de la desviación estándar, la cual se refiere a la raíz cuadrada de la suma de desviaciones al cuadrado de una población, dividida entre el total de un conjunto de observaciones (Hernández y cols.; 2010); en dicha medida se obtuvo un puntaje de 29.

En la escala llamada ansiedad fisiológica, se obtuvo una media de 58, una mediana de 61, la moda fue de 15 y la desviación estándar, de 30.

La tercera escala, denominada inquietud/hipersensibilidad, obtuvo una media de 58, una mediana de 54, una moda de 43, y la desviación estándar fue de 24.

Por último, en la escala de preocupaciones sociales/concentración se determinó una media de 49, una mediana de 52, una moda de 52 y una desviación estándar de 30.

Con base en los resultados que se obtuvieron en la investigación realizada en la Escuela Preparatoria General Lázaro Cárdenas, se puede interpretar que en realidad existe un nivel de ansiedad alto en algunos alumnos, ya que el 39% de los ellos presentó un nivel de estrés mayor al percentil 70, el 43% de los sujetos mostró

un nivel elevado de ansiedad fisiológica, un 33% denotó un nivel alto de inquietud/hipersensibilidad, y finalmente, el 29% presentó niveles altos de preocupaciones sociales/concentración.

Por lo tanto, en las escalas en las que se nota un porcentaje que se considera relevante son: la de ansiedad total con un 39% y la de ansiedad fisiológica con un 43%, mismas que se pueden tomar en cuenta para que posteriormente se les dé algún seguimiento. De igual forma, se pueden observar gráficamente las medias aritméticas de dichas escalas en los anexos 1 y 2.

3.4.2. Indicadores psicológicos de los trastornos alimenticios.

A continuación se mencionan algunos de los indicadores psicológicos de los trastornos alimenticios que pudieron haber presentado los sujetos a los que se les aplicó el test.

Con base a ello, se afirma que “desde la antigüedad, en la historia de nuestra cultura encontramos conductas alimentarias desordenadas.” (Jarne y Talarn; 2000: 141), sin embargo, no se han realizado las investigaciones pertinentes para resolver la problemática.

Los indicadores de los trastornos alimenticios que se evaluaron, con los tests, son los siguientes: obsesión por la delgadez (DT), bulimia (B), insatisfacción corporal (BD), ineficacia (I), perfeccionismo (P), desconfianza interpersonal (ID), conciencia

introceptiva (IA), miedo a la madurez (MF), ascetismo (A), impulsividad (IR) e inseguridad social (SI).

De acuerdo con los resultados obtenidos en la escala de obsesión por la delgadez, se encontró una media de 54, una moda de 26, una mediana de 53 y una desviación estándar de 25.

En la escala de bulimia, se encontró una media de 63, una moda de 47, la mediana fue de 54 y la desviación estándar, de 18.

De la escala de insatisfacción corporal se encontró una media de 48, una moda de 25, una mediana de 44 y una desviación estándar de 23.

La escala de ineficacia presentó una media de 42, la moda fue de 18, la mediana de 32 y la desviación estándar de 22.

En la escala de perfeccionismo se muestra una media de 61, una moda de 66, una mediana de 66 y una desviación estándar de 28.

En la escala de desconfianza interpersonal se obtuvo una media de 61, una moda de 66, una mediana de 66 y una desviación estándar de 28.

La escala de conciencia introceptiva obtuvo una media de 43, una moda de 16, una mediana de 42 y una desviación estándar de 28.

En la escala de miedo a la madurez se encontró una media de 68, una moda de 65, una mediana de 77 y una desviación estándar de 28.

La escala de ascetismo presentó una media de 50, una moda de 22, una mediana de 48 y una desviación estándar de 27.

La escala de impulsividad muestra una media de 53, una moda de 14, una mediana de 57 y una desviación estándar de 26.

Finalmente, la escala de inseguridad social obtuvo una media de 69, una moda de 63, una mediana de 70 y una desviación estándar de 18.

Los datos mencionados anteriormente se pueden observar gráficamente en los anexos 3 y 4.

Después de haber mostrado la información anterior, se presentan ahora los porcentajes de individuos que obtuvieron índices altos en cada escala, es decir, con un puntaje T mayor a 70. De esta forma, se ubicarán las escalas en las que hay mayor incidencia de casos preocupantes sobre el problema del estrés.

En la escala DT el 37% de los sujetos salió por arriba del percentil 70; en la escala B, el porcentaje fue de 39%; en la escala BD, un 16%; en la escala I se determinó un porcentaje del 12%; en la escala P, el 43%; en la escala ID, el 41%; en la escala IA, el 41% de los sujetos; en la escala MF, el 57%; en la escala A, un 27%;

la escala de IR muestra un 35% de casos; finalmente, en la escala de SI se observa un 43% de sujetos que se encuentran por arriba del percentil 70.

Por lo tanto, se considera importante analizar todos los niveles altos que se presentaron en las diferentes escalas de medición de los trastornos alimenticios y se piensa que es importante prestarles atención, debido a que se encuentran en un porcentaje del 35% al 57%; los casos más apremiantes son las escalas de miedo a la madurez, precisamente con 57%; así como perfeccionismo e inseguridad social, ambas con 43%.

3.4.3 Descripción de la correlación entre el estrés y los trastornos alimenticios.

Varios autores han afirmado que existe una relación entre los trastornos alimenticios y el estrés. “En general, las jóvenes que padecen estos trastornos transitan una etapa que naturalmente está llena de situaciones bastante cambiantes...” (Costin; 2003: 69), por ello empiezan los problemas con la alimentación.

La investigación que se llevó a cabo en la Escuela Preparatoria General Lázaro Cárdenas permitió encontrar los siguientes resultados:

Entre el nivel de estrés y la escala obsesión por la delgadez existe un coeficiente de correlación de 0.37, de acuerdo con la prueba “r” de Pearson, lo cual

significa que entre el estrés y dicha escala existe una correlación positiva media, de acuerdo con la clasificación que establecen Hernández y cols. (2010).

Para conocer la influencia que existe entre el nivel de estrés y la obsesión por la delgadez, se obtuvo la varianza de factores comunes, en la cual mediante un porcentaje se indica el grado en que las variables se encuentran correlacionadas. Para obtener esta varianza sólo se eleva al cuadrado el coeficiente de correlación obtenido mediante la “r” de Pearson (Hernández y cols.; 2010).

El resultado de la varianza fue de 0.14, lo que significa que entre el estrés y la escala de obsesión por la delgadez hay una relación del 14%, que se considera significativa, ya que según estos autores, se requiere de un porcentaje de influencia de al menos 10% para que pueda ésta declararse como estadísticamente significativa.

Entre el nivel de estrés y la escala de bulimia existe un coeficiente de correlación de 0.10, de acuerdo con la prueba “r” de Pearson, esto alude a que entre dichas variables existe una ausencia de correlación, de acuerdo con la clasificación de Hernández y cols. (2010).

El resultado de la varianza fue de 0.01, lo que significa que entre el estrés y la escala de bulimia hay una relación del 1%, que no resulta significativa (Hernández y cols.; 2010).

Entre el nivel de estrés y la escala de insatisfacción corporal existe un coeficiente de correlación 0.26 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson, lo que denota que entre el estrés y la escala mencionada existe una correlación positiva débil.

El resultado de la varianza fue de 0.07, lo que significa que entre el estrés y la escala de insatisfacción corporal hay una relación del 7%, no significativa.

Entre el nivel de estrés y la escala de ineficacia existe un coeficiente de correlación de 0.30 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson, por lo que entre el estrés y la escala indicada existe una correlación positiva débil.

El resultado de la varianza fue de 0.09, lo que significa que entre el estrés y la escala de ineficacia hay una relación del 9%, que no es significativa.

Entre el nivel de estrés y la escala de perfeccionismo existe un coeficiente de correlación de 0.21 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson, por esa razón, entre dichas variables existe una correlación positiva débil.

El resultado de la varianza fue de 0.04, lo que significa que entre el estrés y la escala de perfeccionismo hay una relación del 4%.

Entre el nivel de estrés y la escala conocida como desconfianza interpersonal existe un coeficiente de correlación de -0.08 de acuerdo con la prueba “r” de

Pearson, esto denota que entre el estrés y la escala señalada existe una ausencia de correlación.

El resultado de la varianza fue de 0.007, lo que significa que entre el estrés y la escala de desconfianza interpersonal hay una relación del 0%.

Entre el nivel de estrés y la escala de conciencia introceptiva existe un coeficiente de correlación de 0.45 según la prueba “r” de Pearson, esto significa que entre el estrés y la escala mencionada existe una correlación positiva media.

El resultado de la varianza fue de 0.203, lo que indica que entre el estrés y la escala de conciencia introceptiva hay una relación del 20%.

Entre el nivel de estrés y la escala de miedo a la madurez existe un coeficiente de correlación de 0.09, como lo indica la prueba “r” de Pearson, esto permite aseverar que entre dichas variables existe una ausencia de correlación.

El resultado de la varianza fue de 0.01, lo que significa que entre el estrés y la escala de miedo a la madurez hay una relación del 1%.

Entre el nivel de estrés y la escala de ascetismo existe un coeficiente de correlación de 0.13 según la prueba “r” de Pearson, esto alude a que entre el estrés y la escala indicada existe una correlación positiva débil.

El resultado de la varianza fue de 0.018, lo que significa que entre el estrés y la escala de ascetismo hay una relación del 1.8%.

Entre el nivel de estrés y la escala de impulsividad existe un coeficiente de correlación de 0.41 según con la prueba “r” de Pearson, esto señala que entre el estrés y la escala referida existe una correlación positiva media.

El resultado de la varianza fue de 0.17, lo que significa que entre el estrés y la escala de impulsividad hay una relación del 17%.

Entre el nivel de estrés y la escala de inseguridad social existe un coeficiente de correlación de 0.31 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson, por lo que entre el estrés y la escala mencionada existe una correlación positiva débil, de acuerdo con la clasificación de correlación de Hernández y cols. (2010).

El resultado de la varianza fue de 0.099, lo que significa que entre el estrés y la escala inseguridad social hay una relación prácticamente del 10%.

Los resultados obtenidos en lo que refiere a los niveles de correlación entre las escalas, se muestran en el anexo 5.

Después de haber mostrado los resultados que se obtuvieron en la investigación realizada, se puede afirmar que el nivel de estrés se relaciona de forma

significativa con las escalas de: obsesión por la delgadez, conciencia introceptiva, inseguridad social e impulsividad.

Por otra parte, no se encontró una relación significativa entre el nivel de estrés y las escalas: insatisfacción corporal, bulimia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, ineficacia, miedo a la madurez y ascetismo.

En función de los resultados presentados, se confirma la hipótesis de trabajo que afirma que existe relación entre el estrés y los trastornos alimenticios en cuatro subescalas; asimismo, se confirma la hipótesis nula para las siete escalas restantes.

Finalmente, se puede decir que aunque no se presenten trastornos de alimentación en los alumnos de la Escuela Preparatoria General Lázaro Cárdenas, de la ciudad de Uruapan Michoacán, se considera importante prestar atención a los alumnos que presentan niveles elevados de ansiedad total.

CONCLUSIONES

En la presente investigación que se realizó, se corroboró la hipótesis nula, es decir, los hallazgos de campo permiten afirmar que no existe una relación estadísticamente significativa o relevante entre el estrés y los trastornos alimenticios, en la escuela preparatoria General Lázaro Cárdenas, de la ciudad de Uruapan, Michoacán, lo cual se respalda con siete escalas.

Cabe mencionar que los objetivos particulares, de naturaleza teórica conceptual referidos al estrés, a saber: su definición, sus características, y algunos de los indicadores, fueron ampliamente cubiertos en el capítulo 1; por su parte, los conceptos fundamentales que hacen alusión a la variable trastornos alimenticios fueron abordados de manera suficiente, en el capítulo número 2, ya que se analizan ahí las principales problemáticas referidas, entre otras: las escalas de obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva, miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad e inseguridad social.

De la misma forma, el objetivo de campo en el que se pretendió evaluar el nivel de estrés presente en los estudiantes de la Escuela Preparatoria General Lázaro Cárdenas, se cumplió con la aplicación de la prueba psicométrica denominada EDI-2, cabe reiterar que tal nivel se encuentra en un parámetro normal, como se expuso en el capítulo 3.

La medición de la variable trastornos alimenticios, se cumplió de forma satisfactoria y de ello se da cuenta en el capítulo 3. Se encontró que el fenómeno de los trastornos alimenticios en la población estudiada se encuentra presente, dado que en algunas escalas los alumnos obtuvieron puntajes altos, esto ocurrió en las siguientes: obsesión por la delgadez, conciencia introceptiva, impulsividad e inseguridad social; mientras que se detectó un puntaje normal en las escalas: bulimia, insatisfacción corporal, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, ineficacia, miedo a la madurez y ascetismo.

El objetivo general de la investigación consistió en establecer estadísticamente la relación entre las variables ya indicadas y se alcanzó como producto de la consecución de los objetivos particulares. Es necesario subrayar que la relación entre el estrés y los trastornos alimenticios no es relevante.

Adicionalmente, en las escalas de los trastornos alimenticios, se encontró que las que resultaron con puntajes altos en la prueba de EDI-2, son las siguientes: obsesión por la delgadez, conciencia introceptiva, impulsividad, inseguridad social, insatisfacción corporal y perfeccionismo e ineficacia; por otra parte, en las que no se encontró un nivel alto, fueron: bulimia, miedo a la madurez, desconfianza interpersonal y ascetismo.

En lo que se refiere a los resultados de la otra prueba, llamada CMAS-R, se planea dar seguimiento a la problemática que se está presentando, debido a que son varios los alumnos que presentan niveles altos de estrés.

Si bien los resultados no representan un problema, se considera importante que se dé seguimiento debido a que dicha situación se está presentando con frecuencia.

BIBLIOGRAFÍA

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

American Psychiatric Association (APA). (2002)
DSM-IV. 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 Alcalá, S.L. España.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

MESOGRAFÍA

Barraza Macías, Arturo. (2005)

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

Revista Psicología Científica.com, 7(9).

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

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

“Estrés y trastornos de la conducta alimentaria”.

Revista Chilena de Neuro-psiquiatría.

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

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

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

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

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

Hernández García, Mariamparo A. (2006)

“Las influencias familiar y social en la anorexia y la bulimia, el caso de Saltillo, México”

Epistemé. No. 8-9. Año 2, Octubre-Diciembre 2006.

http://www.uvmnet.edu/investigacion/episteme/numero8y9-06/reportes/a_anorexia.asp

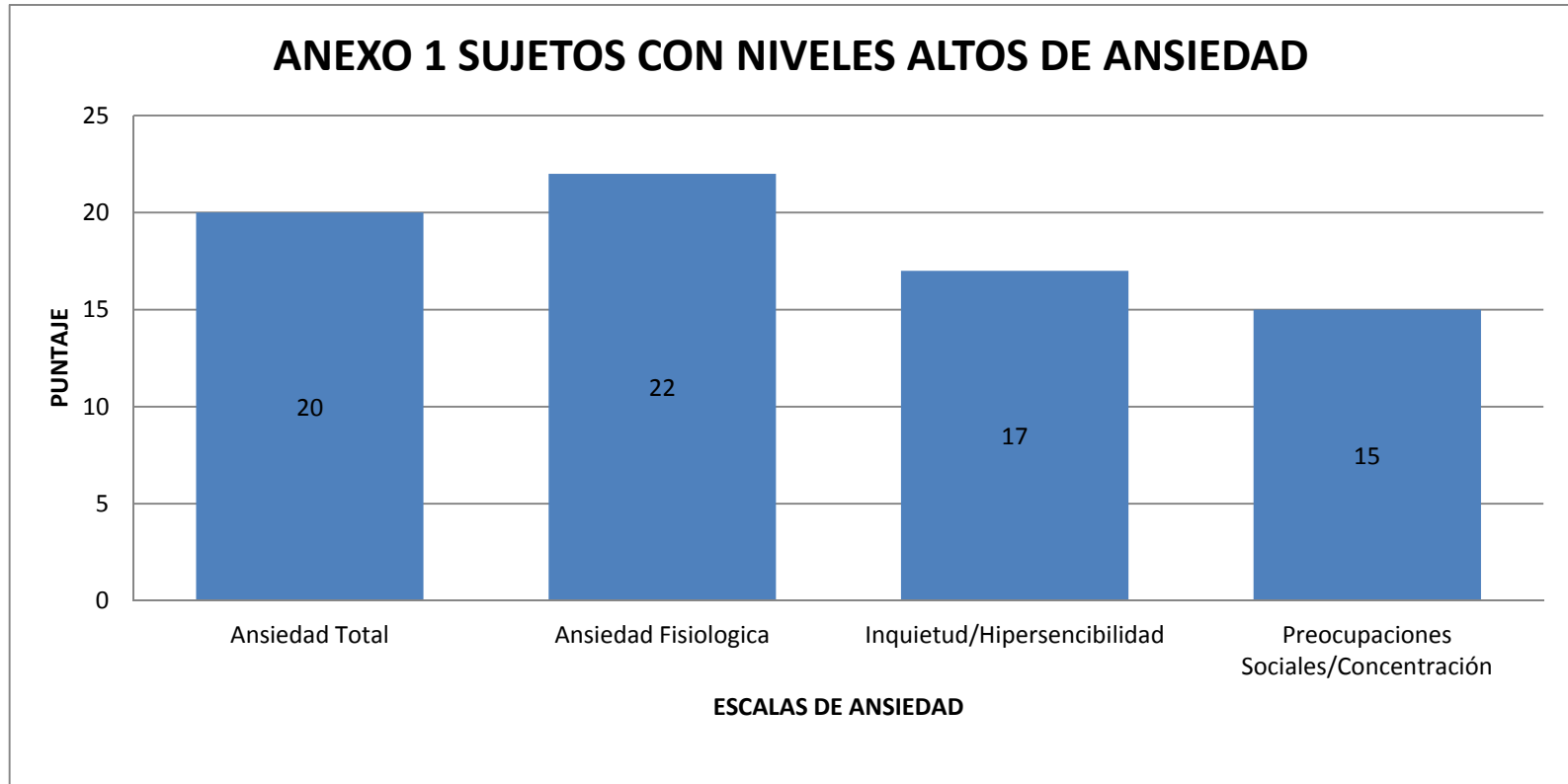
Ruiz Cervantes, Tanya Elizabeth; Vaquero Cázares, José Esteban; Vargas Ramírez, Alberto; Diez, Ma. del pilar. (2004)

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

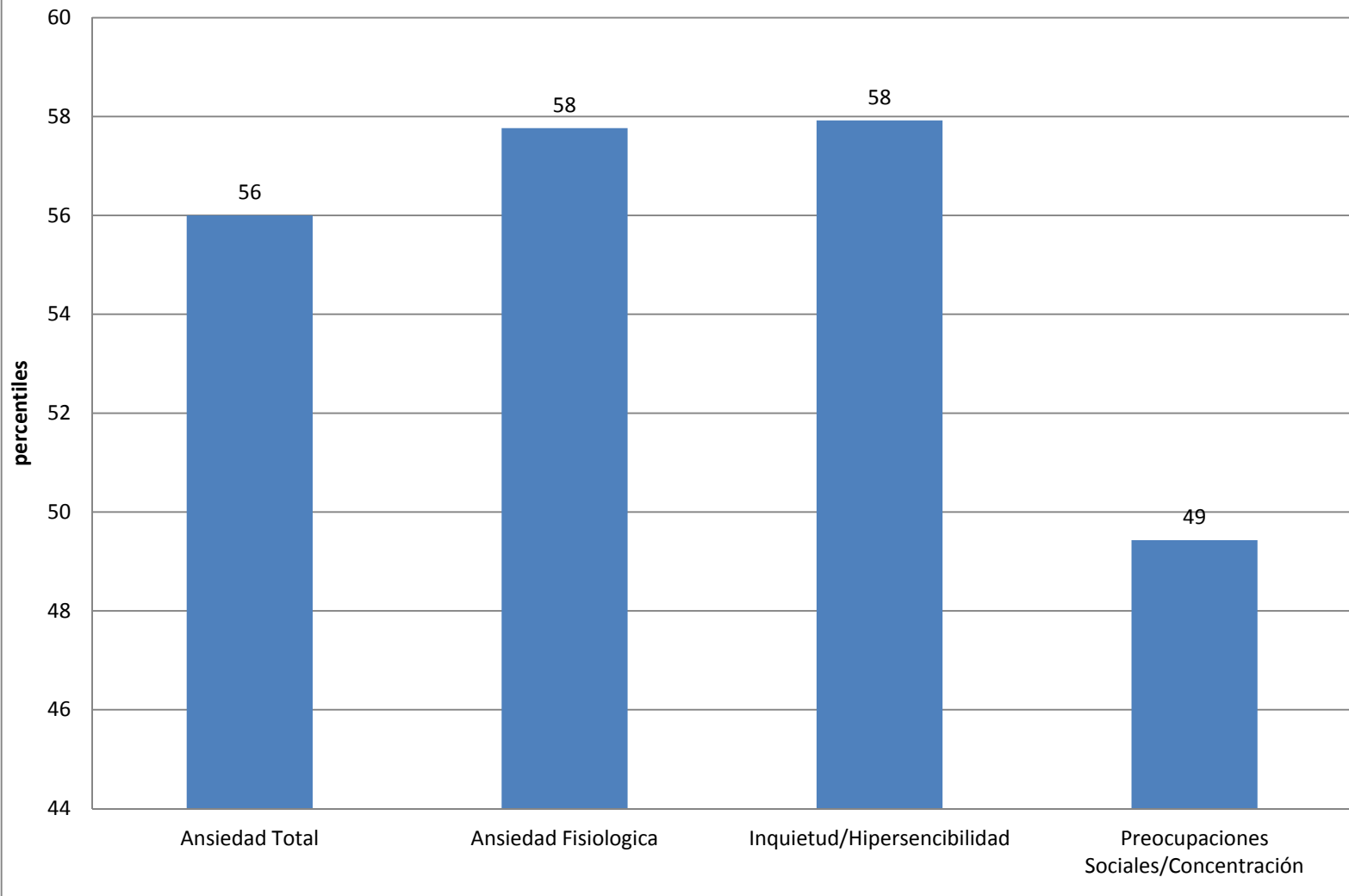
Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación (2004). Vol. 16 Núm. 1 Pp 12-17.

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

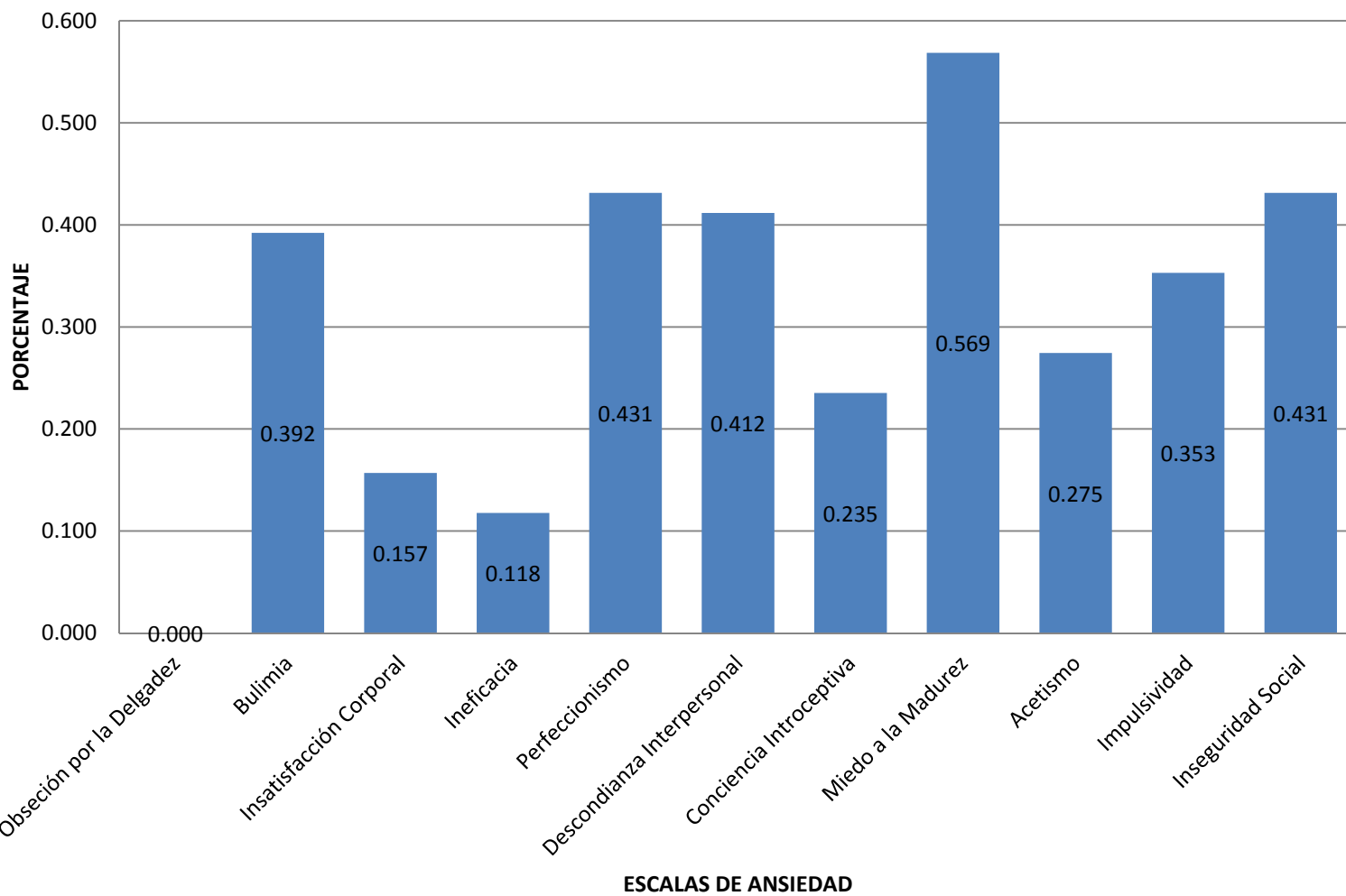
ANEXOS



ANEXO 2 MEDIA ARITMÉTICA DE LAS ESCALAS DE ANSIEDAD

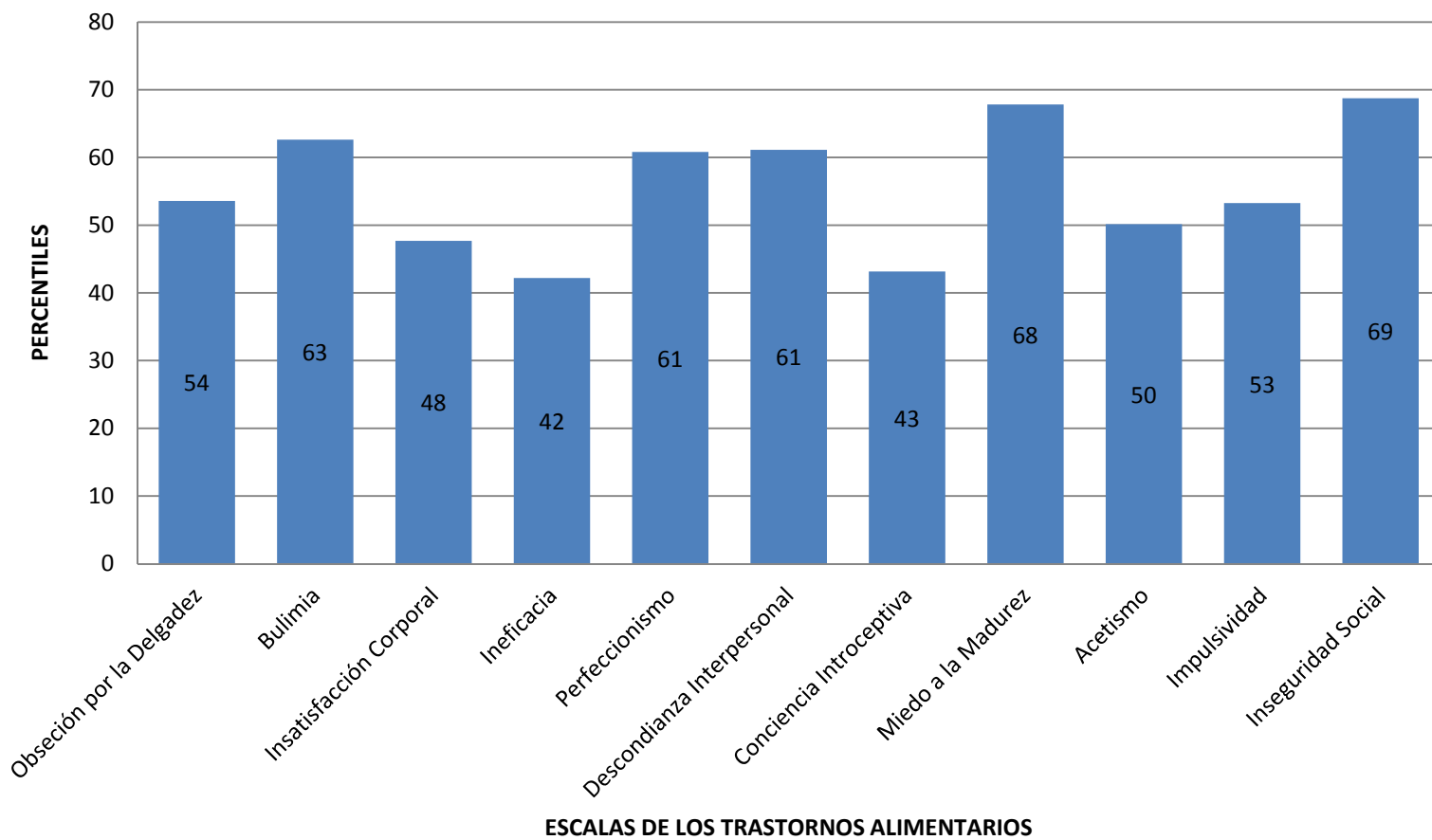


ANEXO 3 NIVELES ALTOS DE TRASTORNOS ALIMENTICIOS



ANEXO 4

ESCALAS DE LA MEDIA ARITMETICA DE LOS TRASTORNOS ALIMENTICIOS



ANEXO 5 CORELACION ENTRE EL ESTRES Y LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

