



UNIVERSIDAD DON VASCO, A.C.

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

*RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE ESTRÉS Y LOS TRASTORNOS
ALIMENTARIOS EN ALUMNOS DE PREPARATORIA DE
URUAPAN, MICHOACÁN*

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

Licenciada en Psicología

María de Jesús Andrade Álvarez

Asesor: Lic. Gisela Mayanin Tafolla Torres

Uruapan, Michoacán, A 22 de marzo de 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	6
Objetivos.	7
Hipótesis.	9
Justificación.	10
Marco de referencia.	13

Capítulo 1. El estrés

1.1. Antecedentes históricos del estrés.	14
1.2. Tres enfoques teóricos del estrés.	17
1.2.1. Estrés como estímulo.	18
1.2.2. Estrés como respuesta.	20
1.2.3. Estrés como relación persona-entorno.	23
1.2.3.1 El concepto integrador del estrés.	26
1.3. Los estresores.	27
1.3.1. Estresores biogénicos.	29
1.3.2. Estresores en el ámbito laboral.	33
1.4. Procesos del pensamiento que propician el estrés.	35
1.5. Moduladores del estrés.	36
1.5.1. El control percibido.	37
1.5.2. El apoyo social.	39

1.5.3. El tipo de personalidad: A/B.	40
1.5.3.1. Personalidad tipo A y problemas cardíacos.	41

Capítulo 2. Trastornos alimentarios

2.1. Antecedentes históricos de la alimentación.	43
2.2. Definición y características clínicas de los trastornos alimentarios	45
2.2.1. Anorexia nerviosa	47
2.2.2. Bulimia nerviosa.	49
2.2.4. Hiperfagia y otras alteraciones psicológicas	50
2.2.5. Vómitos en otras alteraciones psicológicas.	53
2.2.6 Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia..	53
2.3. Esfera oroalimentaria...	59
2.3.1 Organización Oroalimentaria	59
2.3.2 Alteraciones en la esfera oroalimentaria .	63
2.4. Perfil de la persona con un trastorno de la alimentación.	66
2.5. Causas de un trastorno del comer..	68
2.5.1. Factores predisponentes individuales	71
2.5.2 Factores predisponentes familiares	73
2.5.3 Factores socioculturales	76
2.6. Percepción del cuerpo en el trastorno alimentario .	77
2.7. Factores que mantienen los trastornos alimentarios	81
2.8. Trastornos mentales asociados a los trastornos alimenticios.	83
2.8.1. Trastornos alimentarios y depresión.	85

Capítulo 3. Metodología, análisis e interpretación de resultados.

3.1. Descripción metodológica	87
3.1.1. Enfoque cuantitativo.	87
3.1.2. Estudio no experimental.	89
3.1.3. Estudio transversal.	91
3.1.4. Diseño correlacional.	92
3.1.5. Técnicas de recolección de datos.	94
3.2. Población y muestra.	98
3.3 Descripción del proceso de investigación.	100
3.4 Análisis e interpretación de resultados.	102
3.4.1 Los trastornos alimentarios en los alumnos de la preparatoria Jean de San Miguel	102
3.4.2 Descripción de variable estrés.	107
3.4.3 Relación entre el nivel de estrés y el desgaste ocupacional.	109
Conclusiones	116
Bibliografía	119
Otras fuentes de información.	121
Anexos	

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación se aboca a estudiar la correlación entre el estrés y los trastornos alimentarios en una escuela privada, de nivel bachillerato. Para tal finalidad, se proporciona enseguida la información necesaria para brindar un panorama contextual.

Antecedentes

El término estrés en la actualidad se considera hasta una muletilla del lenguaje para expresar nerviosismo, tensión, cansancio, agobio y otras sensaciones que funcionan como excitadores del sistema nervioso, según lo mencionan Caldera y cols. (2007).

El término antes mencionado fue acuñado por primera vez en 1930 por un joven médico austriaco quien descubrió en sus pacientes síntomas comunes no pertenecientes a un padecimiento físico específico, que lo llevaron a intuir la existencia de un padecimiento alterno a los malestares físicos, este joven llamado Hans Selye tomó la determinación de llamar a este conjunto de síntomas como síndrome de estar enfermo, con la necesidad de usar un término menos tendencioso y más universal, cambió el nombre antes mencionado por el de estrés biológico para reducirlo posteriormente a estrés, así lo refieren Caldera y cols. (2007).

“Para Selye el estrés es una respuesta inespecífica del organismo ante cualquier exigencia” (Palmero y cols.; 2002:424) a pesar de lo amplio de esta definición permite observar un panorama general de lo que es el estrés y sus consecuencias para los estados fisiológicos del sujeto, es necesario tener un punto de partida más sólido, universal y claro, por lo que se tomará como definición de estrés la creada por la OMS, este organismo indica que el estrés “es el conjunto de reacciones fisiológicas que preparan al organismo para la acción” (referido por Palmero y cols.; 2002: 424), por lo que se asume que energiza la conducta y permite al individuo mantenerse activo y en constante movimiento.

Conforme el ser humano ha ido evolucionando, sus necesidades también lo han hecho: si en tiempos previos era necesario satisfacer de forma inmediata sólo aquellas que surgieran del organismo y que provocasen una situación de incomodidad física, esto se ha ido transformando por los entornos en los que el individuo se desenvuelve, modificando la percepción que tiene de sí mismo y de las propias necesidades, entre ellas se halla la de tener una apariencia física que se considere aceptable para el resto de la sociedad y que permita que la inclusión en los círculos sociales deseados se efectúe de la mejor manera.

La necesidad de aceptación y de formar parte de un grupo se acentúa durante la adolescencia, es por esto que el padecimiento de desórdenes alimenticios es más común durante esta etapa, como lo demuestran Ruiz y cols. en su investigación con

adolescentes (2004) en la que hace mención de lo relevante que es mantener una alimentación adecuada para los requerimientos específicos de cada etapa de la vida.

En este estudio se esclarece que la alimentación consiste en una acción voluntaria del sujeto, influida por la cultura, la situación económica, la disponibilidad de alimentos, las preferencias e incluso los contextos sociales. La investigación fue realizada con el objetivo de detectar si la práctica deportista representa un detonante en el padecimiento de trastornos alimenticios, tanto en hombres como en mujeres adolescentes.

La población elegida como muestra fue de 100 adolescentes entre los 15 y los 20 años, de los cuales 50 realizaban una práctica deportiva, de ellos había 25 de cada sexo; los 50 restantes, con la misma distribución arriba mencionada, se manifestaban sin una disciplina física, a esta población se le aplicó el inventario de trastornos alimentarios MD, de 33 reactivos,

Los resultados arrojaron que los adolescentes deportistas tienen una mayor incidencia en el desorden alimenticio conocido como anorexia, el cual será definido más adelante, en comparación con los no deportistas; por el contrario, aquellos adolescentes que no practicaban ningún deporte presentaron índices más altos en lo que al padecimiento de bulimia respecta.

La anorexia nerviosa se define como” un síndrome que afecta a mujeres adolescentes, pero que también puede presentarse en pre púberes y adultas y, en menor medida, en los hombres. Esta caracterizada por una pérdida de peso auto inducida, por medio de la restricción alimentaria o el uso de laxantes, diuréticos, vómitos o exceso de ejercitación física” (Behar y Valdez; 2009: s/p).

Mientras que la bulimia es un padecimiento caracterizado “por episodios de voracidad seguidos por conductas compensatorias inapropiadas como el vómito provocado, el abuso de fármacos, laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo” (López; www.tallersur.com: 48).

Planteamiento del problema

En la actualidad, los trastornos alimentarios representan un tema que se halla en boga, mucha información ha sido difundida a través de todos los medios de comunicación, se han elaborado campañas publicitarias que pretenden crear conciencia de la gravedad de dichos padecimientos y de los riesgos que implican para la salud, sin embargo, son pocas las investigaciones que relacionen este problema con los niveles de estrés de las personas que lo padecen.

La anorexia y la bulimia han traspasado los límites de la enfermedad física para traducirse en patologías de tipo psicológico y hasta social, puesto que se ha creado con ellas todo un mundo, una realidad que resulta inimaginable para aquellas personas que no tienen noción de lo que los jóvenes con estos trastornos son capaces de hacer para mantener su motivación y lograr la perfección, según la manera en que la perciben.

Por ejemplo, se sabe que en Internet existen blogs creados por jóvenes con estos padecimientos que tienen como objetivo principal establecer contacto con príncipes y princesas Anas y Mías, título que se dan a sí mismos los enfermos de anorexia y bulimia; a través de estas páginas, además de mantener contacto, compartir sugerencias y darse apoyo moral, los jóvenes encuentran un espacio de descarga donde son comprendidos y aceptados con su sueño de ser físicamente hermosos.

La bulimia y la anorexia se caracterizan por ser trastornos de la conducta alimentaria que provocan en el organismo cambios a través de la privación de los alimentos, la anorexia consiste en la privación total o parcial del alimento por periodos largos de tiempo, ayunos de hasta 10 días, que tienen como consecuencia una pérdida significativa del peso corporal.

La bulimia, por otro lado, consiste en la privación parcial del alimento que se caracteriza por atracones en los que el sujeto ingiere alimentos de forma descontrolada, estos episodios son seguidos por un sentimiento de culpa al que el individuo pone fin a través de la purga.

Los jóvenes actualmente viven excesivamente condicionados por información que los activa y los mantiene funcionando, si se tiene en cuenta que el estilo de vida de la juventud actual se encuentra fuertemente influido por la superficialidad y que el estrés se ha calificado como la enfermedad del siglo, resulta interesante el conocer la relación existente entre estas dos variables.

El estrés funge como energizador de la conducta, sin embargo cuando esta energía es excesiva y no cuenta con descargas apropiadas para el sujeto, puede provocar conductas autodestructivas, como lo son las relacionadas con los trastornos alimentarios antes mencionados.

La preocupación por la aceptación social se acentúa durante la adolescencia, ya que en esta etapa el individuo tiene la necesidad de integrar a su personalidad un autoconcepto, por lo que se considera que esta población es más susceptible a los niveles altos de estrés y a la preocupación por su imagen corporal.

En el instituto salesiano se ha observado un interés sumamente elevado de los jóvenes por su apariencia física, que los lleva a someterse a largas sesiones de ejercicios o a constantes dietas que pudieran favorecer la aparición de trastornos alimentarios.

Es por todo lo antes mencionado que se considera necesario responder la siguiente pregunta: ¿existe relación entre el nivel de estrés y la presencia de indicadores de trastornos alimentarios en los jóvenes del nivel de preparatoria del Instituto Juan de San Miguel, de la ciudad de Uruapan Michoacán, en el ciclo 2011-2012?

Objetivos

Las directrices que enseguida se enuncian permitieron que la investigación estuviera debidamente orientada y se concentraran los esfuerzos.

Objetivo general

Determinar la relación entre el estrés y la presencia de indicadores de trastornos alimentarios en los jóvenes del nivel de preparatoria del Instituto Juan de San Miguel, de la ciudad de Uruapan Michoacán, en el ciclo 2011-2012.

Objetivos específicos

1. Definir el concepto de estrés
2. Identificar el cuadro sintomatológico correspondiente a la presencia de estrés.
3. Identificar las diferentes posturas teóricas que abordan el estrés.
4. Identificar las principales causas del estrés.
5. Definir el concepto de trastornos alimenticios.
6. Identificar las principales causas de la presencia de trastornos alimenticios.
7. Evaluar el nivel de estrés en los jóvenes del nivel de preparatoria del Instituto Juan de San Miguel, de Uruapan, Michoacán.
8. Medir los rasgos psicológicos relacionados con la presencia de trastornos alimenticios en los jóvenes del nivel de preparatoria del Instituto Juan de San Miguel, de Uruapan, Michoacán
9. Establecer la relación entre la presencia de niveles elevados de estrés y la presencia de trastornos alimenticios. en los jóvenes del nivel de preparatoria del Instituto Juan de San Miguel, de Uruapan, Michoacán.

Hipótesis

Tras una revisión bibliográfica en relación con la realidad estudiada, se estructuraron las siguientes explicaciones provisorias.

Hipótesis de trabajo

Existe relación significativa entre el nivel de estrés y la presencia de indicadores de trastornos alimentarios en los jóvenes del nivel de preparatoria del Instituto Juan de San Miguel, de la ciudad de Uruapan, Michoacán, en el ciclo 2011-2012.

Hipótesis nula

No existe relación significativa entre el nivel de estrés y la presencia de indicadores de trastornos alimentarios en los jóvenes del nivel de preparatoria del Instituto Juan de San Miguel, de la ciudad de Uruapan, Michoacán, en el ciclo 2011-2012.

Operacionalización de las variables de investigación

La variable estrés se identificara como el resultado que cada sujeto tenga en la prueba CMAS-R de los autores Reynolds y Richmond, la cual está conformada por

cuatro escalas y una más que mide la mentira en el sujeto investigado; por otra parte, la variable trastornos alimentarios se identificara por el puntaje que el sujeto tenga en la prueba denominada Inventario de los Trastornos en la Conducta Alimentaria (EDI-2) de Gardner (1998), la cual ubica 11 escalas relacionadas con los rasgos psicológicos propios de los trastornos alimentarios

Justificación

La presente investigación representa la oportunidad de mostrar información contundente, tanto teórica como empírica y estadística, que podrá ser utilizada por diferentes sectores de la población, primordialmente a aquellos relacionados con los ámbitos educativos, sociales y psicológicos.

Por principio de cuentas será útil para la población estudiada ya que ofrecerá la oportunidad de conocer los propios niveles de estrés y la posibilidad de padecer un trastorno alimentario. Servirá también a los padres de familia del alumnado, para conocer en qué nivel de riesgo se hallan sus hijos.

Será útil a la institución educativa en la que la investigación será realizada, para determinar los niveles de estrés que su alumnado maneja y si existe relación de éstos con el padecimiento de trastornos alimentarios.

Educadores y sociólogos se servirán del presente estudio para conocer el nivel de influencia que los fenómenos sociológicos tienen en los jóvenes y como afectan, ya sea de forma positiva o negativa, a su personalidad. Servirá también a los trabajadores del área de la salud que encontrarán en este documento una nueva perspectiva sobre el tema. Asimismo, los psicólogos hallarán sustentos sólidos que permitirán conocer nuevas facetas causas y consecuencias de los trastornos alimentarios, así como de algunas de las afecciones que el estrés puede causar en el organismo.

Por último, se aportarán bases empíricas a la psicología, mediante la exploración de un sector de la población y algunas de sus características, que permitirán la formulación de nuevas hipótesis.

Marco de referencia

La presente investigación fue realizada en el Instituto Juan de San Miguel, la cual es una institución de carácter privado, que tiene como misión “educar-evangelizando a los y las jóvenes en el marco de la edad evolutiva con el método que María Santísima inspiró a Don Bosco y el estilo educativo de Santa María Mazzarello, para acompañar el desarrollo del honesto ciudadano y buen cristiano, y lograr que se inserte como persona comprometida según el Evangelio en la Iglesia y en la sociedad”.

Su visión es que mediante “las comunidades educativas de las obras animadas por las hijas de María auxiliadora, al desarrollar la educación evangelizadora, se quiere contribuir a la creación de la cultura de vida y esperanza, asumiendo la propuesta de más alta humanización de la persona y la historia”.

Los valores que pretende fomentar son: confianza, comunión, alegría y sentido de fiesta, responsabilidad, piedad, amabilidad, libertad y espíritu de familia.

El colegio se encuentra incorporado a la SEP como escuela de calidad, sus fundamentos pedagógicos se ubican dentro de un sistema preventivo que tiene como objetivo primordial el ofrecer al joven la posibilidad de desarrollar un pensamiento abstracto más activo que le permita prever las situaciones de conflicto antes de que ocurran, tanto en el ámbito académico como en el social y el familiar.

La población de alumnos en preparatoria asciende a 259 estudiantes, divididos en los tres grados, mientras que la planta docente se halla integrada por 23 profesores, todos con licenciatura y dos de ellos con maestría; seis cuentan con la certificación exigida por la SEP para impartir clases en este nivel.

CAPÍTULO 1

EL ESTRÉS

A lo largo de este capítulo se presentan algunos de los antecedentes históricos de este concepto, así como las aplicaciones de las conceptualizaciones más modernas, se habla además de la influencia y de la importancia que tiene dentro de la vida cotidiana, su tipología y los tipos de personalidad que se relacionan con dicha condición,; se debe tomar en cuenta que si el estrés se presenta en niveles elevados, puede llegar a implicar riesgos para la salud, tanto mental como física y psicológica.

1.1 Antecedentes históricos del estrés

El ser humano se ha caracterizado por ser una especie animal con excelentes niveles de adaptación que le han permitido sobrevivir y evolucionar, se considera que desde la prehistoria el hombre se ha visto sometido a grandes cantidades de estrés que le permitieron tener la energía y motivación suficientes para conseguir alimento y protegerse de las amenazas de su entorno.

A pesar de que el estrés haya tenido presencia desde tiempos tan remotos fue hasta hace relativamente poco que se logró darle un nombre y establecer las características que permiten identificarlo como tal.

Lazarus y Lazarus (2000) refieren que no fue hasta los años 50 que comenzó a prestársele atención de una forma mucho más específica y focalizada al significado y uso de este término, debido a las exigencias manifestadas por la población involucrada en la Segunda Guerra Mundial. Estos autores citan a Robert Hooke, quien consiguió darle importancia técnica al término estrés cuando pretendía ayudar a los ingenieros a diseñar construcciones más resistentes que soportaran las inclemencias del tiempo, el análisis que Hooke hizo, tuvo una influencia significativa en extremo para definir la tensión en fisiología, psicología y sociología.

Y fue así como el estrés se convirtió en el término que definiría una exigencia del entorno sobre un sistema biológico, social o psicológico, la cual relacionaría el nivel de resistencia de las construcciones con el de las personas, para afrontar situaciones complejas.

Sánchez (2007) menciona que la palabra estrés tiene sus orígenes en latín, en el vocablo *stringere*, que tiene como significado oprimir; se ha usado en distintas ciencias para hacer referencia a la fuerza que se aplica sobre un objeto y mediante la cual es posible deformarlo o romperlo.

Bernard, citado por Sánchez (2007) demostró que la naturaleza provee genéticamente a los seres vivos de mecanismos para enfrentar las contingencias del ambiente externo, por lo que el enfrentarse y manejar niveles elevados de estrés no debería representar un problema para la especie humana, ya que sus individuos

tienen la capacidad de mantener el equilibrio interno a pesar de los cambios en el ambiente.

Sánchez (2007) habla también de cómo Cannon usó el término estrés para referirse a todos aquellos factores que pudiesen provocar un descontrol en los mecanismos homeostáticos a los cuales definió con niveles críticos de estrés, Cannon fue el primero en manejar los términos de ataque o fuga, que se supone serían las dos respuestas inmediatas del organismo al ser sometido a una situación estresante, dichas reacciones son reflejas y manifiestas cuando según la percepción de la persona, ésta se encuentra en peligro.

El autor que quizá realizó más aportaciones para la conceptualización de este término fue Hans Selye, a quien Sánchez (2007) señala como el responsable del que se haya podido establecer al estrés como una reacción inespecífica, fisiológica, adaptativa sobre el organismo por una amplia gama de estímulos heterogéneos que provoquen cambios en el sistema endocrino, reacción a la que le dio el nombre de “Síndrome General de Adaptación”, más tarde Selye definiría el estrés como “la respuesta no específica del organismo a cualquier estímulo del exterior” (Sanchez; 2007: 15).

Como se mencionó con anterioridad, la Segunda Guerra Mundial tuvo gran injerencia en el desarrollo del concepto, ya que la gran presión de las batallas llevaba a los soldados a desmoronarse emocionalmente y a quedar paralizados en las

trincheras. Por lo que las autoridades militares “querían saber como seleccionar a hombres que fueran resistentes al estrés, y como entrenarlos para que lo supieran manejar de manera eficaz: ello fomento investigaciones cada vez más numerosas sobre este tipo de problemas” (Lazarus y Lazarus; 2000: 281).

Con el paso de los años y el fin de la guerra citada, el estrés comenzó a tenerse en consideración también como causa de angustia y disfunción humana, por lo que Lazarus y Lazarus (2000: 282) concluyeron que “necesitamos de cierto nivel de estrés para movilizar nuestros esfuerzos, para enfrentarnos a los problemas habituales del ser humano: el estrés es una respuesta natural a las exigencias de la vida y no es del todo malo”.

1.2 Tres enfoques teóricos del estrés

De acuerdo con los antecedentes presentados con anterioridad, el estrés tiene como definición principal la presión ejercida sobre un ente, o sobre una persona en este caso; cada individuo maneja niveles diferentes de este según sus percepciones del mundo y del entorno. A continuación se presentan tres de los principales enfoques que permiten dar al estrés diferentes acepciones de acuerdo con sus efectos sobre el organismo.

1.2.1 El estrés como estímulo

Travers y Cooper (1997) citando a Godell, refieren que Hipócrates creía que el entorno condicionaba las características de salud y enfermedad, ya que un organismo expuesto a un medio debe alcanzar ciertos niveles de adaptación y el contexto puede señalar a sujeto como enfermo o no, puesto que la interpretación de ambos conceptos se encuentran estrechamente relacionados con la percepción del medio.

Puede decirse que las “características ambientales molestas inciden sobre el individuo de una forma disruptiva, lo cual provoca cambios sobre éste” (Travers y Cooper; 1997: 31). Por lo anterior, se afirma que el ser humano se ve obligado a mantener su comportamiento sobre ciertos estándares que el entorno le exige, teniendo siempre la necesidad constante de adaptación que lo motiva y energiza para mantener, modificar y dirigir su conducta.

Para que el individuo se halle motivado debe sentir cierta presión sobre él, que le haga caer en cuenta de lo que debe hacer para recuperar la estabilidad, esta presión “puede ser física o emocional, y si tiene lugar durante un dilatado periodo de tiempo, puede conducir eventualmente a diversas reacciones de ansiedad” (Travers y Cooper; 1997:98).

Por lo anterior, se deduce que existe la necesidad de conocer cuales son los elementos estresores que pudiesen representar un riesgo para la persona, Travers y Cooper (1997) mencionan algunos de ellos, como son: las presiones ambientales, sociales, psicológicas, físicas, económicas y los desastres naturales.

Puede asumirse que el estrés es una situación ambiental, puesto que resulta practicante imposible para el ser humano en la actualidad el alejarse de todas aquellas situaciones que representen un peligro para su estabilidad, por lo que en lugar de que éstas representen un bloqueo, se traducen en estímulos del exterior que provocan respuestas internas que se expresan a través de la conducta, según Travers y Cooper (1997).

Actualmente se persigue que el estrés tenga una manera más científica de medirse, así como se hace con la presión sobre un puente y el peso que éste puede soportar, este tipo de teorización del estrés permitiría conocer cual es el nivel tolerable de estrés para cada individuo. Travers y Cooper (1997) mencionan que serviría para que el individuo no excediera los niveles que puede soportar, y evitar así danos temporales o permanentes en su salud, tanto física como mental.

“El individuo esta expuesto siempre a multitud de presiones, y puede dominarlas con bastante efectividad, si bien basta un suceso insignificante para desequilibrar la balanza entre una actitud resolutiva y un completo hundimiento potencial” (Travers y Cooper; 1997: 32), así que puede asumir que el estrés en

exceso, en lugar de estimular al individuo, puede llegar a significar un bloqueo que lo lleve a la desadaptación.

Travers y Cooper (1997) retoman a Selye, quien asevera que el estrés no puede considerarse del todo negativo, ya que también es un estimulante y un rasgo inherente a los seres vivos; en el mismo sentido, hace la diferenciación entre el eustrés, considerado positivo ya que motiva al desarrollo y al cambio, en contraste con el distrés, que es el negativo, indeseable, incontrolable y posiblemente dañino. Además, señala cuatro tipos de estrés que puede experimentar el individuo: hiperestrés, que es el exceso de estrés; hipoestrés, entendido como defecto de estrés, y los dos mencionados con anterioridad.

1.2.2 El estrés como respuesta

El estrés es descrito según el modelo de estímulo respuesta como una variable dependiente, es decir, se considera que debe existir un estímulo desagradable del exterior para que exista una respuesta impulsada por el estrés dentro del individuo (Travers y Cooper; 1997).

Existen manifestaciones físicas que se transforman en indicadores de la presencia de estrés en el sujeto, como lo menciona Sánchez (2007), los cuales son: dilatación pupilar con la finalidad de mejorar la visión, el oído se agudiza, los músculos se tensan, las frecuencias cardíaca y respiratoria aumentan, de forma que

la sangre es bombeada con mayor rapidez para hacer llegar el oxígeno a las células y favorecer una respuesta más rápida y eficaz; con esa finalidad la sangre es enviada a áreas prioritarias como son el corazón, los pulmones, los riñones, el hígado, los músculos grandes y el cerebro. Todas las reacciones físicas ya mencionadas tienen como objetivo primordial el preparar al individuo para la huida.

Pueden existir respuestas ubicadas en polos totalmente opuestos para el mismo estímulo, según señala Fontana (1992), ya que todo depende de la interpretación y de las circunstancias del sujeto en el momento en que el estímulo sea presentado.

El autor anterior menciona el ejemplo de una persona que se encuentra en su casa, cuando es de noche y no espera la llegada de ningún miembro de su familia por que aún no se cubren sus horarios de actividades fuera de la casa, entonces de repente comienzan a escucharse pasos en la planta baja y poco a poco se escucha como esos pasos avanzan en la escalera. Existen dos posibilidades para esta persona: prepararse para huir o para atacar, sin embargo, al abrirse la puerta esta persona descubre que los pasos pertenecen a su cónyuge, entonces toda la activación fisiológica previa desaparece, cuando la pareja explica que su horario de trabajo ha cambiado y que ahora llegará a casa una hora antes de lo acostumbrado; el sujeto que espera en casa no tendrá pánico de nuevo al escuchar pasos, por el contrario, esta sensación será sustituida por una de agrado.

En el ejemplo antes mencionado lo realmente importante es que “el suceso externo es exactamente el mismo en ambas ocasiones. Lo que es diferente es la interpretación mental que se hace de él y es esta valoración cognoscitiva la que a menudo desencadena o suprime la respuesta autónoma” (Fontana; 1992: 10).

Todo aparato requiere de energía para funcionar, en el caso del ser humano esto también se emplea, es por esto que “ciertos niveles de estrés parecen ser psicológicamente benéficos” (Fontana; 1992: 10), ya que permiten agregar interés a la vida y alientan a las personas a sentirse útiles y apreciados.

Por otra parte, también existen riesgos cuando el estrés excede los niveles óptimos para sólo energizar la conducta, ya que agota la energía psicológica, deteriora el desempeño y provoca un sentimiento de inutilidad y subestima, dejando a la persona con escasos propósitos y objetivos (Fontana; 1992).

Cuando el estrés excede los niveles a los que el individuo está acostumbrado pueden presentarse efectos secundarios, Fontana (1992) los divide en:

Efectos cognoscitivos, que tienen como indicadores: decremento del periodo de concentración, aumento de la distractibilidad, deterioro de la memoria a corto y largo plazo, la velocidad de respuesta del individuo se vuelve impredecible, aumento de la frecuencia de errores, deterioro de la capacidad de organización y de la

planeación a largo plazo y aumento de los delirios y de los trastornos del pensamiento.

Efectos emocionales, que son: aumento de la tensión física y psicológica, aumento de la hipocondría, aparecen cambios en los rasgos de personalidad, aumento de los problemas de personalidad existentes, debilitamiento de las restricciones morales y emocionales, aparición de sentimientos de depresión e impotencia y pérdida repentina de la autoestima.

Efectos conductuales generales, que se manifiestan a través de: aumento de los problemas del habla, disminución de los intereses y el entusiasmo, aumento del ausentismo, aumento del consumo de drogas, descenso de los niveles de energía, alteración de los patrones del sueño, aumento del cinismo en relación a los demás, se ignora la nueva información, las responsabilidades se depositan en los demás, los problemas son resueltos superficialmente, aparecen patrones de conducta excéntrica y pueden hacerse amenazas de suicidio.

1.2.3. El estrés como relación persona entorno

El ser humano contando con el instinto gregario tiene la necesidad de vivir en la sociedad, en contacto con el entorno y por ende con sus semejantes. “La relación entre persona entorno que produce el estrés es un desequilibrio subjetivo entre las

demandas que recibe la persona y sus recursos para satisfacerlas” (Lazarus y Lazarus; 2000: 282).

Lo anterior significa que los sujetos tendrían que poder reaccionar ante las demandas del entorno sin ningún problema, sin embargo, Lazarus y Lazarus (2000) también señalan que cada sujeto tiene un nivel diferente de resistencia a las exigencias del medio, hacen mención de una metáfora en la que el individuo y el entorno se hallan ubicados en una balanza, cada uno de ellos ocupando uno de los lados; si la cantidad de estrés supera en peso al individuo, éste no alcanzara el equilibrio, igualmente si esta carga es menor al peso que el individuo puede soportar, lo ideal es que el nivel de estrés pese lo que el sujeto requiere para estar en equilibrio con el ambiente.

Travers y Cooper (1997) citando a Pearlin, señalan que el estrés por sí solo no representa un suceso sino un proceso complejo con variantes y que significa un desafío a nivel intelectual que pone a prueba las capacidades del individuo, ante lo cual existen dos posibilidades: que este haga acopio de sus fortalezas y habilidades para superar la crisis, o que la carga de estrés sea tanta que éste se desplome bajo ella.

Es por esto que “cuando las exigencias del entorno se convierten en demasiado pesadas para los recursos del individuo, la báscula implícita no está equilibrada y se inclina hacia al lado del entorno. Cuanto mayor es el desequilibrio,

más alto es el estrés” (Lazarus y Lazarus; 2000:282), debido a que implica un mayor nivel de esfuerzo el recuperar la estabilidad.

El exceso de estrés no es el único problema al que un sujeto pudiera enfrentarse puesto que cuando este componente se encuentra por debajo del nivel que el sujeto maneja normalmente, surge el aburrimiento, que según refieren Lazarus y Lazarus (2000), irónicamente también resulta nocivo, en resumen “por debajo de ese nivel, la persona siente aburrimiento; por encima, siente demasiada presión” (Lazarus y Lazarus; 2000: 282).

En definitiva, si existiera una única palabra para definir la necesidad de estrés que cada persona requiere y puede soportar ésta sería subjetiva, expresan Lazarus y Lazarus (2000) puesto que mientras algunas personas no pueden manejar ni siquiera cargas moderadas, otras pueden enfrentarse a demandas mucho más pesadas.

“Normalmente, la mayoría de nosotros nos sentimos por encima de las exigencias de la vida. No obstante, en el transcurso normal de nuestra vida, es probable que existan épocas en que nuestra capacidad de afrontamiento esta debilitada, por que estamos enfermos, fatigados o hemos pasado una época de demandas excesivas” (Lazarus y Lazarus; 2000:282).

Entonces, con todo lo antes mencionado podría concluirse que los niveles de estrés que cada persona maneja, soporta y enfrenta, se encuentran estrechamente

relacionados con el entorno que rodea al sujeto y que provee a este de situaciones estresantes que le permiten al individuo hacer uso de sus habilidades y capacidades.

1.2.3.1 El concepto integrador de estrés

A partir de la relación de los tres enfoques se hace necesario establecer un concepto claro y único que defina el estrés y permita identificarlo y diferenciarlo de otros padecimientos.

El estrés “es una respuesta adaptativa, mediada por las características individuales y/o procesos psicológicos, la cual es al mismo tiempo consecuencia de la acción, situación o evento externo que plantea a la persona especiales demandas físicas o psicológicas” (Ivancevich y Matteson; 1985: 23). Los indicadores de esta condición, según Lazarus y Lazarus (1992) son: existencia de una demanda, percepción de esa demanda como amenaza, pérdida o daño, que el sujeto no disponga de recursos suficientes para dar salida a la situación estresante, presencia de emoción negativa y peligro de inadaptación o desajuste psicológico.

Ivancevich y Matteson (1985) indican que el estrés no representa un problema en sí, sino la ausencia de éste, es por esto que se hizo necesario el acuñar el término eustrés que hace referencia al estrés como algo positivo y necesario para la adecuada adaptación de la persona.

Cuando el individuo se enfrenta a situaciones que suponen ponerse a prueba se genera una carga de estrés que lo energiza aun en tareas simples como resolver un crucigrama, aquí es donde Ivancevich y Matteson (1985) identifican la aparición del eustrés, ya que cuando la prueba ha sido superada, aparece en la persona una sensación de satisfacción que tiene como consecuencia la aparición de motivación intrínseca, la cual hará al sujeto sentir un mayor nivel de confianza en las ocasiones futuras en las cuales deba enfrentarse a pruebas semejantes.

“El eustrés es necesario en nuestras vidas. De hecho parte del distrés que experimentamos, no es sino la ausencia de eustrés” (Ivancevich y Matteson; 1985: 248).

1.3 Los estresores

Para todo organismo el adaptarse a nuevas situaciones representa una carga de estrés, aun cuando éstas signifiquen cambios positivos en la vida del individuo, Palmero y cols. (2002) refieren que tanto aquellas experiencias gratas como las no gratas que el sujeto experimenta, tienen como consecuencia un desajuste en el modo de vida que obliga a cada persona a reajustarse.

Los autores anteriores señalan también que estas situaciones pueden estar representadas en una amplia gama que puede ir desde conocer a la persona con la que siempre se soñó, hasta la pérdida del empleo, incluso pueden generar estrés

circunstancias que nunca han ocurrido, sin importar que la probabilidad de que ocurran sea elevada o no.

“El estrés es una reacción particular entre la persona y el entorno, que es evaluado por este como amenazante o desbordante de sus recursos, que pone en peligro su bienestar” (Palmero y cols.; 2002: 425).

Se considera que estas características del entorno con las cuales el individuo se encuentra de frente no se han previsto, ni se ha contemplado en la gran mayoría de las situaciones cual sería la forma más apropiada de reaccionar ante ellas, ya que representan “acontecimientos que implican cambios en las rutinas de la vida cotidiana de las personas, rompiendo sus automatismos y generando nuevas condiciones y necesidades, ante las cuales la persona tiene que valorar su forma de responder” (Palmero y cols.; 2002: 425).

Podrían realizarse muchas clasificaciones de las situaciones generadoras de estrés o estresores, sin embargo, como señalan Palmero y cols. (2002), son los de tipo psicosocial los que más abundan, dichos autores retoman la clasificación de Lazarus y Cohen para los tres tipos principales de estresores, ubicados en función de la intensidad de los cambios que producen en la vida cotidiana, éstos son:

- Cambios mayores o estresores únicos, que se refieran a cambios abruptos y muy dramáticos en las condiciones de vida de un gran número de personas.

- Cambios menores, o estresores múltiples que afectan sólo a una persona o aun grupo mínimo de ellas.
- Estresores cotidianos, o microestresores, que se refieren a las molestias cotidianas que cada ser humano enfrenta de forma individual de acuerdo con sus percepciones.

Palmero y cols. (2002) señalan que a estos tres tipos de estresores debe añadirse un cuarto, que es el referente a los estresores biogénicos los cuales alteran directamente los procesos de activación fisiológica.

1.3.1 Estresores psicosociales: cambios mayores, menores y cotidianos

Como ya se menciono previamente, existen diferentes tipos de estresores y dentro de los estresores psicosociales existe una taxonomía que permite un mejor estudio de éstos.

Palmero y cols. (2002) en su división, mencionan primeramente los cambios mayores, que son aquellos que tienen como resultado cambios drásticos en el estilo de vida de la persona, como el hallarse incluido en una guerra o tener problemas muy fuertes de salud que impliquen una cirugía muy riesgosa o el sufrir una catástrofe natural, como un terremoto; en general, todas aquellas situaciones altamente traumáticas.

Según estos autores, cambios tan drásticos generan en las personas que se enfrentan a ellos estrés post-traumático, señala que puede presentarse la sintomatología mencionada en la clasificación de padecimientos conocida como DSM-IV.

En segundo lugar se encuentran los cambios menores que “hacen referencia a ciertas circunstancias que pueden hallarse fuera del control del individuo, como es el caso de la muerte de un ser querido, una amenaza a la propia vida, una enfermedad incapacitante o la pérdida del puesto de trabajo” (Palmero y cols.; 2002: 427).

Palmero y cols. (2002) señalan que las principales fuentes de estrés corresponden a cambios en la vida conyugal, paternidad, el manejo de las relaciones interpersonales, el ámbito laboral, las situaciones ambientales, la economía, las cuestiones legales, el propio desarrollo biológico, las lesiones o enfermedades somáticas.

En el caso de niños y adolescentes existen otros factores como son “relaciones frías y distantes entre los padres, o relaciones de abierta hostilidad; trastornos somáticos o mentales en los miembros de la familia; comportamiento frío y distante en las relaciones paterno-filiales; intrusismo paterno-filial, así como un débil o insuficiente control paterno; estimulación cognitiva o social insuficiente, excesiva o confusa; situación familiar anómala, como, por ejemplo, visitas y custodia irregular o

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

Por último, existen los estresores cotidianos o microestresores, que Palmero y cols. (2002) señalan como factores de poca relevancia pero con mucha frecuencia, se trata de aquellas situaciones que puede llegar a alterar o irritar al sujeto, como el compartir el espacio con alguien que resulte desagradable. Señalan también que son estas pequeñas situaciones cotidianas, y el estrés que producen, lo que permite a los seres humanos lograr la adaptación constante.

Estos estresores tienen como característica específica que “implican un cambio o novedad en la situación ambiental. Se perciben como situaciones donde hay una falta de información para tomar decisiones, o una imprevisibilidad de la situación. Se produce un estado de incertidumbre. Existe una ambigüedad en la situación o, por el contrario, una sobrecarga de información” (Palmero y cols.; 2002: 430).

En conclusión, básicamente se pueden encontrar dos tipos de microestresores, según sostienen Palmero y cols. (2002), las contrariedades y las satisfacciones. Las primeras se refieren a situaciones irritantes que pueden ser entendidas como problemas prácticos como estar atascado en el tráfico, sucesos fortuitos, como los fenómenos meteorológicos y problemas sociales como mantener

una discusión, mientras que los segundos se refieren a experiencias emocionales positivas.

1.3.2. Estresores biogénicos

Los estresores se clasifican en dos grandes grupos: los psicosociales y los biogénicos “los estresores son sucesos medioambientales reales o imaginarios que configuran las condiciones para elicitarse las respuestas de estrés” (Palmero y cols.; 2002: 431). Podría decirse que los estresores a los que se enfrenta la persona son en su mayoría de tipo psicosocial, sin embargo no son los únicos, ya que también existen los biogénicos que son los que actúan directamente contra el organismo.

A diferencia de los estresores psicosociales, los biogénicos no utilizan los mecanismos de valoración cognitiva, puntualizan Palmero y cols. (2002), ya que actúan directamente en la química cerebral, así omiten el requisito del proceso cognitivo-afectivo.

Algunos ejemplos de estresores biogénicos según Palmero y cols. (2002) son: cambios hormonales en el organismo, como los que ocurren en la pubertad, tanto en hombres como en mujeres, durante la gestación, después del parto y durante el climaterio en el caso de las mujeres, constituyen cambios sumamente significativos en los perfiles hormonales que pueden tener como consecuencia episodios de sobreestrés.

Otras situaciones que pueden generar estrés de tipo biogénico son la “ingestión de determinadas sustancias químicas, tales como las anfetaminas, la fenilpropalona, la cafeína, la teobromina, la teofilina o la nicotina” (Palmero y cols.; 2002:431).

La reacción a estímulos externos que provocan incomodidad en el sujeto, como calor o frío excesivos, y las reacciones alérgicas también son consideradas por Palmero y cols. (2002) como estresores de tipo biogénico. Los estresores de esta naturaleza resultan más complicados de manejar, ya que como se mencionó al principio, son reacciones del organismo ante situaciones que el individuo difícilmente puede controlar y prever.

1.3.3. Estresores en el campo académico

En la vida moderna, el ámbito académico se halla cargado de significatividad para casi todos los individuos puesto que permite tener acceso a mayores aspiraciones en los demás medios sociales, por lo que constituye una fuente de estrés importante.

Barraza (2003) señala como principales fuentes de estrés en el ámbito académico la exposición de trabajos, la intervención en el aula a través de la participación frente al grupo, la realización de un examen, tener contacto con algún profesor para un proceso de tutoría, sobrecarga académica, masificación en el aula,

la competencia con los compañeros, el trabajo en grupo, el exceso de responsabilidad, las distracciones que provoquen la interrupción en el trabajo, un ambiente físico desagradable, la falta de incentivos, los tiempos reducidos para la elaboración de trabajos, problemas o conflictos con los compañeros y maestros, las evaluaciones y los tipos de trabajo que se piden.

A estos se les suman algunos otros cuando se trata del cambio de nivel medio superior a superior, los cuales según Barraza (2003) giran en torno a dejar la casa paterna, tener que viajar muchos kilómetros, hacerse cargo de la economía, compartir vivienda o vivir solo, atender las responsabilidades académicas, las clases y las relaciones personales, encontrarse de frente con situaciones como enamorarse o preparar un viaje de estudios, estímulos que aun siendo agradables son fuentes de eustrés.

De acuerdo con Hernández, Polo y Poza (citados por Barraza; 2003) existen varias respuestas al estrés académico las cuales son: preocupación, palpitaciones rápidas y respiración acelerada, movimientos repetitivos con partes del cuerpo o movimientos torpes, miedo latente, necesidad de comer beber o fumar constantemente, pensamientos o sentimientos negativos, inseguridad, resequedad en la boca y ganas de llorar.

1.4 Procesos del pensamiento que propician el estrés

Dentro de la mente de todos los individuos se formulan ideas, creencias, preocupaciones y pensamientos automáticos, sobre los cuales se pierde el control; “estos pensamientos deformados llegan a ser reiterativos, inciden directamente en una incapacidad para evaluar la situación y por tanto, disminuyen la afectividad del procesamiento controlado del estrés” (Palmero y cols.; 2002: 434).

Estos pensamientos distorsionados reiterativos se presentan a través de diferentes ideas que el sujeto tiene de sí mismo para con los demás, las distorsiones más frecuentes según Palmero y cols. (2002) son:

1. El filtraje: el sujeto se enfoca sólo en un componente de la situación, perdiendo la visión general.
2. La sobregeneralización: una vez que ha ocurrido una situación incómoda para el sujeto, éste cree que puede repetirse una y otra vez.
3. Falacia del control: se da en dos extremos, uno donde la persona se ve a sí misma como impotente, controlada y totalmente dependiente y el otro donde la persona se considera omnipotente y responsable de todo lo que ocurre.
4. El razonamiento emocional: se fundamenta en la creencia de que lo que la persona siente es absolutamente verdadero.

5. La falacia del cambio: en ésta, el sujeto cree que la felicidad propia depende de los actos de los demás y pone en manos de ellos la satisfacción de sus necesidades.
6. La culpabilidad: se trata principalmente de que las personas se sienten responsables de todo aquello que les ocurra a sí mismas o a los demás.
7. El tener razón: el individuo considera que sus ideas son infalibles, de modo que cuando los hechos indican lo contrario, tienden a ignorarlos.
8. La personalización: la persona encuentra la forma de relacionar todo lo que ocurre a su alrededor consigo misma, sin importar que no exista relación alguna.
9. Todas estas distorsiones pueden llegar a generar cargas sumamente elevadas de estrés y por tanto, de incomodidad con situaciones de la vida cotidiana, orillando al sujeto a buscar formas de descarga o evitación.

1.5 Los moduladores del estrés

A lo largo de la vida y ante el hecho de enfrentarse a situaciones conflictivas, día con día el individuo se ve en la necesidad de desarrollar recursos personales y sociales para llevar a cabo el manejo adecuado del estrés, a los cuales Palmero y cols. (2002) llaman recursos de afrontamiento.

Estos recursos son de gran utilidad para el sujeto ya que le permiten bajar los niveles de tensión que generan en las situaciones nuevas tanto gratas como desagradables.

“Existen una serie de factores que influyen considerablemente en el estrés, los denominados moduladores, es decir factores imprescindibles para determinar y predecir cuál será el curso del proceso del estrés y sus repercusiones sobre la salud” (Palmero y cols.; 2002: s/p).

Estos moduladores son de dos tipos, según dichos autores: pueden ser de carácter social, como el apoyo que el sujeto pueda sentir que recibe del exterior en una situación de conflicto y de carácter personal, en los cuales entran las creencias, las competencias y los rasgos de personalidad.

Estos moduladores están siempre presentes y son capaces de determinar los efectos que el estrés tengan sobre el organismo sean positivos o negativos.

1.5.1 El control percibido

La seguridad y el conocimiento que cada sujeto pueda tener de sí mismo influye sobremanera en los niveles de estrés que maneje habitualmente, dependiendo de esto el impacto que las situaciones estresantes puedan tener para el organismo.

El afrontamiento del estrés según Obrist (citado por Palmero y cols.; 2002), puede darse en dos vertientes: activa y pasiva, lo cual tiene efectos cognoscitivos, motivacionales y emocionales negativos de la falta de control.

Palmero y cols. (2002) citando a Fontana y cols., puntualizan que la percepción de control que tenga el sujeto puede influir directamente sobre la salud y la idea que la persona tenga de sus propias limitantes y alcances, cuando el individuo cree tener el control sobre su entorno, aun cuando éste no sea real, los efectos negativos de este pueden ser menores.

Durante un estudio efectuado con soldados combatientes en la guerra de Vietnam, pudieron comprobarse los efectos positivos que el control percibido tiene en el organismo (Palmero y cols.; 2002). En este estudio se analizaron los niveles de cortisol de todos los participantes, soldados, operadores de radio y oficiales de diferentes rangos, a los soldados se les dijo que mientras se apegaran a las instrucciones recibidas durante el periodo de entrenamiento, saldrían con vida del combate, mientras que tanto los oficiales como los operadores de radio que conocían la gravedad de la situación se mostraron mucho más ansiosos y preocupados.

Este estudio permitió comprobar que mientras cada individuo tenga la certeza de hacer lo correcto y que a través de sus acciones logrará su objetivo, sus niveles de estrés disminuirán sustancialmente, lo que le permitirá tener un pensamiento más claro y una mejor actuación.

1.5.2 El apoyo social

El hombre cuenta con un instinto básico de agrupación, el cual lo obliga a vivir en sociedad, por lo que puede considerarse natural que éste se sirva de los recursos que sus semejantes le ofrecen para tener una mejor calidad de vida: “el apoyo social se ha definido como las provisiones instrumentales o expresivas, reales o percibidas, aportadas por la comunidad, las redes sociales o los amigos íntimos” (Cascio y Guillén; 2010: 189).

Si se tiene en consideración que una de las principales causas de estrés es el desajuste social, el desequilibrio entre las demandas del ambiente y los recursos con que el sujeto cuenta, entonces resulta fácil comprender por que el apoyo social es una fuente de recursos para afrontar estas demandas, sostienen Cascio y Guillén (2010).

Resulta inevitable no considerar que existan efectos del apoyo social sobre la salud, por lo que los autores mencionados proponen dos mecanismos que no son mutuamente excluyentes: el primero es la hipótesis del efecto directo o protector, la cual supone que cuando el sujeto cuenta con un alto nivel de apoyo social, sus reacciones a los estresores de este tipo resultan significativamente menos dañinas para el organismo, cabe señalar que esta protección se activa solamente cuando existe amenaza.

El segundo es la hipótesis del efecto directo o principal, la cual “afirma que el apoyo social fomenta la salud y el bienestar independientemente del nivel de estrés, según esto, a mayor nivel de apoyo social menor malestar psicológico, y a menor grado de apoyo social mayor incidencia de trastornos” (Cascio y Guillén; 2010: 190).

En ambas hipótesis se resalta la relevancia que el apoyo social puede llegar a tener en el afrontamiento del estrés, sin embargo es importante mencionar que estos efectos también se hallan sujetos a las diferencias individuales de cada persona

1.5.3 El tipo de personalidad A/B

Como se mencionó anteriormente, las diferencias individuales gozan de gran significatividad en cuanto a lo que al manejo de estrés se refiere, es por esto que se hace necesario ahondar en los tipos de personalidad y cómo se relacionan con el manejo de estresores, a continuación se presentara la taxonomía elaborada por Travers y Cooper (1997) en la cual se ubican dos tipos básicos de personalidad.

Los tipos de personalidad, tipo A y tipo B, según Travers y Cooper (1997) son un conjunto de actitudes, reacciones emocionales y conductas, se encontró una fuerte correlación entre dicho cuadro y las enfermedades coronarias, es importante señalar que el tipo A no es un rasgo, sino más bien una serie de comportamientos o reacciones ante diversas situaciones.

Friedman y Rosenman (citados por Travers y Cooper; 1997) descubrieron que los pacientes con padecimientos cardiacos compartían ciertos patrones de conducta acompañados de reacciones emocionales similares, a esto le llamaron conducta del tipo A, la que fue descrita como la composición de la emoción acción, con comportamientos como hostilidad, agresividad, competitividad y un sentido de urgencia. Las personas con este tipo de personalidad, según manifiestan Travers y Cooper (1997), pueden ser además intolerantes, exigentes, y con preocupación por alcanzar el éxito en sus objetivos, la mayoría de sus conductas denotan prisa y aceleración, tienen sentimientos de culpa cuando descansan y evitan a toda costa que los obstáculos que se les presenten les impidan lograr sus metas.

Los individuos del tipo B, presentan rasgos opuestos a los mencionados en el tipo A. Es necesario señalar que si bien, los individuos del tipo B también tienen metas y exigencias, evitan que los estresores les generen actitudes y comportamientos vinculados con el estrés.

A modo de cierre, se puede señalar que el estrés es un estímulo imparcial, ya que sus efectos dependen del modo en que el sujeto lo maneje. Ante dicha condición, la persona presenta respuestas a nivel fisiológico, psicológico y conductual. La variable estudiada en el presente capítulo es un rasgo importante, que se puede considerar estimulante si se maneja de modo adecuado.

CAPÍTULO 2

TRASTORNOS ALIMENTARIOS

En la actualidad la imagen corporal representa un factor de suma importancia para el éxito de las relaciones interpersonales, tanto superficiales como profundas, esto debido a los estereotipos de belleza que se manejan en los medios de comunicación.

No es de extrañarse el hecho que debido a lo previamente mencionado, últimamente se le ha dado un mayor énfasis al tratamiento y entendimiento de los trastornos alimentarios que representan una constante entre los jóvenes, que son considerados como el sector más vulnerable de la población.

La gravedad de estos padecimientos ha comenzado a darse a conocer y tal es el énfasis y el interés que se ha puesto en ellos, que así como en algún momento se instituyeron clínicas para el tratamiento de adicciones, se han comenzado a fundar centros que tienen como único fin el tratamiento de los trastornos alimentarios.

A lo largo de este capítulo se prestará especial atención a la anorexia y la bulimia, que son conocidos como los trastornos alimentarios de mayor incidencia en la población, a sus características y a los factores predisponentes y detonantes que los acompañan.

La anorexia y la bulimia han dejado de ocupar sólo el terreno de las enfermedades y se han convertido en modas que todo tipo de personas acogen con el único objetivo convertirse en seres supuestamente perfectos e inspiradores.

Cabe señalar que estos trastornos alimentarios no tienen un origen puramente psicológico sino que terminan teniendo un componente orgánico, a través del cual se convierten en padecimientos crónicos con una muy baja posibilidad de recuperación plena.

Puede decirse que toda persona con un trastorno de este tipo debe poseer ciertos rasgos de personalidad y experiencias de vida, por lo que puede decirse que no todos los sujetos tienen predisposición para el padecimiento de alguno de ellos, a lo largo de este capítulo serán presentados algunos de estos rasgos.

2.1 Antecedentes históricos de la alimentación

A través de los siglos la comida ha ido teniendo significados diferentes, desde poder, amor, abundancia hasta pretexto para la convivencia con los seres queridos y la demostración de que existe algo que celebrar.

El Medievo no fue la excepción ya que en esta época, así lo explican Jarne y Talarn (2000), los banquetes podían ser ofrecidos solamente por los más poderosos ya que el objetivo principal de ellos era demostrar la posición privilegiada que se

tenía, además de servir como oportunidad de convivencia social. Tal era la relevancia de los alimentos que incluso era bien visto el vomitar para posteriormente continuar ingiriendo alimentos.

Las cuestiones de la alimentación no sólo se han vinculado con lo social, también se ha demostrado que existieron vínculos muy fuertes entre la ingesta de alimentos y lo religioso puesto que “los primeros cristianos y los místicos practicaban el ayuno como una penitencia, expresión de rechazo del mundo y medio para conseguir un estado espiritual más elevado” (Jarne y Talarn; 2000:141).

Durante esta época la privación de los alimentos tomó un significado de purificación a través del cual las personas lograban una mayor cercanía con su dios, ya que la ingesta de alimento se consideraba estrictamente necesaria sólo para aquellos cuya existencia era solamente terrenal y alejada de todo lo divino.

Muchos fueron los casos en los que la privación de alimento causó revuelo, mencionan Jarne y Talarn (2000), quienes al citar a Lassege y Gull, expresan que estos trastornos detectados en épocas remotas son muy parecidos a los que se conocen en la actualidad, aunque la etiología de éstos tiene ahora un nuevo enfoque ya que dentro del estudio de los trastornos alimentarios, se le ha dado ahora un enfoque mucho más psicógeno, a diferencia de las primeras teorías que sugerían que éstos eran consecuencia de un trastorno panhipopituitario.

A partir de los años setenta existe una visión más pragmática y heterodoxa, debido a que “se considera que en el génesis del trastorno deben confluír un conjunto de factores encadenados, psicológicos, biológicos y sociales, y se preconizan modelos de tratamiento pluridisciplinarios que aborden los tres núcleos conflictivos de la anorexia” (Jarne y Talarn; 2000:142). Por lo que la visión de estos padecimientos es ahora mucho más amplia, ya que tanto para su detección como para su tratamiento existen técnicas especializadas que permiten tratar a quienes las padecen.

2.2 Definición y características clínicas de los trastornos alimentarios

Resulta necesario el establecer una definición que permita aterrizar en características específicas de lo que es un trastorno alimentario: “los trastornos alimentarios se caracterizan por alteraciones graves en la conducta alimentaria” (APA; 2002: 553).

En épocas anteriores los alimentos y su consumo tenían una representación distinta a la que se le da en la actualidad, como dicen Jarne y Talarn (2000), ya que para algunas tribus la obesidad era signo de riqueza y poder, sin embargo, en la actualidad la aceptación o rechazo que se tiene hacia ciertos tipos de cuerpo depende en gran medida del contexto. Por ejemplo, en los países que son conocidos como tercermundistas, donde la escasez de alimentos es común, el exceso de peso u obesidad no son considerados problemas, mientras que en países industrializados

donde los alimentos son abundantes y gran cantidad de ellos presentan un muy elevado contenido calórico, la obesidad es percibida como un signo de descuido, dejadez y falta de autocontrol.

“Las condiciones biológicas apuntarían hacia un incremento del aumento de peso y, por el otro lado, las socioculturales exigirían un decremento” (Jarne y Talarn; 2000:179).

Según estos autores, existen normas básicas que permiten definir a un trastorno alimentario como tal; la primera de ellas es que la etiología permanece en esencia desconocida, es decir, no pueden identificarse una serie de situaciones que tengan como consecuencia la presencia del padecimiento, y la segunda es que la presencia de éste parece obedecer a más de una causa.

Los trastornos que han alcanzado una mayor popularidad son la anorexia y la bulimia que representan padecimientos constantes entre la juventud, aun cuando este sector de la población no es el único que se halla expuesto.

La anorexia nerviosa según el DSM-IV (APA; 2002) se caracteriza porque el sujeto que la padece presenta rechazo a mantener el peso corporal adecuado para sí, mientras que la bulimia tiene como característica la presencia de episodios de voracidad a los cuales les siguen el uso de conductas compensatorias que tienen como objetivo disminuir la culpa.

2.2.1 Anorexia nerviosa

Existen criterios específicos que catalogan a la anorexia como un trastorno de la alimentación y que permiten diferenciarlo de la anorexia, dichos criterios son establecidos por el DSM-IV (APA; 2002).

El criterio A señala que la persona con este un trastorno mantiene un peso promedio inferior al adecuado para su edad y la talla, cuando ésta inicia durante la niñez o las primeras etapas de la adolescencia; para que el peso de la persona sea considerado como anormal o insano, éste debe ser inferior al 85% del peso considerado para su edad y talla, y su índice de masa o grasa corporal debe ser igual o inferior a los 17,5 Kg/m, es importante mencionar que a estas mediciones debe añadirse la observación previa de la persona, de su constitución física y peso regular.

“Generalmente, la pérdida de peso se consigue mediante una disminución de la ingesta total. A pesar de que los individuos empiezan por excluir de su dieta todos los alimentos con alto contenido calórico, la mayoría de ellos acaban en una dieta muy restringida limitada a unos pocos alimentos. Existen otras formas de perder peso como la utilización de purgas o el ejercicio excesivo” (APA; 2002: 554).

El criterio B establecido por el DSM-IV (APA; 2002) señala que estos individuos presentan un miedo constante a convertirse en personas obesas y que no

desaparece, aun cuando la pérdida de peso sea significativa; por el contrario, entre mayor sea la pérdida de peso, también lo es el miedo a ganarlo de nuevo.

Como indicadores del criterio C, “existe una alteración de la percepción del peso y de la silueta. Algunas personas se encuentran obesas, mientras que otras se dan cuenta de que están delgadas, pero continúan estando preocupadas porque algunas partes de su cuerpo les parecen demasiado gordas” (APA; 2002: 554).

Las personas con este padecimiento tienden a valorar la pérdida de peso como indicador de logro y éxito, mientras que el incremento de las medidas es percibido como un signo de debilidad o fracaso, así que para mantener un ritmo apropiado, de acuerdo con su percepción, en la pérdida de peso son dadas a medir de forma obsesiva aquellas partes del cuerpo que consideran problemáticas, así como a emplear constantemente las basculas para asegurarse de estar acercándose a su meta.

En niñas que ya hayan tenido la primera regla, es muy posible que se manifieste la amenorrea, o desaparición de ésta; en caso de no haberse presentado aún, la menarquía o primera regla, puede darse una aparición retardada.

La APA (2002) presenta dos subtipos de anorexia nerviosa. El primero de ellos es el tipo restrictivo, en éste, la pérdida de peso se consigue haciendo dietas muy

estrictas, ayunando o realizando largas rutinas de ejercicio y los sujetos que padecen este subtipo de anorexia raramente recurren a los atracones.

En el tipo compulsivo purgativo, los enfermos tienen atracones que después compensan a través de la purga, existen casos en los que a pesar de que la ingesta de alimentos haya sido mínima se recurre a la purga, ya sea a través de vómitos, laxantes o enemas.

2.2.2 Bulimia nerviosa

La bulimia por su parte se trata de constantes atracones y el uso de métodos compensatorios inapropiados; para poder establecer este diagnóstico en el DSM-IV (APA; 2002) se señala que los atracones seguidos por los métodos compensatorios deben presentarse cuando menos dos veces a la semana por un periodo mínimo de tres meses.

“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: 561), esto es acompañado por una sensación de pérdida del control sobre el consumo de los alimentos, criterio A.

El criterio B señala que deben existir conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida para evitar ganar peso, como el uso de edemas, fármacos o vómitos.

El criterio D indica que la autovaloración está sumamente influida por el peso y la imagen corporales.

Al igual que en la anorexia nerviosa, la bulimia cuenta con dos subtipos (APA; 2002), el tipo purgativo que es cuando el sujeto a hecho uso de la purga, los enemas, los vómitos o los laxantes después del episodio compulsivo, mientras que en el tipo no purgativo, el sujeto sustituye lo ya antes mencionado por ayunos o largas rutinas de ejercicio.

Este trastorno es más frecuente entre personas con algún grado de obesidad desde leve hasta mórbida, se ha encontrado también que existe una variable constante que es la presencia de síntomas depresivos entre quienes padecen esta enfermedad.

2.2.4 Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas

Este es un término acuñado por el CIE-10 que se refiere a la ingesta desmedida e incontrolada de alimento que según refieren Castillo y León (2005) en la generalidad de los casos tiene como efecto el incremento del peso corporal e incluso

la obesidad, ésta suele presentarse como consecuencia de eventos traumáticos o estresantes, situaciones en las que el sujeto se refugia en el consumo de alimento.

“Hay que diferenciar este trastorno de las situaciones en las que, a priori, el paciente sufre una obesidad y esta desencadena falta de confianza en las relaciones interpersonales y baja autoestima, y situaciones en las que la obesidad es resultado de efectos secundarios de tratamiento farmacológico” (Castillo y León; 2005: 225).

La hiperfagia constituye por sí sola un trastorno de la conducta alimentaria en la que el consumo de grandes cantidades de alimento tiene significados psicológicos diferentes entre sí, pero con un punto en común: el eliminar las ansiedades producidas por situaciones emocionales complicadas.

Existe un trastorno conocido como trastorno por atracón, en el que a diferencia de la hiperfagia, el sujeto como desmedidamente sin la sensación de hambre, es más, los atracones son acompañados por una desagradable sensación de saciedad. Castillo y León (2005) señalan que en este trastorno no existe el uso de conductas compensatorias, como las mencionadas en la anorexia y bulimia.

A pesar de que aún no se tiene muy claro cómo se origina este trastorno, existen ya criterios específicos para su diagnóstico, establecidos por el DSM-IV (APA; 2002) como son:

- A. Episodios recurrentes de atracones, que son caracterizados por ingesta en un corto periodo de tiempo (por ejemplo 2 horas) de una cantidad de comida definitivamente superior a la que la mayoría de gente podría consumir en el mismo tiempo. Sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimento durante el episodio.
- B. Los episodios de atracón se asocian a tres o más de los siguientes síntomas: ingesta mucho más rápida de lo normal, comer hasta sentirse desagradablemente lleno, ingesta de grandes cantidades de comida a pesar de no tener hambre, comer a solas con voracidad, sentirse a disgusto con uno mismo, depresión o gran culpabilidad después del atracón.
- C. Profundo malestar al recordar los atracones.
- D. Los atracones tienen lugar, como medida, por lo menos dos días a la semana durante seis meses.
- E. El atracón no se asocia con el uso de medidas compensatorias.

El tratamiento de este trastorno tiene como objetivo principal ayudar al sujeto el alcanzar un peso corporal apropiado para su edad y talla, puesto que en estos pacientes la obesidad es común, y lograr que éste controle sus atracones.

2.5.5 vómitos en otras alteraciones psicológicas

A estos se les conoce también como vómitos psicógenos o hiperémesis gravídica psicógena, pueden presentarse vómitos repetidos, no autoprovocados, en cuadros disociativos, señalan Castillo y León (2005).

Existen varias patologías en las que los vómitos nos son la única forma de rechazar el alimento, de hecho el rechazo alimentario como tal representa una herramienta que las personas con trastornos alimentarios usan con frecuencia, el privarse del consumo de estos de forma voluntaria según indican Castillo y León (2005) es característico de personas en las primeras etapas de casi todos los trastornos alimentarios.

2.2.6 Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia

Es común escuchar que los niños no son “buenos para comer” que lo hacen muy lento o que tiene un puñado de malos hábitos en la mesa, los padres de familia sufren constantemente de este tipo de problemas con sus hijos, y su desesperación por que la hora de la comida deje de ser un tormento hacen lo que se les ocurre, escuchan consejos, piden sugerencias e incluso consultan especialistas. Lo que sin duda alguna es un hecho es que los niños con estos problemas utilizan la comida como un medio para conseguir algo.

Los problemas alimentarios que conciernen a esta etapa son conocidos como menores, Jiménez (1997) los llama así debido a que se trata de un conjunto de comportamientos problemáticos relacionados con los alimentos, y que a diferencia de enfermedades como la bulimia y la anorexia no suponen un riesgo mayor para quienes los padecen.

Palmer y cols. (citados por Jiménez; 2007) establecieron la primera clasificación de los trastornos alimentarios en la infancia que se agruparían en, problemas de conducta a la hora de las comidas, hábitos dietéticos inapropiados, negación a tomar múltiples alimentos, mantenimiento de las comidas trituradas durante un tiempo excesivo, demora o dificultad para tragar y prolongación en el tiempo de la ayuda para comer.

”Las posibles causas de estos problemas podrían agruparse en tres categorías: un entrenamiento inadecuado de los comportamientos relacionados con la alimentación, la existencia de algún tipo de disfunción neuromotora o la presencia de algún obstáculo estructural que impide la aparición de comportamientos alimentarios adecuados” (Jiménez; 1997: 210).

Existen comportamientos disruptivos durante la comida y hábitos alimentarios inadecuados los cuales refiere Jiménez (1997) se manifiestan a través de levantarse constantemente de la mesa, comer sólo si se le permite jugar mientras lo hace, ingerir alimento sólo si el adulto lo mira o le habla, negarse a utilizar los cubiertos,

negarse a comer sólo aun cuando ya tenga la edad para hacerlo, en general todos aquellos comportamientos que tengan como consecuencia el impedimento de establecimiento de hábitos alimenticios adecuados.

Todos los comportamientos anteriormente mencionados son apropiados para algunas edades pero inadecuados para otras, todo tiene relación con como es que el adulto permite estas conductas, que quizá cuando aparecieron facilitaban el que el niño comiera pero fueron convirtiéndose en verdaderos problemas.

Es natural que existan alimentos que no son deseables para los niños, e incluso para los adultos, sin embargo cuando la gama de alimentos que el niño se niega a consumir es tan amplia que su salud se puede ver afectada debe considerarse como un problema, expresa Juárez (2005) y es en este punto en que debe considerarse el pedir apoyo a un profesional.

La negación puede centrarse solamente en el consumo de alimentos sólidos, en este problema es posible que no existan síntomas de desnutrición ya que los alimentos pueden ser triturados para que el niño los trague, sin embargo si esto se prolonga puede generar anomalías en las encías y en los dientes.

Por lo general este problema se origina cuando debe darse el cambio de los alimentos propios para bebés a las comidas adultas “se trata de un rechazo normal que va remitiendo a medida que el niño se habitúa a la nueva constitución de los

alimentos, y a hacer el esfuerzo de masticar, conforme aquellos se van introduciendo gradualmente en su forma sólida” (Jiménez; 1997: 213).

Esta conducta en muchas ocasiones es favorecida por el comportamiento de los padres, puesto que es mucho más fácil y rápido que el niño ingiera los alimentos ya triturados.

Existen casos donde el niño acepta consumir sólo los alimentos con una mezcla de sabores y totalmente triturados, Jiménez (1997) afirma que este problema es casi siempre generado por los adultos que pasa cerciorarse de que el niño consuma todos los nutrientes, como carne verduras y lácteos, los mezclan para que si ingesta sea más rápida. Lo que se traduce en un problema por que el niño se acostumbra a ingerir los alimentos sin un mínimo de esfuerzo y cuesta mucho que se acostumbre al sabor de los alimentos por separado.

Para muchos papas resulta preocupante la falta de apetito en niños pequeños sin embargo es importante saber que “durante el primer año de vida, el niño suele ganar entre 5 y 8 kilos de peso: sin embargo, después del primer año, el apetito del niño decrece de forma natural, de forma que tendrá ganancias de peso de unos 2 kilos por año durante los 4 o 5 años siguientes” (Jiménez; 1997: 274).

Y es precisamente en estos años en que se dan más frecuentemente los problemas de alimentación, el comportamiento alimentario del niño se vuelve errático

y variable, en muchas ocasiones los padres consideran que el niño no ingiere las cantidades de alimento que requiere, pero el problema, expresa Jiménez (1997) es que los padres manejan estas medidas de acuerdo con sus percepciones.

El tiempo que el niño tarda en ingerir alimento obviamente es mayor al que un adulto utilizaría, sin embargo Jiménez (1997) menciona que puede considerarse como excesivo cuando se requiere de la intervención de un adulto, los motivos pueden ser varios entre los que se encuentran; el rechazo a ingerir alimento que se le ha preparado, el negarse a pasar del consumo de alimentos triturados a los sólidos, excesivos estímulos distractores.

Por último los vómitos son un problema que no es exclusivo de los adultos, para los padres resulta siempre muy angustiante, y es necesario someter al niño a análisis médicos para descartar cualquier problema físico.

“Los vómitos son una reacción de rechazo a una situación determinada, en el caso de los niños suele ser el rechazo a la escuela, por diferentes motivos. El niño vomita antes de salir de casa, o al llegar a la escuela” (Jiménez; 1997: 216) por lo que para evitar el vómito que los adultos inmediatamente relacionan con enfermedad, permiten que el niño se quede en casa y así es como esta se convierte en una herramienta para el pequeño

La pica o alotriofagia consiste en la ingesta persistente de sustancias no nutritivas, por ejemplo tierra, y “se considera una conducta anormal cuando aparece por encima de los 18 meses de edad En el caso de los niños, puede tratarse de un síntoma más de un trastorno psiquiátrico grave, en el caso de los adultos puede presentarse esta conducta en sujetos afectados de psicosis, retraso mental o demencias” (Castillo y León: 2005: 226)

Existe además la rumiación o mericismo que Castillo y León (2005) señalan como un trastorno poco común que aparece entre los tres y los doce meses de edad, y consiste en la regurgitación repetida de los alimentos que en algunas ocasiones es deglutida de nuevo. En casos muy graves puede tener como consecuencia la muerte ya que debido a la regurgitación de los alimentos el niño no puede mantener un peso apropiado para su edad.

Se suma a todas las anteriores la potomanía, que Castillo y León (2005) explican como la enfermedad mental caracterizada por el consumo excesivo de líquidos, siempre que esta patología se presente debe hacerse un diagnóstico diferencial con la diabetes insípida en la que por la sintomatología los enfermos se ven obligados a consumir grandes cantidades de líquido, la potomania por lo general aparece también dentro de la sintomatología de la anorexia. Ya que el consumo de líquido se usa como un medio para engañar el apetito.

2.3 Esfera oroalimentaria

Cuando un niño nace, sus medios para establecer contacto con el mundo son sumamente limitados, por no decir que prácticamente inexistentes, por lo que este se ve en la necesidad de usar la zona más sensible de su cuerpo para establecer vínculos con el exterior. Esta se encuentra compuesta por las zonas que rodean el orificio bucal, especialmente los labios, las mucosas intrabucales y la lengua que cuentan con una representación cortical sumamente extensa.

La esfera oroalimenticia se compone por los órganos que interfieren en la deglución de los alimentos así como por los automatismos que acompañan este proceso, Ajuriaguerra (1973) señala como principales automatismos la succión y la deglución los cuales pueden darse aun sin la presencia de corteza, rinencéfalo e hipotálamo.

2.3.1 organización oroalimenticia

Al tener en consideración que los reflejos oroalimenticios surgen como una reacción totalmente innata es importante tomar en cuenta la relevancia que estos reflejos van adquiriendo, puesto que son los que permiten al niño establecer el primer vínculo con el exterior, de forma más específica con la madre a través del pecho, afirma Ajuriaguerra (1973) ya que a pesar de que el niño aun no reconozca a la

madre como objeto de amor, si la percibe como la fuente de su propia satisfacción dándole el significado de “la madre alimento”.

Esta relación con la madre a través del pecho pasa por varias etapas o fases según R. Spitz citado por Ajuriaguerra (1973); a los ocho días el niño responde a señales que son las de la sensibilidad profunda y el equilibrio, al ser cogido en brazos desarrolla el hábito de volver la cabeza hacia el pecho de la persona que lo sostiene, durante todo el tiempo que transcurre hasta los 2 meses de vida el niño sólo reconoce la señal de comida cuando tiene hambre, es hasta los tres meses que este reacciona ante la presencia del adulto, al sentirla deja de gimiendo abre la boca y adelanta los labios, cosa que hace cuando espera mamar, esto significa que el infante ha aprendido a responder a un estímulo externo, después integra a este proceso movimientos motores, para tomar el biberón.

Entonces podría decirse que el niño ha aprendido a satisfacer esta necesidad básica a través del apoyo exterior, pero lo orgánico no es lo único importante en este punto ya que “Freud distingue dos satisfacciones distintas; la satisfacción de sacar el apetito y la satisfacción erótica oral” (Ajuriaguerra; 1973:179).

En la fase siguiente del desarrollo es que se dará la relación objetal en la que el niño guiará su afecto hacia la madre y a partir del segundo año de vida comenzará a distinguir entre su madre y el alimento, aun cuando a nivel inconsciente siga existiendo esta asociación.

“La actividad oral es fuente de satisfacción y biológica necesidad de nutrición, es también una fuente de contacto mediante la apropiación de un objeto externo, consistente en coger y dejar, un juego de labios o mordiscos de ingurgitación y regurgitación” (Ajuriaguerra; 1973: 179).

Debe tenerse en cuenta que durante una cantidad de tiempo considerable la boca será el único medio del cual el niño se servirá para explorar el mundo e incluso su propio cuerpo, es por esto que comienza llevando partes de su cuerpo a esta zona, como los dedos de los pies o las manos, posteriormente tendrá estos acercamientos con objetos de los cuales conocerá a través de este contacto característica como texturas, tamaños y obviamente sabores.

“Los psicoanalistas consideran a la boca como una zona erógena y la succión como un acto auto erótico” (Ajuriaguerra; 1973: 179). Por lo que el comer no solamente tiene una connotación de la satisfacción de una necesidad biológica sino que además contribuye a generar una sensación de placer.

Ajuriaguerra (1973) explica que con el paso del tiempo y el natural desarrollo del niño la fase oral atraviesa un periodo ambivalente ya que no solamente tendrá el impulso de succionar para recibir placer sino también la necesidad de morder al objeto, que se traduce en una acción de sadismo.

Existe inquietud por parte de algunos investigadores en cuanto a si la alimentación natural tendrá los mismos efectos en el desarrollo que la alimentación artificial.

“Para S. Freud la base filogenética tiene mucha más importancia que la experiencia personal y la diferencia entre el niño que realmente a mamado del pecho y el que se a creado con un biberón no es muy grande, pero es posible que en el segundo caso la nostalgia del pecho sea mayor” (Ajuriaguerra; 1973: 181).

Ajuriaguerra (1973) hace mención de cómo M. Klein y B. Bettelheim perciben la relación del niño y la madre cuando esta se da a través de alimentación artificial, Klein afirma que la falta de contacto directamente con el pecho que alimenta, percibido por el niño como pecho malo, puede influir de forma negativa en los niños, incluso considera que el destete puede tener como consecuencia la percepción de haber perdido al objeto amado por lo que aumenta el temor a ser objeto de persecución y la tendencia a la angustia depresiva. Bettelheim por su parte señala que el amamantamiento artificial puede favorecer casi tanto como el natural la relación objetal, en tanto las condiciones de convivencia también lo hagan.

Posterior al destete del niño puede que este manifieste cierto rechazo a consumir alimentos se manifiesta como “el no querer descubrir nada nuevo en cuanto a comida se refiere y como falta de gusto en la zona oral. A veces el destete produce el fenómeno contrario, bulimia y temor a tener hambre” (Ajuriaguerra: 1973; 181).

2.3.2. Alteraciones en la esfera oroalimenticia

Existen alteraciones que pueden presentarse en la esfera oroalimenticia, aun cuando podría pensarse que los bebés son demasiado pequeños para tener algún problema de alimentación, aquí serán presentadas las más importantes.

Ajuriaguerra (1973) hace una clasificación de las anorexias que pudiesen presentarse en esta clasificación los tipos de anorexia que se tienen en consideración son; la anorexia del recién nacido, la anorexia de la segunda infancia, la anorexia mental esencial de las adolescentes, la anorexia mental masculina.

La anorexia del recién nacido es dividida por este autor en los siguientes subtipos;

La anorexia esencial precoz que se considera relativamente rara y que de aparece lo hace en las primeras semanas de vida, quienes la padecen son por lo general niños de poco peso, nerviosos, muy despiertos que al principio muestran pasividad para consumir alimentos y aun pasados algunos meses se muestran reacios a comer.

La anorexia del segundo semestre se considera como un padecimiento más frecuente y aparece entre en quinto y el octavo mes y según sea el comportamiento del bebé ante la comida se encierra en alguno de los dos subtipos. La anorexia inerte

y la anorexia de oposición, en la primera el niño no muestra iniciativa para conseguir alimento, no lo traga a vomita el poco q haya ingerido, en la segunda existe una reacción casi violenta ante la presencia del alimento el niño chilla o se pone hipertónico logrando que el adulto se agote y saliendo victorioso al no ingerir el alimento.

Durante esta misma etapa L. Kreisler, citado por Ajuriaguerra (1973) distingue dos tipos de anorexia; la simple que al principio pareciera ser una reacción al destete que da origen a la interacción de la madre empeñada en imponerse y el niño en franca oposición, es considerada una conducta de rechazo a nivel elemental. La segunda es la anorexia compleja en la cual los síntomas son más intensos y el niño manifiesta en su actuar que la comida no le interesa.

“Los casos de anorexia más graves casi siempre responden a un conflicto en la relación con la madre: es raro que los bebés anoréxicos no se retrasen en aprender a regular el esfínter, no tengan el sueño alterado, no lloren espasmódicamente y no manifiesten en su comportamiento dificultades caracterológicas” (Ajuriaguerra; 1973:186).

Es por lo antes mencionado que para poder dar un diagnóstico de anorexia en la primera infancia debe tenerse en cuenta que para el niño la alimentación implica un ritual que sólo satisface las propias exigencias de su organismo y no las de la madre que pretende sobrealimentar al infante, sabiendo que durante esta etapa del

desarrollo los adelgazamientos son considerados como algo normal, por los ritmos de crecimiento propios de los primeros meses de vida.

En lo que a la anorexia de la segunda infancia respecta puede que surja como consecuencia de la vivida en la primera infancia, o de presentarse en niños que hasta el término del primer año de vida se habían alimentado con normalidad puede deberse a una ritualización de la comida con el ambiente familiar, simbolizando en el rechazo de estas relaciones con alguno de los padres señala Ajuriaguerra (1973).

La polidipsia aparece dentro de los trastornos de la esfera oroalimenticia consiste en la insipiente necesidad por ingerir líquidos y que se asocia con el padecimiento de diferentes tipos de diabetes como son ; la diabetes mellitus de fácil diagnóstico, la diabetes insípida nefrogénica, el síndrome poliurópolidíptico, la diabetes insípida ideopática y la potomania.

Es importante mencionar el concepto de aberraciones en la comida, que se dan normalmente en niños entre 4 y 9 meses de edad, desarrollan la manía de comer todo lo que encuentran, según Ajuriaguerra (1973) estas disminuyen al aproximarse al primer año de edad.

“Cuando dichas aberraciones son episódicas y no discriminatorias en el niño, probablemente no serán sino una investigación vía bucal del mundo” (Ajuriaguerra; 1973: 205)

2.4 perfil de la persona con un trastorno de la alimentación

Resulta sumamente complicado el establecer un perfil único y específico que pudiese servir para adivinar trastornos alimenticios puesto que por lo general la persona comienza a ser observada a partir de que este trastorno se ha desarrollado, aun así se tratara de enlistar y explicar algunas de las características que se han encontrado en común entre aquellos que padecen algún trastorno.

Costin (2003) señala que una característica que presentan los y las jóvenes que padecen un trastorno de la alimentación son problemas con la autonomía, es decir una muy clara dependencia de los padres que tiene como efecto la preocupación constante por satisfacer las exigencias de los demás teniendo poco margen para actuar de acuerdo con sus necesidades, por temor a disgustar a las personas de quien se depende.

“Cuando la seguridad esta puesta 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, una gran dificultad para resolver las situaciones apelando a los recursos personales, por que se termina siempre dudando de sí mismo” (Costin; 2003: 73).

El déficit de autoestima, afirma Costin (2003), hace que las personas creen imágenes de si mismas poco favorecedoras y que desde la percepción del sujeto no

cumple con las exigencias del medio, este podría ser un factor influyente en el hecho de que los trastornos alimentarios sean algo mucho más común entre hombres que entre mujeres, debido a que estas son mucho más dadas a basar sus niveles de autoestima en la percepción que el mundo tiene de ellas.

Una joven puede llegar al punto de sentirse tan insegura que el peso y la imagen corporal se conviertan en su único medio para encajar en la sociedad, esta sensación de insatisfacción que tiene como consecuencia una baja autoestima surge de juzgarse a si mismo desde las apariencias, desde lo que para los demás es valioso.

Se ha descubierto que la tendencia al perfeccionismo es un común denominador entre las personas que padecen un trastorno alimentario afirma Costin (2003), de hecho se considera que la sensación de poder y control que da el perder peso provoca mucha satisfacción.

“La búsqueda de perfección también se desplaza al peso corporal: para alcanzar la perfección es preciso mantener el cuerpo ideal, a cualquier costo. Terminan convenciéndose de que si logran transformar su silueta, también logran transformarse a si mismas. De este modo, logran ser seguras y tenerse la confianza suficiente para enfrentar los desafíos que se les presenten en la vida” (Costin; 2003: 75).

Una posible razón de que en la mayoría de los casos los trastornos de la alimentación aparezcan durante la adolescencia es el miedo que se tiene a madurar, afirma Costin (2003) ya que en esta etapa se pasa por varios cambios físicos que en muchas ocasiones tiene como consecuencia el incremento del peso corporal, que es lo que va dándole al cuerpo una figura más adulta, por lo que las jóvenes que se encuentran estancadas en la niñez encuentran en la privación de los alimentos una oportunidad de conservar un cuerpo infantil.

La familia ocupa un lugar sumamente importante e lo referente al desarrollo de la enfermedad. “A veces se dice que las familias con poca comunicación entre si, con una interrelación pobre, son causantes del desarrollo de un trastorno del comer en uno de sus miembros” (Costin; 2003:79)

Es un hecho es que conforme el trastorno del comer va evolucionando las relaciones familiares comienzan a deteriorarse, por lo que no sería justo culpar del todo a la familia, dice Costin (2003) ya que es más apropiado pensar en una combinación de factores sociales e individuales acompañando a los familiares.

2.5 Causas de un trastorno del comer

Las exigencias sociales cambian conforme el tiempo pasa, no ocurre algo diferente en lo relacionado con la apariencia física, en la actualidad el bombardeo

constante de publicidad que maneja como apropiada la figura de delgadez hace sentir a quien no cumple con estas exigencias marginado, discriminado e incomodo.

Esto no significa que todo aquel que no cumpla con estos estándares desarrollara un trastorno de alimentación ya que se requiere de una combinación de factores predisponentes; socioculturales, familiares e individuales asevera Colins (2003), que se combinan con factores precipitantes; estresores actitudes anormales con peso y figura y dietas extremas y factores perpetuantes; atracones y purgas así como secuelas fisiológicas y psicológicas.

“Predisponer significa, preparar con anticipación una cosa o el animo para un fin “ (Colins; 2003: 52) al hablar de este tipo de factores se habla también de que hay elementos en el contexto sociocultural en el que estamos inmersos y en las características individuales del enfermo o en las de su familia.

Precipitar es definido como “desempeñar, derribar de un sitio alto; arrojarse a hacer o decir algo con arrebató y sin prudencia, acelerar” (Colins; 2003:52), para tener un mejor entendimiento, en el surgimiento de un trastorno alimentario es como una siembra, donde la tierra es el sujeto y el trastorno la semilla, cuando la tierra es fértil la semilla germinara, así ocurre con los factores precipitante q serán aquellos q favorezcan el rápido crecimiento de esta.

El perpetuar se entiende como “hacer perpetua una cosa: perdurar: dar a las cosas duración extensa, incesante, eterna, sin fin” (Colins; 2003:52) retomando el ejemplo de la semilla y la tierra, el factor perpetuante sería la pérdida de peso que vendría a tener el efecto de un fertilizante sobre la semilla.

Durante la adolescencia los cambios físicos que acompañan a esta etapa de la vida hacen sentir a los y las jóvenes incómodos con su propio cuerpo, notando como este cambia frente al espejo unos días más delgado y otros menos, o cuando menos esto pareciera desde su punto de vista, comienzan a observar más detenidamente su aspecto, preocupándose cada día un poco más por como los ven y los perciben los demás.

Con el paso del tiempo en muchos casos, indica Colín (2003), esta preocupación se traduce en acciones, como dietas sumamente restrictivas o pesadas rutinas de ejercicio, es aquí donde la preocupación de la familia surge y el enfermo se convierte de alguna forma en el centro de atención de todos, en casi todos los casos esto se manifiesta a través de acaloradas discusiones entre los miembros de la familia.

Si es que el adolescente tiene éxito en el constante uso de las dietas estas se convertirán en una obsesión y serán cada vez más restrictivas llevando al o la joven al padecer anorexia, si estas fallan el adolescente podría caer en otro círculo “fluctuara entre periodos de ayuno y o dietas muy estrictas y explosiones de comerse

todo con culpa, sensación de fracaso y asco de si misma” (Colins; 2003: 55) y “sobrevendrán las compensaciones por el descontrol de dietas más estrictas laxantes, diuréticos, píldoras, con anfetaminas recetadas por médicos inescrupulosos” (Colins; 2003: 55), lo que tendría como consecuencia la aparición de la bulimia.

La adolescencia en definitiva es un factor predisponente clave para el desarrollo de un trastorno de la alimentación, ya que hace al individuo permeable a las exigencias del entorno y este aprende que la sociedad “premia a los delgados y excluye del éxito a los que no tienen el cuerpo ideal” (Colins; 2003: 55).

2.5.1 factores predisponentes individuales

La comida adquiere diversos significados de acuerdo con las situaciones o los entornos de los que se encuentra rodeada, ya sea en momentos, en lugares o con personas específicas, cumpliendo además con diversas funciones.

Por extraño que parezca la comida ocupa un lugar importante incluso en la afirmación del Yo “la comida facilita información sobre la identidad personal y actúa como una comunicación de necesidades internas, conflictos internos” (Ogden; 2005: 67), el alimento incluso tiene un papel importante en la definición de los roles del sexo ya que existen actitudes frente al alimento que se consideran como exclusivos

de los hombres o de las mujeres, por ejemplo el recolectar y preparar alimentos se considera una actividad casi puramente femenina.

Para la figura femenina existe siempre un relación ambivalente con los alimentos ya que como Ogden (2005) explica la mujer tiene la obligación de mantener una imagen atractiva y deseable, pero de preparar grandes comilonas para los demás, lo que por obviedad constituye una contradicción, puesto que aun cuando la mujer invierta grandes cantidades de tiempo en la preparación de los alimentos se le exige privarse de ellos: este autor hace mención de una investigación realizada con revistas en las que se contabilizaron los anuncios de comidas, diferenciando publicaciones dirigidas a hombres y a mujeres, y los resultados arrojaron que el numero de anuncios publicitarios relacionados con algún dulce o alimento era muchísimo mayor en las revistas dirigidas a el sector femenino, por lo que se envía un doble mensaje “piensa siempre en comida pero mantente delgada”.

La culpa es un sentimiento bien conocido por todo el mundo, y el consumo de alimentos en muchas ocasiones se ve acompañado por esta sensación de no estar haciendo algo bien o estar fallando Ogden (2005) señala que tanto la acción de comer como el tener sexo tienen connotaciones de placer y de culpabilidad, ya que después de haber obtenido placer a través de una acción que se considera impropia la culpa tiene su momento estelar, casi siempre sin un objetivo específico, sin embargo esta sirve como un gran motivador para aquellos que padecen un trastorno alimenticio.

“La comida representa también el autocontrol o la pérdida de control” (Ogden; 2005: 72) como se menciona al principio de este capítulo el controlar aquello que ingresa al cuerpo proporciona al individuo una sensación de poder, el sentirse limpio por dentro y el efecto que esto produce en como los demás lo perciben tiende a engrandecer a aquellos que son capaces de llevar regímenes alimenticios muy estrictos, al tener en consideración que el ser humano cuenta siempre cierto nivel de necesidad de poder puede entenderse como es que el control del alimento que ingiere engrandece la imagen que se tiene de sí mismo.

2.5.1 factores predisponentes familiares

El ambiente en el que el individuo crece siempre tiene una connotación relevante en sus hábitos, formas de ser y de pensar, no escapando a esta idea el desarrollo de un padecimiento de tipo psicológico y por ende de un trastorno alimentario.

“Cuando un miembro de la familia desarrolla un trastorno de alimentación, inevitablemente todos los demás están involucrados, aunque no por que sean sus causantes” (Rausch; 1996: 43). Sino que existe una mutua influencia entre el enfermo y su familia, sea por la percepción que este tiene de los que lo rodean o por como la familia lo percibe y se relaciona con el.

Existen elementos que ya han sido estudiados y que permiten tener una aproximación hacia los factores familiares que pueden influir o no para el padecimiento de un trastorno alimenticio.

Rausch (1996) indica que en las mujeres los trastornos de la conducta alimentaria están más relacionados con la existencia de la presión social, por lo que los comentarios que esta pudiera recibir tendrían una significatividad mayor que para el varón más si estos vienen de personas afectivamente ligadas a ellas, como padres o hermanos.

Dice también que las variables “padres separados o lugar de nacimiento” no han demostrado tener una influencia significativa en el padecimiento de estos trastornos, existe una mayor incidencia de problemas de alcoholismo y obesidad en padres de pacientes con trastornos alimenticios.

“Las familias de las personas con anorexia nerviosa suelen inhibir la agresión y la hostilidad. La falta de estrategias para resolver conflictos en estas familias se asocia a su baja tolerancia y a la dificultad para reconocer y resolver problemas” (Rausch; 1996: 44).

En las familias de anoréxicas y bulímicas las causas de conflicto son mucho más frecuentes, en muchos casos cuando los padres descubren el padecimiento adquieren un comportamiento hostil, señala Rausch (1996) lo que trae como

consecuencia para la adolescente niveles exorbitantes de culpa por no poder controlar su peso, los atracones y tener que recurrir a conductas compensatorias.

La anorexia se ha ligado en muchas ocasiones con la percepción que la enferma tiene de la figura materna, sin embargo observando a las familias cuyos miembros padecen un trastorno alimentario se a descubierto que “las familias que más se asemejan a las normales son las de pacientes con anorexia restrictiva” (Rausch; 1996: 46) mientras que “las familias de personas con bulimia nerviosa y anorexia de tipo bulímico se parecen más entre sí” (Rausch; 1996: 46).

Se ha descubierto que las pacientes con bulimia nerviosa suelen tener relaciones mucho más distantes con sus padres en particular con la figura masculina, señala Rausch (1996) y los conflictos entre padre y madre son algo común, mientras que las anoréxicas por lo general tienen familias bien cohesionadas. En cuanto a las relaciones entre hermanos se ha descubierto que por lo general las bulímicas mantienen relaciones sumamente competitivas con sus hermanos.

“Una constante que se observa en la familia con un miembro que padece un trastorno alimentario es que las reglas que hasta el momento habían organizado la vida familiar no son suficientemente flexibles como para adecuarse a los nuevos requerimientos de quienes la componen” (Rausch; 1996: 53).

2.5.3 Factores socioculturales

Aparece en este punto como primer elemento la constante presión social para ser delgada Costin (1993) hace hincapié en como durante los últimos años el concepto de un cuerpo ideal o espectacular ha dejado de relacionarse con el estado de salud de el mismo, para convertirse en el término generador de la idea de un cuerpo hermoso e impactante a la vista.

Costin (1993) menciona que el padecimiento de trastornos alimentarios es casi exclusivo de las sociedades industrializadas así como de las clases media y alta, y en aquellos casos que han podido estudiarse en jóvenes de clase baja se ha encontrado que estos mantienen contacto cercano con miembro de las clases superiores, donde se fomenta la importancia de la apariencia física.

“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 para tener un buen desempeño en su actividad laboral, escolar o social” (Costin; 1993: 60).

Resulta curioso en hecho de que un padecimiento que surge por la búsqueda de la aceptación social termine por obligar al individuo a aislarse.

La sociedad se encarga siempre de recordar que el deber principal de la mujer es lucir bien, Costin (1993), pareciera que la mujer debe ser toda una acumulación de virtudes físicas, sin embargo cuando una mujer es en extremo atractiva suelen escucharse comentarios que hacen referencia que seguramente esta hueca, así que podría decirse que la mujer tiene dos opciones a elegir; el ser físicamente hermosa o ser inteligente.

Las exigencias son tales que si fuesen cumplidas todas por una sola mujer esta sería una “súper mujer” que según Costin (1993) tendría un cuerpo perfecto, una carrera brillante, debería desempeñarse fluidamente, tendría un matrimonio ideal y sería la madre perfecta, este estereotipo es reiterado una y otra vez por la sociedad y los medios de comunicación que se encargan de recordar a toda mujer como debería de ser, y le hacen saber lo que no es.

2.6 Percepción del cuerpo en el trastorno alimentario

Como ya se ha abordado previamente aquellas personas que se encuentran insatisfechas con su imagen corporal son quienes tienen una tendencia mucho mayor a desarrollar un trastorno alimenticio, es por esta razón que resulta necesario abordar de una forma mucho más profunda y a detalle de esta insatisfacción, su origen y las consecuencias que puede llegar a presentar para quienes la manifiestan.

Ogden (2005) citando a Schider define la imagen corporal como el cuadro del propio cuerpo que se forma en la mente, una imagen que como es obvio no es del todo real, sino más bien tiene que ver con la propia percepción, la imagen corporal que cada sujeto crea de sí mismo no sólo tiene la finalidad de reconocer las formas del cuerpo sino también los límites de este, la imagen corporal tiene suma significatividad en la actualidad, tan es así que en muchos programas de televisión y textos de revistas se incluyen encabezados relacionados con esta temática.

Es común escuchar que alguien quisiera ser más alto o más delgado o que en particular se queje de alguna área de su cuerpo que considere problemática es por esto que para medirla se hace necesario el marcar parámetros, los cuales se presentan a continuación y se clasifica en tres perspectivas diferentes según Ogden (2005):

- Como imagen corporal deformada: cuando se cree tener más volumen del que se tiene en realidad
- Como discrepancia del ideal: cuando se tiene la percepción de ser diferente a lo que se quisiera ser.
- Como respuestas negativas al cuerpo: cuando se manifiesta la inconformidad con el propio cuerpo.

Podrían hacerse infinidad de suposiciones sobre de donde proviene la insatisfacción corporal se cree que tanto los factores sociales como los psicológicos

tienen una marcada influencia para que esta se manifieste “Las investigaciones que estudian la influencia de los factores sociales en el desencadenamiento de la insatisfacción corporal señalan, en especial el papel que desempeñan los medios de comunicación, la cultura y la familia” (Ogden; 2005: 106).

El uso constante de estereotipos en los medios de comunicación se considera uno de los principales motivos de la presencia de insatisfacción corporal en quienes la padecen, ya que según algunos conceptos preconcebidos a través de estos medios sólo se difunden circunstancias favorables, por lo que tener un cuerpo que no se ajuste a esta imagen de la mujer perfecta que la prensa se a dedicado a difundir, en definitiva representa una causa de insatisfacción con el propio cuerpo.

Ogden (2005) resalta como en los medios la delgadez es marcada como la norma, como el ideal y la perfección, menciona como en comerciales, novelas y programas en general las mujeres son siempre delgadas, como si en el mundo de las telecomunicaciones no existiese otro tipo de fisonomía, y cuando en raras ocasiones hace presencia una mujer con un cuerpo más grueso es para ser blanco de burlas y se tachada como gorda.

No sería apropiado señalar a los medios de comunicación como los únicos culpables de que existan muchas mujeres insatisfechas con su figura puesto que “los resultados indican también el papel de la clase social, el carácter étnico, y el ambiente familiar” (Ogden; 2005: 108).

En este punto teniendo una idea más clara de lo que es la insatisfacción corporal y de sus agentes causales resulta necesario tener en cuenta las consecuencias que puede tener, es claro que existen infinidad de hombres y de mujeres insatisfechos con su figura.

Las consecuencias varían de acuerdo con las circunstancias y el sexo del sujeto. En las mujeres, refiere Ogden (2005), la consecuencia más común es el sometimiento a regímenes alimenticios sumamente estrictos hasta el punto de que cuando menos el 70% de las mujeres ha hecho dieta alguna vez en su vida y el 40 % mantienen un régimen estricto de alimentación toda su vida, además del ejercicio físico, que de no ofrecer los resultados esperados puede motivar a las mujeres a someterse a la cirugía estética.

La población masculina por su parte es mucho menos tendiente al sometimiento de regímenes alimenticios, refiere Ogden (2005), sin embargo es mucho más común que practiquen algún deporte cuyo principal motivador es una combinación entre la convivencia social y la diversión, pero muchos también recurren al ejercicio para modificar su cuerpo, la mayoría con el objetivo de incrementar su masa corporal.

En conclusión se puede conceptualizar “la insatisfacción corporal como una imagen deformada del cuerpo en comparación con una medida objetiva de la

realidad, una diferencia entre el volumen corporal real el percibido y el ideal o simplemente como unos sentimientos negativos hacia el cuerpo” (Ogden; 2005: 113).

2.7 Factores que mantienen los trastornos alimenticios

En apartados previos se hablo de los factores predisponentes y precipitantes de un trastorno alimenticio, pero en este apartado se dará especial atención a los factores perpetuantes, que son los que hacen que lo que comenzó como una dieta se convierta en una enfermedad.

Uno de los factores perpetuantes más comunes de los trastornos alimenticios es la dieta, ya que conforme esta se modifica representa cambios no sólo a nivel orgánico sino también psicológico lo que trae como consecuencia transformaciones anímicas.

En un experimento citado por Costin (2003) se observó que quienes tenían una dieta hipocalórica manifestaban una tendencia muy marcada a la depresión desarrollando una visión pesimista del mundo, de si mismos y de el futuro.

Algunos de los indicadores presentes en quienes padecen un trastorno alimenticio según Costin (2003) son desesperación sobre el futuro, influencia sobre la manera de pensar, sensaciones de depresión y descontrol, regresión e inseguridad, comportamientos autodestructivos, irritabilidad e intolerancia, asco

respecto a los hábitos alimenticios de los demás, dejar actividades que antes disfrutaban.

La subalimentación, como se le llamo al escaso consumo de alimentos en el experimento citado previamente, tiene un alto impacto también en otras áreas como la social ya que los voluntarios presentes en esta investigación que en un principio se mostraron extrovertidos y sociables fueron disminuyendo sus niveles de actividad cayendo en un estado de aislamiento y ensimismamiento. Curiosamente aparece además una falta de interés en el sexo opuesto, según especifica Costin (2003).

Como resulta evidente el someter al cuerpo a una ingesta increíblemente baja de calorías aparecen transformaciones físicas entre las que Colín (2003) identifica: cefaleas, hipersensibilidad a la luz y a los ruidos, molestias gastrointestinales, problemas de visión y auditivos, adormecimiento de las extremidades, calambres, pérdida de cabellos, enlentecimiento del metabolismo, disminución de la tolerancia al frío, bradicardia o taquicardia, amenorrea, debilidad muscular.

“Es muy importante entender que cuando la ingesta es menor a la necesaria para el funcionamiento general del organismo, automáticamente y como una forma de adaptarse, el cuerpo va a quemar menos calorías por medio de la disminución del metabolismo basal” (Costin; 2003: 101).

Por lo que se genera un círculo vicioso que hace que la enfermedad permanezca y se agrave ya que a menos consumo de alimentos, el metabolismo se vuelve más lento, por lo que la demanda de alimentos de este también disminuye.

Para cerrar es importante señalar que no se puede manipular el cuerpo sin un riesgo.

2.8 Trastornos mentales asociados con los trastornos alimenticios.

Cuando se habla de una enfermedad puramente física es muy posible que se pueda establecer un diagnóstico donde ese padecimiento sea el único existente en el cuerpo del individuo, contrario a cuando se habla de una enfermedad mental caso en el que puede hallarse presente más de un trastorno.

A esto se le conoce como comorbilidad que se refiere “a la ocurrencia conjunta de dos o más trastornos mentales o condiciones médicas. En general, se aplica a trastornos o a enfermedades, no a síntomas” (Kirschman y Salgueiro; 2002: 11).

Por lo que una enfermedad puede coexistir con otras tantas dentro de la psique del sujeto.

Existen diagnósticos que se asocian más frecuentemente con los de los diversos trastornos alimentarios señalan Kirschman y Salgueiro (2002), en el caso de la anorexia nerviosa de tipo restrictivo los diagnósticos con comorbilidad son; depresión, distimia, ansiedad, trastorno obsesivo compulsivo. Mientras que en el tipo bulímico existe una presencia mucho más marcada del abuso de sustancias.

Mientras que “los diagnósticos más a menudo asociados a la bulimia nerviosa son los de abuso de sustancias, alcohol entre ellas, depresión, ansiedad y trastornos de la personalidad” (Kirschman y Salgueiro; 2002: 113).

En estudios realizados por Lilendfeld (citado por Kirschman y Salgueiro; 2002) se señala que existe cierto nivel de vulnerabilidad familiar para el padecimiento de anorexia y bulimia y que existe poca probabilidad de que la depresión mayor, el trastorno obsesivo compulsivo y el abuso de sustancias compartan una causa común con los trastornos alimenticios, sin embargo los rasgos de personalidad obsesivos pueden constituir un factor de riesgo familiar.

La química cerebral también se ha visto involucrada en la comorbilidad ya que “la serotonina se a vinculado con distintos síntomas: variaciones del estado anímico, suicidio, problemas alimentarios, impulsividad y violencia, rasgos de ansiedad y evitación, rasgos obsesivo-compulsivos y variación estacional de los síntomas” (Kirschman y Salgueiro; 2002: 114).

Incluso en muchos pacientes que presentan bulimia nerviosa con atracones se han encontrado niveles sumamente elevados de serotonina.

2.8.1 Trastornos alimenticios y depresión

En épocas pasadas la anorexia era interpretada como la melancolía frustrada de la pubertad y sus manifestaciones como una forma de solucionar el conflicto adolescente a nivel inconsciente, señala Kirszman y Salgueiro (2002).

La comorbilidad de los trastornos alimentarios con los de otro tipo ya se comento previamente, sin embargo en este apartado se presta especial interés a la relación existente entre la presencia de un trastorno alimentario y la depresión.

En diversos estudios citados por Kirszman y Salgueiro (2002) se hace un análisis exhaustivo de la existencia de antecedentes de trastornos afectivos en familiares de pacientes anoréxicas, tanto de aquellas con anorexia restrictiva como purgativa, y se descubrió que un alto porcentaje de los parientes de primer grado padecían algún trastorno de este tipo, además de que las madres de algunas de las pacientes se habían suicidado. Cabe señalar que las madres del grupo bulímico mostraron una mayor prevalencia de trastornos alimentarios que las madres de las pacientes con una anorexia de tipo restrictivo.

“Strober y otros (1990), examinan si esta agrupación familiar que aparece en diversos trabajos puede estar relacionada con la presencia de trastornos afectivos, y la anorexia nerviosa tuvieran una patología biológica común habría una transmisión cruzada de ambos trastornos” (Kirszman y Salgueiro; 2002: 121).

Una vez expuestos los aspectos más relevantes concernientes a los trastornos alimenticios, se da por concluido este capítulo y, por ende, el marco teórico. En el siguiente capítulo se expondrán los elementos relativos al trabajo metodológico.

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Toda investigación seria debe contar con un respaldo que permita corroborar o desechar las hipótesis que plantea, es por eso que a lo largo de este apartado se muestran los sustentos metodológicos que permitieron guiar y llevar a buen término el presente trabajo.

Es importante tener en consideración los resultados obtenidos a través de la aplicación de los instrumentos de evaluación, así como su relaciones y respectivas interpretaciones.

3 .1 Descripción metodológica

El enfoque bajo al que se realiza esta investigación es de corte cuantitativo, no experimental, estudio transversal y diseño correlacional, debido al tipo de exploración realizada.

3.1.1. Enfoque cuantitativo

El enfoque bajo el cual se realiza esta investigación es de corte cuantitativo que según Hernández y cols. (2006), tiene las siguientes características:

1. Que el investigador realiza los siguientes pasos:
 - a) Plantea y delimita el problema, y sus preguntas de investigación tratan de puntos específicos.
 - b) Revisa lo que se ha investigado previamente sobre el problema que planteó.
 - c) En base a la teoría construye un marco teórico
 - d) Plantea hipótesis.
 - e) Somete a prueba las hipótesis: si los resultados las corroboran, se aportan evidencias a su favor; si se refutan, se desechan en busca de mejores explicaciones.
 - f) Para obtener tales resultados, el investigador recolecta datos numéricos de los objetos, fenómenos o participantes, que el investigador analiza a través de un conjunto de pasos que integran el proceso de investigación cuantitativa.

En este proceso de investigación según Hernández y cols. (2006), además del paso anterior, se encuentran los siguientes:

2. Las hipótesis se generan antes de recolectar los datos
3. La recolección de datos se fundamenta en la medición de los datos, o de las hipótesis, recolección que se lleva a cabo a través de instrumentos estandarizados.

4. Los datos son representados numéricamente y deberán ser analizados a través de la estadística.
5. En el proceso se busca el máximo control de las variables
6. Los análisis cuantitativos dividen los datos para que éstos puedan responder al planteamiento del problema.
7. Este tipo de investigación debe ser lo más objetiva posible y los fenómenos que ocurran dentro de ella no deben ser afectados de ninguna forma por el investigador.
8. Deben tener un patrón predecible y estructurado.
9. En un estudio de este tipo, los resultados deben poder generalizarse y reproducirse.
10. Al final un estudio de este tipo, deberá ser posible explicar y predecir los fenómenos estudiados.
11. Si se siguen los estándares necesarios de confiabilidad y validez, las conclusiones servirán a la generación de conocimiento.
12. Este enfoque utiliza la lógica y el razonamiento deductivo.
13. La búsqueda cuantitativa ocurre en la realidad externa del sujeto.

3.1.2 Estudio no experimental

Este tipo de estudio podría definirse como “la investigación que se realiza sin manipular deliberadamente variables, es decir, se trata de estudios donde no hacemos variar en forma intencional las variables independientes para ver su efecto

sobre otras variables; lo que hacemos en la investigación no experimental es observar fenómenos tal como se dan en su contexto natural, para después analizarlos” (Hernández y cols.; 2006: 205).

El objetivo principal de este tipo de investigación es el obtener los resultados más reales posibles, que permitan obtener información no manipulada y que ayuden al investigador a tener sustentos para hacer aseveraciones sobre un determinado sector de la población.

Durante la investigación experimental se crea una situación específica a la que se expone a los integrantes de la población estudiada, el ambiente que rodea este proceso debe hallarse controlado con ciertas condiciones y bajo ciertas circunstancias, posterior a la exposición a dicho tratamiento se analizaran los efectos que éste tuvo, a través de mediciones estandarizadas (Hernández y cols.; 2006).

Estos autores también explican que en los estudios no experimentales no se construye una situación, sino que se toman situaciones ya existentes para ser estudiadas, las variables independientes ocurren y no es posible manipularlas puesto que ya han tenido lugar.

3.1.3 Estudio transversal

También se conoce a este tipo de diseño con el nombre de transeccional, que tiene como particularidad el que se usa para recolectar datos en un solo momento, especifican Hernández y cols. (2007). Su objetivo principal es describir y analizar variables y relacionarlas entre sí cuando ocurren en un momento dado. Estos autores mencionan el ejemplo de tomar una fotografía de un momento dado, que por mucho que se asemeje a otro, jamás podrá ser totalmente igual.

Hernández y cols. (2007) dividen este tipo de estudios en tres subtipos, entre los cuales están los exploratorios, cuyo propósito es conocer las características que acompañan a la variable como un contexto, un evento o una situación, por lo general se aplica para problemas de investigación sin antecedentes o poco conocidos.

Otro subtipo son los diseños transeccionales descriptivos; los diseños de este tipo “tienen como objetivo indagar la incidencia y los valores en que se manifiesta una o más variables; o ubicar, categorizar y proporcionar una visión de una comunidad, un evento, un contexto, un fenómeno o una situación “ (Hernández y cols.; 2007: 144). En resumen, se trata de ubicar una variable u objeto y proporcionar su descripción, por lo que se consideran estudios puramente descriptivos, cuyo valor también es únicamente de este tipo.

Y por último están los diseños transeccionales correlacionales-causales “estos diseños describen relaciones entre dos o más categorías, conceptos o variables en un momento determinado” (Hernández y cols.; 2007:145); se trata al igual que el subtipo anterior, de la descripción, pero no de categorías, conceptos o variables, sino de las relaciones entre éstas.

3.1.4. Diseño correlacional

El objetivo principal de este tipo de diseño es el encontrar cómo dos variables o más se relacionan entre sí. “este tipo de estudios tienen como propósito evaluar la relación que exista entre dos o más conceptos, categorías o variables” (Hernández y cols.; 2006: 63).

Los estudios correlacionales miden cada una de las variables involucradas por separado, para después determinar si se influyen mutuamente y establecer el nivel de correlación existente.

Hernández y cols. (2006) señalan que todas las suposiciones de correlación que se hagan entre las variables deben ser sometidas a prueba; mencionan también que es importante tener en cuenta que en la mayoría de los casos las mediciones a correlacionar provienen de los mismos sujetos, es decir, por lo general se obtienen dos o más grupos de datos de la misma población, para ser comparados entre sí.

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

Se trata de predecir los valores que un grupo puede obtener en una variable a partir del valor que tienen en una variable relacionada, en dos sentidos en los que esta correlación puede darse: positiva o negativa. De ser positiva, señalan Hernández y cols. (2006) los sujetos que obtengan altos puntajes en una variable los obtendrán también en la otra, o si son bajos en una lo serán también en la otra. Y si es negativa se supone que los sujetos que obtengan altos puntajes en una variable tenderán a tener bajos puntajes en la otra.

Cabe la posibilidad de que dos variables que se suponían interrelacionadas resulten no serlo, que puede notarse cuando estas varían sin seguir un patrón sistemático.

A pesar de algunas similitudes entre este tipo de estudios y los descriptivos, existe una diferencia muy marcada que radica en el hecho de que mientras los primeros se centran en medir variables individuales, los de tipo correlacional evalúan el grado de relación entre dos variables.

“La investigación correlacional tiene, en alguna medida un valor explicativo, aunque parcial” (Hernández y cols.; 2006: 65). O sea, que los usos principales que

pueden dársele a una investigación son los de obtener a partir de ellos pequeñas fracciones de observaciones de la realidad y de la influencia que determinadas situaciones pueden tener sobre las poblaciones elegidas.

3.1.5 Técnica de recolección de datos

Las técnicas de recolección de datos utilizadas para esta investigación fueron pruebas estandarizadas, las cuales afirman Hernández y cols. (2006) cuentan con ciertas características como una forma de aplicación específica, codificación e interpretación y se encuentran disponibles en diversas fuentes como bibliotecas especializadas o centros de investigación.

Existen pruebas para medir habilidades, rasgos de personalidad, intereses, valores, el desempeño o la motivación, el aprendizaje e incluso el clima laboral, por mencionar algunas.

Cuando se ha determinado que es necesario el uso de un instrumento de esta naturaleza, “es conveniente que se seleccione una prueba desarrollada o adaptada por algún investigador para el mismo contexto de estudio” (Hernández y cols.; 2006: 220). Es decir, que debe procurarse que las características de la población que está siendo investigada cuente con las características de aquella con que la prueba fue hecha o estandarizada posteriormente con la finalidad de que los resultados sean lo más reales y confiables que sea posible.

Por ejemplo, si se pretende aplicar una prueba que mida autoestima en niños o jóvenes que rebasan la edad marcada en ésta, los resultados que la aplicación arroje serán prácticamente inservibles, puesto que los indicadores de cada fenómeno varían en presencia e intensidad de acuerdo con elementos como la edad, el sexo, el nivel sociocultural e incluso la nacionalidad.

Existen también las pruebas conocidas como proyectivas que Hernández y cols. (2006) reconocen como procedimientos estandarizados, a pesar de que se trata de estímulos a los que se es expuesto uno a varios individuos y son sus reacciones las que se interpretan. Cabe señalar que por lo general en este tipo de pruebas la aplicación se encuentra estandarizada pero la interpretación no.

Debe tenerse en consideración que para la aplicación e interpretación de este tipo de pruebas, quien las maneja debe contar con los conocimientos necesarios. Hernández y cols. (2006) aclaran que no deben aplicarse con superficialidad o de forma indiscriminada.

Para la medición de la variables independiente estrés se empleó el test psicológico denominado Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños-Revisada (CMAS-R) diseñada por los autores Reynolds Richmond (1997).

La CMAS-R, subtitulada “lo que pienso y siento”, es un instrumento de auto informe que consta de 37 reactivos, diseñado para valorar el nivel y naturaleza de la

ansiedad en niños y adolescentes de 6 a 19 años de edad. Este instrumento puede aplicarse ya sea de manera individual o grupalmente el sujeto responde a cada afirmación encerrando en un círculo la respuesta “Sí” o “No”, según corresponda. Con el fin de proporcionar más introspección clínica en las respuestas del individuo, la CMAS-R brinda 5 puntuaciones. La puntuación total indica la ansiedad que presenta el sujeto en términos generales. Se presentan asimismo cuatro puntuaciones que corresponden a las subescalas denominadas: ansiedad fisiológica, inquietud/hipersensibilidad, preocupaciones sociales/concentración, y mentira. Las puntuaciones elevadas indican un alto nivel de ansiedad o mentira en las subescalas anteriores.

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

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

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

Como una medida de la consistencia interna de la CMAS-R se calculó el coeficiente alfa de Cronbach. El valor obtenido fue de 0.76, es decir el test muestra confiabilidad. Por otro lado, en apoyo a la validez concurrente y discriminante se observó una correlación de 0.69 entre la ansiedad total de la CMAS-R y la puntuación Rasgo del Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo de Spielberger.

Para la medición de la variable de Trastornos Alimentarios se utilizó la prueba Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2), de Gardner (1998).

Esta prueba evalúa los síntomas que normalmente acompañan a la anorexia nerviosa y a la bulimia nerviosa. Su tipo de aplicación puede ser individual o colectiva; el tiempo de aplicación es ilimitado, normalmente se lleva alrededor de 20 minutos; es aplicable a partir de los 11 años; está constituida por un total de 91 reactivos y evalúa 11 escalas:

1. Obsesión de la delgadez.
2. Bulimia.
3. Insatisfacción corporal.
4. Ineficacia.

5. Perfeccionismo.
6. Desconfianza interpersonal.
7. Conciencia introceptiva.
8. Miedo a la madurez.
9. Ascetismo.
10. Impulsividad.
11. Inseguridad social.

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

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

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

3.2 Población y muestra

Antes de describir tanto la población como la muestra que se utilizaron para esta investigación, es necesario mencionar que, según Hernández y cols. (2007)

para seleccionar una muestra es necesario definir las unidades de análisis, ya sean personas, comunidades o situaciones sobre las cuales se van a recolectar los datos.

Para que una investigación tenga un desarrollo práctico y ágil es necesario tener una delimitación clara de la población a utilizar, que se define como “el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones” (Hernández y cols.; 2007: 158).

Si la población no se describe apropiadamente, la investigación puede considerarse deficiente o poco real. Las poblaciones deben ubicarse de una forma clara y específica en un tiempo y un espacio, así como en su contenido (Hernández y cols.; 2007).

Para la realización de del presente estudio, la población fue el alumnado de la preparatoria del Instituto Juan de San Miguel.

Este sector de la población tiene edades que van desde los 17 hasta los 24 años de edad, hombres y mujeres, que cursan desde cuarto hasta sexto semestre en esta institución. Cabe señalar que debido a que se trata de una institución de carácter privado, los niveles socioeconómicos a los que pertenecen los estudiantes son medio ascendente y alto.

Por otro lado, es importante hablar sobre la muestra, lo que es y las implicaciones que tiene para una investigación.

“La muestra es, en esencia un subgrupo de la población” (Hernández y cols.; 2007: 159).

Existen dos tipos de muestra: “las muestras no probabilísticas y las probabilísticas. En estas últimas todos los elementos de la población tienen la misma posibilidad de ser escogidos” (Hernández y cols.; 2007: 160).

En este caso, la muestra a utilizar es de tipo no probabilístico, puesto que no fue elegida con base en alguna fórmula matemática o al azar, sino de forma directa por el investigador.

La muestra utilizada estuvo conformada por los alumnos de segundo y cuarto semestre de la misma, que de forma homogénea representaran al total de los estudiantes que asisten a esta institución.

3.3 Descripción del proceso de investigación

Para la obtención de los datos estadísticos presentados a continuación se llevó a cabo la aplicación de la prueba EDI-2 de David M. Gardner, la cual ubica 11 escalas relacionadas con los rasgos psicológicos propios de los trastornos

alimentarios, mientras que para la identificación de los niveles de estrés se usó la prueba CMAS-R de los autores Reynolds y Richmond, la cual está conformada por cuatro escalas y una más que mide la mentira en el sujeto investigado.

Ambas escalas fueron aplicadas en una sola sesión a los estudiantes del nivel de preparatoria del Instituto Juan de San Miguel, divididos en tres grupos de 25 y uno de 26 sujetos, con la finalidad de obtener resultados más confiables.

Las instrucciones fueron dadas a los estudiantes de forma verbal por la investigadora, sin dar un límite de tiempo y resaltando la necesidad de la honestidad, así como en la total discreción en el uso de los datos.

3.4 Análisis e interpretación de resultados.

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

Los datos serán presentados en el propio orden de las variables, primeramente lo que atañe a la variable de trastornos alimentarios y en segundo término, lo relacionado con la variable de estrés, para determinar la existencia de correlación.

3.4.1 Los trastornos alimentarios en los alumnos de nivel de preparatoria del Instituto Juan de San Miguel

De acuerdo con lo señalado por la APA (2002) el término de trastornos alimentarios se refiere a las alteraciones graves que pueden llegar a presentarse en la conducta alimentaria.

La anorexia nerviosa, considerada uno de los trastornos alimentarios más comunes, según la APA (2002), se caracteriza por quien la presenta se niega rotundamente a mantener el peso corporal adecuado para su morfología. Por otro lado, la bulimia tiene como característica la presencia de atracones a los cuales les

siguen el uso de conductas compensatorias que tienen como objetivo disminuir la culpa.

Respecto a los resultados obtenidos en la escala EDI2 sobre los indicadores de trastornos alimentarios, mostrando en puntajes percentilares, se encontró lo siguiente:

En la escala de la obsesión por la delgadez se encontró una media de 60. La media aritmética es la suma de un conjunto de datos, dividida entre el número de medidas (Hernández y cols.; 2006).

Asimismo, se obtuvo la mediana, que es la medida de tendencia central que muestra el valor medio de un conjunto de valores ordenados (Hernández y cols., 2006). El valor de la mediana fue de 41.

La moda es el dato que se presenta con mayor frecuencia en el conjunto de medidas (Hernández y cols., 2006). En esta escala se identificó que la moda es el puntaje 52.

De la misma manera se obtuvo el valor de una medida de dispersión conocida como desviación estándar, la cual muestra la raíz cuadrada del promedio de la suma de las desviaciones al cuadrado de un conjunto de datos (Hernández y cols., 2006). El valor obtenido de esta medida es de 23.

Los datos obtenidos en la medición de la escala obsesión por la delgadez en los alumnos del Instituto Juan de San Miguel se muestran en el anexo 1.

En la escala de bulimia se encontró una media de 64, una mediana de 58, una moda de 46 y una desviación estándar de 16. Los datos obtenidos en la medición de dicha escala en los alumnos Instituto Juan de San Miguel, se muestran en el anexo 2.

En la escala de insatisfacción corporal se encontró una media de 46, una mediana de 23, una moda de 39 y una desviación estándar de 26. Los datos obtenidos a este respecto, se muestran en el anexo 3.

En la escala de ineficacia se encontró una media de 50, una mediana de 50, una moda de 40 y una desviación estándar de 17. Los datos obtenidos en la medición de esta característica en los alumnos de la escuela citada, se muestran en el anexo 4.

En la escala de perfeccionismo se encontró una media de 61, una mediana de 74, una moda de 46 y una desviación estándar de 21. Los datos obtenidos sobre dicho tópico, se muestran en el anexo 5.

En la escala de desconfianza interpersonal se encontró una media de 48, una mediana de 56, una moda de 15 y una desviación estándar de 23. Los datos obtenidos en esta medición, se muestran en el anexo 6.

En la escala de conciencia introceptiva se encontró una media de 52, una mediana de 75, una moda de 22 y una desviación estándar de 64. Los datos obtenidos en la medición de la conciencia introceptiva en los sujetos de estudio, se muestran en el anexo 7.

En la escala de miedo a la madurez se encontró una media de 72, una mediana de 85, una moda de 64 y una desviación estándar de 24. La información recabada en esta medición, se muestran en el anexo 8.

En la escala de ascetismo se encontró una media de 57, una mediana de 73, una moda de 57 y una desviación estándar de 31.5. Los datos obtenidos en la medición de ascetismo en los sujetos referidos, se muestran en el anexo 9.

En la escala de impulsividad se encontró una media de 78, una mediana de 80, una moda de 41 y una desviación estándar de 19. Los datos obtenidos en dicha medición, se muestran en el anexo 10.

En la escala de inseguridad social se encontró una media de 52, una mediana de 17, una moda de 16 y una desviación estándar de 31. Estos datos, se muestran en el anexo 11.

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

En la escala de obsesión por la delgadez, el 30% salieron por arriba del percentil 70; en la escala de bulimia el porcentaje fue de 33%; en la escala de insatisfacción corporal, el 26%; en la escala de ineficacia 21%; en la escala de perfeccionismo, 31%; en la escala sobre desconfianza interpersonal, 18%; en la escala de conciencia introceptiva, 35%; en la escala de miedo a la madurez, 61%; en la escala de ascetismo, 44%; en la escala de impulsividad, 67% y finalmente, en la escala de inseguridad social, 36%.

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

Se puede afirmar entonces que el nivel que presentan los indicadores de trastornos alimentarios en los alumnos del Instituto Juan de San Miguel, se encuentra por lo general en un nivel ligeramente elevado, siendo preocupante sobre todo la cantidad de estudiantes que presentan niveles altos en las distintas escalas de indicadores de trastornos alimentarios.

3.4.2 Descripción de la variable estrés.

De acuerdo con lo señalado por Sánchez (2007) la palabra estrés tiene sus orígenes en latín, en el vocablo *stringere*, que tiene como significado oprimir. Se ha usado en distintas ciencias para hacer referencia a la fuerza que se aplica sobre un objeto y mediante la cual es posible deformarlo o romperlo.

Bernard, citado por Sánchez (2007) demostró que la naturaleza proporciona a los seres vivos mecanismos para enfrentar las dificultades presentes en el ambiente externo.

Respecto a los resultados obtenidos en el nivel de ansiedad total como principal indicador del estrés en los alumnos del Instituto Juan de San Miguel, se encontró una media de 68, una mediana de 60, una moda de 83 y una desviación estándar de 21. Los datos obtenidos en la medición de estrés en los alumnos del Instituto Juan de San Miguel, se muestran en el anexo 13.

Particularmente en la subescala de ansiedad fisiológica se encontró una media de 69, una mediana de 76, una moda de 83 y una desviación estándar de 23. Los datos obtenidos en esta subescala se muestran en el anexo 14.

Por otra parte en la subescala de inquietud/hipersensibilidad, se encontró una media de 70, una mediana de 59, una moda de 53 y una desviación estándar de 21. Los datos obtenidos al respecto se muestran en el anexo 15.

Finalmente, en la subescala de preocupaciones sociales/concentración, se encontró una media de 47, una mediana de 38, una moda de 27 y una desviación estándar de 29.4. Los datos obtenidos en esta subescala se muestran en el anexo 16.

Se presenta a continuación el porcentaje de sujetos que obtuvieron puntajes altos en la escala de ansiedad total, es decir, puntajes por arriba del percentil 70. De esta forma, se ubicará el porcentaje de casos preocupantes por su nivel de estrés. El porcentaje fue de 63%. El gráfico se puede observar en el anexo 17.

De acuerdo con estos resultados se puede afirmar que los niveles de estrés en los alumnos del Instituto Juan de San Miguel, se encuentran un nivel ligeramente más alto de lo normal.

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

Diversos autores han afirmado la relación que se da entre los trastornos alimentarios y el estrés. Entre ellos destaca el de Behar y Valdés (2009) en el cual se estudia el vínculo entre ambas variables. Lo cual denota el interés por este tipo de fenómenos sociales.

En la investigación realizada con los alumnos del Instituto Juan de San Miguel, se encontraron los siguientes resultados:

Entre el nivel de estrés y la escala de obsesión por la delgadez, existe un coeficiente de correlación de -0.04 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre el estrés y la escala citada, no existe correlación de acuerdo con la clasificación de correlación que hacen Hernández y cols. (2006).

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

El resultado de la varianza fue de 0, lo que significa que entre el estrés y la obsesión por la delgadez no hay relación.

Al respecto, Kerlinger y Lee (2006), argumentan que un índice mínimo de correlación, para que sea considerado significativo, debe ser de al menos 0.31. Si este índice se convierte a la varianza de factores comunes, resulta en un 10%, a partir del cual se considera que una variable influye significativamente en otra.

Con lo anterior se puede corroborar que no existe correlación entre el estrés y la obsesión por la delgadez en los alumnos del Instituto Juan de San Miguel.

Estos resultados se observan gráficamente en el anexo 18.

Entre el nivel de estrés y la escala de bulimia, existe un coeficiente de correlación de 0.06 de acuerdo con la prueba "r" de Pearson. Esto significa que entre estas variables no existe correlación.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0, lo que significa que entre el estrés y la escala de bulimia no hay relación.

Con lo anterior se puede corroborar que no existe correlación entre dichos atributos en los alumnos del Instituto Juan de San Miguel. Estos resultados se observan gráficamente en el anexo 19.

Entre el nivel de estrés y la escala de insatisfacción corporal, existe un coeficiente de correlación de -0.01 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre tales variables no existe correlación.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0, lo que significa que entre el estrés y la escala de insatisfacción corporal no hay relación. Con lo anterior se puede corroborar que no existe correlación entre las variables citadas, en los alumnos del Instituto Juan de San Miguel. Estos resultados se observan gráficamente en el anexo 20.

Entre el nivel de estrés y la escala de ineficacia, existe un coeficiente de correlación de 0.11 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre estas características existe una correlación positiva débil.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.01, lo que significa que entre el estrés y la escala referida, hay una relación del 1%. Con lo anterior se puede corroborar que no existe correlación significativa entre el estrés y la ineficacia en los alumnos del Instituto Juan de San Miguel. Estos resultados se observan gráficamente en el anexo 21.

Entre el nivel de estrés y la escala de perfeccionismo, existe un coeficiente de correlación de 0 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre el estrés y la característica referida, existe una correlación positiva débil. El resultado

de la varianza de factores comunes fue de 0 lo que significa que entre el estrés y la escala de perfeccionismo no hay relación.

Con lo anterior se puede corroborar que no existe correlación entre el estrés y el perfeccionismo en los alumnos del Instituto Juan de San Miguel. Estos resultados se observan gráficamente en el anexo 22.

Entre el nivel de estrés y la escala de desconfianza interpersonal, existe un coeficiente de correlación de 0.11 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre el estrés y la característica referida existe una correlación positiva débil.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.01, lo que significa que entre el estrés y la escala de Desconfianza interpersonal hay una relación del 1%. Con lo anterior se puede corroborar que no existe correlación significativa entre el estrés y la desconfianza interpersonal en los alumnos del Instituto Juan de San Miguel. Estos resultados se observan gráficamente en el anexo 23.

Entre el nivel de estrés y la escala de conciencia introceptiva, existe un coeficiente de correlación de 0.01 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre el estrés y el atributo indicado, no existe correlación.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0 lo que significa que entre el estrés y la escala de conciencia introceptiva no hay relación. Con lo anterior se puede corroborar que no existe correlación entre el estrés y la conciencia introceptiva en los alumnos del Instituto Juan de San Miguel. Estos resultados se observan gráficamente en el anexo 24.

Entre el nivel de estrés y la escala de miedo a la madurez, existe un coeficiente de correlación de 0.10 de acuerdo con la prueba "r" de Pearson. Esto significa que entre dichas variables existe una ausencia de correlación.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.00 lo que significa que entre el estrés y la escala de miedo a la madurez no hay relación. Con lo anterior se puede corroborar que no existe correlación significativa entre el estrés y el miedo a la madurez en los alumnos del Instituto Juan de San Miguel. Estos resultados se aprecian gráficamente en el anexo 25.

Entre el nivel de estrés y la escala de ascetismo, existe un coeficiente de correlación de 0.03 de acuerdo con la prueba "r" de Pearson. Esto significa que entre el estrés y el ascetismo existe una hay correlación positiva.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0, lo que significa que entre dichas variables, no hay relación. Con lo anterior se puede corroborar que no

existe correlación entre el estrés y el ascetismo en los alumnos del Instituto Juan de San Miguel. Estos resultados se observan gráficamente en el anexo 26.

Entre el nivel de estrés y la escala de impulsividad, existe un coeficiente de correlación de 0 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre estas variables no existe correlación.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0. Lo que significa que entre el estrés y la escala de impulsividad no hay relación. Con lo anterior se puede corroborar que no existe correlación entre tales atributos en los alumnos del Instituto Juan de San Miguel. Estos resultados se observan gráficamente en el anexo 27.

Entre el nivel de estrés y la escala de inseguridad social, existe un coeficiente de correlación de 0.07 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre dichas características no existe correlación.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0, lo que significa que entre el estrés y la escala de inseguridad social no hay relación. Con lo anterior se puede corroborar no existe correlación entre estas características en los alumnos del Instituto Juan de San Miguel. Estos resultados se observan gráficamente en el anexo 28.

Con base en estos resultados se observa que en ninguno de los casos se encontró correlación significativa del estrés con los indicadores de trastornos alimentarios.

CONCLUSIONES

Al principio de esta investigación se planteó como objetivo general el determinar la relación entre el estrés y la presencia de indicadores de trastornos alimentarios en los jóvenes del nivel de preparatoria del Instituto Juan de San Miguel, de la ciudad de Uruapan, Michoacán, en el ciclo 2011-2012.

Este objetivo fue cumplido a través de la aplicación de pruebas psicométricas que integran dentro de sí los indicadores de ambas variables: estrés y trastornos alimentarios, con lo cual se concluye que no existe relación entre la presencia de estrés y la aparición de trastornos alimenticios.

Es por lo anteriormente mencionado que se acepta la hipótesis nula, la cual afirma que no existe relación entre el nivel de estrés y la presencia de indicadores de trastornos alimentarios en los jóvenes del nivel de preparatoria del Instituto Juan de San Miguel, de la ciudad de Uruapan, Michoacán, en el ciclo 2011-2012.

Lo anterior puede visualizarse por medio de la consulta de los anexos de este trabajo.

En cuanto a los objetivos particulares de investigación, fueron cubiertos en su totalidad tanto en el campo teórico como en el empírico, ya que a través de la

investigación documental se conceptualizó cada una de las variables, teniendo en cuenta diversas posturas teóricas, las cuales definen la sintomatología del estrés.

En cuanto a la variable trastornos alimentarios fue posible establecer un concepto, sintomatología y características de personalidad que se relacionan con el padecimiento de estos trastornos.

En el caso de ambas variables, se obtuvieron mediciones confiables a través de la aplicación de tests psicométricos estandarizados que permitieron el análisis estadístico de la correlación entre variables

A lo largo de esta investigación surgieron datos que resultaron sumamente interesantes tanto en el campo teórico como en el práctico; el marco teórico ofreció a la investigadora la oportunidad de conocer a profundidad y desde una nueva perspectiva todo lo que existe detrás del desarrollo y padecimiento de trastornos alimentarios.

Resultó por demás interesante el descubrir que no solamente se requiere de la disposición para adoptar un trastorno de la alimentación, sino que existen factores predisponentes que favorecen tanto la aparición como el desarrollo de estos, desde el estilo de la personalidad de cada sujeto, hasta el tipo de familia y el entorno social en que cada individuo se desenvuelve.

Además de lo anterior, a través de la consulta bibliográfica la investigadora descubrió que, contrario a lo que mucha gente cree, los trastornos alimentarios no son un mal de la sociedad actual, sino que su aparición tiene origen en la época medieval donde se consideraba que un cuerpo que podía privarse de alimento por periodos prolongados de tiempo poseía una porción de divinidad y era mucho más puro que el resto de los simples mortales que requerían del alimento para funcionar.

Al tener en cuenta los datos estadísticos arrojados por la aplicación de las pruebas, previamente explicadas, se pudo conocer los niveles de estrés que los jóvenes manejan y la ausencia de correlación con la aparición de los trastornos alimentarios.

La investigadora considera que los principales logros de este trabajo son: aportar datos tanto empíricos como teóricos para el desarrollo de estudios futuros de este campo, el haber dado resolución a los objetivos planteados al principio del trabajo y por último, el obtener datos estadísticos que permitieran el aceptar una de las hipótesis elaboradas, además del logro personal que este trabajo representa, puesto que a través de éste se expresan muchos de los conocimientos obtenidos a lo largo de la preparación académica previa.

BIBLIOGRAFÍA

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

American Psychiatric Association (APA). (2002)
DSM IV-TR. Manual de 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 alimentarios.
Editorial Diana. México.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

OTRAS FUENTES DE INFORMACIÓN

Hemerografía

Behar A., Rosa; Valdés W., Claudia. (2009)
“Estrés y trastornos de la conducta alimentaria”.
Revista Chilena de Neuro – psiquiatría.

Caldera Montes, Juan Francisco; Pulido Castro, Blanca Estela; Martínez González, Ma. Guadalupe. (2007)
“Niveles de estrés y rendimiento académico en estudiantes de la carrera de Psicología del Centro Universitario de Los Altos.”
Revista Educación y Desarrollo. Octubre-Diciembre 2007. Pp.77-82.

Ruiz Cervantes, Tanya Elizabeth; Vaquero Cázares, José Esteban; Vargas Ramírez, Alberto; Diez, Ma. Del Pilar. (2004)
“Trastornos alimentarios en hombres y mujeres adolescentes deportistas y no deportistas pertenecientes al Servicio de Rehabilitación Ortopédico del Centro Nacional de Rehabilitación.”
Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación. Vol. 16 Núm. 1 Pp. 12-17.

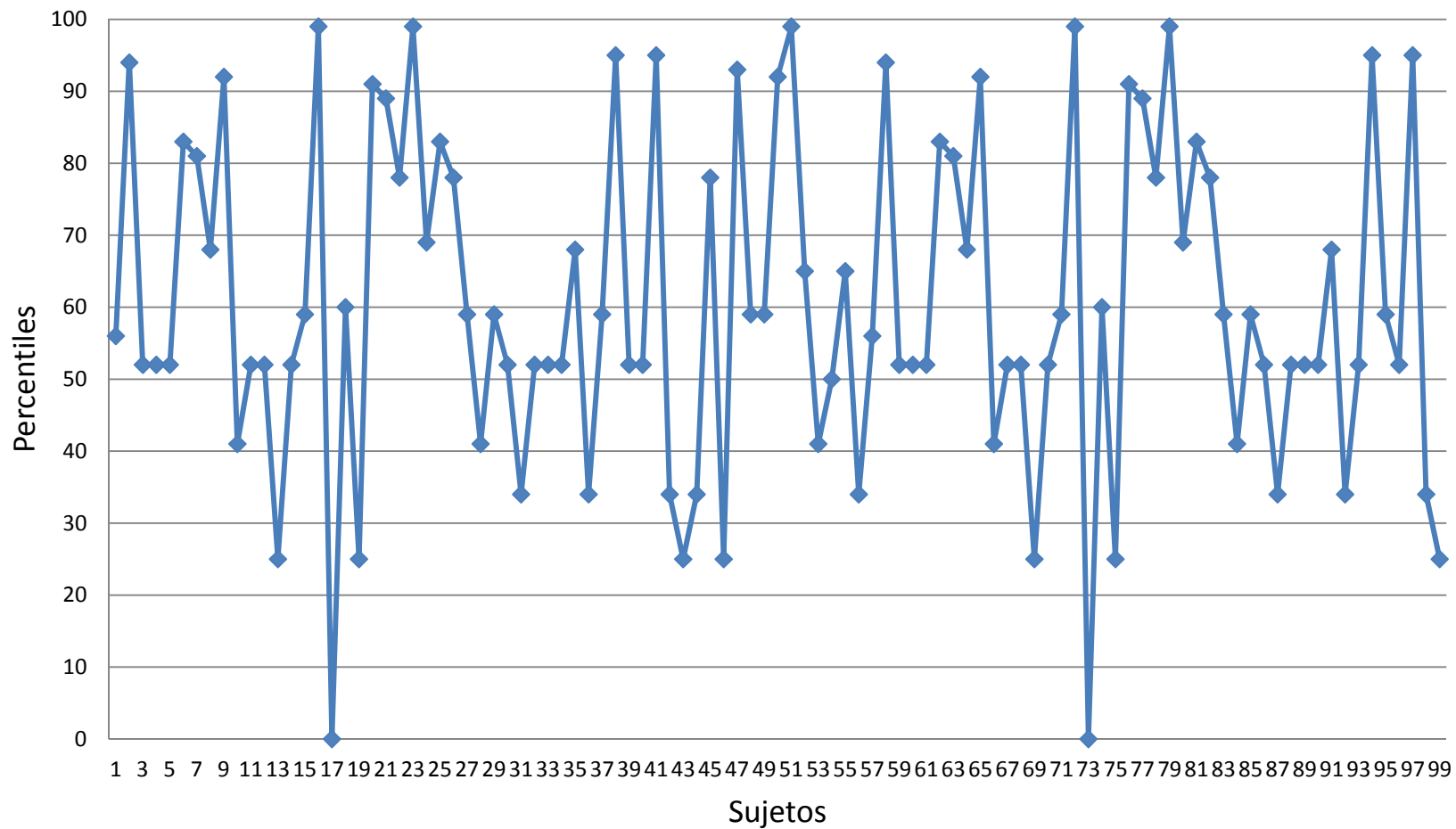
Artículos de Internet

Barraza Macías, Arturo. (2003)
“Características del estrés académico de los alumnos de educación media superior”
Revista electrónica de psicologiacientifica.com
<http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologiapdf-19-caracteristicas-del-estres-academico-de-los-alumnos-de-educacion-media-superior.pdf>

López Coutiño, Berenice; Arias Ibáñez, Alba; Nuño Gutiérrez, Bertha. (s/f)
“Una aproximación a la estructura familiar de mujeres con anorexia y bulimia”.
<http://www.tallersur.com/adolesc/libros/libroanorexia.pdf>

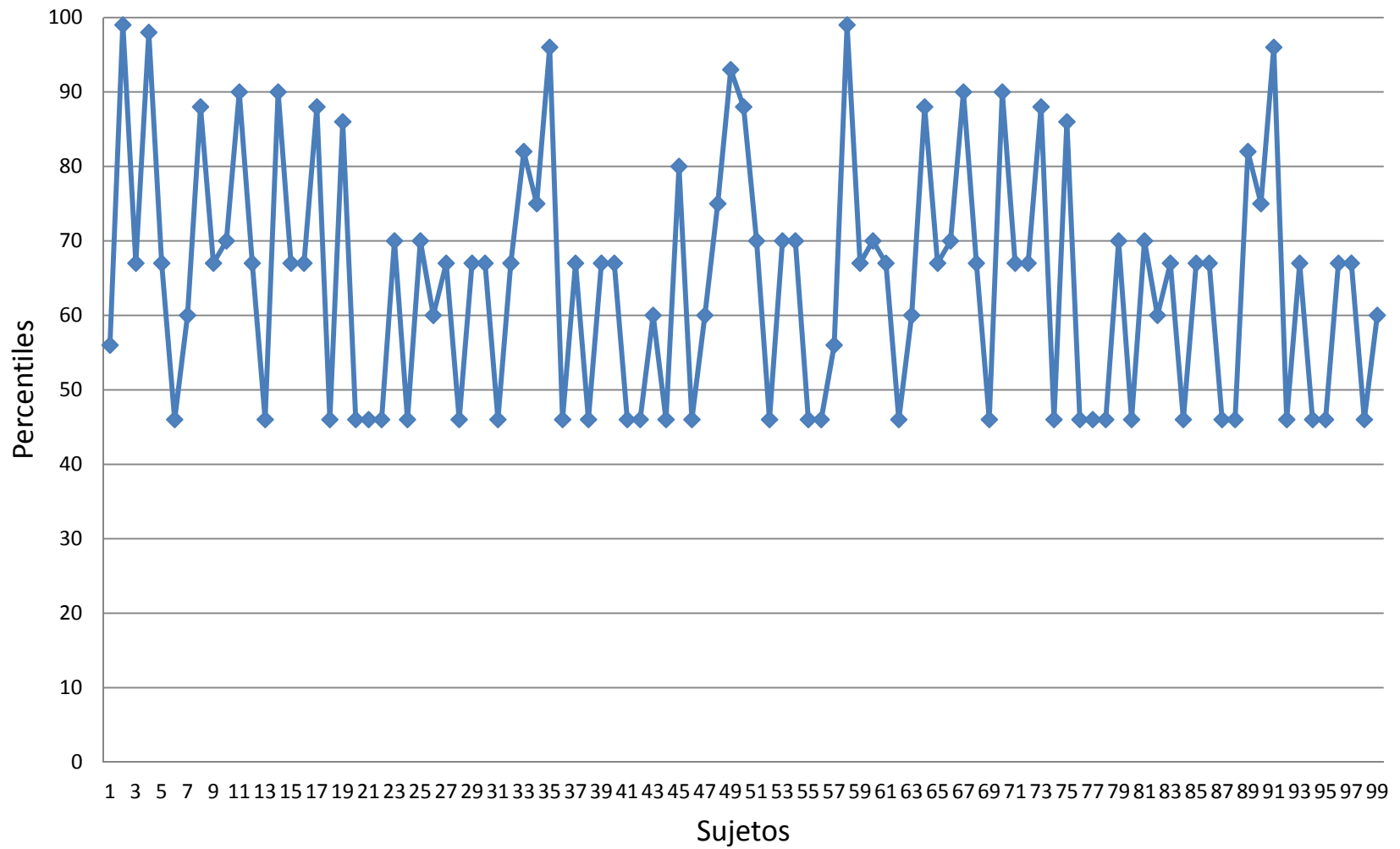
Anexo 1

Percentiles de la escala Obsesión por la delgadez



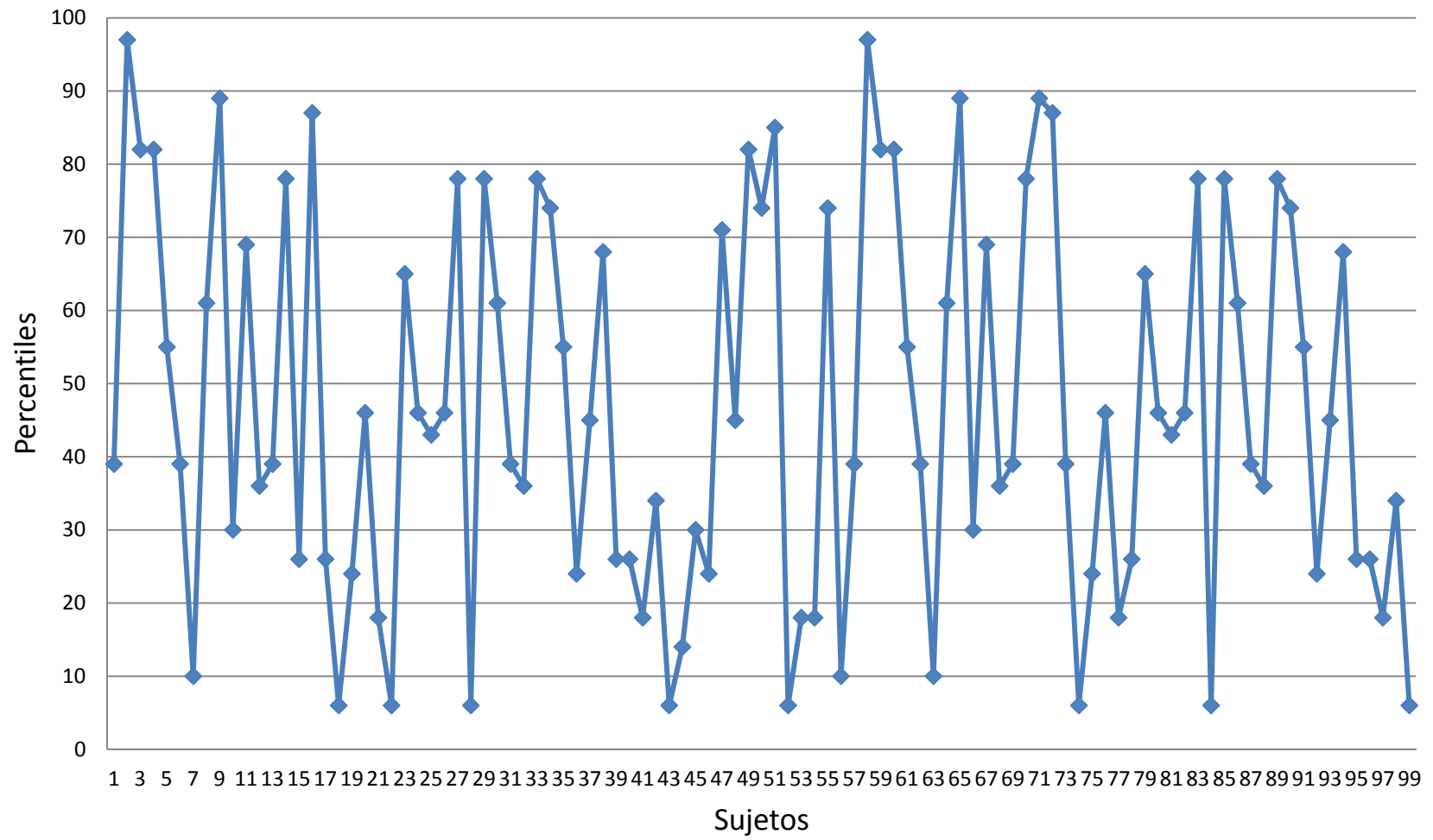
Anexo 2

Percentiles de la escala Bulimia



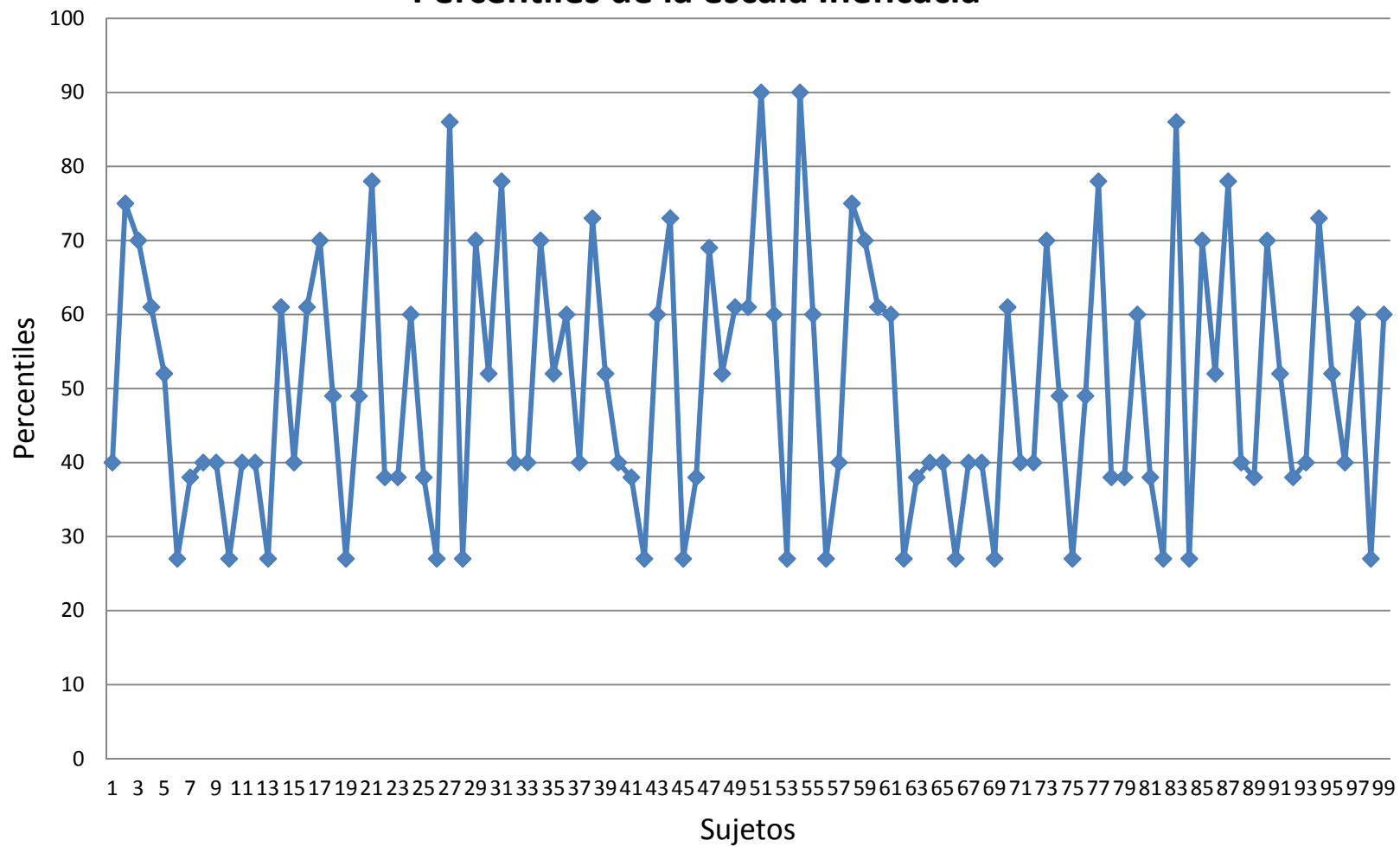
Anexo 3

Percentiles de la escala Insatisfacción corporal



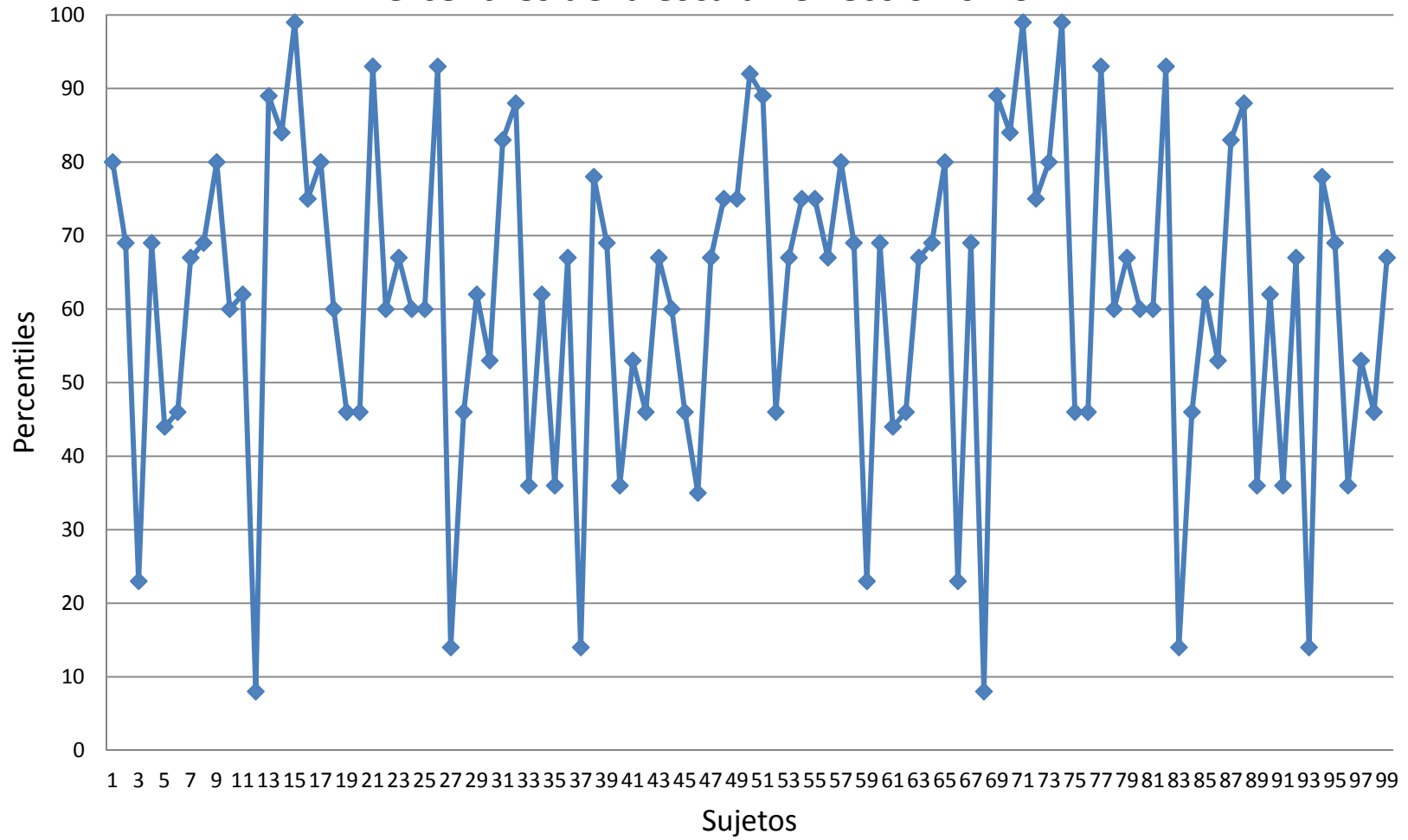
Anexo 4

Percentiles de la escala Ineficacia



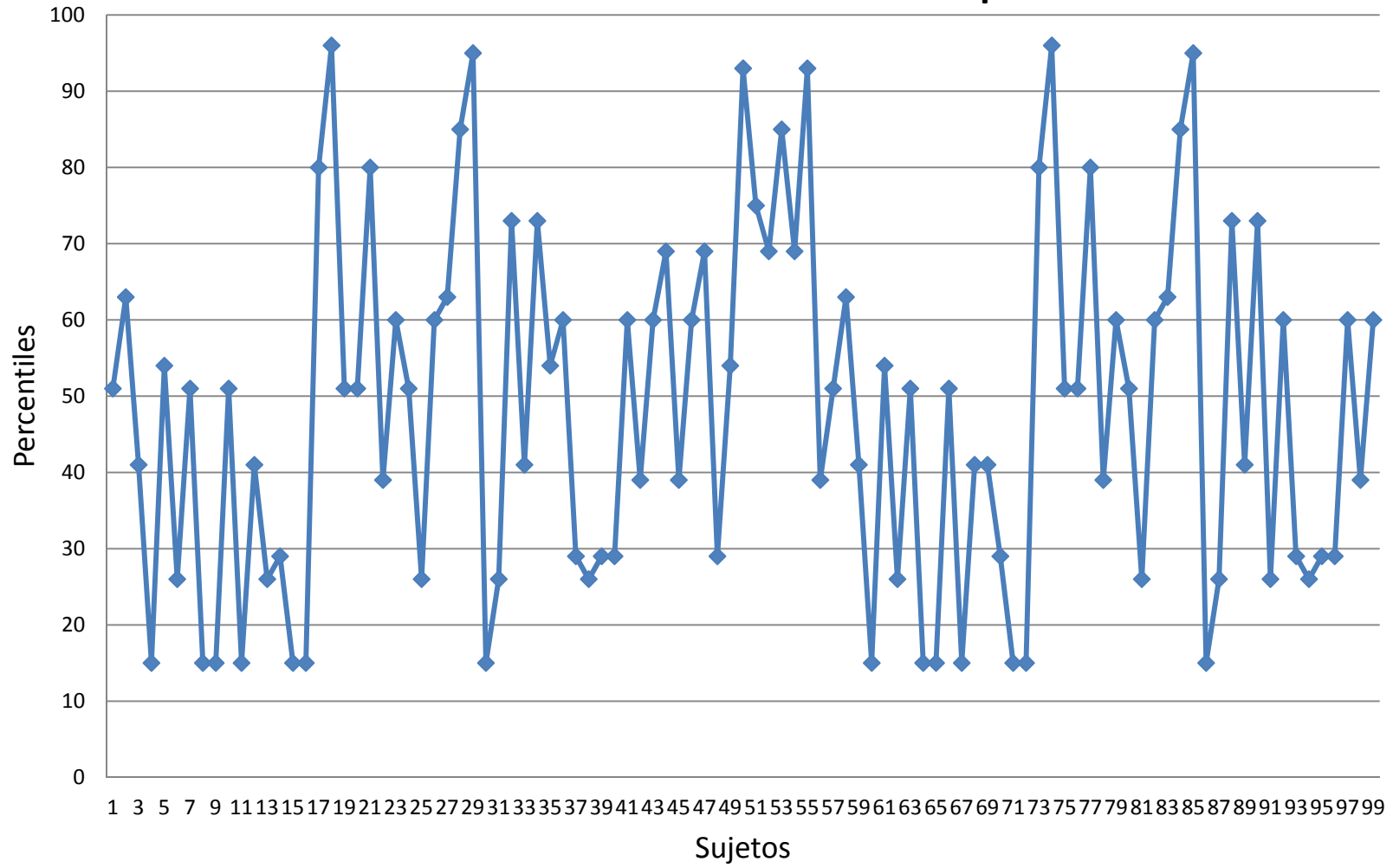
Anexo 5

Percentiles de la escala Perfeccionismo



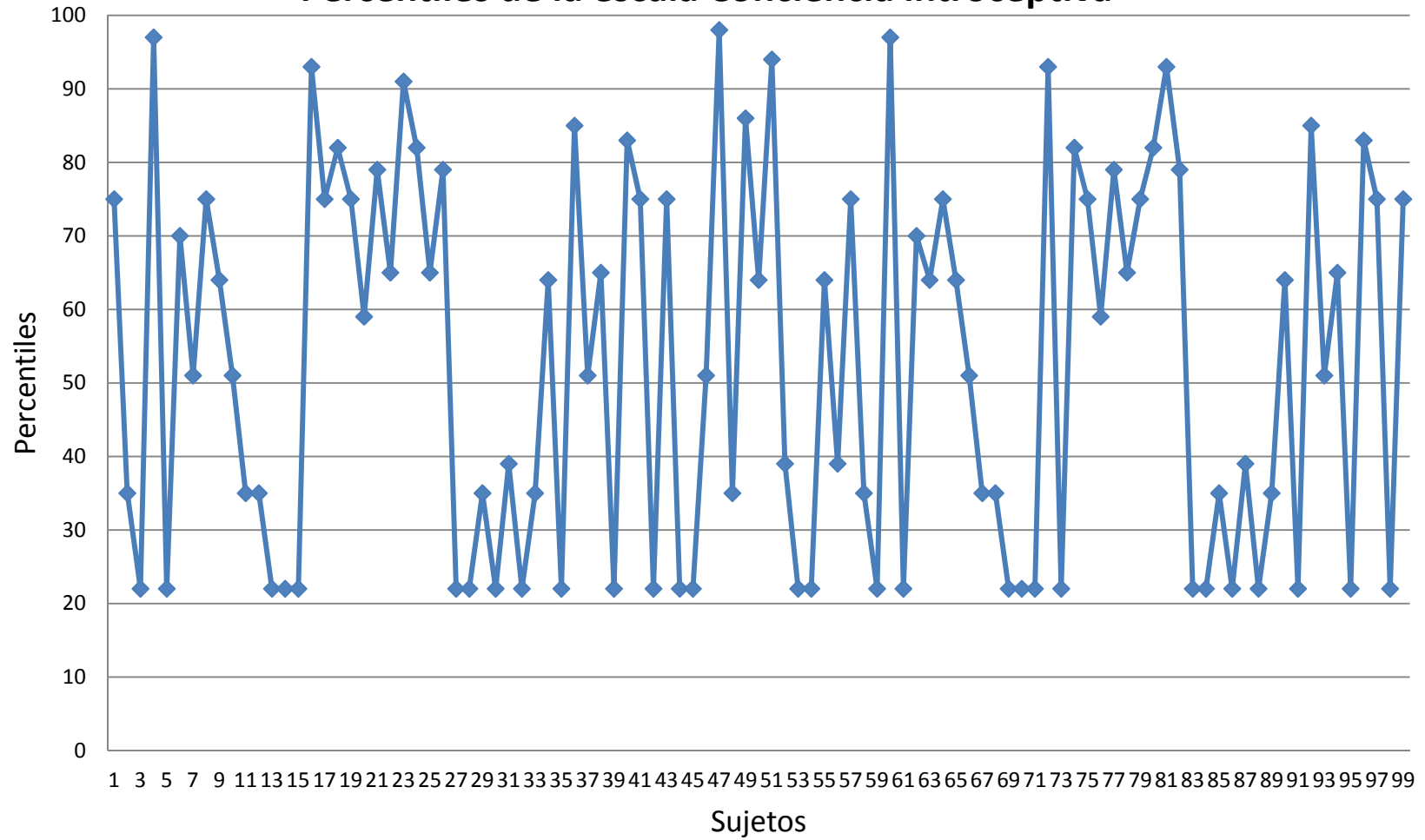
Anexo 6

Percentiles de la escala Desconfianza interpersonal



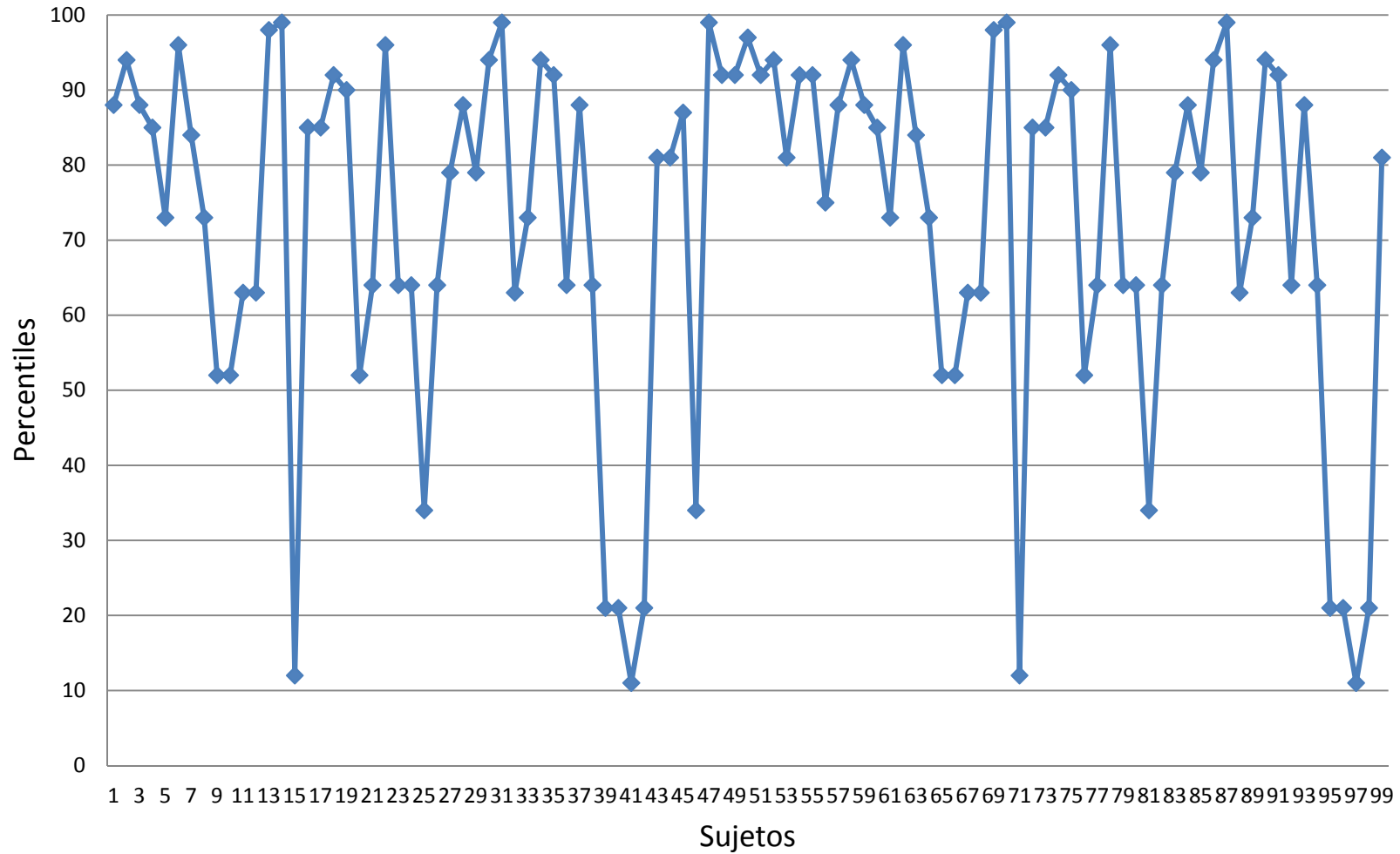
Anexo 7

Percentiles de la escala Conciencia introceptiva



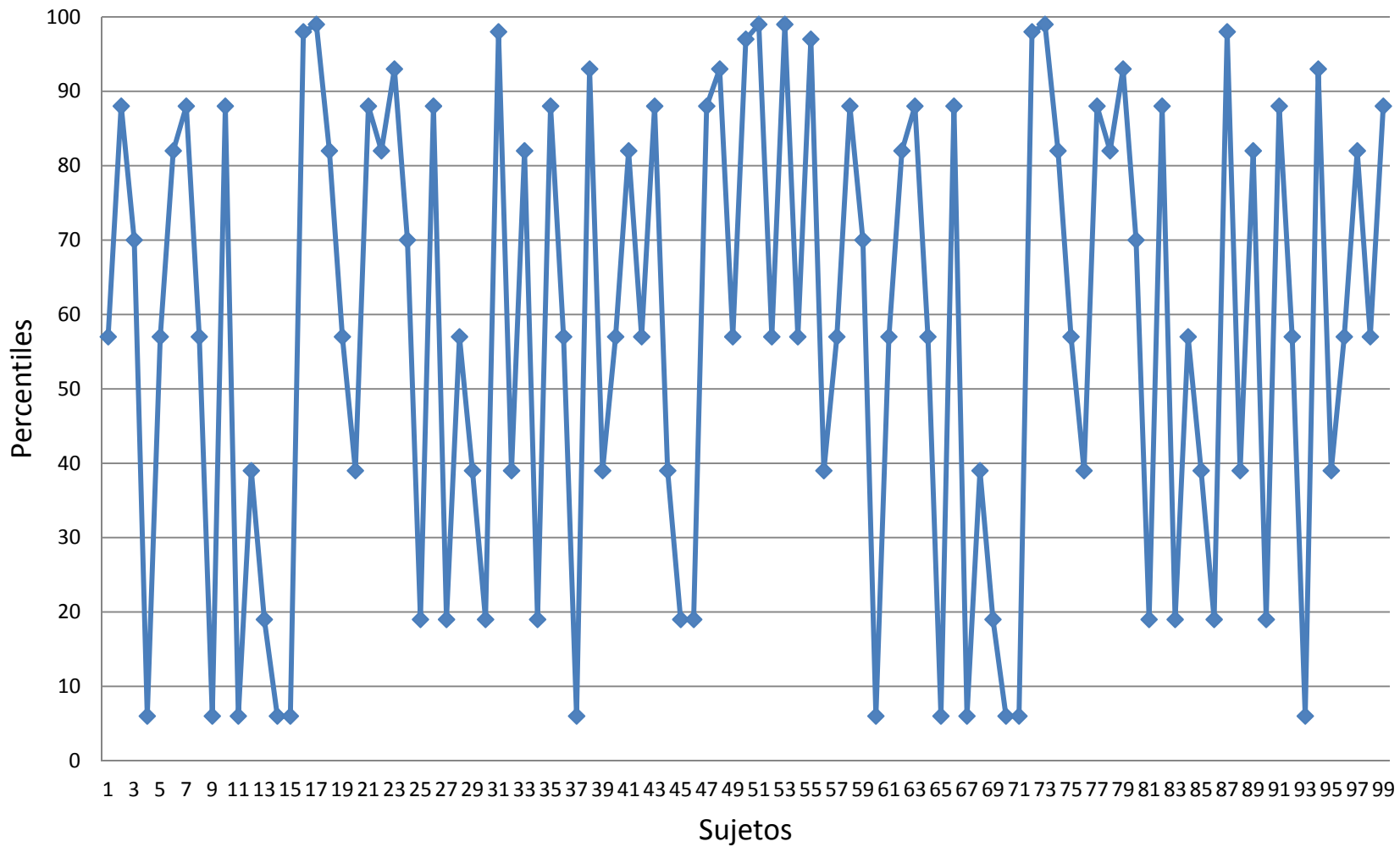
Anexo 8

Percentiles de la escala Miedo a la madurez



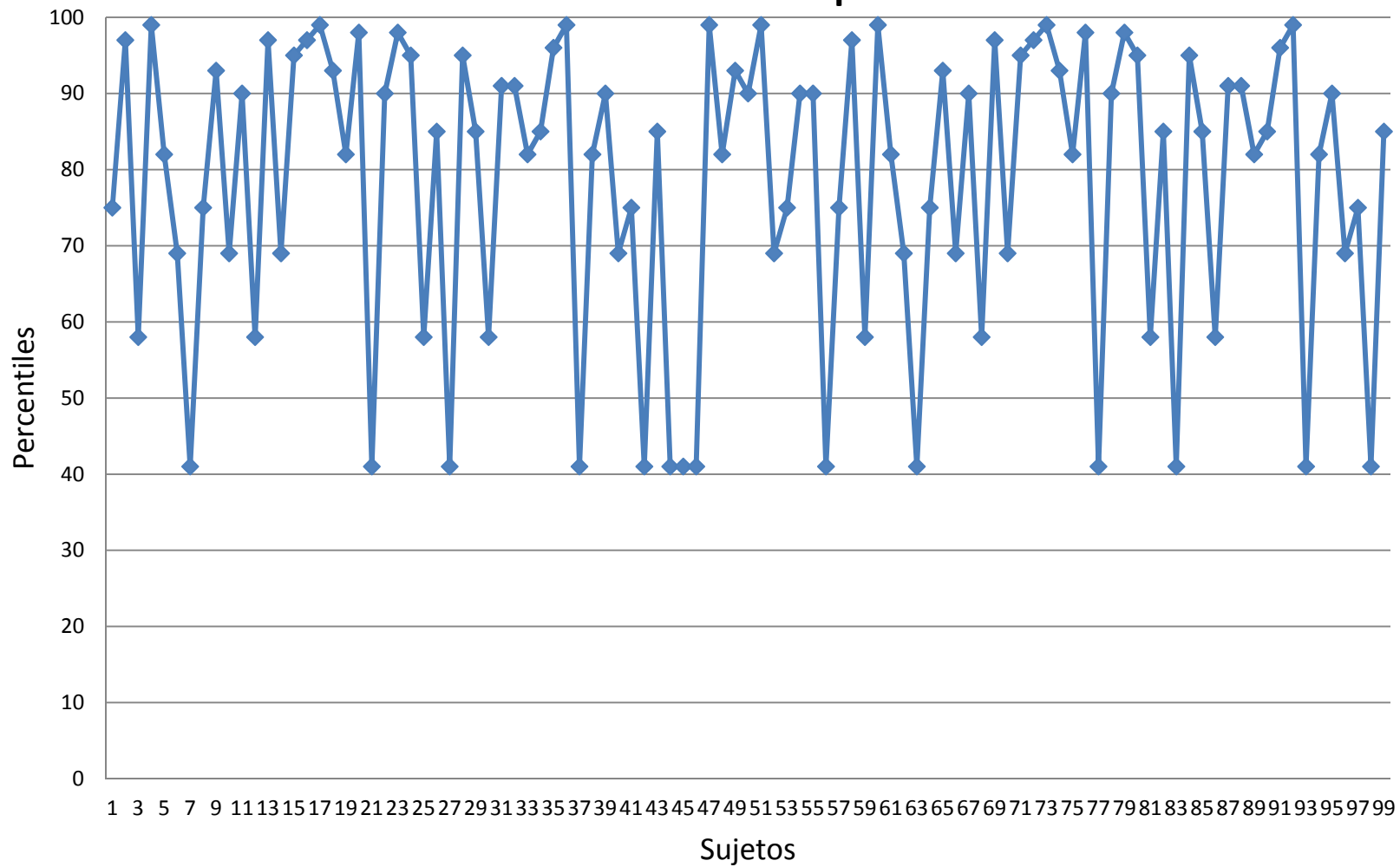
Anexo 9

Percentiles de la escala Ascetismo



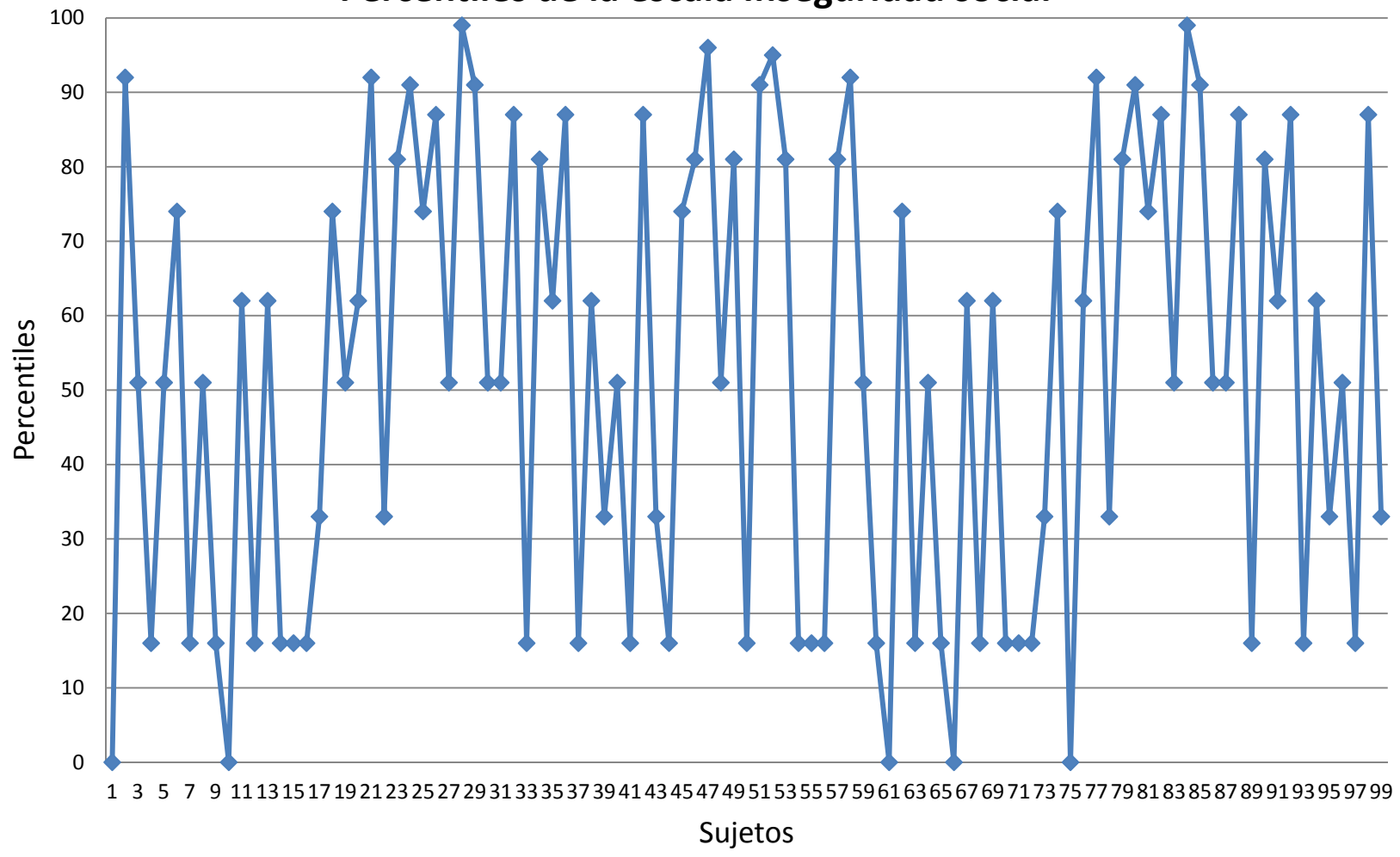
Anexo 10

Percentiles de la escala Impulsividad



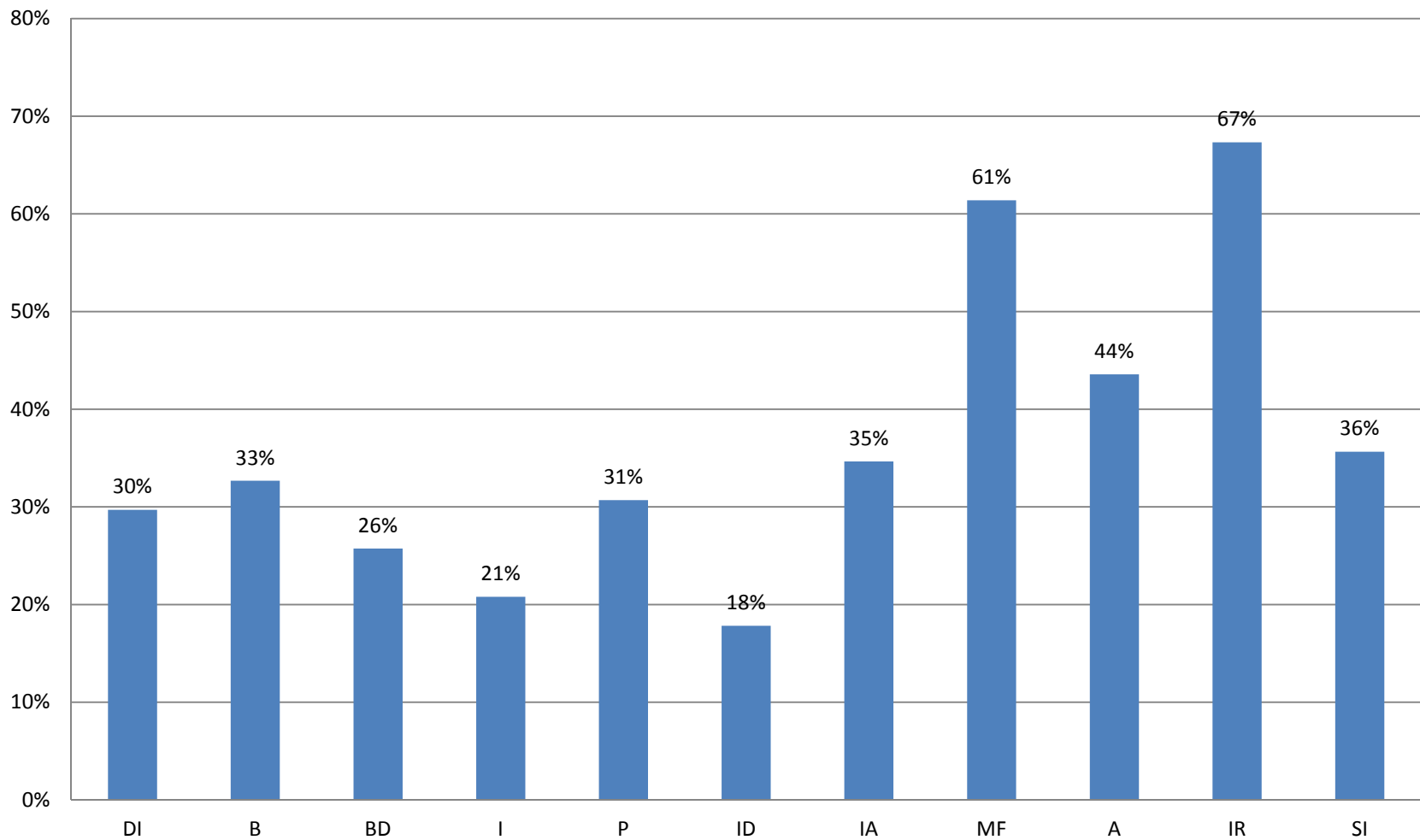
Anexo 11

Percentiles de la escala Inseguridad social



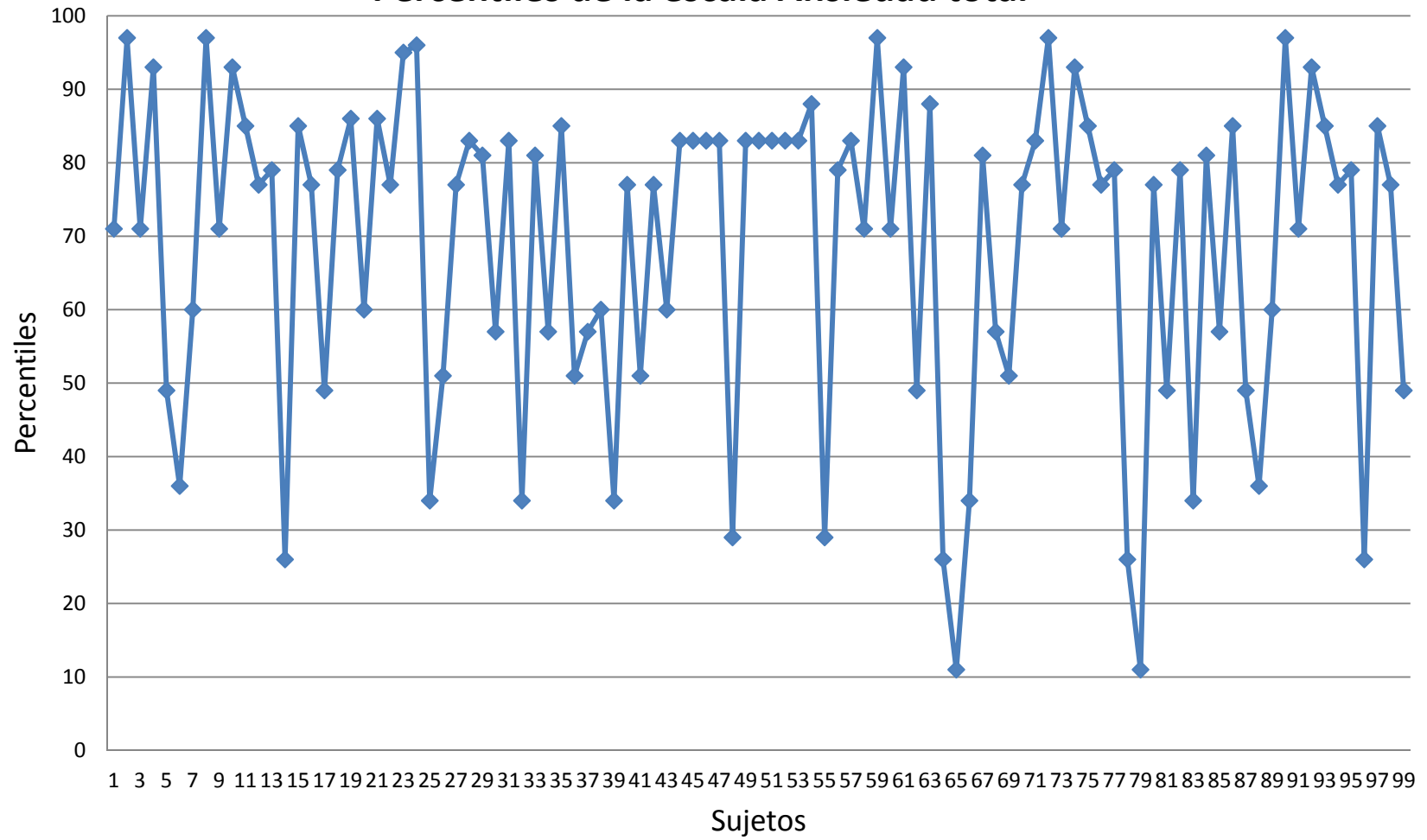
Anexo 12

Porcentajes de puntajes altos en Trastornos alimentarios



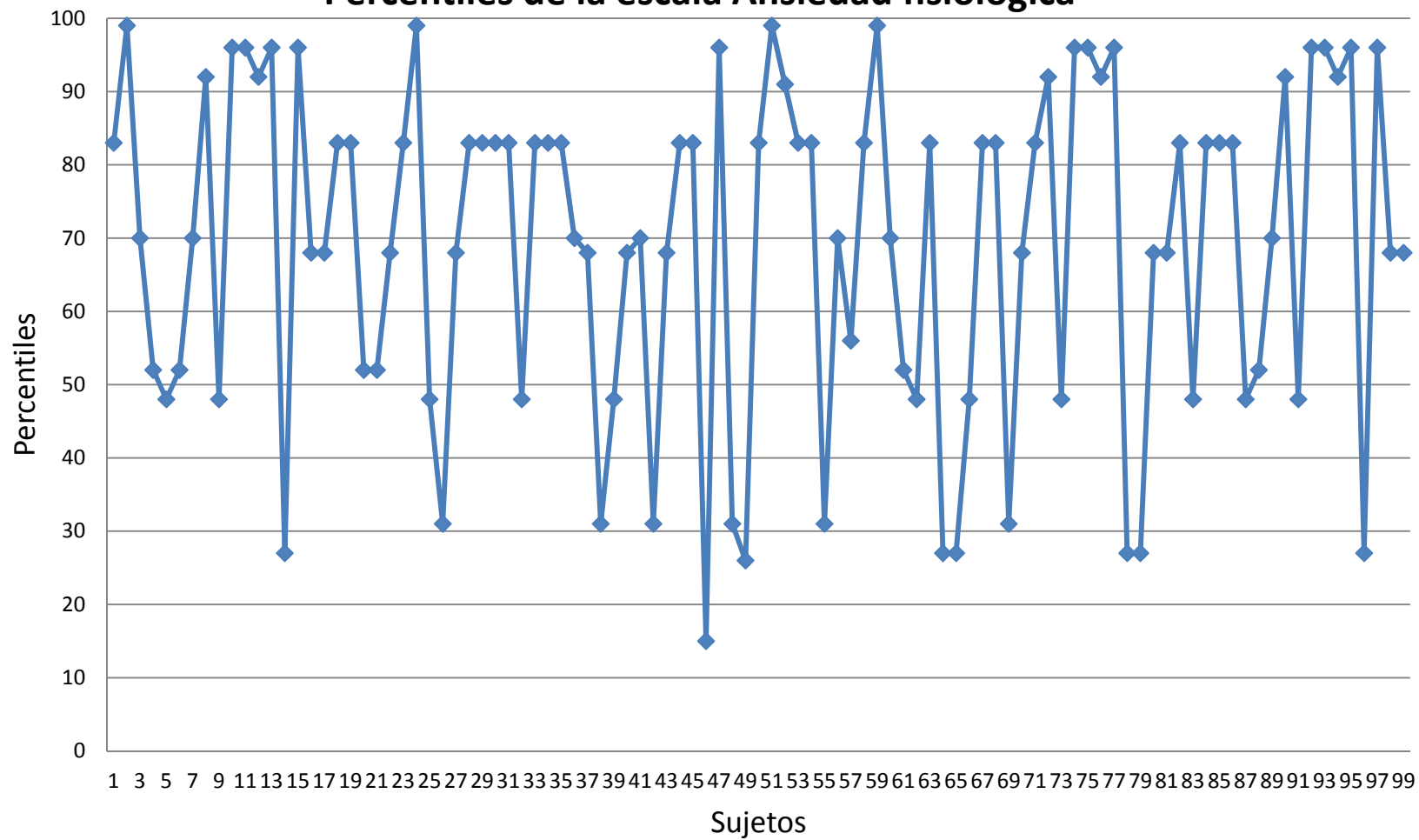
Anexo 13

Percentiles de la escala Ansiedad total



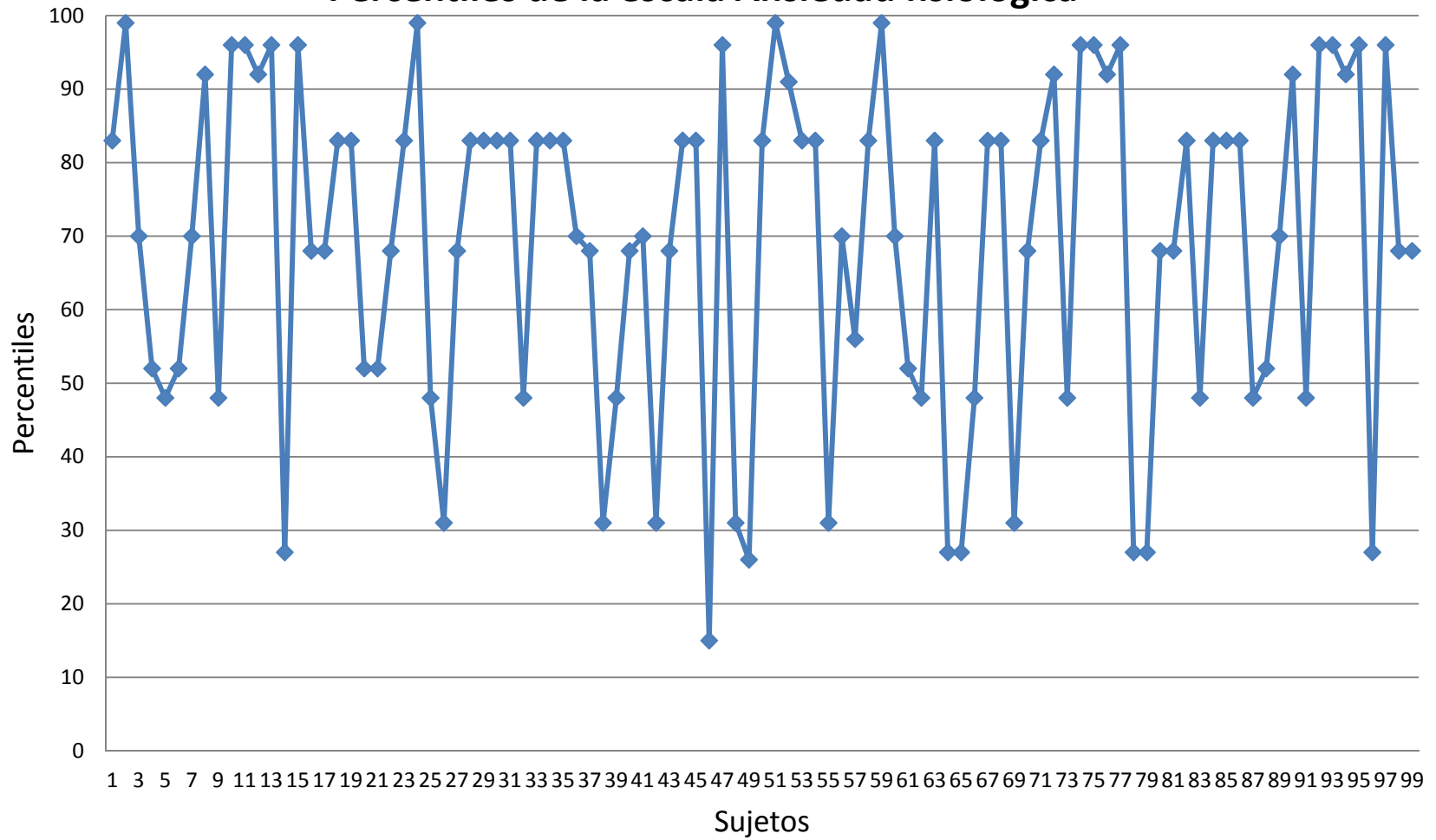
Anexo 14

Percentiles de la escala Ansiedad fisiológica



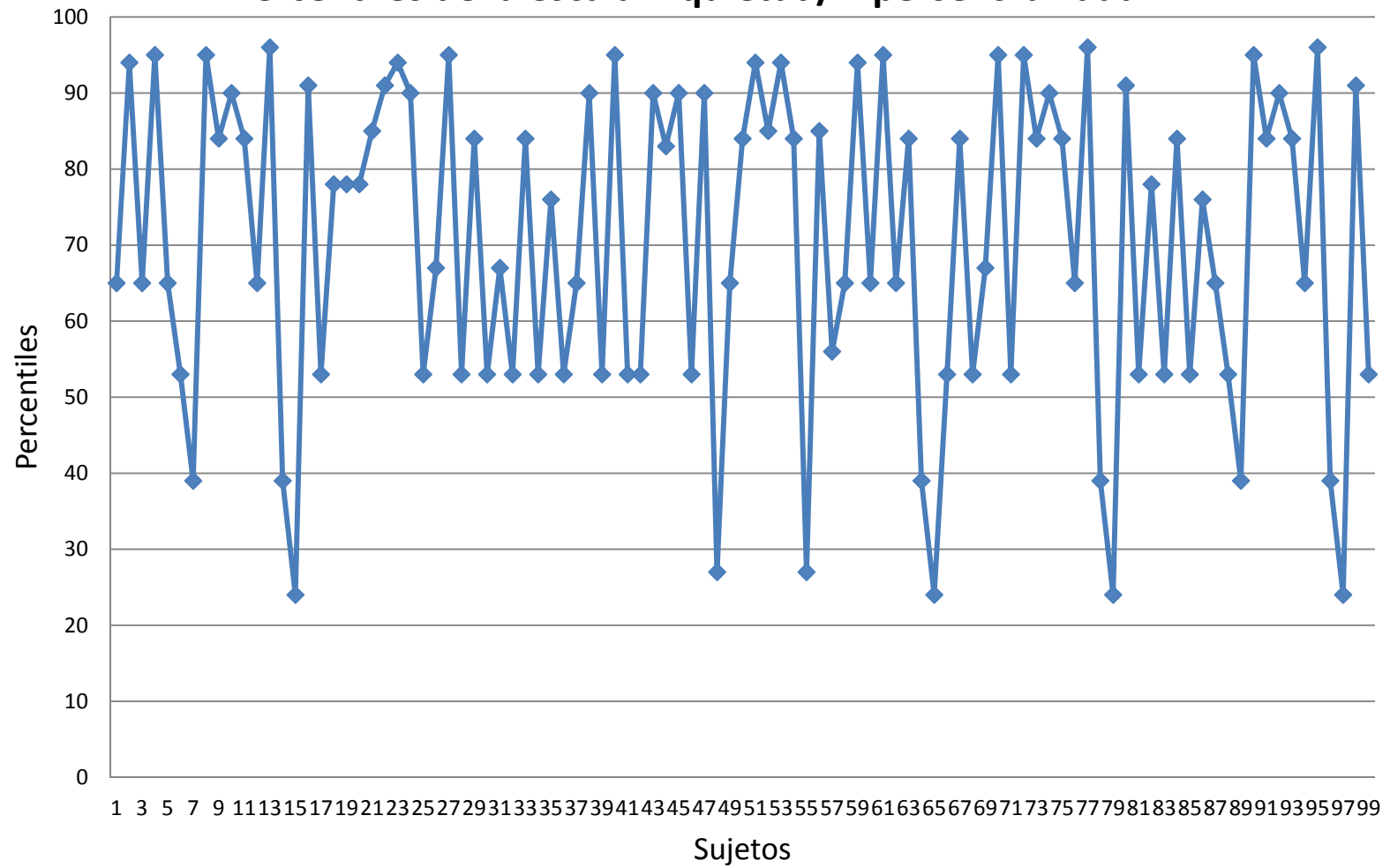
Anexo 14

Percentiles de la escala Ansiedad fisiológica



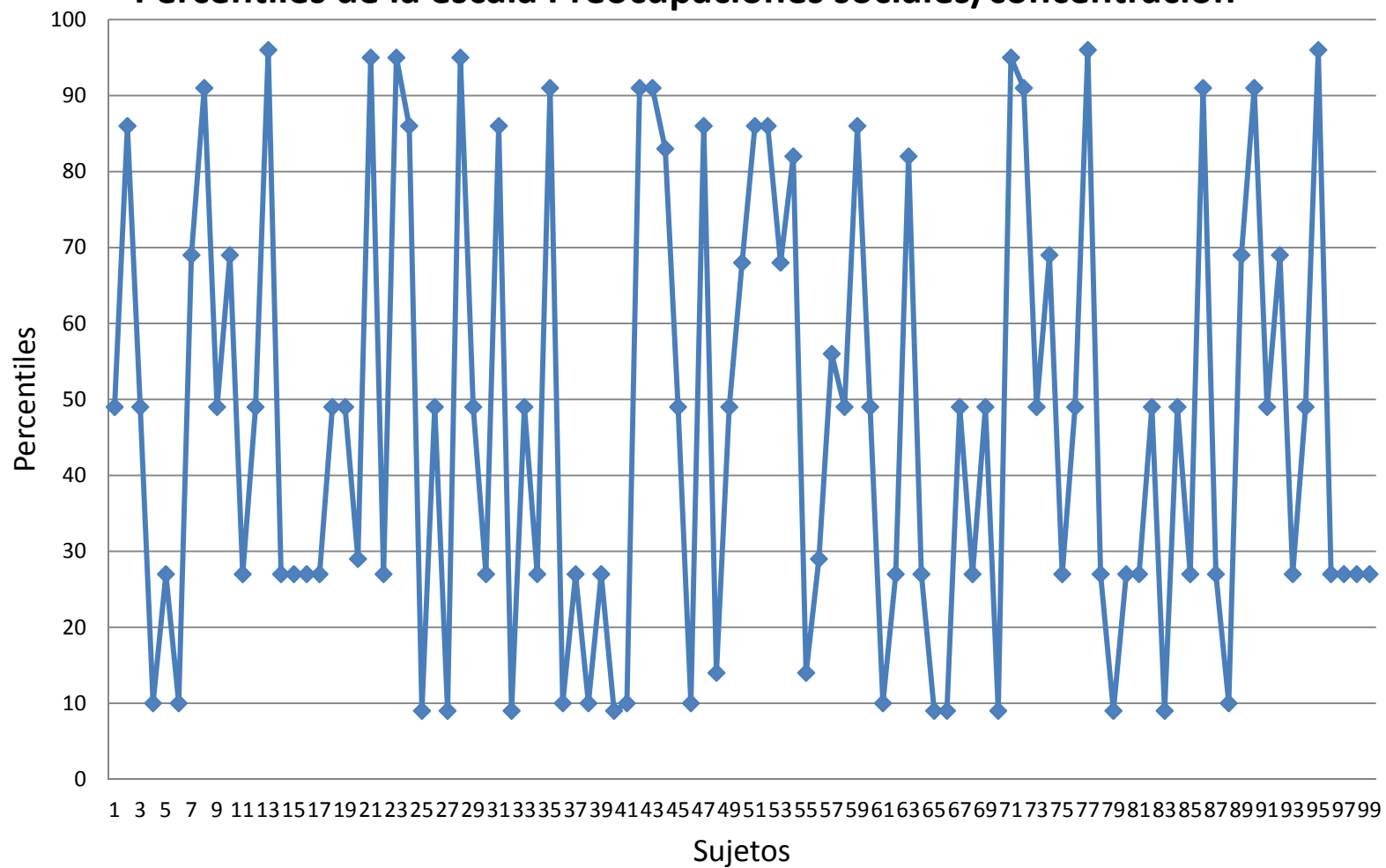
Anexo 15

Percentiles de la escala Inquietud/Hipersensibilidad



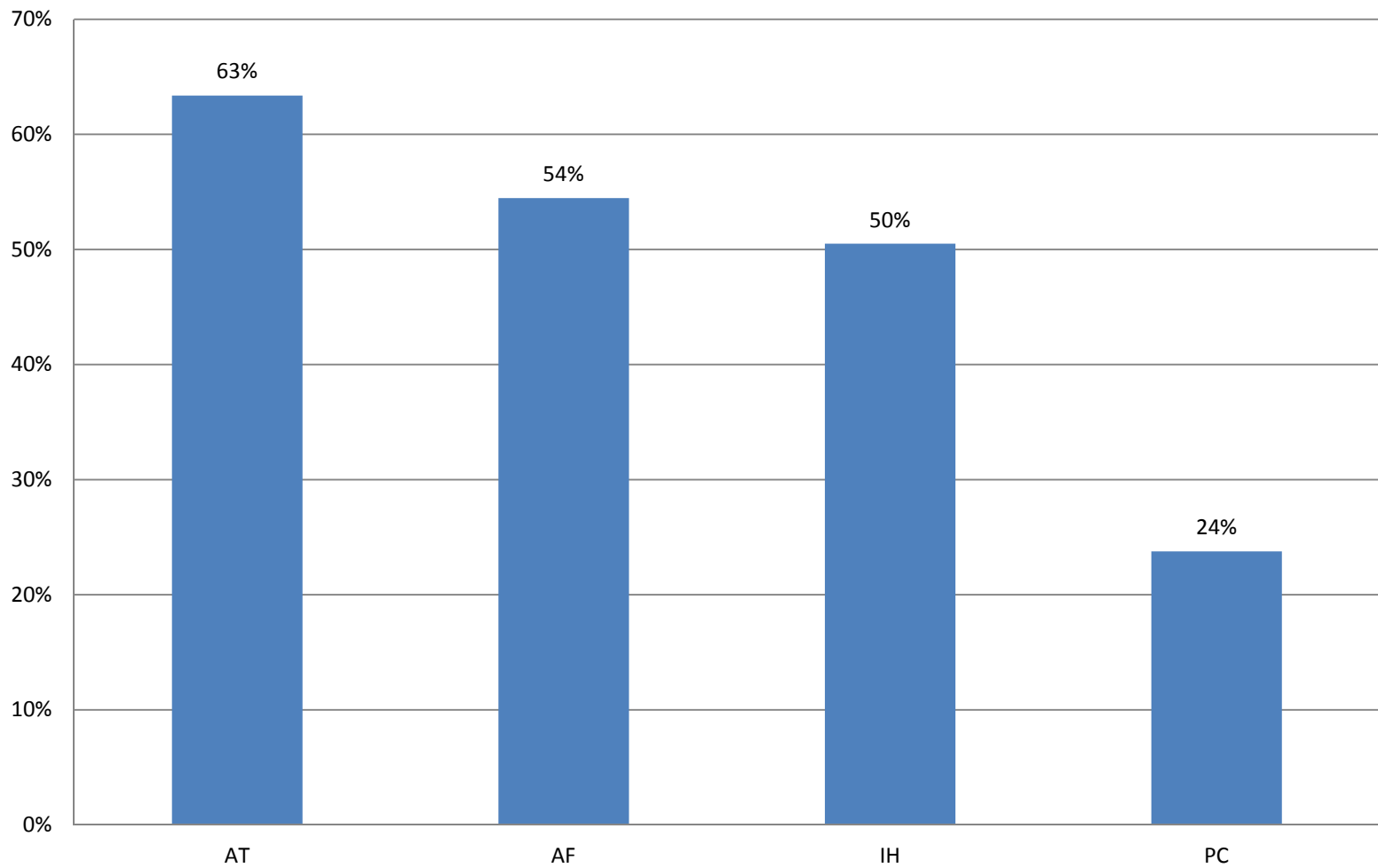
Anexo 16

Percentiles de la escala Preocupaciones sociales/concentración



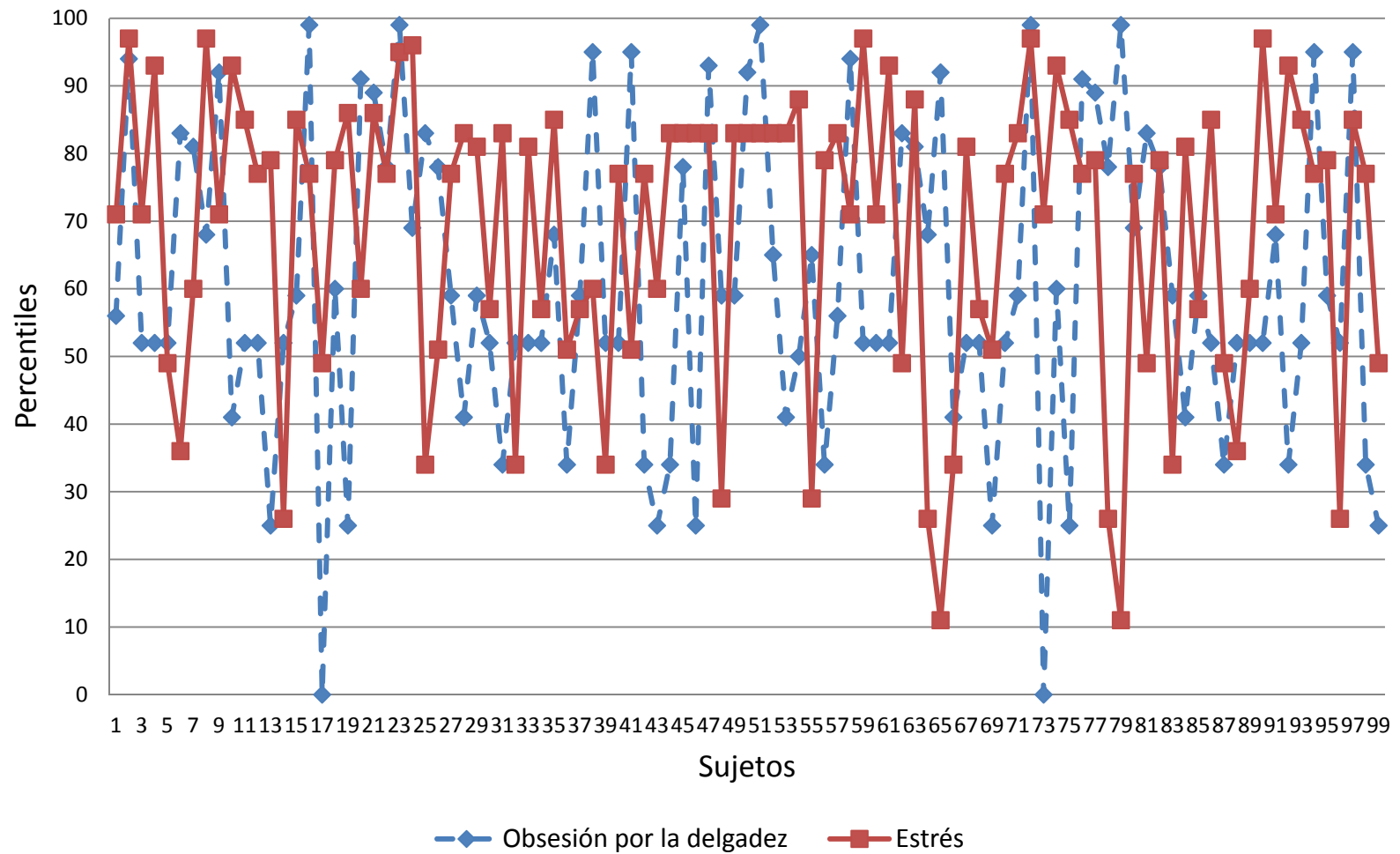
Anexo 17

Porcentajes de puntajes altos en Escalas de ansiedad



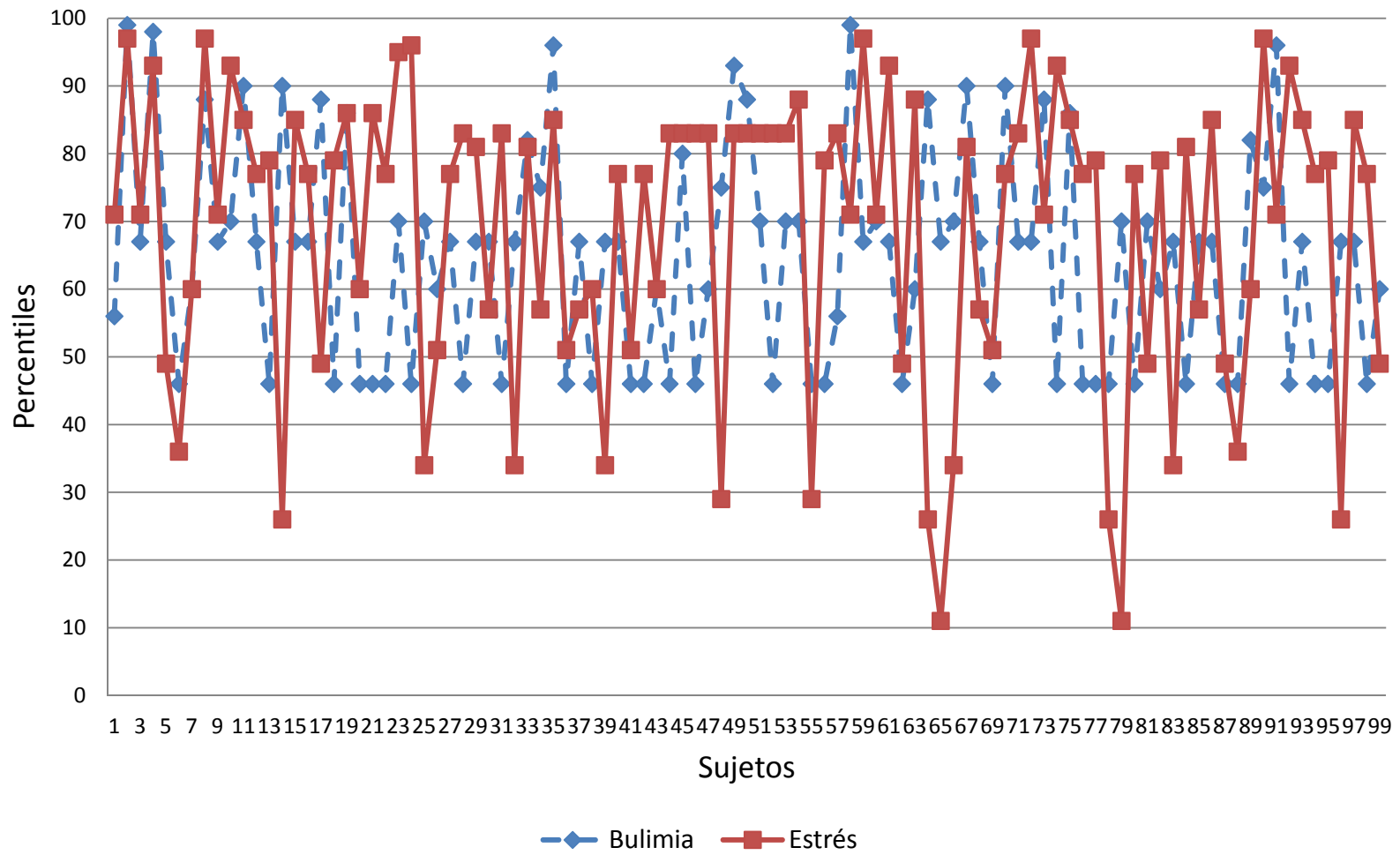
Anexo 18

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



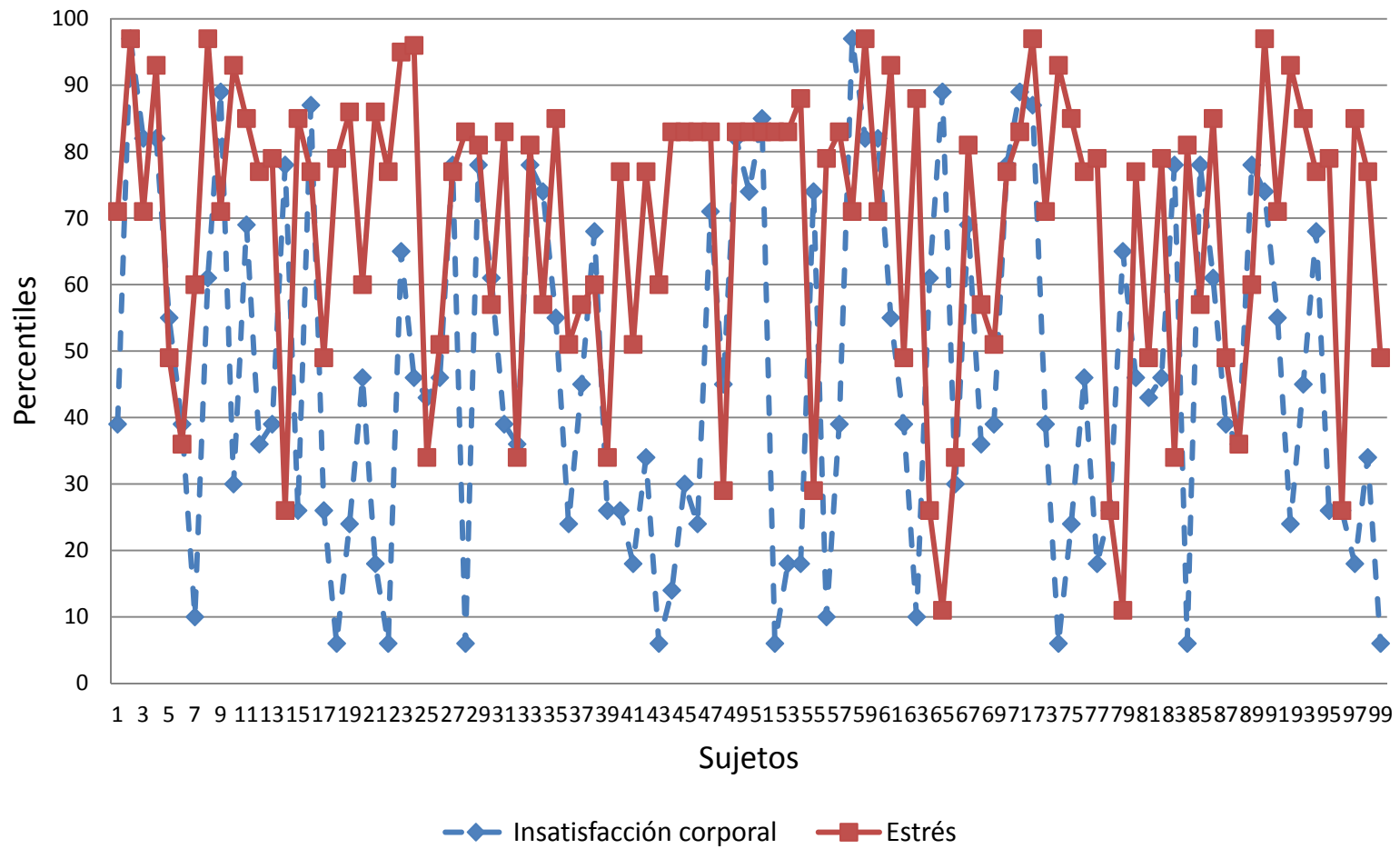
Anexo 19

Correlación entre el nivel de estrés y la bulimia



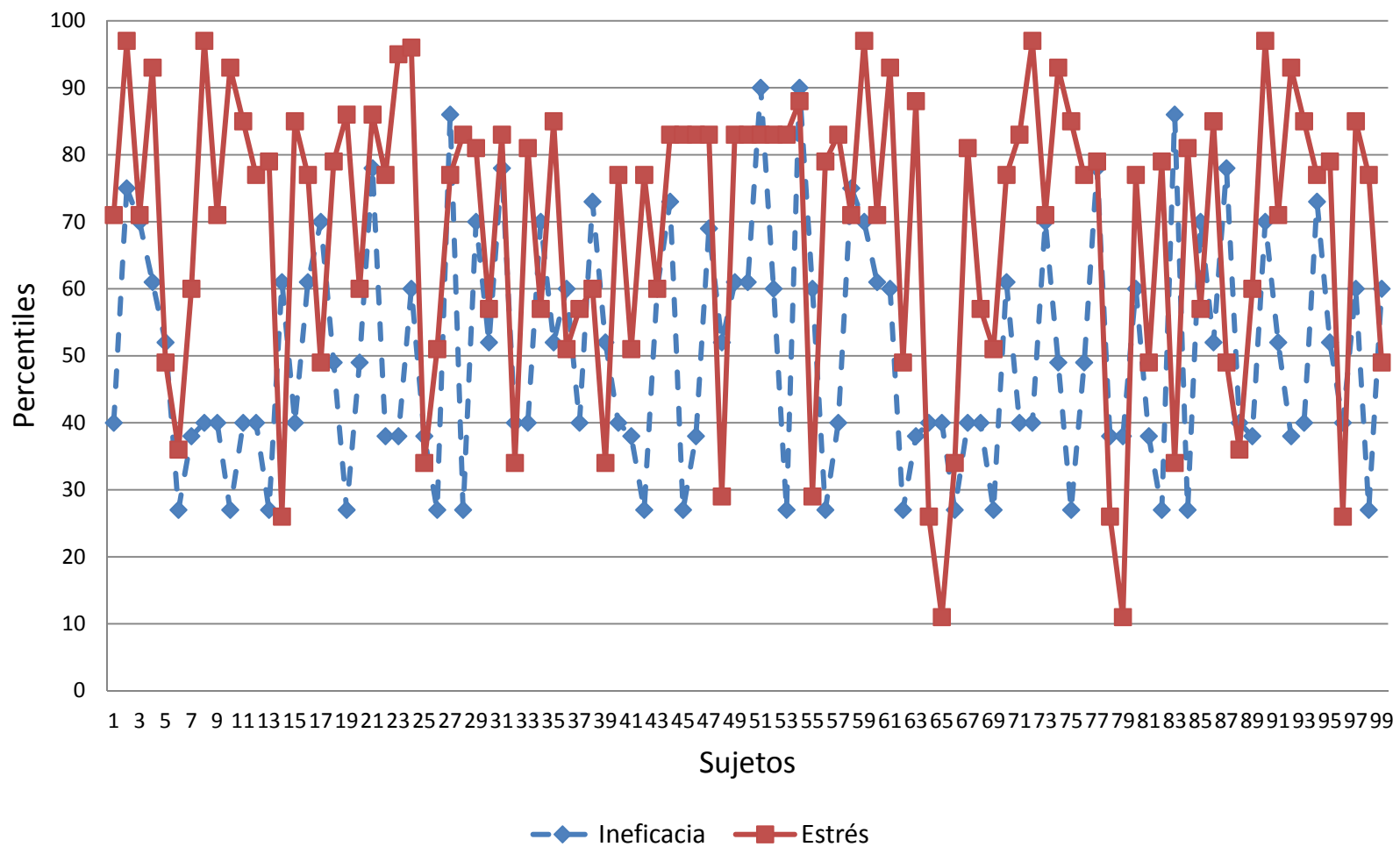
Anexo 20

Correlación entre el nivel de estrés y la insatisfacción corporal



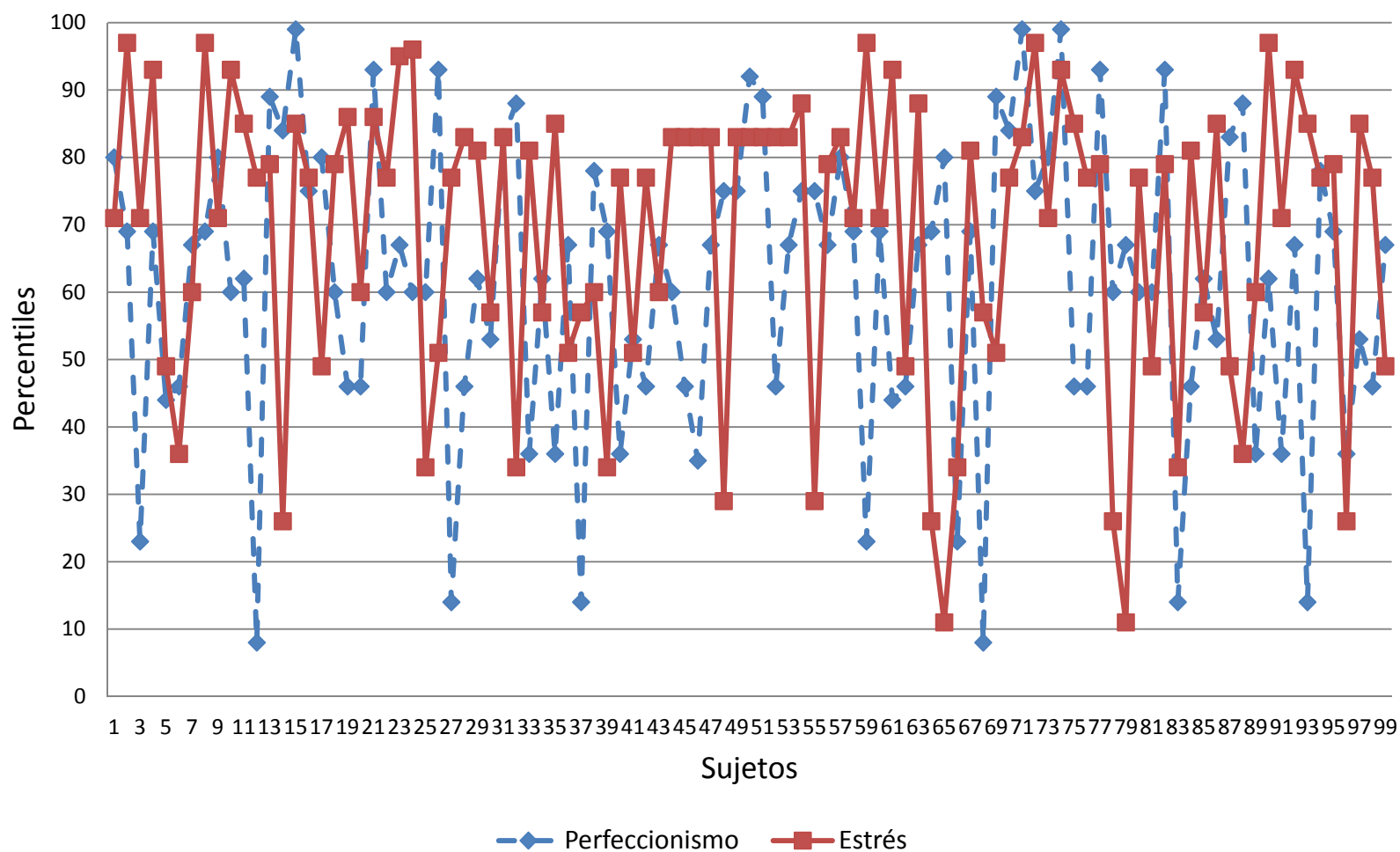
Anexo 21

Correlación entre el nivel de estrés y la Ineficacia



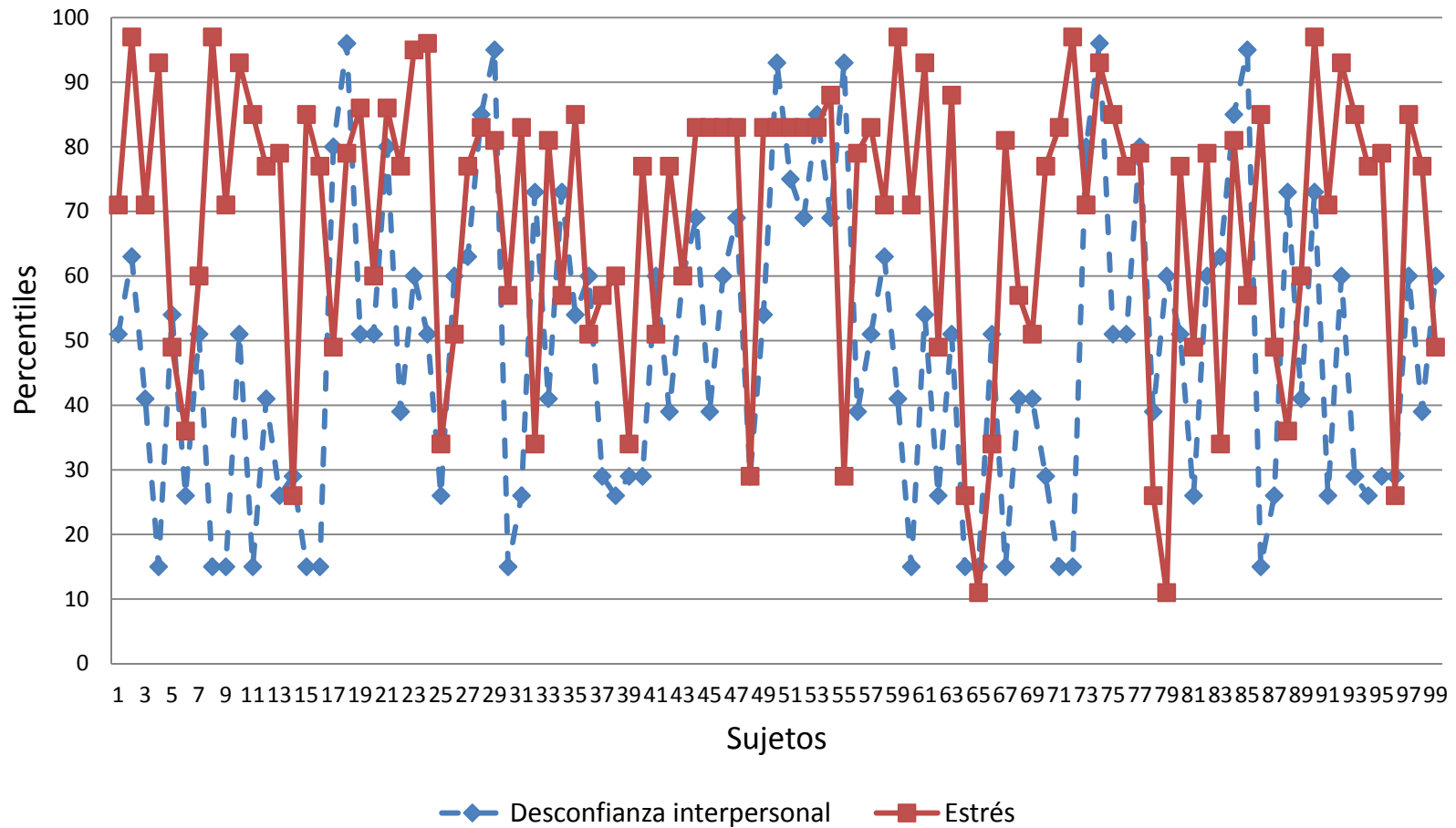
Anexo 22

Correlación entre el nivel de estrés y perfeccionismo



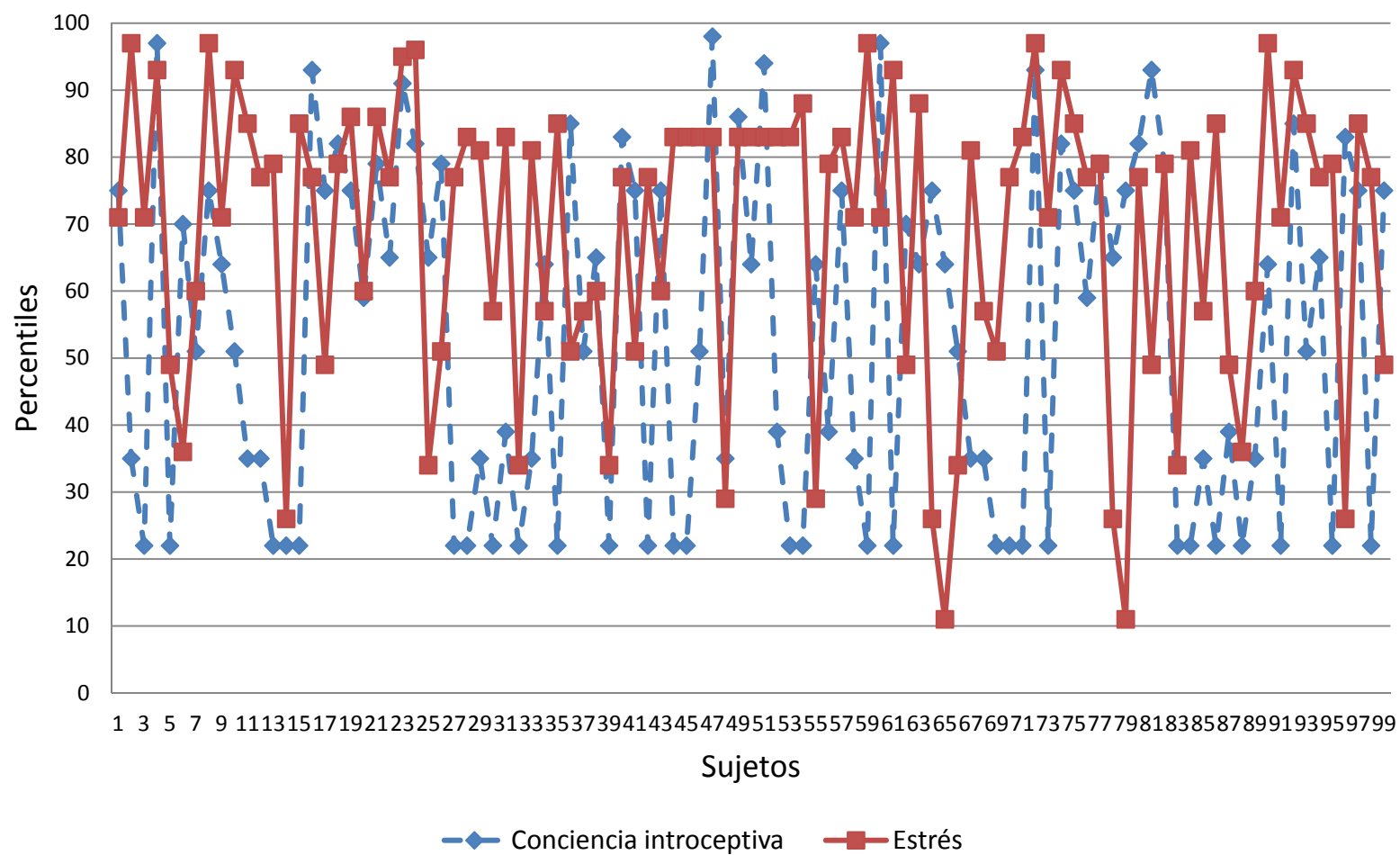
Anexo 23

Correlación entre el nivel de estrés y la desconfianza interpersonal



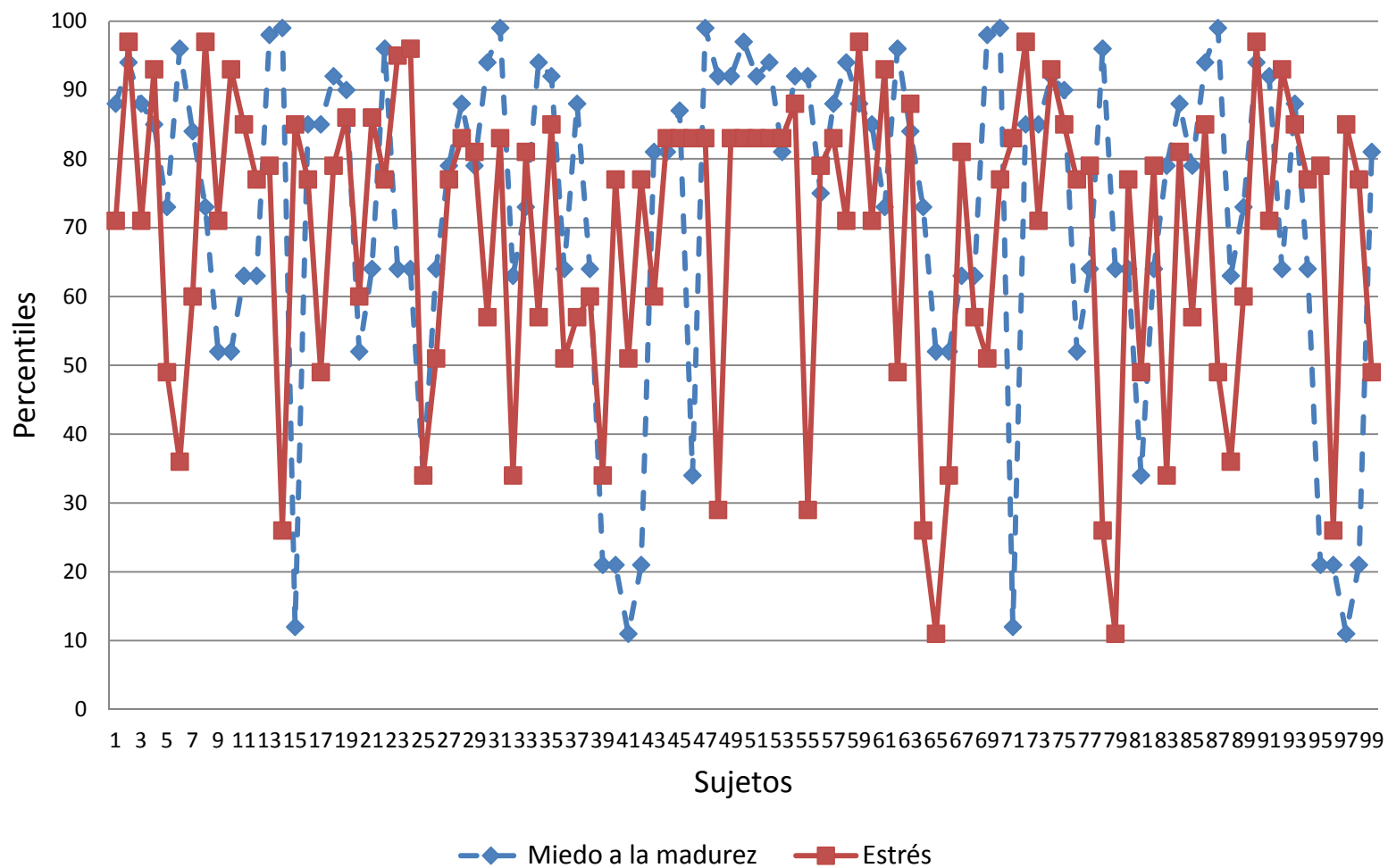
Anexo 24

Correlación entre el nivel de estrés y la conciencia introceptiva



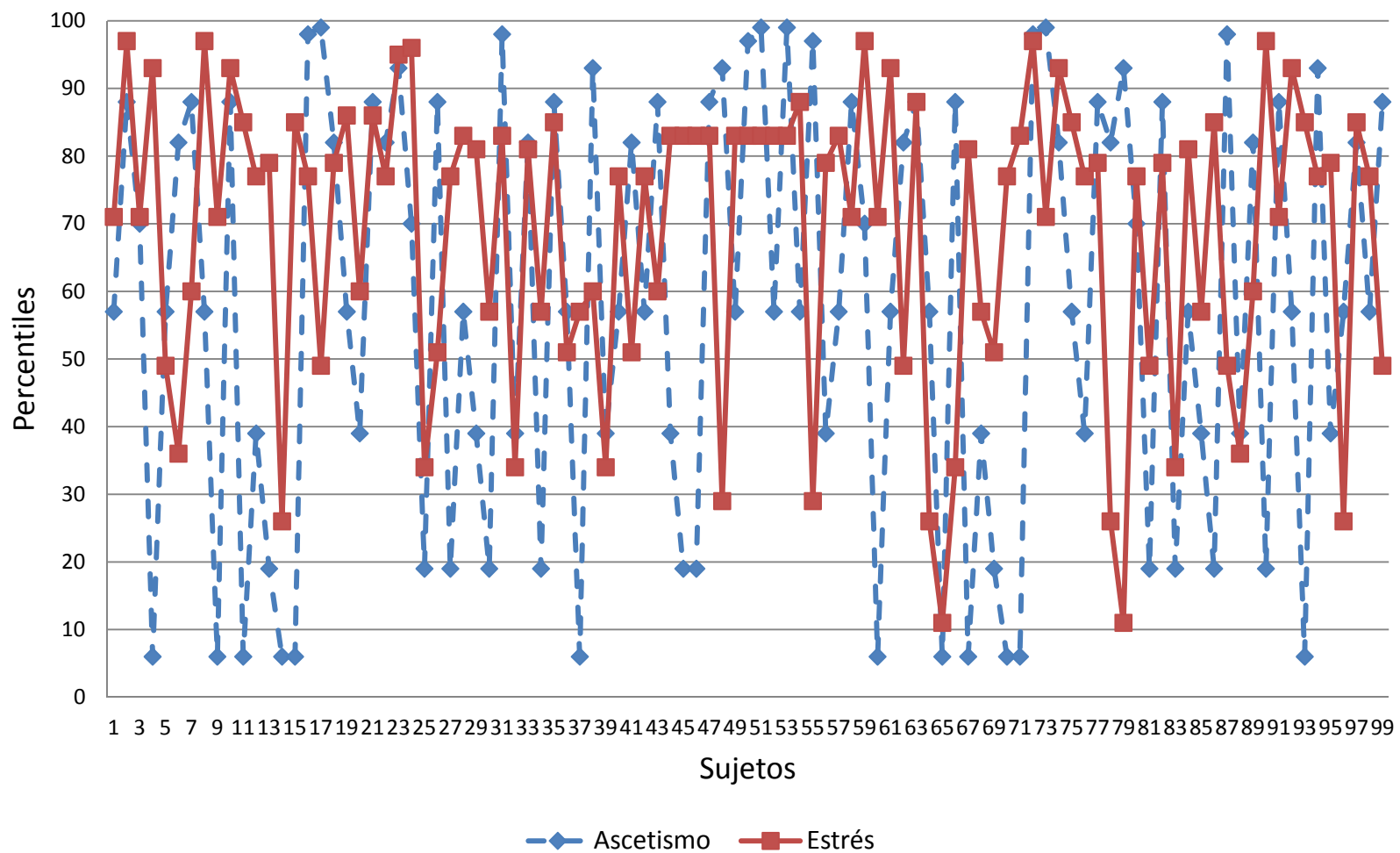
Anexo 25

Correlación entre el nivel de estrés y el miedo a la madurez



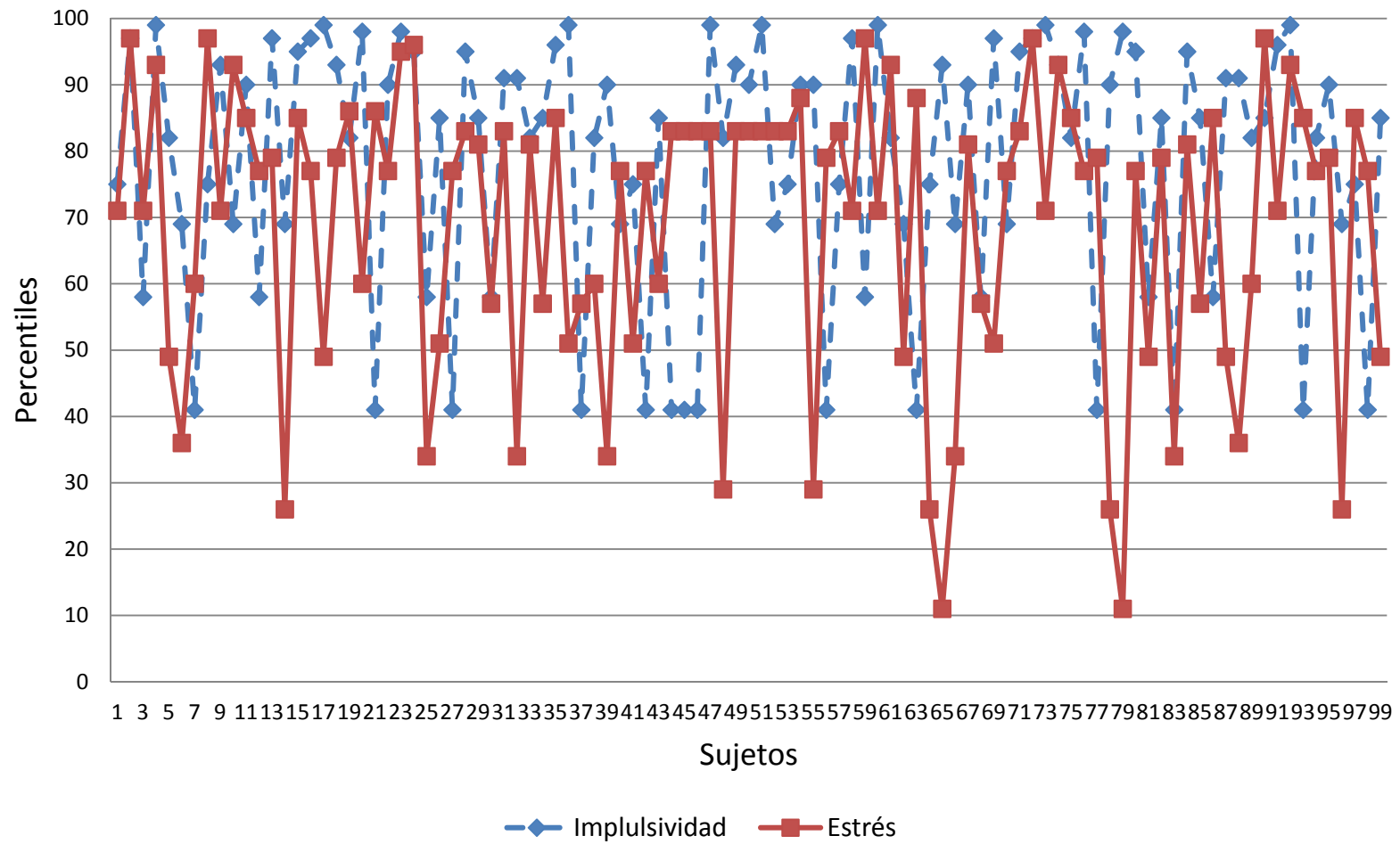
Anexo 26

Correlación entre el nivel de estrés y el ascetismo



Anexo 27

Correlación entre el nivel de estrés y la impulsividad



Anexo 28

Correlación entre el nivel de estrés y la inseguridad social

