

UNIVERSIDAD DON VASCO, A. C.

INCORPORACIÓN No. 8727-25 A LA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

*NIVEL DE ANSIEDAD EN ADOLESCENTES EN RELACIÓN A LA
TENDENCIA A PADECER TRASTORNOS ALIMENTARIOS.*

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

Myriam Villanueva González.

Asesor: Lic. José de Jesús González Pérez

Uruapan, Michoacán, a 6 de enero 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.

AGRADECIMIENTOS

A mis padres:

Por su gran apoyo, cariño y comprensión, así como todo el esfuerzo logrado.

Gracias por guiarme y llegar conmigo hasta este logro.

A mi asesor:

Por su ayuda, comentarios, sugerencias y sobre todo por su tiempo y dedicación,

ya que gracias a él logre llegar hasta aquí.

A mis profesores:

Que participaron en mi desarrollo profesional durante mi carrera; ya que con base en sus conocimientos y ayuda estoy alcanzando una meta personal.

A mi abuelita:

Por estar a mi lado, brindarme cariño y comprensión,

y sobre todo por escucharme.

A Gaby:

Por tu gran apoyo, sugerencias y protección,

así como una sincera amistad.

A Antonio:

Por tu comprensión y amor. Gracias por escucharme y por estar a mi lado.

A Dios:

Por todas las bendiciones, por dejarme conseguir uno de mis más grandes sueños, así como por permitirme ser lo que soy hasta hoy.

ÍNDICE

Introducción.

Antecedentes.....	1
Planteamiento del problema.....	4
Objetivos.....	7
Hipótesis.....	8
Justificación.....	8
Marco de referencia.....	10

CAPÍTULO 1 TRASTORNOS ALIMENTARIOS.

1.1 Datos históricos.....	14
1.2 Concepto de tendencia hacia los trastornos alimentarios.....	15
1.3 Concepto de trastornos alimentarios.....	17
1.4 Significado de la alimentación.....	19
1.5 Clasificación de los trastornos alimenticios.....	20
1.6.1 Trastorno por anorexia nerviosa.....	20
1.5.1.1 Signos y síntomas de la anorexia nerviosa.....	20
1.5.1.2 Consecuencias de la anorexia nerviosa.....	21
1.5.2 Trastornos bulímicos.....	22
1.5.2.1 Signos y síntomas de la bulimia nerviosa.....	23
1.5.2.2 Consecuencias físicas de la bulimia nerviosa.....	24
1.6 Criterios diagnósticos según el DSM-IV-TR.....	25
1.6.1 Criterios diagnósticos de la anorexia nerviosa.....	25
1.6.2 Criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa según el DSM-IV.....	26

1.7 Etiología de los trastornos alimentarios.....	27
1.7.1 Trastorno de la imagen corporal.....	28
1.7.2 Influencias culturales.....	28
1.7.3 Desarrollo físico y psicológico.....	29
1.7.4 En búsqueda de la identidad.....	30
1.8 Comorbilidad de los trastornos de la conducta alimentaria.....	30
1.9 Tratamiento para los trastornos alimentarios.....	31

CAPÍTULO 2. ANSIEDAD.

2.1 Antecedentes históricos de la ansiedad.....	34
2.2 Concepto de ansiedad.....	35
2.3 Ansiedad como rasgo.....	36
2.4 Ansiedad como estado.....	37
2.5 Causas de la ansiedad.....	38
2.6 Signos y síntomas de la ansiedad.....	40
2.7 Conceptos asociados a la ansiedad.....	42
2.7.1 Estrés y ansiedad.....	42
2.7.2 Miedo y ansiedad.....	44
2.7.3 Fobia y ansiedad.....	45
2.7.4 Angustia y ansiedad.....	46
2.7.5 Pánico y ansiedad.....	47
2.8 Beneficios de la ansiedad.....	47
2.9 Ansiedad clínica o patológica.....	49
2.10 Comorbilidad entre trastornos de ansiedad y trastornos alimentarios.....	50

2.11 Tratamiento para el manejo de la ansiedad.....	52
2.11.1 Tratamiento psicoterapéutico.....	52
2.11.2 Tratamiento médico.....	54

CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

3.1 Descripción metodológica.....	56
3.1.1 Enfoque cuantitativo.....	56
3.1.2 Diseño de Investigación no experimental.....	58
3.1.3 Tipo de estudio transversal.....	59
3.1.4 Alcance comparativo.....	59
3.1.5 Técnicas de recolección de datos.....	60
3.2 Descripción de la población.....	65
3.3 Descripción del proceso de investigación.....	66
3.4 Análisis e interpretación de resultados.....	70
3.4.1 Tendencia hacia trastornos alimentarios.....	70
3.4.2 Nivel de ansiedad rasgo-estado en las alumnas con tendencia a padecer trastornos alimenticios.....	74
3.4.3 Ansiedad rasgo-estado en las alumnas sin tendencia a padecer trastornos alimenticios.....	77
3.4.4 Diferencia en el nivel de ansiedad rasgo-estado en alumnas con y sin tendencia a trastornos alimenticios.....	78
 CONCLUSIONES.....	 82
BIBLIOGRAFÍA.....	85

HEMEROGRAFIA.....	94
OTRAS FUENTES.....	94
ANEXOS.	

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue comparar el nivel de ansiedad rasgo-estado de las alumnas que presentan tendencia a padecer trastornos alimenticios con respecto a las que no las presentan en el Colegio de Ciencias y Humanidades (CCH) de la Universidad Don Vasco de la ciudad de Uruapan, Michoacán.

Se estudiaron 161 sujetos (mujeres) que comprendían las edades entre 14 y 18 años, con un nivel económico medio y medio alto, las cuales se encontraban cursando los semestres de primero, tercero y quinto semestre del Colegio de Ciencias y Humanidades (CCH); se les administró el cuestionario de Eating Attitudes Test -26 (por sus siglas en inglés, EAT-26) con la finalidad de obtener una muestra representativa de chicas que tuvieran presencia a padecer trastornos alimenticios. Seguido de ello se aplicó el inventario de Ansiedad: rasgo-estado (IDARE); para obtener el nivel de ansiedad.

De la calificación de la prueba de EAT-26 se obtuvieron 40 sujetos que puntuaron presencia de tendencia hacia los trastornos alimentarios y se obtuvieron también los resultados de la prueba IDARE para conocer su nivel de Ansiedad: rasgo-estado. Aunado a ello se procedió a seleccionar la segunda muestra para comparar los datos, por lo que se eligieron 40 sujetos sin tendencia a padecer trastornos alimenticios, donde el criterio de inclusión fue que tuvieran la misma edad. Los resultados muestran que si hay una diferencia significativa en la ansiedad rasgo- estado, siendo levemente más elevado en las jóvenes que presentan tendencia.

Se utilizó la prueba de "t" se Student para comparar ambos grupos y evaluar si difieren entre sí de manera significativa.

INTRODUCCIÓN

En la presente investigación se expone un análisis comparativo del nivel de ansiedad rasgo-estado de las alumnas del Colegio de Ciencias y Humanidades (CCH) de la Universidad Don Vasco (UDV) que presentan tendencia a padecer trastornos alimenticios con respecto a las que no presentan esta tendencia. Para ello se dará a conocer un panorama contextual que enseguida se presenta.

Antecedentes.

La ansiedad es definida por Durand y cols. (2007), como el estado de ánimo negativo orientado al futuro ya que el individuo no puede controlar sucesos próximos, se caracteriza por la presencia de manifestaciones corporales de tensión y está acompañado por reacciones conductuales, respuestas psicológicas y connotaciones afectivas.

Por otro lado Gorab (2005), define a los trastornos alimenticios como la conducta que se relaciona con los hábitos de alimentación, la selección de alimentos, la elaboración de los mismos y la cantidad que se ingiere; así como el miedo a subir de peso y la alteración de la percepción de la imagen corporal.

Es frecuente encontrar una predisposición a padecer trastornos alimenticios en edades adolescentes debido a que hay mayor presión escolar, social y familiar. Aunado a ello se encuentran emociones y conductas que pudieran ser indicio de la presencia de un nivel significativo de ansiedad.

Existe una investigación en la cual se hace referencia a la bulimia nerviosa y estilos de afrontamiento al estrés. Fue realizada en la Universidad de las Américas Puebla en el año 2003 por López Sairafi. El objetivo principal de la investigación consistió en establecer la relación existente entre la tendencia a presentar bulimia nerviosa y los diferentes estilos de afrontamiento al estrés, en una población de mujeres entre los 16 y 25 años. Se utilizaron 2 pruebas, una de ellas para medir la variable de trastornos alimenticios su nombre es Eating Disorders Inventory 2 y la segunda para evaluar el afrontamiento al estrés fue el instrumento de Escalas de Afrontamiento para Adolescentes. Los resultados señalan que los sujetos que tienden a presentar conductas bulímicas, lo hacen con la finalidad de ayudar a disminuir la tensión. Mientras que, las personas con insatisfacción corporal prefieren ignorar el problema. Y por último, las personas con obsesión a la delgadez recurren a auto inculparse.

Otra investigación encontrada es la de F. Arias Horcajadas y cols (2006); realizada en Madrid, en la Fundación Hospital Alcorcón, cuyo objetivo principal fue evaluar las diferencias clínicas entre pacientes obesos mórbidos con y sin atracones. Fue utilizada una población de 210 pacientes con obesidad mórbida derivados de consulta de psiquiatría. Los instrumentos empleados se presentan a continuación: Escala de Depresión de Beck (BDI), Escala de Ansiedad de Beck (BAI), Inventario de Obsesiones-Compulsiones de Maudsley (MOCI), Escala de Impulsividad de Barrat (BIS), Inventario de Trastornos de la Alimentación (EDI), Test de Actitudes hacia la Comida (EAT), Test de Bulimia de Edimburgo (BITE) y Cuestionario sobre la figura corporal (BSQ). Los resultados arrojados por la investigación fueron que los

pacientes con atracones tienen más psicopatología con mayor presencia de distimia, entendiendo por ésta un trastorno del estado de ánimo ya sea irritable o deprimido, según el BIS son más impulsivos y con mayor puntaje en las escalas que evalúan la alteración de la conducta alimentaria, así como mayor insatisfacción corporal.

También se encontró un estudio que evaluó los trastornos alimentarios en estudiantes mexicanas. La población fue de 209 jóvenes estudiantes de sexo femenino con un rango de edad de 14-33 años, de instituciones educativas públicas y privadas. Fue realizada por Georgina Leticia Álvarez Rayón y cols. (2006), en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), FES- Iztacala, cuyo objetivo era explorar la asociación de algunos factores cognitivo-conductuales y la presencia de trastornos alimentarios. Para la recolección y evaluación de los datos se emplearon el Test de Actitudes Alimentarias (EAT), Test de Bulimia (BULIT) y el Inventario de Trastornos Alimentarios (EDI). A las conclusiones que se llegó fueron que las jóvenes con sintomatología de trastornos alimentarios presentan con mayor frecuencia: excesiva preocupación por la dieta y el peso corporal, sentimientos de inseguridad, ineficiencia, falta de control sobre su vida y dificultad para mantener relaciones interpersonales e incapacidad para detectar sensaciones de hambre y saciedad.

Planteamiento del problema.

En la actualidad, el incremento de los trastornos alimentarios se debe a que el prototipo de la mujer se ha modificado con todos los anuncios que la mercadotecnia lanza para la venta de productos que demandan y promueven una silueta extremadamente delgada.

En este sentido los jóvenes están sometidos a estrés y ansiedad debido a que el medio en el que se desenvuelven trae consigo exigencias de estatus, prestigio y aceptación entre iguales. En el Colegio de Ciencias y Humanidades (CCH) la mayoría de las jóvenes que estudian pertenecen a un nivel económico medio y medio alto, lo que indica que tienen mayor acceso y posibilidad de conseguir ciertos artículos de prestigio y tendencias que marca la moda. Incluso pueden llegar a querer cumplir con todos estos parámetros, lo que puede llegar a ocasionar cierto nivel de ansiedad.

Además la edad es un factor importante puesto que en la adolescencia y pubertad se está luchando por obtener una individualidad, es una etapa donde se desarrolla un ideal propio, por lo que se encuentran susceptibles y vulnerables a la influencia que los medios de comunicación y a lo que la sociedad ha dado tanta importancia.

Debido a que en los comerciales presentan situaciones cotidianas representadas por sujetos con una imagen perfecta (física y emocional), donde se observa cómo se tiende a estandarizar y estereotipar la imagen del sexo femenino, tanto en los roles que la mujer realiza, como los aspectos físicos, sin importar que la constitución física de una latina sea diferente a la de una americana o europea.

Es por ello que las jóvenes puedan manifestar tendencia a padecer trastornos alimenticios, inducido por las exigencias y presiones que tanto el contexto como ellas mismas se imponen, no importándoles las consecuencias médicas, sociales o emocionales que éstas conllevan, además se puede manifestar cierto nivel de ansiedad, el cual también puede observarse a través del comportamiento y las acciones.

Existe incertidumbre acerca de si la tendencia a padecer trastornos alimentarios sea un factor relevante que marque una diferencia significativa en el nivel de ansiedad de las alumnas de CCH de la Universidad Don Vasco, por lo que este estudio pretende dar respuesta a la siguiente interrogante:

¿Existe diferencia significativa entre el grado de ansiedad rasgo-estado en las alumnas adolescentes que presentan tendencias a padecer trastornos alimenticios,

en relación con las que no las presentan, del Colegio de Ciencias y Humanidades (CCH) de la Universidad Don Vasco de la ciudad de Uruapan, Michoacán?

Objetivos.

Este estudio estuvo dirigido al cumplimiento de las siguientes directrices.

Objetivo general.

Comparar el nivel de ansiedad rasgo-estado de las alumnas adolescentes que presentan tendencias a padecer trastornos alimentarios con respecto a las que no las presentan en el Colegio de Ciencias y Humanidades (CCH) de la Universidad Don Vasco de la ciudad de Uruapan, Michoacán.

Objetivos particulares.

1. Definir el concepto de trastorno alimentario.
2. Describir las características de la ansiedad.
3. Establecer una relación teórica entre ansiedad y trastornos alimentarios.
4. Identificar a las alumnas con tendencia a padecer trastornos alimentarios.
5. Conocer el grado de ansiedad rasgo-estado existente en las alumnas que presentan tendencia a padecer trastornos alimentarios.
6. Detectar el grado de ansiedad rasgo-estado que existe en las alumnas que no presentan tendencia a padecer trastornos alimentarios.
7. Contrastar los niveles encontrados en ambos grupos.

Hipótesis.

En este estudio se estructuraron explicaciones tentativas acerca de la realidad analizada.

Hipótesis de investigación.

El nivel de ansiedad rasgo-estado es significativamente más alto en las alumnas adolescentes que presentan tendencias a padecer trastornos alimentarios en relación a las alumnas que no lo presentan del Colegio de Ciencias y Humanidades (CCH) de la Universidad Don Vasco de la ciudad de Uruapan, Michoacán.

Hipótesis nula.

El nivel de ansiedad rasgo-estado no es significativamente más alto en las alumnas adolescentes que presentan tendencias a padecer trastornos alimentarios en relación a las alumnas que no lo presentan del Colegio de Ciencias y Humanidades (CCH) de la Universidad Don Vasco de la ciudad de Uruapan, Michoacán.

Justificación.

Los trastornos alimentarios han ido en aumento en la última década, además de ser un tema que ha causado controversia en la sociedad actual.

Es por ello, que se pretende llegar a un conocimiento más amplio acerca de si la ansiedad es un factor que se encuentra presente en un nivel significativo en la predisposición a padecer dicho trastorno.

La ansiedad es un elemento con el que la mayoría de los sujetos vive el día a día, debido a ello es importante realizar una comparación con dos tipos de grupos distintos: el primero, de alumnas con presencia de tendencia a padecer trastornos alimenticios, y el segundo de alumnas que no presentan tendencia a este trastorno, ya que con ello se podrá identificar y determinar si existe o no diferencias significativas en el nivel de ansiedad en alguno de estos dos grupos.

La investigación servirá para dar a conocer la información recaudada y para conocer la existencia de la ansiedad en la presencia de tendencia a trastornos alimenticios, así como las posibles causas.

Además esta investigación será de gran utilidad para los estudiantes de la Escuela de Psicología de la Universidad Don Vasco A.C. que se encuentren interesados en la relación de estas dos variables (ansiedad y trastornos alimentarios). También puede servir como referencia para la realización de nuevas investigaciones y complemento de otras, o bien, para el público en general y alumnos de otras carreras que se interesen en conocer más ampliamente dicho tema.

Marco de referencia.

La institución escolar que se eligió para realizar la investigación es la Universidad Don Vasco A. C., específicamente en el Colegio de Ciencias y Humanidades (CCH), la cual se encuentra ubicada en la zona urbana de la ciudad de Uruapan, Michoacán, se localiza en la carretera Uruapan-Pátzcuaro con no. 1100, de la Colonia Residencial Don Vasco.

La Universidad Don Vasco A. C., fue fundada en el año de 1964, con el nombre de “Instituto Cultural Don Vasco”, en honor al fundador de la diócesis de Michoacán, el ilustre Don Vasco de Quiroga; los fundadores de esta escuela fueron el señor Cura José Luis Sahagún de la Parra y el Presbítero Gonzalo Gutiérrez Guzmán, ambos inspirados con la idea de beneficiar a la ciudadanía uruapense bajo un espíritu de inspiración cristiana, sin el afán de lucro; donde pudiesen estudiar personas de ambos sexos y sin distinción de clase social, teniendo como “objetivo de la educación, el perfeccionismo y la realización del hombre” (Zalapa; 2006: 23).

La institución comenzó tan solo con el nivel secundaria, sin embargo fue evolucionando y tan solo tres generaciones después, en el año de 1967, surgió el nivel preparatoria continuando esta misma generación con el nivel universitario, creándose la carrera a nivel licenciatura de Administración de Empresas.

El lema con el cual trabaja la Universidad es “Integración y Superación”, entendiendo por integración la unión de esfuerzos y mentes para lograr un mejor desarrollo, además de la apertura a toda la comunidad sin ninguna distinción; por otra parte, la palabra superación, expresa el deseo de búsqueda, de descubrimiento

de crecimiento y evolución personal con la que el alumno de la Universidad Don Vasco debe contar.

Su misión es “Ser una institución formadora de personas con una inquebrantable robustez de espíritu; formadora de jóvenes responsables, generosos, críticos y creativos; conscientes de su trascendencia en cuanto a su origen y destino y reconstructores de la sociedad desde una amplia y mejor perspectiva” (Zalapa; 2006: 30).

Tanto la Universidad Don Vasco A.C. como el Colegio de Ciencias y Humanidades, trabajan en el cumplimiento de fines y objetivos, entre ellos el de promover una participación activa del docente y el alumno, buscando el desarrollo integral del alumnado a través de un balance entre ciencia, técnica y humanidades, además de ofrecer actividades culturales, deportivas y recreativas, que cubran intereses y aptitudes personales con la finalidad de mejorar la calidad del proceso educativo, y que cuando el alumno concluya con sus estudios de bachillerato en el Colegio de Ciencias y Humanidades pueda ingresar a cualquiera de las carreras que ofrezcan las universidades.

El modelo educativo de la preparatoria es con la modalidad CCH (Colegio de Ciencias y Humanidades).

La infraestructura está pensada tanto en el alumnado como en la población en general, tal es el caso del auditorio que es utilizado muchas veces por autoridades civiles y municipales, además de servicios de biblioteca, hemeroteca y videoteca; cuenta con espacios recreativos como canchas, jardines, tres áreas para

estacionamiento, un acceso principal y uno lateral, tiene siete edificios en los cuales se ubican las distintas carreras profesionales tales como: Colegio de Ciencias y Humanidades, Arquitectura, Ingeniería Civil, Diseño y Comunicación Visual, Pedagogía, Psicología, Derecho, Administración de Empresas, Contaduría, Trabajo Social.

Cuenta también con una capilla católica para el servicio de alumnos, personal docente y administrativo; dos cafeterías, laboratorio químico, laboratorio de cómputo e inglés, oficinas administrativas y de control escolar, además de los espacios propios de los Directores Técnicos de cada carrera y cubículos diseñados especialmente para el personal docente, aulas de servicios múltiples, entre otros.

Los docentes que laboran en la institución son profesores debidamente titulados, con experiencia en el ramo que manejan, así mismo dicho personal acude a cursos de actualización por parte de la institución educativa, a los cuales tienen derecho y acceso para fomentar y acrecentar su nivel de enseñanza.

Actualmente existen diez grupos en CCH, tres grupos conforman el primer semestre, otros tres grupos el tercer semestre y cuatro los de quinto semestre, contando con una matrícula total de trescientos noventa alumnos inscritos.

CAPÍTULO 1

TRASTORNOS ALIMENTARIOS.

En el presente capítulo se exponen todos los aspectos referentes a los trastornos alimenticios, así como las causas que lo provocan, los tipos y posibles tratamientos que se pueden llevar a cabo.

1.1 Datos históricos.

Desde hace ya más de dos mil años la historia de la humanidad ha sido explicada para el cristianismo y algunas otras religiones como un conflicto que está ligado al comer. Tinahones (2003), comenta que si se recurre a la biblia se hallará la metáfora de Adán y Eva donde se les indica que no deben de ingerir la manzana del árbol prohibido; la mujer es la primera que desafía a una fuerza divina, sin saber que el castigo sería la expulsión del paraíso y con ello el encuentro de enfermedades, desdicha y sufrimiento.

Al pasar de los años y durante la antigüedad, también existen datos que refieren conductas alimentarias desordenadas; Jarne (2000), comenta sobre la historia de este tipo de trastornos, que en los festines donde se ofrecían banquetes se comía de forma desmesurada y exagerada, pues estos tenían un carácter social de poder. Por lo general en este tipo de eventos el vómito era un procedimiento usual para volver a comer.

Tinahones (2003), menciona que en el Islam existen alimentos prohibidos y según fechas importantes se les niega consumir alimentos durante ciertas horas.

Así mismo, Jarne (2000), menciona que en la cultura cristiana el ayuno estuvo y está asociado a un simbolismo religioso como una penitencia, tiene una expresión de rechazo al mundo y sirve como medio para conseguir un estado espiritual más elevado. Un caso de anorexia, tal vez el más famosos es el de Catalina de Siena, nacida en el año de 1347 en una familia de artesanos acomodados, quien recibió educación religiosa, a los siete años de edad comenzó a rechazar la comida imponiéndose penitencias, durante la adolescencia sólo se alimentaba de hierbas y un poco de pan, pues su vida estaba encaminada a la penitencia y al sacrificio.

La inanición despertó, en aquel entonces y ahora, la curiosidad por investigar estos fenómenos. Otro caso en 1667 es el de una joven llamada Marthe Taylor, dejaba de comer y después lo poco que comía lo vomitaba, presentó amenorrea y pasó un año subsistiendo con bebidas azucaradas y se dijo que durante este lapso no orinó ni defecó.

Rusell (1979) citado por Jarne (2000), describió un cuadro donde se presentaban episodios de ingesta voraz y conductas de purga posteriores que consideraba relacionadas con la anorexia nerviosa y que posteriormente denominó bulimia nerviosa.

1.2 Concepto de tendencia hacia los trastornos alimentarios.

Una persona está predispuesta al desarrollo de un trastorno alimentario como resultado de una combinación de factores, sin embargo, los factores en sí no deben

ser considerados como causales definidos y diferentes, sino como agentes que pueden hacer a una persona más vulnerable a desarrollar un trastorno alimenticio.

Vallejo (2006), refiere que los factores predisponentes son:

- Socioculturales.- los cuales incluyen tener una figura estética debido a las exigencias sociales, las relaciones de amistad, la publicidad y la moda.
- Familiares.- aumenta la probabilidad si existe predisponente genético, así como la presencia de trastornos afectivos y si hay abuso de sustancias en familiares de primer grado.
- Individuales.- presencia de obesidad o sobrepeso, dificultad en los neurotransmisores relacionados con la conducta alimentaria, afectividad e impulsividad.

Así bien Fernández (2003), menciona que el factor que actualmente ha aumentado la probabilidad de que los individuos padezcan un trastorno de conducta alimentaria es la moda, en conjunto con la mercadotecnia, debido a que ambas establecieron parámetros de belleza y elegancia que han extremado las exigencias de esbeltez a la población femenina, luciendo una talla mínima y provocando una insatisfacción debido a que el individuo se percibe a sí mismo con un volumen corporal exagerado, elemento que alimenta la angustia y el miedo a engordar y por tanto el rechazo al alimento.

Ogden (2005), está de acuerdo con lo anterior y añade que por medio del reforzamiento como es el caso de los elogios, puede persistir la evitación de la

comida y la conducta de las personas con tendencia a padecer trastornos alimentarios; ya que la delgadez es un estado socialmente deseable.

Aragón y Silva (2002), mencionan que el Test de Actitudes hacia la Alimentación (EAT) de Garner y Garfinkel (1979), es un autoinforme desarrollado para evaluar síntomas y preocupaciones características de los trastornos alimentarios y detectar los casos de alto riesgo de iniciación de anorexia y bulimia.

Por su parte Toro (1996), hace hincapié en que el cuerpo se convierte en el terreno ideal para manifestar una serie de conflictos internos que no han podido ser procesados a causa de vivencias traumáticas; es así que el cuerpo es la herramienta ideal para desviar la tensión que se genera y acumula en el interior del individuo para con ello poder sacarla hacia el exterior. Por lo que, al sujeto le resulta más fácil prestar mayor atención a las necesidades de su cuerpo, que enfocarse en tratar de solucionar los conflictos internos que lo perturban.

1.3 Concepto de trastornos alimentarios.

En la actualidad se ha destacado el incremento de la anorexia y la bulimia nerviosa, ya que los estereotipos de chicas delgadas se han puesto de moda, esto provoca en las chicas insatisfacción corporal, depresión y ansiedad; lo cual se puede volver una obsesión el querer tener el peso y figura ideal; Aragón y cols. (2002), hacen mención de que la alimentación es un elemento vital donde intervienen factores psicológicos, biológicos y culturales y que hoy en día, la alimentación ha pasado a segundo plano, ya que hay un creciente número de personas con trastornos alimentarios, debido a que modifican sus hábitos alimenticios.

Este tipo de trastornos se caracteriza por alteraciones graves en la conducta alimentaria, Gorab (2005), menciona que esta conducta llega a ocasionar problemas médicos y de desnutrición que colocan en riesgo la vida del sujeto.

Gabaldón (2006), indica que este tipo de trastornos están encaminados a la pérdida de peso por temor a la obesidad, con una acentuada preocupación por la imagen corporal, las dietas y la competitividad.

De este modo se encuentra que “La génesis del trastorno debe confluir con 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: el peso, la figura y los pensamientos alterados” (Jarne; 2000: 142).

Después de haber revisado las definiciones de varios autores llega el momento de señalar la definición en la cual esta investigación está orientada, para ello es necesario indicar a qué se refiere la tendencia a padecer trastornos alimentarios. En primer lugar la tendencia, se refiere a que tanto el sujeto se muestra activo o a favor de cierta conducta y la manifiesta; es por ello que un sujeto que presenta tendencia hacia los trastornos alimentarios muestre alteraciones de la conducta relacionadas con la ingesta, que de acuerdo con Gorab (2005), va desde tipo de alimentos que consume, la forma en cómo los elabora y las cantidades que ingiere, con la finalidad de controlar el peso y silueta. Además se ven inmersos los conflictos psicológicos los cuales son, según Vallejo (2006), factores que influyen

sobre la predisposición que tiene el individuo para presentar el trastorno y se vuelven visibles tanto en pensamientos, comportamiento y en el organismo.

1.4 Significado de la alimentación.

El alimento en la cultura mexicana tiene un gran simbolismo, ya que por medio de éste se expresa a las personas queridas el amor y se brinda protección; tal es el caso de muchas madres y abuelas que tienden a complacer a hijos y nietos mediante los guisos. Partiendo del dicho popular “las penas con pan son buenas” que se ha ido transmitiendo de generación en generación.

Aragon y cols, (2002), parten diciendo que la alimentación es un acto, un elemento vital para la supervivencia, además de que ésta no solo depende de los factores biológicos como lo son la asimilación de los nutrientes, sino también de los aspectos psicológicos, sociales y culturales.

Bernal y cols. (2003) hacen mención a que los alimentos tienen un significado más allá de la simple actividad de nutrir, si se ahonda e interpreta el hecho de proveer alimento se puede apreciar que es la equivalencia a procurar amor y bienestar.

Así mismo Galdón y cols. (2000), describen que la alimentación es un proceso voluntario, educable e influenciado por factores tales como económicos, culturales, psíquicos, entre otros; es por ello que se puede decir que el hombre no se alimenta adecuadamente por tres razones: porque no sabe, porque no puede o porque no quiere.

1. 5 Clasificación de los trastornos alimenticios.

A continuación se presentan los dos trastornos alimenticios en que se subdivide, así como sus signos y síntomas y las consecuencias físicas que conllevan.

1.5.1 Trastorno por Anorexia Nerviosa.

El significado literal de la palabra anorexia, quiere decir falta de apetito; cuando se habla de anorexia nerviosa, el sujeto que la padece lejos de carecer de apetito, constantemente está pensando en cuáles son los alimentos idóneos que debe ingerir para evitar el sobrepeso, es ahí donde surge la patología “el deseo irrefrenable, de seguir adelgazando, incluso aunque ya haya perdido gran porcentaje de su peso” (Belloch; 1995: 533).

La anorexia nerviosa es un trastorno psiquiátrico el cual está caracterizado según Harré y cols. (1990), por la pérdida de peso auto inducido, inanición y amenorrea, además de una preocupación exagerada por la figura y el peso. Además mencionan que este trastorno está confinado en alta medida a países desarrollados y en los que la delgadez se considera atractiva y se presenta comúnmente durante la adolescencia.

1.5.1.1 Signos y síntomas de la anorexia nerviosa.

Korbman (2007), cita una serie de características presentes en este trastorno; se puede observar en el individuo que padece la enfermedad una gran pérdida de peso, percibe su cuerpo como si fuera obeso a pesar de no estarlo, hay una pérdida

del periodo menstrual (amenorrea), miedo intenso a ganar peso, llega a realizar un aumento de la actividad física con la intención de quemar calorías, además es frecuente encontrar síntomas como mareos, estreñimiento, depresión.

Además Según Salín (2003), se puede observar un ayuno gradual de la ingesta de alimentos, una imagen esquelética debido a la pérdida de tejidos adiposos, lanugo el cual es un vello muy fino y de tonalidad oscura y de consistencia aterciopelada, existe dificultad para regular la temperatura del organismo tendiendo a los límites inferiores; así como problemas en la función del corazón tanto como en la morfología.

La recomendación que da Higashida (2001), es prestar atención de igual forma a las emociones y sentimientos cuando se tiene la sospecha de que algo anda mal, ya que el individuo tiende a la indiferencia.

1.5.1.2 Consecuencias de la anorexia nerviosa.

Cuando la enfermedad ha evolucionado la demacración en las jóvenes ya es evidente, pudiendo observar una degeneración en las funciones del organismo según Belloch y cols. (1995), las principales son hipotermia, edemas, estreñimiento, hipotensión, bradicardia, amenorrea, además de tuberculosis, trastornos gastrointestinales y osteoporosis.

Korbman (2007), menciona que en los casos graves se presenta descalcificación de los dientes, complicaciones cardiovasculares, renales y endócrinas, así como piel escamosa con coloración verdosa.

Por otro lado Higashida (2001), señala que varios órganos se ven afectados y con complicaciones severas entre ellos el corazón, las glándulas endócrinas, la sangre, el sistema respiratorio y el sistema urinario, pudiendo si no se atiende a tiempo ocasionar la muerte. En algunos casos el sueño se ve alterado y puede haber pérdida del contacto con la realidad pues la principal preocupación es la comida.

1.5.2 Trastornos bulímicos.

A este tipo de trastorno alimenticio se le “denomina el síndrome del atracón-purga, caracterizado por episodios repetidos de exceso de comida seguido por la eliminación a través de los vómitos o de la utilización de laxantes” (Thompson; 1997: 535).

Según Harré (1990), indica que la bulimia es una conducta de glotonería, que llega a manifestarse como gula, entendiendo por ésta una sobre ingesta de comida y sin control voluntario, esta puede acompañarse por conductas compensatorias, algunas de éstas son dietas demasiado rígidas, ingesta de purgantes o inducción de vómito además de preocupación excesiva por el peso y la figura corporal.

Papalia y cols. (2005), refieren que el individuo que padece esta enfermedad, está obsesionado con su peso y figura, tiende a la depresión, la vergüenza, desprecio hacia sí mismo, además de baja autoestima. Indica que los episodios de atracones de comida tienen como función sustituir su necesidad de amor y atención.

Por lo tanto la bulimia se puede definir como “un trastorno de la alimentación que se caracteriza por ingestión excesiva de comida seguida de vómito autoprovocado” (Charle; 2001: 317).

Se pueden encontrar artículos y apartados que hablan sobre trastornos de la conducta alimentaria donde hacen referencia a que el tipo de alimentación es anormal. Jarne (2000), dice que son eventos de tipo voraz, donde los sujetos alternan maniobras para eliminar las calorías ingeridas, además se acompaña de un sentimiento de falta de control sobre la cantidad ingerida de alimentos y por lo general después de pasar por un episodio de esta índole tiende a sentirse irritable, con tristeza e incluso con sentimientos de autocompasión y menosprecio.

1.5.2.1 Signos y síntomas de la bulimia nerviosa.

Los signos que se observa en los sujetos que padecen de bulimia nerviosa se puede encontrar según Korbman (2007), en episodios recurrentes de voracidad, consciencia de que la ingesta es anormal, estado de ánimo depresivo, rechazo a mantener el peso mínimo normal, temor intenso a subir de peso, amenorrea durante tres meses consecutivos, al mismo tiempo menciona que también se encuentran presentes los síntomas antes mencionados en el apartado de anorexia.

Las observaciones visibles tomadas en cuenta por Pombo y cols. (1997), son un peso variable entre el normal y el extremadamente bajo de acuerdo a la edad y estatura de la paciente, diarrea eventual, puede o no presentarse hiperactividad mental y motora, además de debilidad y fatiga.

1.5.2.2 Consecuencias físicas de la bulimia nerviosa.

Toda enfermedad lleva a un deterioro físico por lo que Belloch y cols. (1995), explican que con el descontrol que se produce debido al hábito alimentario en este caso los vómitos, las purgas, etc., trae consigo una serie de complicaciones tales como pérdida de potasio, hipertrofia de la glándula parótida a consecuencia del desequilibrio electrolítico, infecciones urinarias, arritmias, crisis tetánicas, daño renal e irregularidades menstruales; además de provocar erosión del esmalte dental y caries.

Así mismo Wiener (2006), señala que al provocarse de forma recurrente el vómito puede presentarse callos y cicatrices en la parte superior dorsal de las manos debido al roce contra los incisivos superiores, a ello se le denomina como signo de Russell (1985).

Higashida (2001), señala que el daño que se encuentra después del vómito constante es el aumento del tamaño de las glándulas salivales, irritación en el esófago y en casos graves se presenta ruptura y hemorragia del mismo o neumonía por aspiración del contenido del estómago.

Otras consecuencias irreversibles según Belloch y cols. (1995), es la osteoporosis, fracturas, cifosis (encorvadura de la columna vertebral) y prolapso de la válvula mitral.

1.6 Criterios diagnósticos según el DSM-IV-TR.

A continuación se expondrán los criterios para diagnosticar anorexia nerviosa (AN) y bulimia (BN) propuestos en el Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales, el DSM-IV-TR descritos por la American Psychiatric Association, APA (2002).

1.6.1 Criterios diagnósticos de la anorexia nerviosa

A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p. ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85 % del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85 % del peso esperable).

B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.

C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.

D. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p. ej., con la administración de estrógenos.).

Especificar el tipo:

Tipo restrictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Tipo compulsivo/purgativo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

1.6.2 Criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa según el DSM-IV.

A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:

1. Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej., en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias.

2. Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).

B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo.

C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.

D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.

E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Especificar tipo:

Tipo purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Tipo no purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

1.7 Etiología de los trastornos alimentarios.

No se ha encontrado a ciencia cierta una causa única que desencadene este tipo de enfermedades, sin embargo hay muchos autores que se inclinan a pensar que las causas pueden ser multifactoriales.

Entre los autores que piensan de este modo se encontró a Garfinkel y Gardner (1982), citados por González (2003), los cuales mencionan que las causas se deben a un modelo biopsicosocial donde como su nombre lo dice intervienen los factores de

tipo individual, biológico, psicológico, perceptual y los familiares; los cuales a su vez se encuentran ligados al nivel de comunicación, educación, cultura y presión social.

Además González (2003), añade que entre los precipitantes entra el desagrado por el cuerpo, la insatisfacción personal, situaciones estresantes, restricción dietética, deterioro en la autoestima y un desgaste a nivel físico.

Por otro lado Mardomingo (1994), da dos explicaciones para el trastorno de conducta alimentaria desde el modelo teórico psicodinámico, la primera señala que es el medio utilizado para disminuir la tensión y angustia así como para eliminar la sensación de vacío. La segunda menciona que es un autocastigo ya que el sujeto ha introyectado un autoconcepto negativo tanto de sí mismo como de su cuerpo.

1.7.1 Trastorno de la imagen corporal.

Del Toro (2004), señala que si el sujeto no está conforme con su apariencia, da lugar a una percepción errónea del esquema corporal que provoca insatisfacción y siendo probablemente el principal factor que induce a tomar medidas para conseguir adelgazar; el problema que origina la insatisfacción corporal es la lucha que se da entre el cuerpo percibido y el cuerpo ideal.

1.7.2 Influencias culturales.

Las influencias socioculturales constituyen en gran medida un factor desencadenante que puede provocar en los individuos un trastorno de conducta alimentaria, Toro (2004), expone que en la cultura occidental se tiende a apreciar al

cuerpo femenino delgado el cual es sinónimo de belleza, control de sí mismo, libertad y éxito social.

Los jóvenes se encuentran expuestos a diferentes elementos, Jiménez (2009), expone que las personas que lo rodean llámense padres, parientes, maestros y amigos; así como medios de comunicación influyen en el chico ya sea para ayudarlo a crecer o para perjudicar su desarrollo.

1.7.3 Desarrollo físico y psicológico.

Aberastury y cols. (2007) mencionan que el adolescente atraviesa por una etapa en la cual se encuentra en continuo desequilibrio emocional y se ve acompañado por la pubertad, la cual trae consigo cambios físicos.

Con la llegada de la pubertad se inician cambios fisiológicos que comienzan a transformar al niño en adolescente. Powell (1985), señala que durante esta etapa las manifestaciones físicas de la presencia del desarrollo son principalmente las sexuales, que provocan cambios físicos visibles y éstos a su vez traen consigo reacciones psicológicas y emocionales; generando cambios en la conducta del sujeto. Dando pie a una reestructuración de su imagen corporal y con ello una nueva forma de comportarse; sin embargo el comportamiento o reacciones del adolescente dependerán según perciba su nueva imagen.

1.7.4 En búsqueda de la identidad.

En la transición de la infancia a la adolescencia Aberastury (2007), menciona que el sujeto realiza cuatro duelos, el primero de ellos es el duelo por el cuerpo infantil perdido, el segundo es por el rol y la identidad infantil que lo obliga a una renuncia de la dependencia y a una aceptación de responsabilidades, el tercer duelo es por los padres de la infancia pues estos últimos cambian su comportamiento con el chico, y por último el duelo por la bisexualidad infantil perdida; en éste el niño redescubre sus genitales y se da a la tarea de explorarlos, tanto sus órganos sexuales como los del otro sexo mediante juegos y actividades que le permitan desaparecer la fantasía del otro sexo en sí mismo.

Por lo que el infante al atravesar por estas pérdidas se ve obligado a reestructurar su personalidad para llegar a lo que Ogden (2005), señala como identidad de género, debido que conforme se va creciendo se debe ir madurando y adoptando nuevos roles y patrones de comportamiento de acuerdo a la edad y el sexo.

1.8 Comorbilidad de los trastornos de la conducta alimentaria.

La comorbilidad psiquiátrica en los trastornos alimenticios se da según Rusell (2003), principalmente con trastornos de ansiedad o depresivos, al mismo tiempo indica que la presencia de un trastorno psiquiátrico multiplica 4 a 1 las posibilidades de desencadenar un trastorno de tipo alimentario.

Por su parte Escalante (2003), menciona a los trastornos que se asocian con las alteraciones de la conducta alimentaria tales como el trastorno afectivo, el trastorno obsesivo, trastorno de la ansiedad y trastorno de la personalidad.

Según Belloch y cols. (1995), durante el trastorno alimentario se encuentran presentes alteraciones afectivas, desencadenándose un estado de ánimo ansioso-irritable llegando a transformarse en disforia. Es frecuente encontrar síntomas depresivos y un 10% de las personas que lo padecen podrían ser diagnosticadas con depresión mayor. Más del 25% padecen trastornos obsesivos compulsivos y en otras investigaciones realizadas por Hudson, Pope, Jonas y Yurgelun-Todd (1983), se encontró que se podía combinar con trastornos de personalidad como el histriónico, antisocial o límite.

Por otra parte Jarne (2006), en sus investigaciones calculó que el 71% de los pacientes con bulimia nerviosa presenta depresión, 35% crisis de ansiedad, 21% abuso de sustancias, ansiedad generalizada y trastornos obsesivos compulsivos y el 14% fobia social, distimia o ciclotimia.

1.9 Tratamiento para los trastornos alimentarios.

El tratamiento recomendado para tratar a las personas que padecen un trastorno de tipo alimentario es multidisciplinario, puesto que se requiere de la intervención de las áreas que han sido afectadas por la enfermedad, Papalia y cols. (2005), recomiendan la intervención de médico, nutriólogo, psiquiatra y psicólogo, además de utilizar terapia con un enfoque conductual, encaminado a adoptar nuevas conductas alimentarias.

Kernberg (2005), recomienda la terapia cognitivo-conductual la cual tiene como finalidad reestructurar el pensamiento, actitudes y comportamiento ante creencias auto derrotistas y hábitos alimenticios; al mismo tiempo menciona que es un método efectivo para recuperar peso y proporcionar una experiencia reeducativa brindándole a la paciente información acerca de hábitos alimenticios sanos; además recomienda que con la paciente se debe hacer una especie de contrato donde se comprometa a mantener cierto peso, cuidar de su cuerpo y a pedir ayuda en caso de creer no poder hacerlo.

Por su parte Barlow y Durand (2001), aconsejan que se debe llevar a cabo una psicoterapia tanto individual como grupal, además de implementar la familiar, pues de esto depende una recuperación satisfactoria para la adolescente.

En la cuestión fisiológica se requiere de la presencia de un nutriólogo Matarese y Gottschlich (2004), refieren que es necesario proporcionar una dieta adecuada al paciente prestando atención a los requerimientos nutricionales, buscando con ello estabilizar al organismo.

Durand y cols. (2007), aconseja que se asista al médico donde se le suministrarán fármacos para mejorar su estado de ánimo y al mismo tiempo reducirá considerablemente la probabilidad de volver a utilizar los medios dañinos como las purgas o la anorexia.

Salín (2003), refiere que no hay un medicamento anti anorexia, sin embargo, a lo largo de los años se han utilizado anti psicóticos ya que éstos ayudan a mantener al paciente en contacto con la realidad y a que entienda que se encuentra por debajo

de su peso corporal, de igual forma son útiles los antidepresivos cuando se encuentra la evidencia de comorbilidad con depresión.

Por su parte Miján (2004), manifiesta que en la práctica médica se utilizan principalmente antidepresivos como el prozac y la fluoxetina, ésta última ha dado como resultados una mejoría en el estado de ánimo, en los rasgos ansiosos y en los pensamientos obsesivos del paciente; además concluye que los antidepresivos ocupan un lugar de mayor importancia después de que la mal nutrición se ha mejorado puesto que ayudarán a impedir las recaídas.

A través de las revisiones señaladas por los diferentes autores, la adolescencia es vista como una etapa crucial para el desarrollo de trastornos alimentarios, como lo son la bulimia y la anorexia nerviosa, ya que existe una especie de culto por la delgadez; aunado a esto, se encuentran presentes conflictos de autoestima, identidad y sexualidad. Es por ello que en esta etapa del desarrollo se debe prestar atención para prevenir conflictos de esta índole.

CAPÍTULO 2

ANSIEDAD

El individuo a lo largo de la vida se enfrenta a infinidad de situaciones, las cuales, le pueden llegar a generar ansiedad; esta emoción puede influir en gran medida como motor para enfrentar diferentes circunstancias día a día. Es así que, en este capítulo se hará una revisión tanto de los conceptos sobre la ansiedad, como las causas que la desencadenan, hasta llegar al grado de trastorno, así como revisar de qué manera pueden estar ligados a los trastornos de tipo alimentario.

2.1 Antecedentes históricos de la ansiedad.

El concepto de ansiedad se ha utilizado a partir del siglo XIV y a través de los años, el concepto se ha ido modificando debido a que han surgido cambios en la psicopatología de los problemas emocionales; por ello Belloch y cols. (1995), dan un breve recorrido por la historia explicando la evolución del término. Lo que hoy en día se entiende como ansiedad, históricamente era comprendido como un elemento de la neurosis. Cullen (1710-1790), fue el primero en utilizar el concepto de neurosis destacando las características de irritabilidad, nerviosismo, estado de ánimo deprimido, entre otras como producto de una alteración del sistema nervioso.

Sin embargo es a partir de la influencia de Sigmund Freud (1856-1939), quien comienza a desarrollar el concepto de neurosis y la psicopatología de la ansiedad. Cabe señalar en este punto que a ésta última le dio la connotación de señal de peligro ante la presencia de una amenaza para el sujeto, mientras que a la neurosis

la utilizó con fines descriptivos y etiológicos del malestar emocional, además de referirse a los procesos de defensa contra la ansiedad. (IDEM)

2.2 Concepto de Ansiedad.

La ansiedad según Durand y cols. (2007), es un estado de ánimo negativo orientado al futuro ya que el individuo no puede controlar sucesos próximos, se caracteriza por la presencia de manifestaciones corporales de tensión y está acompañado por reacciones conductuales, respuestas psicológicas y connotaciones afectivas.

Por lo que “la ansiedad se entiende como una respuesta conductual y fisiológica a una estimulación o situación externa al sujeto” (Fernández; 1995: 391).

Para Cancrini y cols. (1996), es un estado afectivo desagradable, el cual anticipa un peligro sin que la situación o estímulo esté presente o sea adecuada a la vivencia; y se acompaña de manifestaciones somáticas como taquicardia, sudoración, temblor y agitación motriz.

Vallejo y cols. (2000), complementan que la ansiedad es un mecanismo adaptativo el cual permite al sujeto poner en marcha conductas de defensa, después de haber percibido algo que signifique amenaza que puede o no ser real.

Con base en Cameron la ansiedad (1990), es un estado de aprensión, donde el sujeto busca descargar la tensión generada internamente y reducirla, aumentando la actividad física, donde también se puede observar cómo en ocasiones el apetito disminuye y en otras todo lo contrario.

Es conveniente señalar que la ansiedad es un componente que según Sarason y Cols. (1990), está presente en la mayoría de los trastornos psicológicos y psicosomáticos.

Por lo tanto la definición de ansiedad en la cual este estudio está orientada, está basada en la recopilación de los autores antes mencionados, siendo entonces: un estado de incomodidad caracterizado por el sentimiento de preocupación y tensión, que pone en alerta al sujeto dándose una respuesta conductual y fisiológica ante un estímulo que puede o no estar presente.

2.3 Ansiedad como rasgo.

Según Palmero (2002), el rasgo de ansiedad es una característica de personalidad, relativamente estable, caracterizada por detectar bajos umbrales de peligro potencial.

Crozier (2001), menciona que en cuestión de personalidad el rasgo propone que unas personas son más propensas que otras a la ansiedad, ya que reaccionan con ansiedad a mayor número de situaciones o con una emoción más intensa.

En el Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado (IDARE), (prueba que se utilizará para la presente investigación), Spielberger y Díaz (1927), definen a la ansiedad-rasgo como la diferencia individual, relativamente estable, con tendencia a responder a situaciones amenazantes con una elevación en la intensidad de ansiedad estado.

Del mismo modo también manifiestan que son disposiciones conductuales adquiridas, donde una experiencia previa puede influir en la respuesta, es decir las disposiciones permanecen latentes hasta que las señales de una situación las activa.

2.4 Ansiedad como estado.

Calvo y Tobal (1998), citados por Palmero (2002), dicen que el estado de ansiedad se hace visible en tres niveles:

- Subjetivo.- pensamientos de preocupación por posibles consecuencias aversivas.
- Fisiológico.- aumento de diversas funciones vegetativas y glandulares (ritmo cardiaco, epinefrina, etc.).
- Conductual.- ya sea huyendo de la situación, o aumentando el esfuerzo de afrontamiento.

Por su parte Crozier (2001), refiere que en el estado ansioso se manifiestan síntomas tales como: preocupación por el futuro, mentalmente inquieto, deseo vehemente (puede ser por agrandar o por alcanzar el éxito); y un estado mórbido de intranquilidad excesiva.

La ansiedad como estado es conceptuada por Spielberger y Díaz (1927), como una condición emocional momentánea del organismo, caracterizada por sentimientos de preocupación y tensión percibidos conscientemente por el individuo; además se ve afectado el sistema nervioso autónomo y puede variar en cuanto a intensidad y duración.

2.5 Causas de la ansiedad.

Escalante y cols. (2003), explican que todos los individuos están expuestos desde que nacen a situaciones de peligro y de riesgo reales, el niño durante sus primeros años de vida no tiene consciencia de qué personas, objetos o situaciones significan amenaza, el sujeto poco a poco va desarrollando capacidades y destrezas a través del aprendizaje, donde se le enfrenta a situaciones en un grado mínimo de riesgo, pero si no se encuentra preparado para resolverlas de forma adecuada, la situación se dificulta y se encontrará con un fracaso que repercutirá en el desarrollo, tendiendo a recordar la experiencia como negativa y desarrollar temores y ansiedades que distorsionarán las relaciones sociales en el futuro.

Por ello Beck y cols. (1985), citados por Vallejo y cols. (2000), afirman que las alteraciones que se presentan durante el procesamiento de la información, juegan un papel importante en la etiología y mantenimiento de los trastornos de ansiedad; ya que depende de los esquemas que se hayan formado y si en éstos predominan los pensamientos de peligro, debido a que dan un tono amenazante a la realidad y muestran al sí mismo como vulnerable.

Además Durand y cols. (2007), encontraron durante sus investigaciones las causas que pueden provocar un trastorno de ansiedad, encontrando tres principales desencadenantes: vulnerabilidad biológica, donde se explica que la ansiedad puede ser heredada; la vulnerabilidad psicológica específica, en la cual las sensaciones físicas son interpretadas como potencialmente peligrosas; y por último la

vulnerabilidad psicológica generalizada, que abarca la falta de confianza en sí mismo, baja autoestima e incapacidad para enfrentarse a situaciones de conflicto.

Los estados de ansiedad “tienen su origen en una percepción distorsionada de la realidad de carácter negativo y amenazante, que genera ideas y creencias erróneas acerca de la misma y del propio sujeto, traducéndose en síntomas emocionales y somáticos y en conductas inadecuadas” (Mardomingo; 1994: 289).

Davidoff (1989), explica lo anterior de la siguiente manera: el estímulo ambiental es interpretado como alerta, el cual es procesado en el sistema nervioso central (red de células nerviosas ubicadas en el tallo cerebral) dando parte a la corteza y ésta se encarga de la toma de decisión conductual; en este proceso interviene la amígdala y el hipotálamo que regulan emociones y razonamiento. Esto lleva por nombre reacciones autónomas, cuya finalidad es mantener el equilibrio.

Por otra parte Sarason y cols. (1990), mencionan que desde la perspectiva psicodinámica, la causa de la ansiedad es el percibirse a sí mismo como indefenso ante las presiones ambientales a la separación y la pérdida de apoyos emocionales, además de la posibilidad de ser desaprobado o privado de amor.

Freud (1926), citado por Fernández (1995), replantea el origen de la ansiedad, pues considera que es una respuesta interna que sirve para alertar al sujeto ante la proximidad de un peligro; además la distingue en tres tipos de ansiedad:

- Ansiedad real: consiste en las relaciones del ego con el mundo externo.

- Ansiedad neurótica: aquí el ego trata de satisfacer sus instintos pero las exigencias son demasiadas por lo que se siente amenazado.
- Ansiedad moral: en ésta el ego trata de cumplir con las exigencias del Superego pero no le es posible.

Busto (2001), indica que se debe buscar el detonador inicial de la ansiedad el cual puede presentarse después de un evento estresante, antes de que éste suceda o bien, cuando el sujeto decide rechazar la idea que le preocupa.

Es por tanto que Rusell (2003), dice que hay que prestar atención a los adolescentes debido a que en sus investigaciones ha encontrado que la demanda de adaptación fisiológica y psicológica para éste son causantes de estrés y ansiedad, lo que produce un aumento en la vulnerabilidad para desarrollar una patología alimentaria.

2.6 Signos y síntomas de la ansiedad.

La ansiedad engloba tres modos de respuesta los cuales Lang (1971), citado por Fernández (1995), señala que son el subjetivo-cognitivo, el fisiológico-somático y por último el motor-conductual. Para ellos acuñó el término “triple sistema de respuesta”; en ellos se logran observar signos y síntomas de la ansiedad.

Belloch y cols. (1995), dan una explicación a cada uno de los sistemas que intervienen en la ansiedad: En el primer sistema denominado cognitivo tiene inicio la interpretación y evaluación de las experiencias internas que fueron provocadas por un estímulo, dando lugar a la ansiedad, donde el sujeto se encuentra en un estado

emocional desagradable en el cual las experiencias que se presentan son alarma, miedo, inquietud, preocupación entre otras.

En el componente fisiológico la experiencia de ansiedad se acompaña de manifestaciones en el organismo, tanto cambios externos tales como sudoración, dilatación pupilar, tensión muscular, temblor, palidez o sonrojo; e internos como aceleración cardiaca, disminución de la salivación, aceleración respiratoria, etc.

Por último en el motor son todas aquellas conductas que se presentan durante el episodio de ansiedad, incluye la expresión facial, movimientos o posturas corporales así como el escape y evitación (IDEM).

Gándara y cols. (1999), menciona que los síntomas son influenciados por el contexto social donde el sujeto se desarrolla (educativo y cultural); encontrando inseguridad, temor, tensión, intranquilidad, inquietud, ansiedad y angustia.

Ellis (2001), manifiesta que las personas con ansiedad también presentan síntomas intestinales en los cuales hay pérdida o aumento del apetito, así como náuseas, dolor intestinal e incluso vómitos.

Busto (2001), realizó una separación extra de las manifestaciones de la ansiedad dejándola en cuatro niveles, donde se pueden observar las siguientes características: Cognitivo (temor, insomnio, irritabilidad), Motor (temblor, tensión muscular e hiperactividad), Vegetativo (disnea, palpitaciones, náuseas, sudoración, escalofríos, taquicardia, boca seca, hiperventilación, diarrea o constipación) y Conductual (evitación o huida).

Gándara y cols. (1999), mencionan que la ansiedad se vuelve patológica cuando la percepción de la realidad de la amenaza es rebasada y comienzan a aparecer síntomas en relación al sueño (insomnio, pesadillas, hipersomnia diurna), a la alimentación (anorexia o hiperfagia), a la sexualidad (inhibición del deseo, impotencia, anorgasmia), al rendimiento intelectual (dificultad de memoria y atención) y hay un deterioro en las relaciones familiares, interpersonales así como las laborales.

2.7 Conceptos asociados a la ansiedad.

Es frecuente encontrar la palabra ansiedad y con ella utilizar términos relacionados, es así que Belloch y cols. (1995), creen necesario realizar una distinción entre estrés, miedo, fobia, angustia y pánico; debido a que es común escucharlos y saber en qué consiste cada uno de ellos para diferenciarlos.

2.7.1 Estrés y ansiedad.

El estrés es un término que se escucha con bastante frecuencia entre las personas, Belloch y cols. (1995), refieren que los sujetos lo utilizan para indicar un estado de experiencias negativas que van desde dificultades, aflicciones, sufrimientos, adversidades, entre otras, y al cual dan la definición de ser una fuerza que surge del interior del individuo generada por una fuerza externa.

Fontana (1992), indica que el estrés funciona de forma ambigua en la vida de las personas ya que, en algunas situaciones representa retos que significan una razón de vivir (sirve de motivación) y mantiene al sujeto con expectativas, y en otras

circunstancias representa demandas que no pueden cumplir ya sea a nivel físico o psicológico y que repercuten en estas mismas áreas como consecuencia.

Hay evidencia que sugiere que el estrés juega un papel importante en el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria, Rusell (2003), ha propuesto algunos modelos explicativos, estos son:

- Estrés acumulado.- en el cual el individuo ha pasado por varias situaciones estresantes; el origen de éste puede ser por la maduración puberal, disfunciones familiares, problemas con el entorno familiar o social, cambios académicos.
- Estrés traumático.- son eventos bastante impactantes o severos para el sujeto, se incluyen experiencias de abuso sexual, físico o psíquico o abandono.
- Estrés normativo.- este propone que no necesariamente los individuos que padecen un trastorno alimenticio se diferencian de los que no, además de que los factores estresantes dependen de la percepción de los acontecimientos.

Así bien un autor que hace una distinción entre el estrés y ansiedad es Alcalde (2003), quién menciona que el estrés es un proceso en el cual el sujeto se enfrenta a una situación externa desagradable que puede desencadenar ansiedad; y define a la ansiedad como la emoción que pone en alerta al individuo ante una situación de amenaza que se experimenta como una sensación desagradable y negativa, además de tener una duración mayor que el estrés.

2.7.2 Miedo y ansiedad.

Escalante y cols. (2003), señalan que el miedo es una emoción natural la cual se manifiesta como una respuesta adaptativa encargada de alertar al organismo para escapar del peligro y preservarse; cuando el miedo se presenta y se expresa de forma irracional, éste se convierte en ansiedad, lo cual manifiesta un trastorno psicológico que debe ser atendido.

Halgin (2004), está de acuerdo con el autor anterior y lo ejemplifica, dice que los sujetos experimentan falsas alarmas en las que situaciones y estímulos inofensivos son percibidos como peligrosos.

Así bien Belloch y cols. (1995), manifiestan que es frecuente utilizar como equivalentes al miedo y la ansiedad, debido a qué; el primer concepto se asocia a un estímulo externo que manifiesta amenaza para el sujeto, mientras que en el caso de la ansiedad consiste en un estado emocional difuso y sin una fuente de peligro identificable; sin embargo el miedo puede entenderse como la conducta de evitación o escape, mientras que el segundo consistiría en un miedo no resuelto o a la activación del organismo sin tener un fin determinado.

Sarason y cols. (1990), indican que las personas que están atemorizadas saben con facilidad de dónde proviene su miedo, mientras que los individuos que padecen de ansiedad no se dan cuenta cuáles son las causas de su temor.

Moreno y Martín (2004), dicen que para distinguir al miedo de la ansiedad, en el primero debe existir un peligro o amenaza (por ejemplo, un perro persiguiendo a un sujeto), con lo que es común sentir miedo, mientras que en la ansiedad no se encuentra presente ni peligro ni amenaza.

2.7.3 Fobia y ansiedad.

Marks (1969), citado en Belloch y cols. (1995), hace la distinción entre miedo y fobia, para ésta última da una serie de consideraciones que se deben cumplir para que pueda ser calificada como tal, el primer punto es que exista un miedo desproporcionado el cual provoque una respuesta de ansiedad ante una situación amenazante, el segundo es que el miedo conduzca a conductas de evitación de los estímulos fóbicos, el tercero se refiere a que el sujeto no tiene un control de sus reacciones y que éstas son producto de un pensamiento irracional, el cuarto es que todo ello viene acompañado de un malestar y en el quinto lugar se encuentra que el sujeto se vuelve disfuncional ante la presencia del objeto o situación fóbica.

Vallejo y cols. (2000), encontraron que las fobias sociales se dan cuando un sujeto se encuentra frente a un estímulo temido por lo que se genera un miedo inmenso a realizar el ridículo frente a un grupo de personas; ésto se puede manifestar de dos formas una de ellas es el restringido, donde se tiene miedo a realizar una o varias situaciones sociales por ejemplo: hablar o comer, y la generalizada en el que se asocia con la mayoría de las situaciones entre ellas se encuentra el actuar en público, el iniciar o mantener una conversación, tener una cita.

Jaure (2003), describe que la fobia es un miedo persistente que puede durar años e incluso toda la vida, es por ello que quienes la padecen desarrollan conductas de evitación.

Los sujetos con trastornos alimentarios muestran a menudo síntomas de ansiedad. García y cols. (2001), hacen la comparación entre el temor hacia la comida

y un cuadro fóbico, puesto que en ambos resulta aterradora la presencia e idea de tener que enfrentar el objeto o situación.

Durand (2007), refiere que la ansiedad se puede concentrar en la apariencia y la impresión que causa el adolescente ante los demás a causa de una imagen corporal distorsionada; y cómo las chicas utilizan como método de afrontamiento la restricción alimentaria para disminuir su ansiedad.

2.7.4 Angustia y ansiedad.

Belloch y cols. (1995), se remontan al origen de las palabras de ansiedad y angustia y ambas derivan de la palabra “angh”, la cual tiene el significado de estrechez, malestar y constricción. Así bien distinguen entre una y otra, siendo la ansiedad la cual está ligada a los componentes psíquicos y la angustia denota los componentes físicos, sin embargo a la primera se le considera con ambos componentes.

Otros autores como Valdés y cols. (1995), refieren que la angustia es una forma particular de la ansiedad donde se encuentra presente dolor torácico y una sensación de muerte inminente.

Halgin (2004), menciona que los trastornos de angustia son episodios de miedo intenso y de incomodidad física, donde el sujeto experimenta sensaciones corporales que le hacen sentir que está perdiendo el control; las principales sensaciones que se presentan son: ahogo, falta de aliento, hiperventilación, mareo e

inestabilidad, aumento en las palpitaciones, temblor, sudoración, malestar estomacal, desrealización, malestar en el pecho, entre otros.

2.7.5 Pánico y ansiedad.

El pánico según Belloch y cols. (1995), es un ataque de aparición repentina de intenso miedo acompañado de síntomas físicos.

También se encuentra que “la reacción de pánico es un ataque de ansiedad a nivel máximo, un episodio de descompensación emocional extrema” (Cameron; 1990: 265).

Durand y cols. (2007), mencionan que en el DSM- IV se describen tres tipos de ataques de pánico: el ataque ligado a situaciones donde el miedo intenso aparece porque se asocia con algo que pasó y dejó una huella mnémica; el segundo es el inesperado el cual no se sabe cuándo ni dónde va a ocurrir; y por último, se encuentra el de predisposición situacional donde no se sabe si pudiera o no ocurrir y éste se presenta.

2.8 Beneficios de la ansiedad.

Para un sujeto la ansiedad no es percibida como placentera, sin embargo en algunas situaciones es de gran utilidad; Durand y cols. (2007), explican que el estado ansioso ayuda a conseguir mejores resultados ante diferentes contextos; no obstante puede ocurrir que el sujeto se invada de angustia y se paralice ante ciertas circunstancias.

Debido a ello es importante realizar una distinción de la ansiedad, según Gandara y Fuentes (1999), existe:

La ansiedad normal.- la cual ayuda al sujeto a adaptarse y le es útil para resolver problemas de la vida, es controlable y lógica que aunque puede ser incómoda no implica sufrimiento grave.

Ansiedad anormal.- su presencia es inútil, inapropiada, no sirve para adaptarse, al contrario dificulta el rendimiento y la adaptación.

A lo que Spielberger (1984), citado por Belloch y cols. (1995), señala que la diferencia entre la ansiedad normal y la patológica está situada en la frecuencia, duración e intensidad con la que se presenta el episodio frente a un estímulo provocador.

Cameron (1990), manifiesta que la ansiedad cuando se presenta en cantidades moderadas y bien administradas pone en alerta al sujeto volviéndolo más sensible y perceptible al medio; lo cual funciona como un mecanismo preventivo que se encarga de preparar al individuo para hacer frente a las emergencias o ataques que pueden ser ciertos o probables.

De este modo Durand y cols. (2007), señalan que la ansiedad impulsa y mejora tanto el desempeño físico como el intelectual.

A lo que Cameron (1990), dice que la ansiedad no es en sí patológica, sin embargo, contribuye a la formación de una psicopatología y por lo general produce desórdenes psicosomáticos.

2.9 Ansiedad clínica o patológica.

Cameron (1990), señala que la ansiedad se vuelve patológica cuando es exagerada la reacción y nada parece justificarla, además de tener una duración mayor que en otras ocasiones, también se da cuando el sujeto trata de defenderse provocando un cese en el placer y retirándolo de actividades cotidianas.

Para Belloch y cols. (1995), la ansiedad tiene un objetivo principal, anticipar al sujeto de posibles amenazas y peligros, también cumple con la función biológica de adaptación; sin embargo, en ocasiones el individuo puede mal interpretar la información aumentando el nivel de peligro real de forma irracional.

Krauskopf (1982), indica que se dispara una señal de alerta la cual indica que algo no anda bien, por lo que el organismo se pone en defensa y se activan mecanismos para tratar de disminuir la ansiedad, sin embargo éstos son ineficaces llegando incluso al extremo de paralizar al individuo y dejarlo indefenso ante la amenaza.

Todos en algún momento de la vida atraviesan por algún temor o preocupación, por ello Sarason y cols. (1990), explican que la ansiedad tiene infinidad de causas y que es normal que los sujetos la experimenten cuando se encuentran frente a situaciones amenazantes o de estrés, sin embargo se vuelve anormal cuando no se cuenta con una causa obvia.

Según Halgin (2004), la ansiedad se vuelve patológica cuando los sentimientos y sensaciones de malestar aumentan en el individuo, mermando sus

habilidades sociales y actividades diarias; observándose también en un estado desadaptado de reacciones físicas y psicológicas.

2.10 Comorbilidad entre trastornos de ansiedad y trastornos alimentarios.

A continuación se hablará de cómo la ansiedad y los trastornos alimentarios se relacionan.

Es frecuente escuchar acerca de la relación que existe entre los factores psicológicos y enfermedad, por lo que Fernández (1995), señala que el mejor campo para investigarlo es el de los trastornos psicofisiológicos, éstos se caracterizan por las disfunciones o síntomas orgánicos en uno o varios sistemas del organismo los cuales están ligados a aspectos psicológicos.

Según Sarason y cols. (1990), los aspectos psicológicos que aumentan la probabilidad de padecer una enfermedad son: la incapacidad para adaptarse al medio ambiente, la falta de expresión de los sentimientos y emociones, no establecer lazos afectivos, así como una errónea interpretación de las exigencias, restricciones y oportunidades.

Rusell (2003), menciona que circunstancias estresantes prolongadas en el tiempo pueden volverse crónicas previas al comienzo de los trastornos de la conducta alimentaria, además de que en investigaciones realizadas con anterioridad, han arrojado datos estadísticos de que un 75% de pacientes con anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, presentaron un acontecimiento estresante severo a crónico de larga duración un año antes del comienzo del trastorno; los principales trastornos

detectados fueron los afectivos (depresión mayor y distimia) y los ansiosos (ansiedad por separación, fobia social, ansiedad generalizada).

A las mujeres con trastornos alimentarios, Barlow y Durand (2001), refieren que les preocupa intensamente la forma en cómo las perciben los demás, por lo que tienen la necesidad de comportarse tal cual como esperarían los demás que lo hicieran; sin embargo tienen la sensación de no estar cumpliendo con las expectativas que tienen los otros sobre ellas, lo que las lleva a experimentar niveles elevados de ansiedad.

J. C. Rosen y Leitenberg (1985), citado por Barlow y Durand (2001), observaron durante sus investigaciones que los sujetos presentaban un alto nivel de ansiedad antes y durante la ingesta de alimentos, encontrando alivio por medio de la purga y que esta conducta suele repetirse para liberar la ansiedad.

Jarne (2006), encontró que los sujetos con bulimia nerviosa se encuentran en un estado emocional ansioso por lo que en la entrevista posterior encontró que los pensamientos de éstos es atiborrarse de comida para disminuir su ansiedad.

Al mismo tiempo se puede “conceptuar a los trastornos de alimentación como perturbaciones de ansiedad concentrados exclusivamente en el hecho de aumentar de peso” (Barlow y Durand; 2001: 280).

Jarne (2006), refiere que los sujetos que padecen de un trastorno alimentario tienen miedo a engordar, a las valoraciones negativas de su cuerpo y a la pérdida de la autoestima, lo que provoca ansiedad.

Vallejo (2006), indica que es frecuente encontrar entre las bulímicas la presencia de fobia social, trastornos obsesivos, de pánico y agorafobia.

Por otra parte Martínez (2008), describe que tanto los trastornos de ansiedad como los de la conducta alimentaria se traducen en inseguridad e impotencia; expresando a través de ellos ansiedad y dificultad para controlar los impulsos.

2.11 Tratamiento para el manejo de la ansiedad

Para el manejo de la ansiedad es recomendable que se lleve a cabo una terapia conductual y cognitiva, sin embargo hay varios autores que recomiendan distintos tipos de terapia aunado a un tratamiento farmacológico.

2.11.1 Tratamiento psicoterapéutico.

Al presentarse la ansiedad se ve afectada la actividad motora por ello Escalante (2003), recomienda que se le entrene al sujeto con técnicas de relajación ya que le ayudará a afrontar las situaciones de ansiedad, para ello hay técnicas que han resultado ser efectivas, algunas de ellas son:

- Relajación muscular progresiva de Jackobson.- Esta consiste en contraer y relajar cada uno de los grupos musculares, de forma que el músculo se contrae, se cansa y se relaja.
- Entrenamiento autógeno de Schultz.- éste parte de una hipnosis sin inducción exterior, es realizada por el mismo sujeto, prestando atención a cada una de las partes del cuerpo.

Además Vázquez y cols. (2007), mencionan que durante el tratamiento se deben combinar las siguientes estrategias psicológicas para mejores resultados, las cuales consisten en:

- Psicoeducación.- es informar de forma didáctica qué es el miedo, en qué consiste la ansiedad y para qué sirve.
- Control de la respiración.- ayudar al paciente a alcanzar la relajación y prevenir la hiperventilación.
- Entrenamiento de relajación.- a través de la tensión y relajación de los músculos para lograr un estado de descanso.
- Reestructuración cognitiva.- consiste en un principio en identificar pensamientos y creencias que vuelven al sujeto disfuncional, para después modificarlas.
- Exposición interoceptiva.- llevar al sujeto en un ambiente cuidado a que experimente las sensaciones fisiológicas que se presentan en una crisis.
- Exposición a las situaciones temidas.- consiste en afrontar las situaciones temidas de forma gradual.

Escalante (2003), pone énfasis en la prevención de la ansiedad y al mismo tiempo dice que ésta se puede lograr mediante la modificación de la conducta pues se debe practicar algún deporte, tener una correcta alimentación, ordenar tanto tareas como prioridades vitales; siendo importante buscar actividades de interés donde pueda interactuar con más personas.

2.11.2 Tratamiento médico.

Escalante (2003), manifiesta que la utilización de fármacos resulta eficaz como complemento terapéutico, puesto que con ello se atacaran los síntomas; es por ello que dentro de la cuestión médica los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina son los más utilizados, entre ellos el Prozac, ya que se ha observado que da buenos resultados con la ansiedad.

Busto (2001), indica que es frecuente que se utilicen las benzodiazepinas como el valium, pues éstas reducen la angustia, sin embargo tienen varias secuelas para el sujeto, como efectos sedativos y puede producir dependencia o síntomas de privación.

Para Jarne y Talarn (2000), el tratamiento farmacológico que se efectúa con casi la mayoría de los trastornos de ansiedad es la medicación de antidepresivos como la imipramina y el aprazolam (benzodiazepina), sin embargo, señalan que las dificultades que pueden presentarse es la alta tasa de recaídas cuando se suspende el medicamento, así como la intolerancia y efectos secundarios. De igual forma recomiendan que se utilicen sedantes y ansiolíticos.

Con todo esto queda claro que todos los individuos sienten ansiedad en algún momento de su vida, esta sensación le ayuda a buscar una forma para afrontar alguna situación y con ello facilitar su adaptación a la misma; por tal razón entran en juego diferentes mecanismos de defensa cuya finalidad es disminuir la ansiedad, aunque en algunas ocasiones no son utilizados los más idóneos para el acontecimiento. Esto por lo tanto puede llegar a generar un alto nivel de ansiedad.

De igual forma se debe tener en cuenta que la manera de enfrentar la ansiedad, dependerá en gran medida de las características de personalidad que tenga un individuo (esto es la ansiedad rasgo), como también del apoyo social que sienta o en su defecto carezca, genere por tanto una emoción poco controlable que se manifieste a través de síntomas determinados (ansiedad estado).

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

En este apartado se pretende dar a conocer el proceso metodológico empleado para la recolección y tratamiento de los datos que se obtuvieron en la investigación de campo, así como el procedimiento estadístico empleado para el análisis y comprobación de objetivos, así como para responder la pregunta de investigación.

3.1 Descripción metodológica.

A continuación se describe la metodología empleada para el desarrollo de la presente investigación sobre tendencia a trastornos alimenticios y la presencia de ansiedad, teniendo en cuenta el enfoque, los instrumentos para la recolección de datos, así como la población y sus respectivas delimitaciones, se incluirá la descripción del proceso de investigación, el análisis de resultados obtenidos en este estudio para finalmente obtener las conclusiones.

3.1.1 Enfoque cuantitativo.

La presente investigación tiene un enfoque cuantitativo debido a que pretende establecer numéricamente la diferencia en el nivel de ansiedad rasgo-estado entre las alumnas de CCH que presentan tendencia a trastornos alimenticios y las que no la presentan.

Hernández y cols. (2008), señalan que este método pretende dar a conocer resultados estadísticos, por lo que el propósito de la investigación cuantitativa es determinar y explicar estas últimas mediante la recolección de datos, lo que permite fundamentar sólidamente una hipótesis.

Mendieta (1992), refiere que la estadística agrupa metódicamente los hechos sociales susceptibles a descubrirse y permite llegar a la génesis del fenómeno estudiado, entendiendo con ello que en el método estadístico se utilizan los números para representar los hechos investigados.

A su vez Olivé y Ransanz (2006), mencionan que con el método cuantitativo se busca medir y cuantificar los fenómenos, sus propiedades y relaciones, ya sean éstas naturales o sociales; a través de estrategias metodológicas para establecer la muestra, recolectar datos, realizar estadística, y todo lo que sea necesario para llegar a la predicción de los fenómenos, donde la precisión es un valor central de este método.

A continuación Hernández y cols. (2008), señalan las características que debe poseer un enfoque cuantitativo:

- Primeramente se tiene que plantear la problemática y delimitarla.
- Se prosigue con la revisión de lo que con anterioridad se ha investigado, a lo cual se le conoce con el nombre de revisión de la literatura.
- Con base en la revisión de la literatura se construye el marco teórico.

- De la teoría se derivan hipótesis, las cuales se tratará de comprobar si son ciertas o no.
- En seguida se somete a prueba las hipótesis mediante el empleo de los diseños de investigación apropiados.
- Con los resultados se realizará un análisis, donde si se encuentra que son congruentes con los instrumentos utilizados se aportará evidencia a su favor, se descarta en busca de mejores explicaciones y nuevas hipótesis. Ya que al apoyar la hipótesis se genera confianza en la teoría y la sustenta.
- Y por último, el investigador recolecta una serie de datos numéricos de los objetos, fenómenos o participantes, que estudia y analiza mediante procedimientos estadísticos.

3.1.2 Diseño de Investigación no experimental.

La presente investigación toma el criterio de no experimental, debido a que este tipo de “estudios se realizan sin la manipulación deliberada de variables y en los que sólo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos” (Hernández y cols.; 2008: 205).

Gómez (2006), indica que en los estudios no experimentales se está más cerca de las variables hipotetizadas como reales y en consecuencia, se tiene mayor validez externa, ya que aumenta la posibilidad de generalizar los resultados a otros individuos y situaciones cotidianas.

Cabe mencionar que en las investigaciones no experimentales, no se recrean situaciones, sino que se observan situaciones ya existentes, las variables independientes ocurren y no es posible manipularlas; Hernández y cols. (2008), refieren que no se tiene control directo sobre dichas variables debido a que ya sucedieron al igual que sus efectos.

3.1.3 Tipo de estudio transversal.

El diseño de esta investigación es transeccional o también llamado transversal, a lo que Hernández y cols. (2006), señalan que en este tipo de investigación se recolectan datos en un tiempo único (una sola aplicación), teniendo como objetivo describir las variables y analizar su incidencia y relación en un momento dado o bien, describir comunidades, eventos, fenómenos o el contexto.

El estudio transversal, puede implicar diversos grupos o subgrupos de personas, objetos, así como también diferentes eventos, situaciones o lugares.

A su vez, los diseños transversales se dividen en tres: correlacionales-causales, descriptivos y exploratorios.

3.1.4 Alcance comparativo.

Se utilizó el alcance de estudio comparativo, que de acuerdo con Coolican (2005), consiste en examinar etapas del desarrollo o comparar diferencias entre grupos en cuanto a una variable psicológica; es decir investigar alguna característica general de la conducta o de la vida mental.

También menciona que consiste en establecer la semejanza de dichos fenómenos mediante la conclusión acerca de su parentesco, por ejemplo: edad, sexo, ocupación, clase.

Otro autor que habla acerca de este tipo de alcance es Casi (2002), el cual menciona que el investigador realiza un contraste de los casos para llegar a descubrir regularidades que puedan llevar a generalizaciones explicativas, debido a que se confía en los resultados obtenidos por el método comparativo como base para generalizaciones inductivas de alcance histórico limitado.

3.1.5 Técnicas de recolección de datos.

Para la presente investigación se utilizaron dos pruebas estandarizadas, debido a que son instrumentos desarrollados para la medición de variables, creadas por especialistas en la investigación.

Hernández y cols. (2008), señalan que las ventajas que tienen las técnicas estandarizadas son que ya tienen estudios estadísticos que prueban su confiabilidad (la aplicación de una misma prueba al mismo sujeto varias veces produce los mismos resultados) y validez (que realmente mida la variable que pretende medir), lo cual es un requisito para la validación del proceso de investigación. Y hace énfasis en que para aplicar una prueba estandarizada el investigador debe poseer conocimiento previo sobre ésta, así como un entrenamiento para la interpretación.

Los instrumentos elegidos para recolectar los datos de esta investigación fueron:

- Test de Actitudes Alimentarias (EAT-26).
- Inventario de Ansiedad: rasgo-estado (IDARE).

Los cuales se explicarán más ampliamente a continuación.

El cuestionario elegido para medir la variable tendencia a trastornos alimentarios fue el Eating Attitudes Test -26 (es sus siglas en inglés), elaborado por Garner, Olmster, Bohr y Garfinkel en 1982; el cual tiene por objetivo identificar, a través del auto-reporte, síntomas y preocupaciones características de los trastornos alimentarios en muestras no clínicas.

Cabe señalar que existe una primera versión de esta prueba, la cual fue elaborada por David Garner y Paul Garfinkel en el año 1979, conocida como EAT-40, la cual consta de 40 reactivos agrupados en 7 factores: conductas bulímicas, imagen corporal con tendencia a la delgadez, uso o abuso de laxantes, presencia de vómitos, restricción alimentaria, comer a escondidas y presión social percibida al aumentar de peso.

Posteriormente se diseñó una segunda versión que consta de 26 reactivos, conocida como EAT-26, en la cual se suprimieron 14 ítems, por considerarse redundantes y que no aumentaban la capacidad predictiva de la prueba.

Para identificar a los sujetos con algún tipo de Trastorno de Conducta Alimentaria (TCA) se han propuesto los siguientes puntos de corte: “más de 30 puntos para el EAT-40 y a partir de 20 puntos para el EAT-26.

El Test de Actitudes Alimentarias ha sido recomendado como una prueba de filtro para determinar la presencia de riesgo de cualquier Trastorno de Conducta Alimentaria (TCA), Garner y cols. (1982), advierten la posibilidad de perder algunos sujetos con Trastornos de la Conducta Alimentaria No Específica (TANE).

El EAT-26 ha sido considerado como una de las pruebas estandarizadas más utilizadas en el ámbito de los Trastornos Alimentarios, Garner y cols (1982), indican que la confiabilidad de prueba-postprueba en un periodo de dos a tres semanas es del 84%.

Esta prueba es utilizada como herramienta para determinar riesgo de desorden alimentario tanto en colegios, universidades y otros grupos especiales de riesgo como los atletas.

Esta prueba consta de 26 ítems los cuales tienen como objetivo identificar el riesgo de desorden alimentario en una muestra no clínica; Garner y cols. (1982), refieren que los ítems de la prueba se agrupan en 3 factores:

- Factor 1 dieta.- se relaciona con la evitación de alimentos que engordan y la preocupación por estar delgada.
- Factor 2 bulimia.- preocupación por la comida, refleja pensamientos sobre la comida e indicadores de Bulimia.
- Factor 3 control oral.- está relacionado con el autocontrol en el comer y en el percibir presión desde los otros por aumentar de peso.

En cuanto a la aplicación tiene una duración aproximada de 15 minutos, el cual debe aplicarse en un espacio que cumpla condiciones adecuadas de luz, temperatura y sonido, y que cuente con material básico para su aplicación (silla y una superficie de apoyo).

Las instrucciones deben darse por el examinador antes de comenzar con el test, las cuales tienen las indicaciones de completar los datos personales (nombre, edad), así como responder a las afirmaciones de la prueba (ítems), haciendo referencia a que no existen respuestas correctas o incorrectas y a que se debe responder con sinceridad.

Esta prueba se contesta mediante una escala tipo Likert de 6 categorías de frecuencia: Siempre, Casi siempre, Frecuentemente, A veces, Rara vez y Nunca.

En cuanto a la calificación del instrumento al consultar la página electrónica <http://www.respyn.uanl.mx/v/2/ensayos/ensayotca.htm> (2009), revista de salud pública y nutrición, volumen 5, No. 2 de abril a junio del 2004, se encontró que para la calificación de la prueba la puntuación de las preguntas que van del 1 a la 24 y la 26 (son de dirección favorable a la variable) y poseen el siguiente puntaje: Nunca, Rara vez y A veces 0 puntos, Frecuentemente 1 punto, Casi siempre 2 puntos y la categoría Siempre 3 puntos. Para el caso del ítem 25 (en dirección desfavorable a la variable) la puntuación es la siguiente: Siempre, Casi siempre y Frecuentemente, 0 puntos; A veces, 1 punto; Rara vez, 2 puntos y Nunca, 3 puntos. El puntaje final de la prueba corresponde a la suma de todos los ítems, cuyo total puede variar entre 0 y

78 puntos. El obtener un puntaje igual o superior a 20 puntos se asocia a actitudes y conductas alimentarias de riesgo relacionadas con desordenes alimentarios.

El segundo cuestionario que se aplicó fue el Inventario de Ansiedad: rasgo-estado (IDARE, versión en español del STAI [State-Trait-Anxiety Inventory]), elaborado por Spielberger y Díaz (2002), el cual consta de dos escalas de autoevaluación separadas para medir dos dimensiones distintas de la ansiedad: Ansiedad-rasgo y Ansiedad-estado.

Se puede aplicar a estudiantes de secundaria, bachillerato, adultos, además de pacientes neuropsiquiátricos, médicos y quirúrgicos.

La escala de Ansiedad-rasgo consta de veinte afirmaciones, donde se les pide a los sujetos que describan cómo se sienten generalmente; se utiliza para identificar que tan propenso se es a la ansiedad. De igual forma la escala de Ansiedad-estado está conformada por veinte afirmaciones, sin embargo, las instrucciones requieren que los individuos indiquen cómo se sienten en un momento dado; sirve para determinar los niveles de ansiedad transitoria experimentada, inducida por tensión, nerviosismo, preocupación y/o aprensión.

En cuanto a la aplicación el IDARE está diseñado para que sea auto aplicable, de forma individual o grupal (siendo la última la forma en como se aplicará para la investigación); tiene una duración aproximada de 15 minutos para contestar ambas escalas.

Es recomendable iniciar aplicando la escala de Ansiedad-estado, puesto que fue diseñada con el fin de que fuese sensible a las condiciones bajo las cuales se aplica el inventario.

Las instrucciones para la escala Ansiedad-rasgo deberán ser siempre las que están impresas en el protocolo, haciendo énfasis en la parte de “cómo se siente generalmente”, en cambio para la escala Ansiedad-estado las indicaciones pueden ser modificadas, con la finalidad de evaluar la intensidad del estado de la ansiedad en una situación o intervalo de tiempo que pudiera ser de interés para el experimentador o clínico.

Para la calificación la puntuación varía de 20 (mínima) a 80 puntos (máxima), para ambas escalas. Debido a que los sujetos responden a cada uno de los reactivos del IDARE valorándose ellos mismos en una escala de cuatro puntos, las categorías para la escala Ansiedad-estado son:

1. No en absoluto.
2. Un poco.
3. Bastante.
- Y
4. Mucho.

Y las categorías para la escala de Ansiedad-Rasgo son:

1. Casi nunca.
2. Algunas veces.
3. Frecuentemente.
- Y
4. Casi siempre.

3.2 Descripción de la población.

La población es definida por Hernández y cols. (2006), como el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones; entendiendo con

ello que la población a investigar debe cumplir con ciertos criterios y características de inclusión que los identifiquen como pertenecientes a un mismo grupo.

Para este estudio se requirió seleccionar una muestra, la cual fue no probabilística, que de acuerdo con Hernández y cols. (2008), consiste en que no toda la población tuvo las mismas posibilidades de ser investigada, sino que se tuvo que extraer una muestra dentro de dicha población de acuerdo con las características del estudio.

Los sujetos investigados fueron exclusivamente las alumnas del Colegio de Ciencias y Humanidades (CCH), mujeres con edades entre 14 y 18 años, con un nivel socioeconómico medio y medio alto, las cuales cursaron los semestres de primero, tercero y quinto. Conformando un total de 161 sujetos. A los cuales se les aplicó el cuestionario de EAT-26 (mencionado con anterioridad) con la finalidad de seleccionar la muestra que presentó la tendencia a padecer trastornos alimentarios obteniendo 40 sujetos que puntuaron esta tendencia.

Seguido de ello se seleccionaron a 40 alumnas que tuvieran la misma edad y que no presentaran la tendencia a padecer trastornos alimenticios, para llevar a cabo la comparación de la ansiedad rasgo-estado. Para ello a ambos grupos se les aplicó el inventario IDARE.

3.3 Descripción del proceso de investigación.

Este apartado describirá el proceso que se llevó a cabo para la elaboración del trabajo de investigación.

Para dar inicio con la investigación fue necesario elaborar un proyecto de investigación, donde se planteó un problema, un objetivo general y 7 específicos, así como la hipótesis de investigación y la hipótesis nula.

Una vez elegida la problemática y definido lo que se pretendía encontrar, se procedió a la tarea de investigar y elaborar el marco teórico el cual es el sustento teórico de la investigación. Conformado por 2 capítulos: Trastornos Alimentarios y Ansiedad, ambos compuestos a partir de la recopilación de información actualizada y de literatura confiable revisada en distintas bibliotecas y en ocasiones haciendo uso de internet.

A la par con la elaboración del segundo capítulo se seleccionaron los instrumentos que ayudarían a medir las variables investigadas: trastornos alimentarios y ansiedad.

Desde el planteamiento de la pregunta y de acuerdo con las expectativas de la investigación se tuvo en cuenta a qué tipo de población se quería evaluar (mujeres adolescentes que comprendieran las edades entre 14 y 18 años), por lo que se eligió llevar a cabo la aplicación de los instrumentos en las instalaciones de la Universidad Don Vasco A.C. en el Colegio de Ciencias y Humanidades (CCH), para ello se solicitó autorización para aplicar al Ing. Carlos Zúñiga Magaña director a cargo. Para lo cual después de una breve entrevista, que constó de lo que trataba la investigación y de la población a la cual se le aplicarían las 2 pruebas se concedió la autorización.

Vale la pena mencionar que la población a la cual se había pensado en un principio aplicar, era solamente a las alumnas de primer semestre, y se procedió, sin embargo, después de haber calificado el cuestionario EAT-26 con la finalidad de identificar el número de alumnas con tendencia a padecer trastornos alimenticios (lo cual importa a la investigación) el resultado fue de 12 de un total de 64 estudiantes, un muestreo bajo a lo que se esperaba y por lo tanto no serviría para los fines de la investigación.

Por ello se volvió a hablar con el director para informar de los resultados y requerir nueva autorización para aplicar a todas las alumnas de CCH restantes (tercero y quinto semestre, en curso) para obtener una muestra significativa.

La aplicación de los instrumentos fue llevada a cabo en un salón de usos múltiples facilitado por el director, el cual se encontraba alejado de interrupciones, después de abrir éste y verificar que contaba con las butacas necesarias se procedió a solicitar permiso a un maestro a la vez, para que dejara salir a las chicas para contestar dos cuestionarios con un tiempo aproximado de 25 minutos máximo; se aplicaron ambos cuestionarios con la finalidad de prevenir el no encontrar posteriormente a los sujetos que puntuaran más de 20 en el AET-26 (antes mencionado).

Ya que estaban las alumnas en el salón se procedía con una breve presentación que constaba del nombre de la investigadora, grado y carrera y que los cuestionarios formaban parte de una investigación que se estaba llevando a cabo en la Universidad; enseguida de la introducción se entregaba el inventario de ansiedad:

Rasgo-Estado (IDARE), ya que lo tenían en sus manos se les daba la instrucción para la primera parte: “coloquen su nombre, edad y grupo, por este lado de la hoja encierren el círculo el cual indique cómo se sienten en este momento”. Para la segunda parte (reverso del protocolo): “al reverso, encierren el círculo que indique cómo se sienten generalmente”.

Al momento de terminar con el primer protocolo, se les entregaba el Test de Actitudes hacia la Alimentación (EAT-26), la indicación que se daba era “coloquen su nombre y edad (con el objetivo de poder identificar y unir ambos protocolos posteriormente) y a continuación elija una respuesta para cada una de las afirmaciones”. Esta explicación se repetía con cada grupo.

Posterior a la aplicación se continuó con la calificación de los dos Instrumentos, en primera instancia el EAT-26 para la identificación de las jóvenes que puntuaran presencia de tendencia a trastornos alimentarios y las que no; después se ubicaron los inventarios del IDARE de acuerdo al nombre y se engraparon para facilitar encontrar los resultados de ambos cuestionarios.

Seguido de la calificación se llevó a cabo el vaciado de datos en una hoja de Excel, para proceder a realizar la parte estadística y obtener las medidas de tendencia central y la desviación estándar. Se prosiguió a realizar el análisis de resultados, la interpretación de los mismos para posteriormente obtener la conclusión.

3.4 Análisis e interpretación de resultados.

A continuación se procederá a la explicación de los resultados obtenidos de las pruebas aplicadas, con el apoyo de un conciso sustento teórico.

3.4.1 Tendencia hacia trastornos alimentarios.

Los trastornos alimentarios según García y cols. (2004), son alteraciones de la conducta relacionadas con la ingesta, a causa de los dramáticos esfuerzos por controlar el peso y la silueta.

Así mismo Gorab (2005), explica que esta conducta está relacionada con los hábitos de alimentación, que incluyen: la selección de los alimentos, la elaboración de los mismos y las cantidades que se ingieren; vista de este modo es una enfermedad mental en la que el miedo a engordar, la alteración de la percepción de la imagen corporal y del peso, acompañada de pensamientos obsesivos por la comida, ocasionan problemas médicos y desnutrición que colocan en riesgo la vida del individuo.

Otros agentes predisponentes que pueden influir para llegar a padecer de un trastorno alimentario son: la cultura, el contexto familiar y genético, así como factores individuales y psicológicos.

Como ya se mencionó anteriormente se utilizó el cuestionario Eating Attitudes Test (EAT-26), el cual tiene como objetivo detectar poblaciones en riesgo e individuos con preocupación anormal por la dieta y el peso, ya que mide conductas y comportamientos de riesgo para desarrollar un Trastorno de Conducta Alimentaria.

Se aplicó el cuestionario a estudiantes de preparatoria (CCH) de la Universidad Don Vasco A.C., con la finalidad de identificar el porcentaje de jóvenes que presentan alto riesgo a padecer este tipo de trastornos, siendo el 24.84% (40 sujetos), las que registraron una calificación igual o mayor a 20 puntos en el test EAT-26.

De los sujetos que obtuvieron una calificación por encima del punto de corte (20 puntos), lo que significa la presencia de riesgo de trastorno alimentario, se procederá a dar los resultados más altos en tendencia obtenidos por cada ítem, así mismo se separarán de acuerdo a los tres factores que mide la prueba, en los cuales se encontró lo siguiente:

Factor 1: Dieta. Se relaciona con la evitación de alimentos que engordan y la preocupación por estar delgado(a).

A continuación se numeran los ítems que conforman el factor 1 y los resultados obtenidos.

- Ítem 1: un 77.5% de los sujetos menciona que les angustia la idea de estar demasiado gordos.
- Ítem 6: el 85% de las jóvenes que realiza deporte piensa principalmente en quemar calorías.

- Ítem 7: 80% respondió que les preocupa la idea de tener zonas gordas en el cuerpo y/o celulitis.
- Ítem 10: donde un 42.5% respondió que no se siente bien después de haber comido dulces.
- Ítem 11: 50% de las jóvenes indican que se encuentran haciendo régimen.
- Ítem 12: un 30% señala que le gusta tener el estómago vacío.
- Ítem 14: el 52.5% refiere que la comida es una preocupación habitual.
- Ítem 16: 0% de las participantes indica que vomitan después de comer.
- Ítem 17: el 17.5% de las jóvenes tiene la impresión de que su vida gira alrededor de la comida.
- Ítem 22: un 42.5% tiene la impresión de que a los demás les gustaría verla comer más.
- Ítem 23: 50% creen que los demás piensan que están demasiado delgadas.
- Ítem 24: el 50% indica que tarda más tiempo que los demás en comer.
- Ítem 25: un 65% señala que prefiere evitar los platillos nuevos, platos sabrosos y ricos en calorías.

Factor 2: Bulimia y la preocupación por la comida (refleja pensamientos sobre la comida e indicadores de bulimia).

- Ítem 3: el 62.5% indica que procura no comer alimentos que contengan muchos hidratos de carbono.
- Ítem 4: un 45% refiere que se siente muy culpable después de comer.
- Ítem 9: un 35% menciona que consume alimentos dietéticos (light).
- Ítem 18: el 25% puntúa que pasa demasiado tiempo pensando en la comida.
- Ítem 21: 42.5% de las jóvenes mencionan que cortan sus alimentos en trozos pequeños.
- Ítem 26: el 42.5% de las jóvenes dice que tiene la sensación de que los demás las presionan para que coma más.

Factor 3: Control oral (está relacionado con el autocontrol en el comer y en el percibir presión por parte de los demás por aumentar de peso).

- Ítem 2: el 45% de las jóvenes indica que conoce la cantidad de calorías de los alimentos que consume.
- Ítem 5: un 60% informa que le obsesiona el deseo de estar más delgada.
- Ítem 8: 32.5% mencionan que procuran no comer alimentos que contengan azúcar.
- Ítem 13: el 72.5% refiere que tiene un buen autocontrol en lo que se refiere a la comida.
- Ítem 15: un 27.5% afirma haber pasado por una crisis de atracones en las que tenía la sensación de no poder parar de comer.

- Ítem 19: 10% menciona que después de las comidas tienen el impulso de vomitar.
- Ítem 20: un 27.5% señala que procura no comer cuando tiene hambre.

3.4.2 Nivel de ansiedad rasgo-estado en las alumnas con tendencia a padecer trastornos alimenticios.

Ansiedad-rasgo: es una característica de personalidad que señala cierta propensión a la inquietud y el desasosiego persistente (entendida como predisposición a actuar).

Un rasgo de personalidad quiere decir que el sujeto posee una característica en particular que lo distingue de otro, Palmero (2002), reporta que esta característica es relativamente estable y que el individuo tenderá a comportarse y a reaccionar según este rasgo.

La ansiedad puede interpretarse de diversas maneras, sin embargo, como ya se mencionó en el capítulo 2, una de las definiciones que facilita su comprensión gracias a su sencillez y concreción es la que señala Durand y cols. (2007), como un estado de ánimo negativo, que se encuentra orientado hacia el futuro, debido a que el sujeto no puede controlar sucesos próximos; se caracteriza por la presencia de manifestaciones corporales de tensión y está acompañada por reacciones conductuales, respuestas psicológicas y connotaciones afectivas.

Dicho concepto se refiere a la reacción del ser humano, ya que éste se enfrenta a un sinnúmero de estímulos y situaciones que pueden ser generadores de ansiedad.

El instrumento utilizado para medir la ansiedad, fue el manual IDARE (Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado) diseñado por Spielberger (1977), señala a la ansiedad-rasgo (AR) y ansiedad-estado (AE), definiéndolas como:

Ansiedad-estado: es una reacción emocional causada como respuesta a una situación o contexto estresante y, por tanto, tiene una naturaleza más inmediata y menos duradera (se puede entender como una reacción temporal que manifiesta el sujeto).

Además Spielberger y Díaz (1977), mencionan que este estado es una condición emocional momentánea del organismo, caracterizada por sentimientos de preocupación y tensión percibidos conscientemente por el individuo.

Con base en los resultados obtenidos en la medición de la ansiedad, se obtuvieron los siguientes datos con respecto a las alumnas que puntuaron tendencia a padecer trastornos alimenticios; encontrando:

Alumnas con tendencia a padecer trastornos alimenticios.	Ansiedad-Estado (AE)	Ansiedad-Rasgo (AR)
Media.	56.1	56.5
Mediana.	57	56
Moda.	54	62
Desviación estándar.	6.3	8.3
Varianza.	39.3	69.5

La media (promedio) es la suma de un conjunto de medidas, dividida entre el número de medidas. La cual puede representar por sí sola a todo el conjunto.

La mediana es el valor que divide la distribución por la mitad, refleja la posición intermedia de la distribución. La mitad de los casos caen por debajo de la mediana y la otra mitad se ubica por encima de la mediana.

La moda es la medida que ocurre con más frecuencia en un conjunto de observaciones.

La desviación estándar es el promedio de desviación de las puntuaciones con respecto a la media que se expresa en las unidades originales de medición de la distribución.

La varianza es una medida de dispersión que emplea todos los datos y se basa en la diferencia entre el valor de cada observación.

Estos datos se observan gráficamente en el anexo 1

Como se puede observar por estos datos, esta muestra tiene niveles de ansiedad que caen dentro del rango normal, aunque ligeramente por arriba de la media (puntaje 50), lo que implica que, si bien no hay un problema de ansiedad, si hay cierta tendencia a experimentarla.

3.4.3 Ansiedad rasgo-estado en las alumnas sin tendencia a padecer trastornos alimenticios.

Se seleccionó una muestra de 40 jóvenes sin tendencia a padecer trastornos alimenticios, donde el criterio de inclusión fue que tuvieran la misma edad de las que si presentan la tendencia. Se obtuvieron los siguientes datos:

Alumnas sin tendencia a padecer trastornos alimenticios.	Ansiedad-Estado. (AE)	Ansiedad-Rasgo. (AR)
Media.	50.4	47.4
Mediana.	50.5	49
Moda.	57	49
Desviación estándar.	7.2	8.3
Varianza.	51.8	68.4

Como se observa en la tabla anterior, con el total de alumnas que no presentan tendencia a padecer trastornos alimenticios (40 sujetos) se obtuvieron las medidas de tendencia central y distribución.

Al igual que en la muestra anterior, estos datos se presentan gráficamente en el anexo 2.

A diferencia de la muestra presentada anteriormente con el otro grupo, en este caso se observa que las medidas de tendencia central se ubican justo en la media (puntaje 50) o un poco por debajo de ésta, lo que habla de niveles de normalidad en cuanto la ansiedad.

3.4.4 Diferencia en el nivel de ansiedad rasgo-estado en alumnas con y sin tendencia a trastornos alimenticios.

En cuanto al análisis de datos empíricos, para encontrar la diferencia entre ambos grupos se utilizó el procedimiento de la “t” de Student, la cual de acuerdo con Hernández (2008), es una prueba estadística para evaluar si dos grupos difieren entre sí de manera significativa.

Para ver si el valor de “t” es significativo, se emplea la fórmula:

$$t = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{\sqrt{\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2}}}$$

Una vez que se obtiene el resultado de ésta fórmula, se compara con la referencia de la tabla ya establecida de la “t” de Student, Hernández (2008), donde este puntaje se localiza en función de los grados de libertad y el nivel de significancia utilizados.

Hernández y cols (2008), mencionan que los grados de libertad constituyen el número de maneras en que los datos pueden variar libremente y se calcula con la siguiente fórmula:

$$gl = (n_1 + n_2) - 2$$

Este valor se considera determinante, debido a que indica qué valor se puede esperar de “t”, dependiendo del tamaño de los grupos que se comparan; también se debe fijar el nivel de significancia que según Hernández y cols. (2008), es el nivel de probabilidad de equivocarse, este es fijado por el investigador de manera previa.

Kaplan (2006), refiere que obtenido el puntaje “t” de la fórmula, se valora si es significativa en un nivel dado, al considerar si es igual o mayor que el valor mostrado en la tabla.

Por lo tanto en cuanto a la comparación entre las alumnas que presentan tendencia a padecer trastornos alimenticios y las que no la presentan, se obtuvo un valor “t” en ansiedad-rasgo de 4.86. Con un grado de libertad de 78, tomando en cuenta un nivel de significancia de 0.05 se obtuvo una “t” de tabla igual a 2.0.

Por lo anterior el valor “t” de la fórmula es mayor al “t” de la tabla, lo que significa que sí existe diferencia significativa entre el nivel de ansiedad-rasgo en alumnas de CCH de la Universidad Don Vasco con tendencia a padecer trastornos alimenticios de las que no presentan esta tendencia. Esto se observa en el anexo 3.

En cuanto a los resultados de ansiedad-estado se obtuvo un valor “t” de 3.79. Con un grado de libertad de 78, tomando en cuenta un nivel de significancia de 0.05 le corresponde una “t” de tabla de 2.0.

De acuerdo con lo anterior, se encontró que la “t” de la fórmula es mayor a la “t” de la tabla, por lo tanto sí existe diferencia significativa entre el nivel de ansiedad-estado entre las alumnas de CCH de la Universidad Don Vasco que presentan tendencia a padecer trastornos alimenticios de las que no presentan la tendencia. Esto se observa en el anexo 4.

Se sintetizan a continuación los resultados de las diferencias de grupos.

	"t" Fórmula.	g. l.	Nivel significancia.	"t" Tabla.
ansiedad- rasgo.	4.86	78	0.05	2.0
ansiedad- estado.	3.79	78	0.05	2.0

Lo anterior coincide con lo planteado por Barlow y Durand (2001), quienes mencionan que a las mujeres con trastornos alimentarios les preocupa gravemente la forma en cómo los demás las perciben, llevándolas a experimentar un aumento en el nivel de ansiedad. Al mismo tiempo indican que, muestran un alto grado de ansiedad con la idea de aumentar de peso.

Por su parte Martínez (2008), describe que tanto los trastornos de ansiedad como los de la conducta alimentaria se traducen en inseguridad e impotencia; expresando a través de ellos ansiedad y dificultad para controlar los impulsos.

CONCLUSIONES

De acuerdo con el estudio realizado, se corrobora la hipótesis de investigación, la cual plantea que el nivel de ansiedad rasgo-estado es significativamente más alto en las alumnas adolescentes que presentan tendencias a padecer trastornos alimentarios en relación a las alumnas que no lo presentan del Colegio de Ciencias y Humanidades (CCH) de la Universidad Don Vasco de la ciudad de Uruapan, Michoacán.

Lo anterior indica que con el estudio estadístico que se realizó para el análisis comparativo, hay una diferencia de 4.86 del valor de “t” en ansiedad-rasgo y de 3.79 en ansiedad-estado, lo cual está por encima de la “t” de tabla que es 2.0 (en ambas), por tanto el resultado que el nivel de ansiedad rasgo-estado es significativamente más alto en las alumnas adolescentes que presentan tendencias a padecer trastornos alimentarios en relación a las alumnas que no lo presentan.

Los objetivos de la investigación se cumplieron de la siguiente forma:

Definir el concepto de trastorno alimentario, el cual se logró cumplir ya que en el primer capítulo teórico se dieron diversas definiciones sobre éste.

Describir las características de la ansiedad, el cual se cumplió en el segundo capítulo, ya que se habló acerca de las manifestaciones, signos, síntomas, beneficios, así como una breve clasificación de los trastornos de la ansiedad.

Distinguir una relación teórica entre ansiedad y trastornos alimentarios, el cual se plasmó en el subcapítulo de comorbilidad de trastornos alimenticios.

Identificar a las alumnas con tendencia a padecer trastornos alimentarios. Dicho objetivo se pudo cumplir con la aplicación del cuestionario Eating Attitudes Test-26 (descrito anteriormente) a todas las alumnas de CCH de la Universidad Don Vasco y la calificación de éste.

Medir los niveles de ansiedad rasgo-estado en las alumnas de CCH de la Universidad Don Vasco se llevó a cabo con la aplicación de la prueba estandarizada Inventario de Ansiedad: rasgo-estado IDARE, versión en español del STAI (State-Trait-Anxiety Inventory).

Conocer el grado de ansiedad rasgo-estado existente en las alumnas que presentan tendencia a padecer trastornos alimenticios y en las alumnas que no presentan tendencia a padecer trastornos alimenticios se logró con los resultados obtenidos con la prueba IDARE, presentados anteriormente.

Contrastar los niveles encontrados en ambos grupos. Este se cumplió dándole su respectiva explicación en el tercer capítulo, encontrando que sí existe una diferencia significativa entre las alumnas con y sin tendencia a trastornos alimenticios.

Gracias al cumplimiento de los objetivos particulares se le dio cumplimiento al objetivo general, mismo que se formuló así: “Comparar el nivel de ansiedad rasgo-estado en las alumnas adolescentes que presentan tendencias a padecer trastornos alimentarios de las que no las presentan del Colegio de Ciencias y Humanidades (CCH) de la Universidad Don Vasco de la ciudad de Uruapan, Michoacán.” El cual se

logró comprobar en el capítulo tres, gracias al análisis de resultados obtenidos por medio de la “t”.

Por esta razón, se expresa que los propósitos de esta investigación fueron cumplidos tanto teórica como empíricamente.

La utilidad de los resultados encontrados aportará conocimiento a todos aquellos que estén interesados en la relación de estas dos variables y servirá como antecedente para otras investigaciones y como material de consulta bibliográfica para alumnos y docentes.

BIBLIOGRAFÍA

Aragón Laura, Silva Arturo. (2002)

Evaluación psicológica: en el área clínica.

Ed. PAX México.

Barlow David H., Durand Mark. (2001)

Psicología anormal: un enfoque integral.

Ed. Cengage Learning editores. 2ª edición. México.

Belloch Amparo, Sandín Bonifacio y Cols. (1995)

Manual de psicología. Vol.1.

Ed. Mc Graw Hill. España.

Busto Prado Francisco. (2001)

Enfermería y urgencias.

Ed. Pedro Arcos González. España.

Cameron Norman. (1990)

Desarrollo de la personalidad y psicopatología.

Ed. Trillas. México 2ª edición.

Cancrini Cecilia la Rosa. (1996)

La caja de pandora.

Ed. Paídos. México.

Casi Jordi. (2002)

Metodología del análisis comparativo.

Ed. CIS. Madrid.

Coolican Hugh. (2005)

Métodos de investigación y estadística en Psicología7.

Ed. Manual Moderno. México.

Cozby Paul C. (2001)

Métodos de investigación del comportamiento.

Ed. Mac Graw Hill. México.

Cuppett Micki, Walsh Katie. (2007)

Medicina general aplicada al deporte.

Ed. Elsevier. España.

Crispo Rosina y Cols. (2001)

Anorexia y bulimia: lo que hay que saber.

Ed. Gedisa España.

Clonninger Susan y Cols. (2003)

Teorías de la personalidad.

Ed. Pearson. México.

Duncan Ronald, Weston Smith Miranda. (1985)

La enciclopedia de la ignorancia.

Ed. Fondo de cultura económica. México.

Durand Mark, Barlow David. (2007)

Psicopatología: un enfoque integral de la psicología normal.

Ed. Thomson. 4ta México.

Duker Marilyn, Slade Roger. (2003)

Anorexia nerviosa y bulimia: un trastorno integrado.

Ed. Limusa México.

Escalante Francisco, Orozco Rocío. (2003)

Manual para padres.

Ed. Mozira. Argentina.

Fernández, Abascal Enrique. (1995)

Manual de motivación y emoción.

Ed. Ramón Areces. Madrid.

Fernández Francisco. (2003)

Las nuevas adicciones.

Ed. TEA S.A. Madrid.

Fromm Erich. (1975)

Anatomía de la destructividad humana.

Ed. Siglo XXI. España.

García Aviles Alfredo. (2002)

Introducción a la metodología de la investigación.

Ed. Plaza Valdés. México.

García Cordoba Fernando. (2002)

La tesis y el trabajo de tesis: recomendaciones metodológicas.

Ed. Limusa. México.

González José Antonio. (1998)

La familia: realidad y mito.

Ed. Ramón Areces. Madrid.

González Núñez José de Jesús. (2001)

Psicopatología de la adolescencia.

Ed. Manual Moderno. México.

González Serrano Isabel. (2003)

La educación para la salud del siglo XXI.

Ed. Días de Santos. 2ª edición. Madrid.

Harré Rom, Lamb Roger y Cols. (1990)

Diccionario de psicología fisiológica y clínica.

Ed. Paídos. Buenos Aires.

Hales Robert E., Yudofsky. (2004)

Tratado de psiquiatría clínica.

Ed. Elsevier. España. 4ta edición.

Hales Robert E., Yudofsky. (2008)

Fundamentos de psiquiatría clínica.

Ed. Elsevier. España.

Halgin Richard. (2004)

Psicología de la anormalidad.

Ed. Mc Graw Hill. México.

Hernández Sampieri Roberto, Fernández Collado Carlos. (2006)
Metodología de la investigación.
Ed. Mac Graw Hill, México. 4a edición.

Hurlock Elizabeth B. (1980)
Psicología de la adolescencia.
Ed. Paídos. Buenos Aires.

Jarne Adolfo, Talarn Antoni. (2000)
Manual de psicopatología clínica.
Ed. Paídos. Buenos Aires.

Jarne Adolfo. (2006)
Psicopatología.
Ed. VOC. Barcelona.

Jaure Cecilia M. (2003)
Fobias: todo lo que necesitas tener.
Ed. Imaginador. Buenos Aires.

Josep Toro. (2004)
Riesgos y causas de la anorexia nerviosa.
Ed. Ariel. Barcelona.

Korbman Shein Rosa. (2007)
Obesidad en niños y adolescentes.
Ed. Trillas. México.

Knapp Mark L. (1995)

Comunicación no verbal.

Ed. Paídos. México.

Mardomingo María de Jesús. (1994)

Psiquiatría del niño y del adolescente.

Ed. Díaz de Santos. Madrid.

Martínez Vila Pablo. (2008)

Más allá del dolor.

Ed. Andamio. España.

Matarese Laura y Gottschlich Michele. (2004)

Nutrición clínica práctica.

Ed. Elsevier España. 2ª Edición.

Massimo, Recalcati. (2004)

La última cena: anorexia y bulimia.

Ed. Del cifrado. Buenos Aires.

Mendieta Alatorre Ángeles. (1992)

Métodos de investigación.

Ed. Porrúa México.

Miján de la Torre Alberto. (2004)

Nutrición y metabolismo en trastornos de la conducta alimentaria.

Ed. Glosa S.L. Barcelona.

Morris Charles G. (2001)

Introducción a la psicología.

Ed. Pearson. México.

Moreno Pedro, Martín Julio C.(2004)

Dominar la crisis de ansiedad: una guía para el paciente.

Ed. Deslée De Brouwer. España.

Ogden Jane. (2005)

Psicología de la alimentación.

Ed. Morata Madrid.

Otto F. Kernberg. (2005)

Agresividad, Narcisismo y autodestrucción en la relación psicoterapéutica.

Ed. Manual Moderno. Colombia.

Potter Patricia, Griffin Anne. (2001)

Fundamentos de enfermería.

Ed. Elsevier. España.

Rosina, Crispo y Cols. (2001)

Anorexia y bulimia: lo que hay que saber.

Ed. Gedisa. España.

Rusell Gerard. (2003)

Anorexia nerviosa.

Ed. Ariel ciencias medicas. Barcelona.

Sarason Irwing G., Sarason Bárbara G. (1990)
Psicología anormal: problemas de la conducta desadaptada.
Ed. Trillas. México.

Spielberger Charles. (1979)
Tensión y ansiedad.
Ed. Tierra Firme S.A. de C.V. México.

Stoppard Miriam. (1988)
Guía medica para la mujer, Vol. I.
Ed. Grijalbo. Barcelona.

Taylor Robert B. (2006)
Medicina de familia: principios y práctica.
Ed. Elsevier España. 6ª edición.

Tinahones Francisco. (2003)
Anorexia y bulimia: una experiencia clínica.
Ed. Díaz de Santos. España.

Thompson Ross. (1997)
Psicología del desarrollo: Infancia y adolescencia.
Ed. Panamericana. Madrid.

Vallejo Ruiloba J., Gastó Ferrer. (2000)
Trastornos afectivos, ansiedad y depresión.
Ed. Elsevier. España.

Vallejo Ruiloba J. (2006)

Introducción a la psicopatología y la psiquiatría.

Ed. Elsevier España. 6ta Edición.

Vázquez Barquero José L., Herrán Gómez Andrés. (2007)

Las fases tempranas de la ansiedad.

Ed. Elsevier España.

Weitzner Andrea. (2008)

El camino hacia la recuperación de anorexia y bulimia.

Ed. Pax México.

Crozier W. Ray (2001).

Diferencias individuales en el aprendizaje, personalidad y rendimiento escolar.

Ed. Narcea S.A. Madrid.

Palmero, Frances, Coord. (2002).

“psicología de la motivación y emoción.”

Ed. Mc Graw Hill España.

De la Gandara y fuentes (1999)

Angustia y ansiedad: causas, síntomas y tratamiento.

Ed. Piramide S.A. Madrid.

Papalia y Wendkos (1988).

Psicología.

Ed. Mc Graw Hill. México.

Zalapa Ríos, Hector Raúl. (2006)

Historia y filosofía: UDV.

Ed. UDV. Uruapan, Michoacán.

HEMEROGRAFÍA

Alcalde Jorge.

Las nuevas armas contra la ansiedad.

Muy interesante.

No. 3, año XX, vol. 1

OTRAS FUENTES DE INFORMACIÓN

Cuestionario EAT-26 salud pública y nutrición (2009)

<http://www.respyn.uanl.mx/v/2/ensayos/ensayotca.htm>

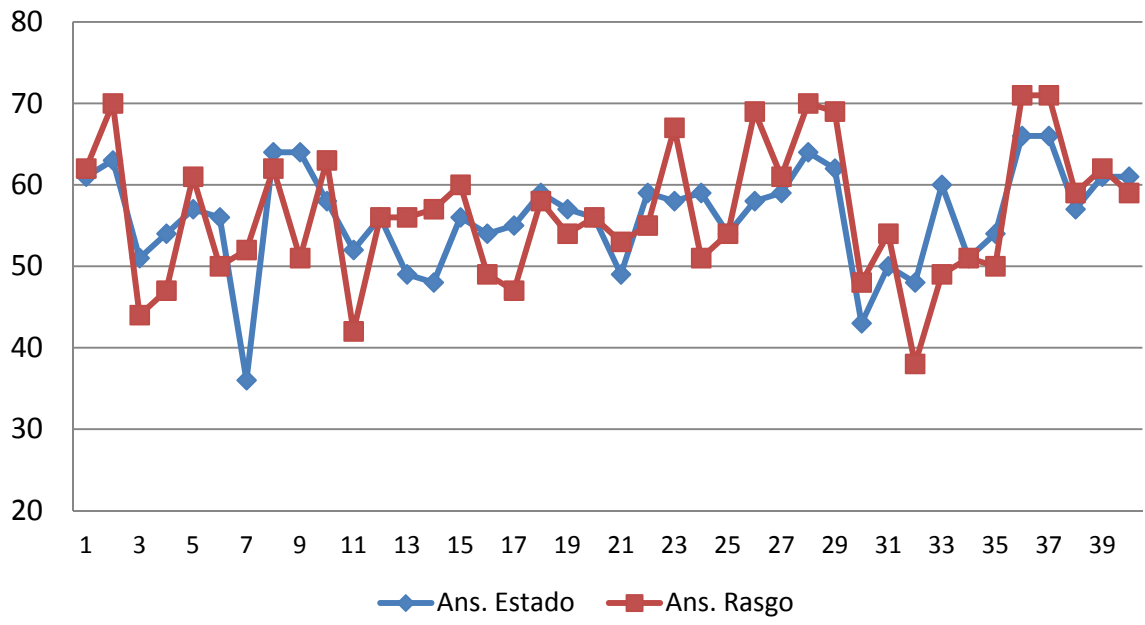
Diferencias clínicas entre pacientes obesos mórbidos con y sin atracones (2006)

http://www.psiquiatria.com/articulos/tr_personalidad_y_habitos/alimentacion_trastornos_de/obesidad/29052/

Garner, D.M., Olmsted, M.P., Bohr, Y. y Garfinkel, P.E. (1982). The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12, 871-878.

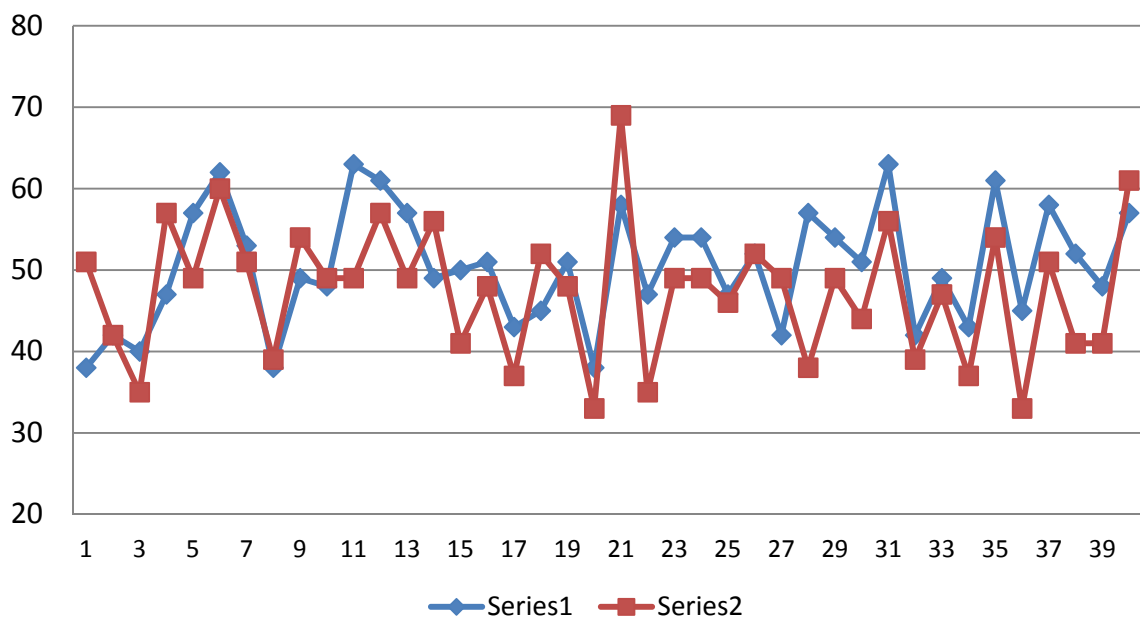
Jones J.M., Bennett S., Olmsted M.P., Lawson M.L., y Rodin G.(2001). Disordered eating attitudes and behaviors in teenaged girls: a school-based study. *Canadian Medical Association Journal*, 165, 547-552.

Anexo 1
Ansiedad rasgo-estado en alumnas con
tendencia a padecer trastornos alimenticios.

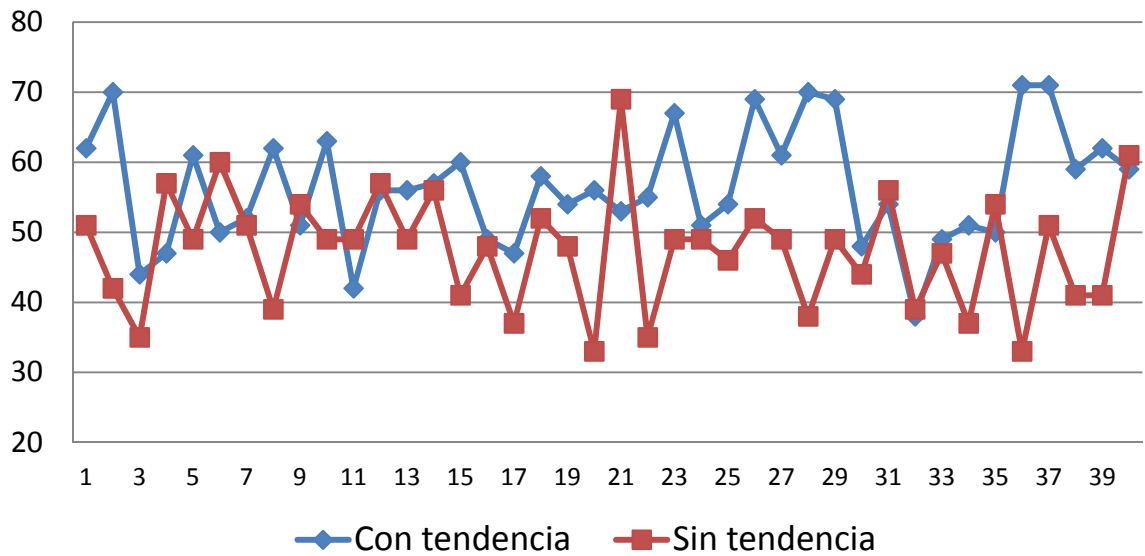


Anexo 2

Ansiedad rasgo-estado en alumnas sin tendencia a padecer trastornos alimenticios.



Anexo 3
Diferencias en el nivel de ansiedad rasgo en
alumnas con y sin tendencia a padecer
trastornos alimenticios.



Anexo 4
Diferencias en el nivel de ansiedad estado en
alumnas con y sin tendencia a padecer
trastornos alimenticios.

