



UNIVERSIDAD DON VASCO, A.C.

INCORPORACIÓN NO. 8727-25 A LA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

**RELACIÓN ENTRE TRASTORNOS ALIMENTICIOS Y NIVEL DE
ESTRÉS EN ALUMNOS DE SECUNDARIA DE LA CIUDAD DE
URUAPAN, MICHOACÁN.**

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

Licenciada en Psicología

Edna Lilián Paz Márquez.

Asesor: Lic. Héctor Raúl Zalapa Ríos

Uruapan, Michoacán a 30 de agosto de 2012.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

Introducción.

Antecedentes.....	1
Planteamiento del problema.....	6
Objetivos.....	7
Hipótesis.....	9
Operacionalización de las variables.....	9
Justificación.....	10
Marco de referencia.....	12

Capítulo 1. El estrés.

1.1. Antecedentes históricos del estrés.....	15
1.2. Tres enfoques teóricos del estrés.....	19
1.2.1. Estrés como estímulo.....	19
1.2.2. Estrés como respuesta.....	21
1.2.3. Estrés como relación persona-entorno (enfoque interaccionista).....	22
1.2.3.1. El concepto integrador del estrés.....	24
1.3. Los estresores.....	26
1.3.1. Estresores psicosociales: cambios mayores, menores y cotidianos.....	26
1.3.2. Estresores biogénicos.....	29
1.3.3. Estresores en el ámbito académico.....	30
1.4. Procesos del pensamiento que propician el estrés.....	31

1.5. Los moduladores del estrés.....	33
1.5.1. El control percibido.....	34
1.5.2. El apoyo social.....	34
1.5.3. Tipo de personalidad: A/B.....	35
1.5.3.1. Personalidad tipo A y problemas cardiacos.....	36
1.6. Los efectos negativos del estrés.....	36

Capítulo 2.Trastornosde alimentación.

2.1. Antecedentes históricos de la alimentación.....	38
2.2. Definición y características clínicas de los trastornos alimenticios.....	40
2.2.1. Anorexia nerviosa.....	41
2.2.2. Bulimia nerviosa.....	43
2.2.3. Obesidad.....	45
2.2.4. Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas.....	45
2.2.5. Vómitos en otras alteraciones psicológicas.....	46
2.2.6. Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia.....	46
2.3. Esfera oroalimenticia en el infante.....	51
2.3.1. Organización funcional oroalimenticia.....	51
2.3.2. Alteraciones en la esfera oroalimenticia.....	52
2.4. Perfil de la persona con trastornos de alimentación.....	54
2.5. Causas del trastorno alimenticio.....	55
2.5.1. Factores predisponentes individuales.....	55
2.5.2. Factores predisponentes familiares.....	58
2.5.3. Factores socioculturales.....	60

2.6. Percepción del cuerpo en el trastorno alimenticio.....	62
2.7. Factores que mantienen los trastornos alimenticios.....	64
2.8. Trastornos mentales asociados a los trastornos alimenticios.....	65
2.8.1. Trastornos alimenticios y depresión.....	67
2.8.2. Trastornos alimenticios y ansiedad.....	68
2.9. Tratamiento de los trastornos alimenticios.....	70

Capítulo 3. Metodología, análisis e interpretación de resultados.

3.1. Descripción metodológica.....	74
3.1.1. Enfoque cuantitativo.....	74
3.1.2. Investigación no experimental.....	76
3.1.3. Extensión transversal.....	77
3.1.4. Alcance correlacional.....	77
3.1.5. Técnicas de recolección de datos.....	78
3.2. Población y muestra.....	81
3.2.1. Delimitación y descripción de la población.....	82
3.2.2. Proceso de selección de la muestra.....	82
3.3. Descripción del proceso de investigación.....	83
3.4. Análisis e interpretación de resultados.....	85
3.4.1. El estrés.....	85
3.4.2. Los trastornos alimentarios.....	88
3.4.3. Relación entre el nivel de estrés y los trastornos alimentarios.....	91
Conclusiones.....	96

Bibliografía.....	100
Mesografía.....	103
Anexos.	

INTRODUCCIÓN

En el presente documento se abordan las variables estrés y trastornos alimentarios. Dichos conceptos se exponen a continuación, así como el encuadre bajo el cual se estudiaron a detalle.

Antecedentes

La presente indagación está enfocada en dos principales conceptos como bases de estudio: el estrés y los trastornos alimenticios. Para relacionar los criterios de investigación, es necesaria la definición de los conceptos que componen el problema central.

En relación con el concepto de estrés, la definición más clara encontrada al respecto afirma que “el estrés denomina la respuesta psíquica que se manifiesta por pensamientos, emociones y acciones ante la situación de amenaza, y que se expresa a través de comportamientos como estados de perplejidad, de ansiedad, de humor o agresión” (Orlandini; 1999: 10).

Ahora bien, respecto a la segunda variable, se encontró que los trastornos alimenticios son “una alteración persistente del comer o de conductas relacionadas con el comer, que se traducen en una alteración en el consumo, o absorción, de los

alimentos y que alteran en forma significativa la salud física o el funcionamiento psicosocial” (Albala y cols.; 2000: 257).

El estrés y los trastornos alimenticios son temas que pueden encontrarse relacionados, por lo mismo, en la actualidad se han destinado esfuerzos y recursos para investigar dicha influencia.

Existen diversas investigaciones acerca del estrés, una de ellas es la realizada por Caldera y cols., (2007) presentada en la Revista de Educación y Desarrollo, titulada como “Niveles de estrés y rendimiento académico en estudiantes de la carrera de Psicología del Centro Universitario de Los Altos”, la cual es un trabajo descriptivo, correlacional y transversal realizado con 115 alumnos de la universidad ya mencionada, en Jalisco, México. La investigación se llevó a cabo mediante la aplicación del instrumento denominado Inventario de Estrés Académico, que fue diseñado a partir de la información recopilada entre los estudiantes usuarios del Servicio de Psicología Aplicada de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid; dicha diligencia se realizó sin límite de tiempo y de forma colectiva, haciendo uso del aula donde reciben las clases los alumnos.

La hipótesis dentro de la investigación fue que los niveles de estrés tienen incidencia en el rendimiento académico de los estudiantes de la Carrera de Psicología del Centro Universitario de Los Altos, misma que no pudo ser validada debido a que los resultados arrojados no mostraron relación significativa entre el nivel de estrés y el rendimiento académico de los estudiantes.

Por otra parte, se han realizado estudios acerca de los trastornos alimenticios, como el de “Trastornos alimentarios en hombres y mujeres adolescentes deportistas y no deportistas pertenecientes al Servicio de Rehabilitación Ortopédica del Centro Nacional de Rehabilitación” presentado por Ruiz y cols. en la Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación, en el año 2004.

El principal objetivo perseguido mediante la investigación fue detectar si la práctica deportiva aeróbica es un factor de riesgo en la presencia de trastornos alimenticios en hombres y mujeres adolescentes pertenecientes al Centro Nacional de Rehabilitación.

Para cumplir con el objetivo se realizó un estudio de tipo transversal y descriptivo, con una población de 100 adolescentes, hombres y mujeres entre los 15 y 20 años de edad, de los cuales 50 sujetos realizan la práctica deportiva aeróbica y los otros 50 no la efectúan; todos ellos eran pertenecientes al Servicio de Rehabilitación del Deporte del Centro Nacional de Rehabilitación.

El material utilizado para la investigación fue la escala MD que consta de 33 reactivos; sobre los trastornos alimenticios, mismo que puede ser aplicado de manera tanto individual como colectiva, y ser contestado por el mismo adolescente.

De acuerdo con el objetivo perseguido, los resultados obtenidos fueron que no se presentan diferencias significativas entre las poblaciones delimitadas, por lo que

no se pudo determinar que la práctica de aeróbicos influía en la presencia de trastornos en la alimentación.

Ahora bien, de acuerdo con la relación que existe entre el estrés y la presencia de trastornos alimenticios, Behar y Valdés realizaron una investigación titulada “Estrés y trastornos de la conducta alimentaria” presentada en la Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría en el año 2009.

Para realizar dicho estudio se utilizaron diversos instrumentos con el objetivo de comparar la exposición a experiencias estresantes, características psicológicas y conductuales en mujeres con y sin trastornos de la conducta alimentaria, además de llevar a cabo la correlación entre el estrés y sintomatología alimentaria con las variables mencionadas. Los instrumentos utilizados fueron: la Escala de Autoevaluación del Estrés, el Test de actitudes Alimentarias, el Inventario de Desórdenes Alimentarios y el Cuestionario de la Silueta Corporal, mismos que se aplicaron a una población de 100 individuos, dividida en 50 pacientes con trastornos de la conducta alimentaria y 50 universitarias que no presentaban dichas patologías.

Las deducciones obtenidas a partir de la investigación fueron que la exposición a situaciones vitales estresantes, resulta de suma importancia en los trastornos de la conducta alimentaria; los principales factores son los relacionados con la dinámica familiar.

Otra investigación realizada en Uruapan, Michoacán, es la presentada por Torres en el año 2011. El objetivo perseguido era analizar la correlación que existe entre el estrés y los trastornos alimentarios de los alumnos de primer y segundo grado de la Escuela Secundaria Federal Urbana número dos de esa ciudad.

Para dicha investigación se manejó una población de 100 estudiantes, en donde se utilizó un enfoque cuantitativo, un diseño no experimental, transversal y correlacional. Asimismo, se utilizaron dos instrumentos de evaluación, el primero de ellos para identificar el estrés en los estudiantes fue la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños (CMAS-R), de los autores Cecil R. Reynolds y Bert O. Richmond.

Ahora bien, de acuerdo con la segunda variable, que estaba conformada por los indicadores psicológicos de los trastornos alimenticios, se realizó la aplicación del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI2) del autor David M. Gardner, la cual evalúa 11 indicadores psicológicos que se encuentran comúnmente asociados a los trastornos de la conducta alimentaria.

De acuerdo con los resultados que se determinaron, la investigadora llegó a la conclusión de que no existe relación significativa entre ambas variables.

Como antecedente empírico se encontraron, al acudir a la Escuela Secundaria Federal Urbana (ESFU) número 4 de la ciudad de Uruapan, Michoacán, diversas manifestaciones físicas y conductuales de los adolescentes como: ansiedad, dolores en determinadas partes del cuerpo, temores, supresión o compulsión por comer,

preocupación, dificultad para concentrarse y tomar decisiones, entre otras, al parecer como consecuencia del estrés que se vive en el entorno escolar o familiar.

Planteamiento del problema

Se ha mencionado que el incremento de los niveles de estrés entre los adolescentes ha ido en aumento con el paso de los años. Esto se debe a diversas problemáticas que deben enfrentar con el objetivo de llevar un estilo de vida de acuerdo con las exigencias de la sociedad en la cual se desenvuelven como individuos. Dichos requerimientos posiblemente les ocasionan que su nivel de estrés cada vez sea mayor, de acuerdo con los requerimientos de su vida diaria.

Por otro lado, las estadísticas mostradas acerca de la presencia de trastornos alimenticios en los adolescentes, arrojaron datos alarmantes, debido a que tales perturbaciones se han incrementado considerablemente en los últimos años, lo que manifiesta la importancia del estudio de los factores psicológicos que desencadenan dichos trastornos en los adolescentes.

Algunos autores han mencionado la relación que existe entre la presencia de trastornos alimenticios como consecuencia del estrés que se vive de manera diaria; los resultados muestran que existe relación entre las variables, pero no se puede determinar con exactitud la veracidad de los datos.

Específicamente, no se ha llevado a cabo un estudio que demuestre empíricamente en qué nivel se encuentran los factores psicológicos asociados a los trastornos alimenticios, debido al nivel de estrés presentado por los alumnos de la Escuela Secundaria Federal Urbana (ESFU) número 4, de la ciudad de Uruapan, Michoacán.

Ante la ausencia de investigaciones al respecto en el contexto mencionado que permitan establecer puntos de partida para trabajar en el área de la salud mental, surgió la siguiente pregunta de investigación:

¿Qué relación existe entre los niveles de estrés y la presencia de trastornos alimenticios en los alumnos de la Escuela Secundaria Federal Urbana (ESFU) número 4 de la ciudad de Uruapan, Michoacán?

Objetivos

Los objetivos son los fines que se persiguen con la investigación, y que plasman la intencionalidad explícita. Por tanto, los de la presente investigación se enuncian enseguida.

Objetivo general

Establecer la correlación que existe entre el estrés y los indicadores psicológicos en los trastornos alimenticios que presentan los alumnos de la Escuela

Secundaria Federal Urbana (ESFU) número 4 de la ciudad de Uruapan, Michoacán, en el ciclo escolar 2011-2012.

Objetivos particulares

1. Conceptualizar el término estrés.
2. Determinar los principales indicadores psicológicos que se manifiestan en el estrés.
3. Identificar los principales enfoques teóricos que hablan acerca del estrés.
4. Definir el concepto de trastornos alimenticios.
5. Detectar las causas que intervienen en la presencia de los trastornos alimenticios.
6. Describir los principales indicadores psicológicos que se presentan en los trastornos alimenticios.
7. Señalar el nivel de estrés que presentan los estudiantes de la ESFU 4 de la ciudad de Uruapan, Michoacán.
8. Descubrir los niveles en que se presentan los principales indicadores psicológicos de los trastornos alimenticios en los alumnos de la ESFU 4 de la ciudad de Uruapan, Michoacán.
9. Determinar la correlación estadística entre el nivel de estrés y la presencia de factores asociados a los trastornos alimenticios de los alumnos de la ESFU 4 de la ciudad de Uruapan, Michoacán.

Hipótesis

De acuerdo con Hernández y cols. (2010), las hipótesis describen la situación que el investigador trata de probar acerca de determinado problema, se definen como explicaciones tentativas del fenómeno investigado y deben ser planteadas como proposiciones. Las del presente estudio se indican a continuación.

Hipótesis de trabajo

Existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de estrés y los indicadores psicológicos de los trastornos alimenticios que presentan los alumnos de la ESFU 4 de la ciudad de Uruapan, Michoacán.

Hipótesis nula

No existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de estrés y los indicadores psicológicos de los trastornos alimenticios que presentan los alumnos de la ESFU 4 de la ciudad de Uruapan, Michoacán.

Operacionalización de las variables del estudio

La variable nivel de estrés se determinará mediante el resultado que se obtenga como producto de la administración de la prueba psicológica denominada Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños (CMAS-R), de los autores Cecil R. Reynolds

y Bert O. Richmond (2010). La prueba consta de cuatro subescalas y una más para medir la mentira. El instrumento cuenta con la validez y confiabilidad que exige la comunidad científica de la psicología.

La variable indicadores psicológicos de los trastornos alimenticios se conceptualiza operacionalmente como los resultados que se obtengan del producto de la aplicación del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2) del autor David M. Gardner (1998) la cual evalúa 11 indicadores psicológicos que se encuentran comúnmente asociados a los trastornos de la conducta alimentaria. Al igual que el instrumento mencionado anteriormente, este inventario cuenta con los estándares de validez y confiabilidad exigidos en este tipo de pruebas.

Justificación

En la actualidad, se tienen demasiados problemas sociales, generalmente al hablar de ellos se puede pensar en los más comunes y mencionados, uno de ellos es el estrés al que la sociedad se enfrenta, así como los trastornos alimenticios que han ido en aumento con el paso de los años. Estos conflictos siempre han existido, pero no había la preocupación por estudiarlos a detalle ni a las consecuencias que traen consigo.

Es por ello que entre los beneficiados con la presente investigación, estará en primer término, la institución donde se llevó a cabo la investigación, así como los

individuos de la población de estudio, ya que los resultados pueden servir como medio de acción para buscar una solución ante los problemas presentados.

Lo que esta investigación puede aportar a la psicología clínica es el conocimiento del estrés que sufren los individuos y la relación que se presenta con los trastornos alimenticios que sufren los adolescentes, para con ello ayudar en la prevención a través de los programas que sean necesarios.

En lo que respecta a otras ciencias, puede servir para aprender acerca de cómo el estrés influye en los adolescentes que presentan trastornos alimenticios, así como el incremento de casos, y conocer las causas de que esta problemática haya ido incrementando.

Además, los datos arrojados en el estudio pueden ayudar como punto de comparación en futuras indagaciones.

La investigación está aplicada en una escuela secundaria, puesto que la presencia de las problemáticas mencionadas influye en el aprendizaje; la información obtenida puede servir a los docentes para valorar la presencia de estrés y trastornos alimenticios como factores importantes en la presencia de trastornos del aprendizaje en adolescentes.

De acuerdo con el campo de acción del psicólogo, la investigación puede servir para realizar comparaciones acerca del nivel de estrés y trastornos alimenticios

que presentan los adolescentes debido a las exigencias diarias, esto puede ayudar en la creación de programas de prevención, para fomentar la salud mental, que es uno de los factores primordiales que mantiene el equilibrio emocional del ser humano.

A partir de lo anterior, se establece que la presente investigación es propia del área de la psicología debido a que el problema del estrés se torna subjetivo debido a la condición propia del individuo, así como el estudio de los indicadores psicológicos de los trastornos alimenticios presentados en los individuos.

Marco de referencia

La presente investigación se llevó a cabo en la Escuela Secundaria Federal General “Emiliano Zapata” (ESFU 4), que se encuentra ubicada en la calle Plan de Ayala s/n de la colonia Emiliano Zapata, con clave 16DES0213T, en la ciudad de Uruapan, Michoacán. Dicho escenario se describe a continuación.

La institución inició sus labores en 1985, por lo tanto, lleva laborando 27 años; es pública y laica, no cuenta con una misión, visión o filosofía institucional establecida.

Se rige bajo el plan de estudios 1993, en el cual el enfoque principal es la resolución de problemas, desarrollo de habilidades operatorias, comunicativas y de descubrimiento. El docente cumple con su papel de expositivo o dador de

conocimiento, y el rol del alumno es de receptor y multiplicador de procedimientos matemáticos. El aprendizaje se da de manera metódica, con base en procedimientos rígidos de poca vinculación contextual.

Su infraestructura está compuesta por cinco edificios: en el primero se ubican la dirección, subdirección, oficinas administrativas y taller de cómputo; en el segundo se encuentran ocho aulas de clases, al igual que en el tercer edificio; en otro edificio se encuentran cinco talleres, así como los baños, los cuales están separados para uso de hombres y mujeres; en el último edificio se encuentra la cooperativa escolar. La institución también cuenta con dos canchas deportivas, una de ellas es utilizada para la práctica de básquetbol y voleibol, así como para la realización de actos académicos, la otra cancha se utiliza exclusivamente para la práctica de fútbol. También cuenta con cuatro espacios de áreas verdes, distribuidas en la institución.

La escuela labora en dos turnos: matutino y vespertino, para esta investigación sólo se trabajó con el primero.

La población laboral de esta escuela cuenta con un total de 30 maestros, cada uno de ellos imparte una materia de acuerdo con su preparación; además, hay un profesor de educación física designado para todos los grupos. El rango de edad de los maestros se ubica entre los 35 y 50 años; además, la formación profesional de los mismos es de Lic. en educación. Asimismo, se cuenta con personal de intendencia, encargado de la limpieza de la escuela.

La población estudiantil está organizada en los tres grados de secundaria, por cada uno hay cinco grupos; en total, en dicho turno se cuenta con 549 alumnos: 260 hombres y 289 mujeres. Su rango de edad va desde los 11 hasta los 16 años.

CAPÍTULO 1

EL ESTRÉS

El estrés es un tema de suma importancia en estos días, cada vez se escucha con mayor frecuencia la manifestación de este padecimiento en las personas. Dentro del presente capítulo se desarrollan diversas definiciones y características del estrés, para tener una base teórica en la investigación.

1.1. Antecedentes históricos del estrés.

El término estrés se ha manejado desde hace algunos siglos, ha sido integrado de acuerdo con diversas experiencias del ser humano, asimismo, a través del tiempo se ha ido modificando su repercusión en función de los tiempos vividos.

De acuerdo con Sánchez (2000), la palabra estrés proviene del latín *stringere*, que expresa presión, oprimir, comprimir. En primera instancia dicho término se usaba en la física y la metalurgia para manifestar la fuerza que se aplica a un objeto para deformarlo o romperlo. Después, la misma definición fue usada en el área de la salud para referirse a la presión que origina modificaciones en el estado físico y mental de los individuos.

El estrés ha existido desde siempre, ya que los individuos siempre han estado expuestos a situaciones de amenazas, peligro y protección.

A pesar de que los individuos siempre se han enfrentado a situaciones de estrés, anteriormente el concepto no representaba gran importancia, ya que no se tenía una definición clara acerca del padecimiento y las consecuencias que encerraba.

Lazarus y Lazarus (2000) mencionan que el término estrés tiene poco tiempo de haber sido reconocido, ya que empezó a tomársele importancia después de la Segunda Guerra Mundial, aunque en el siglo XIV se utilizaba el término para manifestar dureza, situaciones de inquietud, desgracia o angustia.

Mediante de la intervención del físico y biólogo Robert Hooke en el siglo XVII, el término alcanzó su primera importancia técnica, ya que a partir de su preocupación por diseñar estructuras hechas por el hombre resistentes a cargas pesadas, embestidas de los vientos, terremotos y otras fuerzas de la naturaleza, se llevó a cabo un análisis acerca de la forma de diseñar dichas armazones, lo que llevó a obtener la definición de la tensión en fisiología, psicología y sociología. De modo que se llegó a definir el estrés como una exigencia que tiene el entorno en aspectos biológicos, sociales o psicológicos del individuo.

El ser humano, al estar frente a situaciones de estrés, presenta distintos modos de defensa, con el objetivo de mantener una estabilidad física y emocional; las formas de reacción varían de acuerdo con el individuo, pero todas cumplen con la función de mantener el equilibrio en el organismo.

Sánchez (2000) menciona que a partir de las observaciones realizadas acerca del fenómeno del estrés, Claude Bernard demostró que la naturaleza se encarga de proporcionar a los individuos las herramientas necesarias de lucha para enfrentarse ante las situaciones de peligro presentes en el ambiente externo. En el mismo sentido, a pesar de que las situaciones externas se modifiquen, el individuo posee la capacidad de mantener un equilibrio interno. Dicha proporción fue nombrado por Cannon como homeostasis, “para designar los procesos fisiológicos coordinados que mantienen constante el medio interno mediante numerosos mecanismos importantes” (Sánchez; 2000: 17)

De igual manera, la autora referida menciona que las primeras investigaciones realizadas acerca del estrés fueron llevadas a cabo por Hans Selye, quien a partir de las mismas, logró identificar que el organismo humano tiene la capacidad de reaccionar de forma orgánica y adaptativa ante una gran cantidad de estímulos que se le presentan, al provocar cambios de tipo endocrino; este investigador llamó a dicha reacción como “Síndrome general de adaptación”, definiendo con esto al estrés como una respuesta cambiante por parte del organismo ante cualquier situación demandante del exterior; llamó estresor a cualquier estímulo que provoca estrés. Mencionó además que ante cualquier situación estresante, el individuo se prepara orgánicamente para el enfrentamiento o la huida, mediante diversas reacciones tales como: músculos tensos, aumento en la frecuencia cardíaca y respiratoria, lo que hace que la sangre sea bombeada con mayor rapidez y cantidad acrecentando la afluencia de oxígeno a las células, lo que favorece la respuesta ante el peligro.

Los estudios realizados por Selye fueron de gran importancia y tomaron auge en la sociedad, ya que, era la primera vez que surgía la curiosidad por conocer más a detalle el fenómeno del estrés, sus causas y las reacciones que el cuerpo presenta. A partir de las diversas investigaciones y conceptos mencionados, se creó un mayor interés por continuar con el estudio y conocer más a detalle todo lo que encerraba este padecimiento.

El tema del estrés cobró mayor importancia durante la Segunda Guerra Mundial, debido a que los soldados empezaron a manifestar una serie de reacciones que les impedían actuar en forma de lucha ante los combates militares; se notaba en ellos temor, abatimiento, preocupación, así como el no poder disparar sus armas, todo esto causado por la enorme carga de estrés que enfrentaban. A partir de esto los líderes militares manifestaron su preocupación ante la problemática y buscaron la manera de seleccionar a aquellos hombres que presentaran fortaleza y resistencia ante el estrés, realizando diversas investigaciones para conocer más acerca de la problemática (Lazarus y Lazarus; 2000).

Después de la Segunda Guerra mundial se reconoció que el estrés no era un padecimiento propio de los soldados, ya que se aplicaba a las diversas situaciones de la vida diaria, tales como enfermarse, el matrimonio, el trabajo, cambio de domicilio, entre otras; todo ello causaba aflicciones y disfunciones biopsicosociales. Es necesario hacer hincapié en que no se da una reacción específica en todos los organismos, ya que presentan diferencias significativas y lo que para unos es motivo de estrés, para otros no representa tal amenaza.

A partir de las diversas investigaciones que se realizaron en torno al estrés, los factores que lo provocan y las reacciones que éste causa, se establece un concepto más claro acerca del peligro que este representa en los individuos, así como la importancia de realizar estudios al respecto, es por ello que en el siguiente tema se hablará de las perspectivas que explican el estrés.

1.2. Tres enfoques teóricos del estrés.

En este apartado se retomaran los distintos enfoques teóricos que se han presentado en el campo de la psicología de acuerdo con el estrés, los cuales son:

- Como estímulo, enfoque originado por Hipócrates.
- Como respuesta, como reacción del individuo.
- Como una conformación de los puntos anteriores.

1.2.1. Estrés como estímulo.

Como primer aspecto se desarrollará el enfoque en el cual se hace mención de estrés como estímulo proveniente del entorno. Travers y Cooper (1997) mencionan que esta visión fue desarrollada en el siglo V a.C. por Hipócrates, quien consideraba que las condiciones de salud y enfermedad del individuo estaban condicionadas por el entorno en el cual se desarrolla. Dichos estímulos afectan el estado fisiológico, psicológico y conductual del individuo.

La tensión que se genera en el individuo como consecuencia de los estímulos depende de la presión con que los mismos actúen sobre él y de la tolerancia que presente ante las distintas experiencias. Del mismo modo, en todo momento el individuo está expuesto a una multitud de exigencias que puede dominar a la perfección, pero basta un pequeño suceso que desencadene la ansiedad y que lo haga responder.

Selye (citado por Travers y Cooper; 1997) menciona que no se puede identificar al estrés como propiamente negativo, ya que la respuesta ante el mismo depende de cada organismo, es por ello que realizó una clasificación del estrés, para ello denominó a todas aquellas situaciones que fomentan la activación del individuo, que motivan la evolución, el perfeccionamiento y el cambio, como estrés positivo o “eustrés”; asimismo, denominó como “distrés” o estrés negativo a todas aquellas situaciones indeseables, incontrolables y que provocan daños en el individuo.

A partir de lo anterior se puede inferir que este enfoque no es propiamente el adecuado para llevar a cabo el estudio del estrés en los individuos, debido a que únicamente se basa en los estímulos que provocan la tensión en el sujeto, sin adentrarse a las consecuencias que trae consigo, por ello en el siguiente tema se hablará de otro enfoque, el cual se basa en el estudio de las reacciones del sujeto ante el estrés.

1.2.2. Estrés como respuesta.

Este segundo enfoque está centrado básicamente en las respuestas que presenta el individuo ante los estímulos que recibe del medio ambiente, con base meramente en la parte médica.

Travers y Cooper (1997) señalan que en este enfoque se considera al estrés solamente como una reacción que presenta el individuo al estar frente a una amenaza o un estímulo desagradable.

Es por ello que “se puede decir que una persona se ha visto expuesta a condiciones estresantes si manifiesta indicios de tensión”. (Fisher, citado por Travers y Cooper; 1997).

Este enfoque se preocupa especialmente por las respuestas psicológicas, fisiológicas y conductuales que presenta el individuo a partir de la presencia de estímulos que representan peligro o amenaza.

Las afirmaciones anteriores permiten concluir que puede quedar descontinuado este enfoque, ya que se centra meramente en las reacciones que presenta el individuo ante las situaciones que las ocasionan, las cuales generan sobrecarga y deterioro en los distintos niveles de funcionamiento orgánico; mientras que el estrés es un complejo círculo que encierra estímulos y respuestas, entre otros aspectos importantes para su estudio.

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

A partir de la integración de los enfoques mencionados anteriormente, se estructura la conceptualización del estrés como una interacción entre los estímulos y las reacciones que se presentan en el individuo a partir de las experiencias que le ocasionan estrés.

Este enfoque es propiamente del estudio psicológico, debido a que establece una relación entre las reacciones que presenta el individuo ante los estímulos que provocan estrés.

Travers y Cooper (1997) mencionan que los individuos mantienen una constante influencia en el entorno donde se desenvuelven, al mismo tiempo que reaccionan ante los estímulos que reciben, por lo que se entiende que el estrés se presenta de acuerdo con el grado en que la persona se adapte al medio, ya que puede controlar la situación al intentar cambiar su entorno o su forma de reacción ante determinada situación.

Asimismo, la importancia del factor estresante es mínima, ya que todo depende de la percepción que el sujeto tenga, con lo que logra un dominio sobre la circunstancia.

Hay que tener en cuenta que el estrés se genera cuando la persona carece de herramientas necesarias para luchar contra los estímulos, de manera que éstos la rebasan haciendo que el sujeto vea la situación como amenazante.

La presencia de estrés en la vida de los individuos es importante, debido a que este factor genera en el sujeto un estado de activación, que lo mantiene alerta ante las situaciones cotidianas: si el individuo no estuviera frente a estímulos que le representen estrés, se generaría un estado de aburrimiento, lo que llevaría al deterioro de su salud; si el sujeto identifica los sucesos como amenaza, entonces se generará en él cierto grado de estrés negativo o distrés; en contraparte, si percibe la experiencia como un reto, esto le generara motivación y llega a presentar estrés positivo o eustrés.

Travers y Cooper (1997) consideran de suma importancia cinco aspectos principales del modelo cognitivo tomados en cuenta para el estudio del estrés, los cuales son:

- 1) En primera instancia, la valoración cognitiva, esto es, la percepción que el sujeto tiene acerca de la situación, si la considera negativa, positiva o neutra.
- 2) Por otra parte, está la experiencia y familiaridad con la situación, ya que si el sujeto ya ha vivido circunstancias similares, entonces ya no generará en él la misma tensión.

- 3) Además de ello, se considera la exigencia de la experiencia y la capacidad de respuesta propia que considera el individuo ante la situación.
- 4) La influencia interpersonal que tenga el sujeto dependerá también de la reacción ante un determinado escenario, esto es, el apoyo que tenga de otras personas ante el estímulo, hará que le represente menor amenaza que si enfrenta solo la situación.
- 5) Por último lugar, se considera el estado de desequilibrio que presenta el sujeto ante la amenaza, al ver la imposibilidad de enfrentar la situación.

A partir de lo anterior, se considera que este enfoque es de los más completos, ya que considera para el estudio del estrés, aquello que lo provoca y con ello, las reacciones que se presentan orgánica, conductual y psicológicamente en el individuo.

1.2.3.1. El concepto integrador del estrés.

Existen numerosos autores dedicados a la definición del estrés, todos ellos se enfocan principalmente a los estímulos y respuestas ante los mismos, pero es importante mencionarlos con la finalidad de tener mayor claridad del concepto.

Por una parte se menciona que el estrés “es una respuesta adaptativa, mediada por las características individuales y los procesos psicológicos, la cual es al mismo tiempo consecuencia de una acción, situación o evento externo que plantea a

la persona especiales demandas físicas o psicológicas” (Ivancevich y Matteson; 1985: 23).

Con esta definición queda entendido que el estrés es una respuesta que presenta el organismo para enfrentar la situación, la cual difiere en los individuos, ya que, cada uno de ellos presenta características individuales muy variadas, por lo que la adaptación al medio dependerá de cada sujeto.

Por otro lado, Lazarus y Lazarus (2000) hacen mención de un enfoque integrador del estrés, en donde enlistan una serie de características importantes en la existencia del mismo, las cuales son:

- 1) La existencia de una demanda, esto es, para que se presente una reacción debe existir un estímulo para el individuo.
- 2) Percepción de la demanda como amenaza, pérdida o daño; si el estímulo se presenta de forma negativa para el sujeto, entonces generará en él una reacción de tensión.
- 3) El que el sujeto no disponga de recursos suficientes para enfrentar la amenaza, genera en el presión y reacciones negativas.
- 4) La presencia de emociones negativas por parte del sujeto ante la experiencia de estrés, hace que se debiliten sus reacciones de lucha contra el estímulo.
- 5) Por último, el peligro de inadaptación o el desajuste psicológico que se genera en el individuo ante la situación de peligro, le hace que pierda el control y reaccione de forma negativa.

1.3. Los estresores.

En el ambiente existe una gran cantidad de elementos estresores que puede afectar desarrollo biopsicosocial del individuo, cada uno de ellos representa cierto riesgo de acuerdo con el nivel de intensidad con que se presente, es por ello que a continuación se mencionará una clasificación de dichos factores, propuesta por Lazarus y Cohen (citados por Palmero y cols.; 2002).

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

Estos tipos de estresores por lo general afectan a un gran número de personas, y se refieren a los cambios catastróficos que ocurren en el entorno en el cual se desenvuelven los individuos. Se trata de hechos que duran un tiempo considerable, como el caso de encarcelamientos, o bien, hechos espontáneos como los terremotos y huracanes, con lo que se genera en las personas un efecto traumático (Palmero y cols.; 2002).

En segundo lugar se encuentran los cambios menores, definidos con mayor precisión como vitales. Estos estresores afectan por lo general a una sola persona o a un grupo muy reducido y representan cambios significativos y de gran importancia para las personas; se pueden encontrar fuera del control de las personas, como es el caso de muertes de seres queridos, despidos, enfermedades, entre otras; o pueden estar influenciados por la misma persona, llegando a casos tales como divorcios o presentar exámenes importantes (Palmero y cols.; 2002).

Entre los cambios vitales, se incluyen hechos de la naturaleza siguiente:

- La vida conyugal, lo que incluye la vida matrimonial y la extramatrimonial.
- La paternidad, donde se incluye el ser padre o madre, la difícil relación con los hijos o sus enfermedades.
- Las relaciones interpersonales, en donde se generan problemas en la interacción con personas cercanas al individuo, lo que incluye situaciones de enfermedad o relaciones difíciles.
- El ámbito laboral, en el cual se engloba el trabajo, la escuela y las tareas domésticas.
- Las situaciones ambientales, que implican cambios de residencia, amenazas a la integridad personal o la inmigración.
- El ámbito financiero, que incluye cambios en el estatus económico, tanto positiva como negativamente.
- Las cuestiones legales, en donde se encierran todos los aspectos referidos a la ley.
- El propio desarrollo biológico, que representa todos los cambios propios de cada etapa de la vida.
- Lesiones o enfermedades somáticas, lo que disminuye la capacidad de reacción del individuo.
- Los factores familiares en caso de niños y adolescentes, que incluyen las relaciones negativas con los padres, trastornos mentales en algún miembro de la familia, estimulación cognitiva o social insuficiente, entre otros aspectos.

Por último, se encuentran los estresores cotidianos o microestresores, que representan molestias, imprevistos y cambios en las rutinas cotidianas del individuo. No representan mayor peligro para el sujeto, aunque se presentan con gran frecuencia. De acuerdo con Palmero y cols. (2002), a pesar de ser acontecimientos que se enfrentan en la vida diaria, llega un momento determinado en el cual logran perturbar o irritar a la persona.

Existen primordialmente dos tipos de microestresores cotidianos, los cuales son:

- Las contrariedades, que son situaciones que ocasionan en el individuo malestar emocional o irritaciones, tales como: pérdida de un objeto, pasar mucho tiempo en el tráfico, problemas familiares, entre otros.
- En segundo lugar están las satisfacciones, que representan experiencias y emociones positivas, y que ayudan a disminuir los efectos que causan las contrariedades en el individuo.

Como se mencionó, en la vida diaria del individuo existe una gran cantidad de estímulos que llegan a perturbar sus experiencias, algunos de ellos se presentan causando mayor daño en un individuo que en otros; de igual manera, existen factores que provocan en el sujeto variaciones en su estabilidad sin que intervenga el elemento cognitivo, dichos estresores se mencionan en el siguiente tema.

1.3.2. Estresores biogénéticos.

Palmero y cols. (2002), mencionan que este tipo de estresores actúan directamente en el organismo provocando una rápida respuesta de estrés, dicha reacción se da de manera inmediata, sin necesidad de llevar a cabo el procesamiento de la información.

Algunos de los estresores que pertenecen a esta clasificación son los siguientes:

- Los cambios hormonales en el organismo, los cuales son propios de las mujeres, ya que se generan a partir de los cambios físicos que se dan en la pubertad, además del síndrome premenstrual, el desequilibrio que se lleva a cabo en cuestión de hormonas durante el ciclo menstrual, el postparto, el climaterio, el escaso funcionamiento de los ovarios y con él, todos los cambios que se generan pueden causar estrés.
- El ingerir ciertas sustancias químicas hace que el organismo se altere, provocando las reacciones de estrés.
- Los factores que activan al organismo, los cuales engloban dolor, calor o frío para el individuo.
- Y por último, el estrés alérgico, ya que el organismo lucha contra aquello que representa peligro para su estabilidad, lo que genera un desgaste energético.

Este tipo de estresores representa para el individuo una carga enorme de estímulos que generan tensión, debido a que no tiene el control sobre ellos y muchas veces, tampoco las herramientas para luchar e intervenir al respecto.

1.3.3. Estresores en el ámbito académico.

El área escolar representa una fuerte carga de estímulos para el individuo, los cuales desencadenan una cantidad significativa de estrés, lo que genera un desequilibrio en el organismo, que lleva a que la mayoría de las ocasiones no trabaje de manera adecuada.

Barraza (2005) hace mención de una serie de estresores dentro del área escolar que actúan en el individuo provocando estrés. Dichos estímulos son los siguientes: las exposiciones, el participar activamente en el aula, realizar exámenes, saturación de trabajo académico, número excesivo de alumnos en el aula, las competencias que se generan entre compañeros, el trabajo en equipo, un ambiente desagradable, no obtener incentivos, tiempo limitado para realizar los trabajos, problemas con compañeros y profesores o trabajos muy demandantes.

Además de los factores mencionados anteriormente, se presentan otros estresores académicos que no propiamente ocurren dentro del área escolar, los cuales son: tener que dejar la casa de los padres, viajar muchos kilómetros, encargarse de la economía, la responsabilidad de vivir solo o compartiendo la vivienda, mantener las relaciones personales sin descuidar las responsabilidades

académicas y las clases; asimismo, atender un noviazgo y preparar un viaje, aunque son eventos agradables, al mismo tiempo generan tensión en el individuo.

Los estímulos que se presentan en el ámbito escolar son un factor importante en la activación del individuo, ya que provocan que se sienta motivado y con energía para cumplir con la gran cantidad de actividades diarias, pero existe una contraparte: Barraza (2005) menciona que el estrés no cumple con la función de activación cuando no permite que el individuo responda de la manera deseada ante las actividades; también cuando el organismo se mantiene en estado de alerta por un tiempo prolongado, mayor al necesario para cumplir con la labor, ocasiona en el sujeto distintas alteraciones en estados de ánimo, físicos y de salud.

Es importante que haya situaciones o estímulos que representen cierta carga de estrés en el individuo, con el objetivo de lograr en él una mayor activación y con ello obtener el cumplimiento de las labores que se presenten, pero al mismo tiempo estas situaciones de estrés representan un peligro para el sujeto, ya que muchas veces no está preparado para enfrentarlas, lo que le ocasiona un desequilibrio, que a su vez genera trastornos físicos, emocionales y orgánicos.

1.4. Procesos del pensamiento que propician el estrés.

En este apartado se habla acerca de los pensamientos que tienen gran influencia en la presencia de estrés en el individuo, dichos procesos son distorsiones

cognitivas, las cuales, aunque irracionales, son creídas por las personas, tienden a ser reiterativas e impiden evaluar adecuadamente los eventos.

Esta clasificación de procesos del pensamiento fue realizada por Cungi (2007) de la siguiente manera:

En primera instancia se presenta lo que se conoce como inferencia arbitraria, en la cual, la persona llega a una conclusión negativa de los hechos sin pruebas suficientes, así confirma lo que los demás piensan de ella en aspectos negativos: supone que todos creen que es mala y que no sirve para nada.

Por otra parte está lo que se conoce como abstracción selectiva, aquí el sujeto sólo se basa en experiencias negativas para llegar a la conclusión de las consecuencias nocivas que esto le trajo.

Otro proceso del pensamiento se conoce como minimización y maximización, en este punto la persona no es capaz de aceptar sus éxitos, por lo que los menosprecia, mientras que pone un énfasis importante en sus fracasos y esto lo lleva a exagerarlos.

Otro aspecto importante en los procesos del pensamiento que generan estrés es la sobregeneralización que la persona realiza a partir de un evento en particular, ya que obtiene conclusiones generales solamente mediante una sola consecuencia perniciosa.

La personalización es otro aspecto importante entre los procesos del pensamiento que generan estrés, aquí el individuo adopta la responsabilidad total de todo lo negativo que le ocurre a él, a sus familiares o personas allegadas, es decir, personaliza aspectos negativos de las acciones desarrolladas.

En último lugar se encuentra el pensamiento dicotómico o polarizado, en éste el sujeto presenta una visión catastrófica de los hechos, un evento negativo lo toma como una desgracia, y es por ello que muchas veces se detiene al realizar actividades, ya que piensa que todas las desgracias le ocurren sólo a él, por lo que no se arriesga o no emprende proyectos.

A partir de lo anterior se llega a la conclusión de que el pensamiento es un factor delimitante en la presencia o ausencia del alto grado de estrés en el individuo, por ello, es sumamente importante llevar a cabo un mejoramiento en el trabajo mental que el sujeto realiza ante determinadas situaciones, para a partir de ello mantener un control en las reacciones ante los estímulos.

1.5. Los moduladores del estrés.

Los moduladores son factores que influyen en la percepción y en la vivencia de la experiencia; si están presentes, es probable que el estrés represente menor peligro para el sujeto. A continuación se presentan los diversos moduladores que hacen que el estrés se torne más llevadero.

1.5.1. El control percibido.

“Es la creencia general sobre el grado en que uno mismo es capaz de controlar y lograr metas u objetivos deseados, regulando las dificultades que acontecen en el curso de su consecución” (Fontaine y cols., citados por Palmero y cols.; 2002: 528).

Con lo mencionado anteriormente, se genera la conclusión de que si el individuo cree que cuenta con las herramientas necesarias para controlar la situación, entonces el estrés generado no representará mayor peligro; por el contrario, si el sujeto no siente la fuerza suficiente para luchar contra el estrés, entonces él mismo se debilitará y no será capaz de enfrentar la situación.

1.5.2. El apoyo social.

Es aquel soporte que el individuo en situación de estrés obtiene a partir de la relación con otras personas. “Son las provisiones instrumentales o expresivas, reales o percibidas, aportadas por la comunidad, las redes sociales y los amigos íntimos” (Palmero y cols.; 2002: 189).

El apoyo que representan las demás personas para el sujeto es inútil si éste no se encuentra ante los efectos negativos del estrés, de igual manera los estresores representan mayor peligro en el individuo cuando no cuenta con el apoyo de los demás, ya que se ve en una situación de baja o nula protección ante la situación.

El apoyo puede disminuir la percepción de amenaza, redefine la propia capacidad de respuesta y evita, así, la presencia de estrés, además, fomenta la salud y el bienestar personal, independientemente del nivel de estrés.

El apoyo que la persona afectada obtiene de las demás personas es sumamente importante, ya que le representa una protección y le aporta las herramientas para luchar contra las amenazas.

1.5.3. El tipo de personalidad: A/B

Existen dos tipos de personalidades que se presentan en los individuos, cada una de ellas muestra distintas características basadas en gustos, habilidades y forma de desarrollo. El tipo A se menciona a continuación.

Cascio y Guillén (2010) mencionan que las personas que tienen este tipo de personalidad muestran impulsividad, orientación competitiva, son impacientes con los demás, pocas veces acuden al médico, no disponen de tiempo para hacer ejercicio, no sienten interés por los eventos sociales o convivencias y suelen hacer dos actividades a la vez.

Para estas personas, el enojo se representa de acuerdo con su frecuencia, antes que su intensidad, esto debido a que esa primera atribución está asociada a problemas de estrés.

1.5.3.1. Personalidad tipo A y problemas cardiacos.

Los problemas cardiacos se relacionan ampliamente con los individuos que presentan una personalidad tipo A, debido a las características anteriormente mencionadas, ya que se encuentran frente a grandes cargas de estrés provocadas por las exigencias que se imponen.

Cascio y Guillén (2010) mencionan que los sujetos con personalidad tipo A, tienden a padecer problemas cardiacos e incluso morir antes que las que no poseen este patrón conductual; de igual manera, tienen la misma potencialidad para producir enfermedades cardiacas que los factores de edad, presión sanguínea alta y colesterol, tomados en conjunto.

El hecho de querer siempre ser los primeros en todo, prescindir del tiempo de descanso y mantener expectativas muy altas ante lo que realizan, lleva a que se sature la carga de trabajo y exigencias en todos los ámbitos de su vida, lo que hace trabajar de manera desgastante al organismo en general y al corazón en particular, de modo que en determinado tiempo se saturen y haya una respuesta negativa.

1.6. Los efectos negativos del estrés.

Si bien el estrés sirve como activador en la personas, también es un riesgo para la salud; eventualmente representa grandes peligros, ya que genera un

desequilibrio biopsicosocial en los individuos, lo que les ocasiona un mal funcionamiento ante la sociedad.

Hernández y cols. (Citados por Barraza; 2005) realizan una clasificación de respuestas que se generan a partir de la presencia de estrés, las cuales son las siguientes:

Preocupación ante las situaciones, bombeo del corazón y respiración acelerados, sobreexaltación en movimiento del cuerpo o falta del mismo, miedo inexplicable, molestias estomacales, consumo de tabaco o alcohol, así como ingesta excesiva de alimentos, negatividad en pensamientos y sentimientos, temblor incontrolable en manos o piernas, falta de control al hablar, inseguridad personal, sensación de boca seca y ganas de llorar sin razón aparente.

Como se mencionó en el capítulo, existen diversos factores que ocasionan estrés, así como formas de enfrentarlo de acuerdo con las herramientas que el individuo posee, así como a los factores externos, como lo son el apoyo de las demás personas, entre otras situaciones. Es importante el conocimiento de todo esto, para estar consciente de las consecuencias que se generan a partir de las experiencias de estrés que se tienen en la vida cotidiana.

CAPÍTULO 2

TRASTORNOS DE ALIMENTACION

En el presente capítulo se realiza una descripción de los trastornos alimentarios existentes; en el caso de la obesidad, aunque pertenece a dicha categoría, sólo se menciona su definición, ya que, para fines específicos no es necesario abundar en el tema.

Además, se menciona la problemática que presentan las personas al padecer algún trastorno de alimentación, tomando en cuenta que no todos los individuos son susceptibles a padecerlos, por ello, se mencionan las características de personalidad que presenta el sujeto que es víctima de la anorexia o la bulimia.

Por último, se exponen las alternativas más adecuadas para el tratamiento de las personas que presentan trastornos alimenticios.

2.1. Antecedentes históricos de la alimentación.

La cuestión alimenticia no es un tema nuevo, desde la antigüedad ha existido un gran interés por las conductas relativas a tal actividad, dicha preocupación iba desde el consumo excesivo de los alimentos hasta el dejar de comer, todo esto debido a ideologías que tenían las personas debido a un fin perseguido.

De acuerdo con Jarne y Talarn (2000), desde tiempos anteriores han existido una serie de conductas alimentarias desordenadas, ya fuera una alimentación exagerada o la negación ante los alimentos. El hecho de consumir una excesiva cantidad de alimentos conllevaba básicamente un carácter social y demostración de poder, ya que para los faraones, por ejemplo, la forma de mostrar la autoridad era teniendo acceso a una cantidad desmesurada de alimentos; asimismo, para demostrar el cariño realizaban banquetes con el fin de agasajar a sus invitados. Un ejemplo de ello es el amor que se tiene hacia los hijos, ya que, se creía que mientras más alimento se les daba se demostraba más amor, no importando si consumían alimentos nutritivos; sólo importaba la cantidad y no la calidad.

Con esto se daba por entendido que solamente las personas con un alto nivel económico podían acceder a dichas cantidades de alimentos. Se habla de un descontrol y desorden en las conductas alimentarias debido a que eran tan grandes las cantidades de alimento que con el objetivo de continuar la ingestión, las personas tenían por costumbre el vómito, que se convertía en un comportamiento natural.

Por otra parte, las personas pertenecientes a la cultura cristiana tenían por tradición el rechazo a los alimentos, debido a un marcado simbolismo religioso, donde la privación de alimentos era una forma de penitencia, con el objetivo de limpiar los pecados para llegar a un estado espiritual más elevado.

Otro hecho que tiene que ver con los desordenes de alimentación en la antigüedad eran las creencias acerca de las alteraciones de origen panhipofisario

en el organismo, esto se refería a que la alimentación tenía que ver directamente con la cuestión de la hipófisis y la tiroides, ya que las personas que presentaban algún trastorno en las mismas se limitaban de los alimentos por cuestiones de salud, lo que llevaba a cambiar la alimentación de manera significativa, disminuyendo su cantidad.

Existen diversas hipótesis psicológicas de tipo psicoanalítico, una de ellas es la mencionada por Sigmund Freud, que identifica el impulso de vida y muerte asociados con la alimentación: especifica que el impulso de vida se lleva a cabo a partir de la ingesta de alimentos, pero al mismo tiempo se presenta un impulso de muerte al momento de destrozarse los alimentos.

Las teorías mencionadas anteriormente dan partida a los estudios que se llevan a cabo en la actualidad, con los cuales se han descartado algunas de las hipótesis, esto da partida a nuevas teorías, las cuales relacionan la presencia de trastornos alimenticios con ciertas conductas que presenta el individuo, un ejemplo de ello serían las alteraciones que muestran los individuos en las conductas sociales. Asimismo, se menciona que los trastornos de alimentación son multifactoriales, ya que son de carácter biológico, psicológico y social.

2.2. Definición y características clínicas de los trastornos alimenticios.

En la actualidad se habla mucho acerca de los trastornos alimenticios, pero no se tiene clara la diferencia entre ellos, por este motivo resulta importante definirlos y aclarar las diferencias que mantienen. Existe una clasificación acerca de los

trastornos alimenticios, donde se mencionan las características de cada uno de ellos, dicha categorización se presenta enseguida.

2.2.1. Anorexia nerviosa.

En relación con este trastorno, se cree que la persona que lo padece no consume alimentos debido a la falta de apetito y por el miedo a engordar, esto da una idea muy general acerca de la anorexia nerviosa, pero no es una definición concluyente, debido a que este trastorno va más allá del simple hecho de dejar de comer por falta de apetito.

Jarne y Talarñ (2000) mencionan que la anorexia nerviosa se debe al deseo de la persona por mantener una imagen corporal cada vez más delgada, acompañada de un peso cada vez más bajo, esto se debe a que presentan una distorsión corporal que las hace ver más gordas de lo que en realidad son, lo que las lleva a mantener una restricción estricta de alimentos, un excesivo ejercicio físico y un gran consumo de sustancias purgantes.

La anorexia no tiene que ver con la falta de apetito en la persona, ya que ésta en realidad tiene hambre, pero rechaza la comida para no ganar peso, con el objetivo de conservar su imagen corporal.

De acuerdo con los criterios para el diagnóstico de anorexia nerviosa según el DSM-IV (APA; 2002), la persona debe presentar:

- Rechazo por tener peso corporal igual o mayor a los estándares marcados considerados a partir de la talla y edad de las personas, por lo que se da una pérdida de peso hasta quedar por debajo de lo establecido. Durante el periodo del crecimiento se da un peso corporal inferior al que se espera debido a que no se consigue el aumento normal de peso.
- La persona presenta un miedo intenso ante la posibilidad de aumentar de peso y convertirse en obesa, a pesar de presentar un peso por debajo de los estándares establecidos.
- Presenta una alteración significativa de la forma o tamaño del cuerpo, sin dar importancia a los peligros que se manifiestan ante el bajo peso corporal. En las mujeres pospuberales, se genera la ausencia de ciclos menstruales.

De igual manera, el trastorno de la anorexia se divide en tres subtipos, de acuerdo con sus características, los cuales son:

- 1) Restrictivo: en el cual la persona logra bajar de peso mediante la suspensión de los alimentos, realizando dietas, ayunos o ejercicio/trabajo intenso.
- 2) Compulsivo negativo: para lograr la disminución del peso corporal, la persona deja de comer, pero ante la desesperación aparece el atracón, lo que la lleva a recurrir a las purgas, por lo general utiliza diuréticos. En algunos casos se presenta el vómito.

- 3) Anorexia nervosa atípica: en el diagnóstico el individuo no cumple con todas las características clínicas. Y a pesar del no ingerir alimentos puede no presentar pérdida significativa de peso.

2.2.2. Bulimia nerviosa.

La bulimia se ha definido como la ingesta rápida de alimentos ante una ausencia de los mismos por un periodo de tiempo; poco después se presenta el vómito.

De acuerdo con Jarne y Talarn (2000), durante la bulimia se da la presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por la ingesta de alimento en grandes cantidades en un corto espacio de tiempo; el individuo por lo general ingiere alimentos que presentan un alto contenido de azúcar, pero realiza dichos atracones de forma escondida por la vergüenza que presenta ante el hecho de comer.

De acuerdo con los criterios diagnósticos especificados en el DSM-IV (APA; 2002), la persona se identifica con trastornos de bulimia nerviosa si presenta las siguientes disposiciones:

- Atracones constantes, con pérdida de control sobre la ingesta de alimento, ya que siente que no puede controlar el tipo de alimentos ni su cantidad.
- Los atracones se presentan por lo menos dos veces a la semana durante un periodo de tres meses.

- Realizan una autoevaluación basada específicamente en el peso y silueta corporal.
- Con el progreso de la bulimia se presenta una alteración del control para evitar y terminar los atracones.
- Los atracones persisten hasta que el individuo no puede ingerir más alimento o hay dolor de estómago.
- Sentimientos de vergüenza y culpa que motivan a ocultar la conducta. Esconden los alimentos y también se apartan al ingerirlos.
- Conductas compensatorias con el fin de no ganar peso; provocación de vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas, ayuno y ejercicio excesivo.

De acuerdo con las características especificadas acerca del trastorno existe una división de subtipos, los cuales son:

- 1) Tipo purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.
- 2) Tipo no purgativo: emplea conductas como ayuno y ejercicio intenso.
- 3) Bulimia nerviosa atípica: peso normal o superior a lo normal, ingesta excesiva seguida de vómitos o purgas. Presencia de síntomas depresivos.

2.2.3. Obesidad.

La obesidad es una enfermedad que se ha estado presentando con mayor frecuencia en los últimos años, la cual está definida principalmente por el excesivo peso y grasa que presentan las personas, lo que es producto de una ingesta de proporciones excesivas de comida. Muchas veces la obesidad no se identifica básicamente como un trastorno de alimentación, debido a que en la mayoría de los casos se presenta como causa de una alteración en la salud del individuo.

Por lo mencionado anteriormente, “la obesidad no se considera un trastorno psicopatológico, sino más bien un problema que puede comportar alteraciones médicas importantes y que, por tanto, supone un riesgo para la salud” (Jarne y Talarn; 2000: 180).

2.2.4. Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas.

De acuerdo con la clasificación que se realiza en el CIE-10 (citada por Castillo y León; 2005), la hiperfagia se caracteriza por una excesiva ingesta de alimentos provocada por algún acontecimiento que representa estrés para la persona, lo que puede provocar obesidad reactiva.

2.2.5. Vómitos en otras alteraciones psicológicas.

Castillo y León (2005) refieren estas alteraciones como vómitos psicógenos e hiperémesis gravídica psicógena, que se definen con claridad, como el caso de los vómitos durante el embarazo de manera exagerada. Las conductas que se presentan son las siguientes:

- Existen vómitos repetidos que la persona no provoca, y al mismo tiempo se presentan náuseas recurrentes.
- Aparición de atracones recurrentes con pérdida de su control.
- No hay conductas compensatorias.
- Se presenta experiencia de malestar, sensación de disgusto.
- Se manifiesta culpa, depresión y comer sin hambre.
- Aparece después de una pérdida significativa de peso lograda por una dieta.
- Las personas han probado numerosas dietas.
- Comen a solas.

2.2.6. Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia.

Dentro de la conducta alimentaria infantil, los problemas que se presentan no se pueden clasificar como trastornos. “Como ya han señalado otros autores (Palmer, Thompson y Linscheid, 1975) no existe un sistema de clasificación estándar de los desordenes de alimentación en la infancia. Esto es debido en gran parte a la extensa

variedad de problemas relacionados con la alimentación, así como a la multitud de disciplinas que se han venido ocupando de tales problemas” (Jiménez; 1997:210).

Jiménez (1997) menciona que los problemas alimentarios en la niñez se refieren a un conjunto de comportamientos problemáticos, que mantienen relación con la alimentación, mismos que no representan un riesgo grave en la salud del niño.

Durante la hora de la comida, el niño presenta comportamientos disruptivos y hábitos alimentarios inadecuados, rechazo de alguna clase de comida o negación a tomar alimentos sólidos (por el tiempo que representa el masticar), rechazo ante la ingesta de comida mezclada y falta de apetito, lo que lleva a que el niño prolongue el tiempo de comida.

De acuerdo con lo anterior, se han identificado diversos problemas alimenticios, los cuales se clasifican de la siguiente manera, de acuerdo con Castillo y León (2005):

- 1) El primero de ellos es el rechazo alimentario, el cual esta ampliamente relacionado con la anorexia, ya que el individuo no pierde el apetito, pero se priva de la comida escudándose en supuestas molestias que le impiden comer.
- 2) Otro de los problemas es el conocido como pica o alotriofagia, el cual consiste en que el infante consume sustancias que no aportan nutrición alguna, lo que le provoca principalmente enfermedades intestinales y de intoxicación.

- 3) Además se presenta la rumiación o mericismo, el cual se define principalmente por la regurgitación que ocurre después de consumir el alimento; la mayoría de las veces el infante vuelve a tragar el vómito.
- 4) Otro más es la potomanía, en donde el infante primordialmente presenta un excesivo consumo de líquidos.

Por otro lado, Jiménez (1997) menciona que los problemas alimentarios en la infancia pueden estar identificados por problemas conductuales al comer, insistente negación a consumir múltiples alimentos, hábitos dietéticos inadecuados, conservación de las porciones trituradas durante un tiempo excesivo y tardanza o dificultad para comer.

Específicamente los comportamientos que presenta el infante son: conductas disruptivas durante la comida y hábitos alimentarios inadecuados, donde el niño tiene por costumbre el comer de pie o pararse continuamente de la silla, no deja de jugar mientras come, necesita que un adulto esté pendiente de él, ya que no come a menos que se le hable y preste atención; negación ante el uso de cubiertos cuando son necesarios o no comer solo, a pesar de que ya presenta una edad adecuada para ello.

De acuerdo con Jiménez (1997), la permisividad de los padres ante estas conductas se dan debido al miedo que tienen a que el niño deje de comer, que llore ante la situación o que no permita que las demás personas realicen sus labores.

De igual manera, el rechazo de alguna clase de comida se presenta con mucha frecuencia durante la infancia, aunque se llega a considerar como una conducta normal, ya que puede deberse al rechazo de un alimento en particular donde no afecta gravemente la salud del infante, debido a que puede remplazarse por otro del mismo valor nutricional, la problemática radica en si el rechazo aplica hacia un numero amplio de alimentos, lo que ocasiona en el niño una deficiencia nutricional.

Por otro lado, en una etapa temprana donde el infante empieza con el cambio de alimentos líquidos a sólidos, existe la negación a tomar los de este último tipo; en este caso es normal, pero no lo es cuando a edades avanzadas sólo quiere ingerir alimentos líquidos, puede ser que esto no presente mayor problema en la salud del infante, ya que mantiene un adecuado peso corporal, pero si esto se prolonga más tiempo puede causar anomalías en las encías y en los dientes y con ellos un sinfín de consecuencias en la salud.

Respecto a la ingesta de comida mezclada, “se trata de comer sólo alimentos que están triturados y con mezcla de sabores”. (Jiménez; 1997: 214). Esta problemática es principalmente ocasionada por los padres, esto se debe a que por cuestiones de tiempo el adulto encuentra fácil la alternativa de triturar los alimentos y hacer una mezcla, esto le resulta cómodo al infante, ya que no pierde tiempo masticando la comida, lo que ocasiona que en un futuro el niño obtenga hábitos alimenticios inadecuados para su edad, ya que el consumo de alimentos separados le implica un mayor esfuerzo y cambio de sabores a los que estaba acostumbrado.

La falta de apetito que presentan los infantes, va desde comer en cantidades pequeñas ciertos alimentos o el dejar de ingerirlos por completo, hay que tener bien claro que la cantidad de alimentos que los padres creen necesaria en la ingesta de los hijos muchas veces se encuentra distorsionada, lo que puede ocasionar mayores problemas en los hábitos alimenticios del infante.

El tiempo excesivo de comida es uno de los problemas más frecuentes presentados en la infancia, esto se refiere a la lentitud con la que el infante ingiere los alimentos. Muchas veces el tiempo excesivo que tardan los menores se debe a que no les gustan ciertos alimentos o que la cantidad servida sea mayor a la que pueden consumir.

Los vómitos que se presentan después de ingerir los alimentos no se consideran normales, además, puede ser el problema que más inquieta a los padres cuando se da, normalmente porque lo relacionan con un problema físico.

La mayor parte de los problemas mencionados se identifican como normales de acuerdo con una determinada edad, e inadecuados en otra. Es por ello que resulta sumamente importante que los padres estén preparados para el tratamiento de dichos problemas, para lo cual deben contar con el conocimiento suficiente.

2.3. Esfera oroalimenticia en el infante.

El reflejo oroalimenticio aparece a muy temprana edad, ya que el infante por naturaleza presenta espontáneamente la acción de succión y deglución.

El niño ve representada a la madre como un objeto de satisfacción, ya que, al momento de tener hambre inmediatamente es alimentado. Es por ello que, “desde muy temprano se observa ya un reflejo oroalimenticio y una orientación hacia la fuente de excitación” (Ajuriaguerra; 1973: 178).

2.3.1. Organización funcional oroalimenticia.

Ajuriaguerra (1973) menciona que el reflejo oroalimenticio en el infante es una de las primeras formas de relación con el mundo externo, ya que, se genera una relación objetal con la madre, que es la encargada de suministrar los alimentos.

La actividad oral es la fuente de satisfacción, y además se sacia la necesidad de nutrición. En el infante, el contacto que se realiza con la proveedora de alimentos que es la madre, es una forma de apropiarse de los objetos.

El recién nacido percibe inconscientemente el objeto bueno del que puede obtener el fin. Dar alimento a un niño no es un simple acto nutritivo, es una entrega por parte de la madre de sí misma. Las primeras formas de relaciones van unidas a

los actos de comer, ya que la comida es una institución social con un ritual y una participación de la familia.

2.3.2. Alteraciones en la esfera oroalimenticia.

De acuerdo con Ajuriaguerra (1973), las alteraciones en la esfera oroalimenticia infantil son: la anorexia del recién nacido y la anorexia de la segunda infancia, las cuales se describen a continuación:

La anorexia del recién nacido se divide como a continuación se presenta:

- Anorexia esencial precoz: específicamente del recién nacido y primeras semanas de vida. Aquí el infante presenta muy poco peso, nerviosismo y se encuentra muy despierto. Ante la comida en un principio se muestra pasivo y al pasar el tiempo manifiesta una negación.
- Anorexia del segundo semestre: se presenta entre el quinto y octavo mes de vida. Ésta es más frecuente, ya que aquí se empieza a suprimir el consumo de leche, alternándolo con otros alimentos. De acuerdo con el comportamiento que muestre el niño ante la comida, esta alteración se divide en dos:
 - Anorexia inerte: cuando el niño no tiene iniciativa para comer, no ingiere los alimentos e incluso vomita lo poco que come.

- Anorexia de oposición: cuando el infante llora al mismo tiempo que rechaza los alimentos, esto genera un enfrentamiento entre él y los padres.

Asimismo, en lo que corresponde al segundo semestre, Kreisler (citado por Ajuriaguerra; 1973), menciona dos tipos de anorexia, los cuales son:

- Anorexia simple: “al comienzo semeja una reacción al destete, ante el cambio de alimentación o ante un incidente psicológico benigno o de carácter serio causante de una pasajera anorexia orgánica que, a su vez, da origen a una interreacción entre la madre, empeñada en imponerse y el niño en franca oposición”. (Ajuriaguerra; 1973: 185).
- Anorexia compleja: se da una intensidad en la presencia de los síntomas, ya que el niño manifiesta abiertamente que el consumo de alimentos no le interesa.

Por otra parte, la anorexia de la segunda infancia se presenta por lo general en niños que se han alimentado de manera normal durante el primer año de vida, donde los regímenes alimenticios fueron alterados por los padres, ya que se obliga a los menores a mantener el mismo ritmo de ingesta que el de los adultos.

2.4. Perfil de la persona con trastornos de alimentación.

El individuo presenta diversas características de personalidad, algunas de ellas son importantes en su estudio y debe prestarse mayor atención en las mismas debido a que son la pauta para conocer si el individuo está propenso a desarrollar algún trastorno de alimentación.

Costin (2003) menciona que las personas con predisposición a presentar trastornos de alimentación son:

1. Aquellas que presentan problemas con la autonomía, debido a que siempre están pendientes de mantener satisfechos a los otros, haciendo las cosas como se las piden sin tener una opinión propia.
2. Los que tienen déficit de autoestima, lo que genera en ellos una inseguridad, debido a que manejan un autoconcepto muy pobre que los lleva a no cumplir con las expectativas propias y externas.
3. Personas con camino a la perfección y al autocontrol, ya que dicho perfeccionismo los lleva a mantener una lucha constante contra la comida con el objetivo de lograr una silueta perfecta, esto los conduce a ganar seguridad personal.
4. Los individuos que tienen miedo a madurar, ya que el crecer significa cambiar y esos cambios generan miedo en el sujeto, porque piensan que no cuentan con las herramientas necesarias para luchar contra los mismos, además que

con el crecimiento se gana peso corporal, sobre todo en la etapa de la adolescencia.

5. Por último, están en riesgo las personas que presentan poca estabilidad emocional, ya que se ven mayormente influidos por los estímulos que provocan estos trastornos en la alimentación.

2.5. Causas del trastorno alimenticio.

En la actualidad se maneja una gran cantidad de información inadecuada, se ha creado un estereotipo del ser humano en el que la delgadez es lo más importante, este tipo de imágenes modifican los esquemas mentales de los individuos creando en ellos desajustes emocionales, físicos y de salud, ya que el deseo por lograr la delgadez los lleva a padecer trastornos en la alimentación, es por ello que en este tema se presentan los diversos elementos que los originan.

2.5.1. Factores predisponentes individuales.

Existe una gran cantidad de factores predisponentes individuales, a los cuales está expuesto el sujeto que padece algún trastorno alimentario, como lo son el aprendizaje acerca de la comida, las creencias, las actitudes y la constitución psicofisiológica.

El primer aspecto a desarrollar en el factor predisponente individual de acuerdo con Helman (citado por Ogden; 2005) son los sistemas de clasificación de la comida, mismo que se divide en varios aspectos, los cuales son:

- Comida frente a no comida: hacer la clasificación de lo que se puede comer y que no, aunque muchas veces sí sea comestible, pero se hace de acuerdo con la experiencia personal.
- Comidas sagradas frente a comidas profanas: se clasifican en función de la religión. Para algunas culturas algunos alimentos son sagrados, por lo que está prohibido consumirlos.
- Clasificación de comidas paralelas: como se clasifican las comidas según criterios dicotómicos: frío – caliente, saludable – no saludable, energético – no energético.
- Comida como medicina: se denominan ciertos alimentos que son efectivos para sanar enfermedades.
- Comidas sociales: a partir de los alimentos se genera el desarrollo de relaciones, esto se lleva a cabo a través del ofrecimiento de la comida a las demás personas con el fin de afinar o crear amistades.

De acuerdo con Ogden (2005), existe una clasificación acerca de los significados de la comida, los cuales se presentan a continuación:

- La comida como afirmación del yo: de acuerdo con el consumo de ciertos alimentos, se afirma la identidad personal del individuo, principalmente la de género.
- Comida y sexualidad: se relacionan debido a que ambas parten de un impulso básico necesario para la supervivencia.
- Comer como conducta de negación: este aspecto se identifica más específicamente en el género femenino, ya que ante la presión social a la que se enfrenta la mujer acerca de su esbeltez, ésta provee de alimentación sana a las demás personas, pero ella se abstiene de consumirlas con el objetivo de permanecer delgada.
- Culpa que proviene de la comida placentera: el hecho de consumir alimentos constituye un acto de placer, lo que, representa en el sujeto una gran culpabilidad y vergüenza ante el consumo, ya que, se ha enseñado que lo que produce placer es malo.
- La comida como autocontrol: la persona que presenta un autocontrol es admirado debido a que cuenta con el suficiente dominio para dejar de hacer algunas actividades o de comer, en este caso, las personas anoréxicas presentan un elevado autocontrol al evitar el consumo de la mayoría de los alimentos.
- La comida como interacción social: en esta parte, la comida sirve como elemento de unión entre las personas.
- La comida que genera placer es poco saludable: “Un alimento bueno y nutritivo es lo que todas las madres saben que necesitan sus hijos” (Ogden;

2005: 73-74). La mayor parte del tiempo los hijos rechazan la alimentación saludable, consumiendo comida “chatarra”, lo que genera en la madre sentimientos de culpa.

- La comida como identidad religiosa: el hecho de preparar los alimentos para ofrecerlos a las demás personas, proporciona a la mujer un sentido de santidad.
- La comida como poder social: el poseer un estatus social alto da la libertad a los individuos de consumir grandes cantidades de alimentos, es por ello que se considera que las personas poderosas son aquellas que son bien alimentadas por los demás.

Para Ogden (2005) los significados individualizados de la comida están íntimamente ligados a la identidad de género y, concretamente, a la idea de ser mujer. En particular, la comida representa la sexualidad, los conflictos entre culpabilidad y placer, comer y negación, y una expresión de autocontrol.

2.5.2. Factores predisponentes familiares.

Predisponer significa “preparar con anticipación una cosa o el ánimo para un fin” (Costin; 2003: 52). Con esta definición se entiende que los factores predisponentes son aquellos elementos del contexto cultural y las características individuales que preparan a la persona para poder controlar el peso corporal.

Rausch (1996) menciona que cuando algún miembro de la familia presenta un trastorno en la alimentación, todos los demás integrantes se ven involucrados, aunque éstos no tengan que ver con la aparición del trastorno. Asimismo, menciona que las relaciones en el núcleo familiar son distintas en personas con bulimia y anorexia.

Por una parte, las características que presentan las familias de mujeres con bulimia, según esta autora, son las siguientes:

- Los padres son exigentes.
- La madre tiene grandes expectativas de éxito tanto social como académico.
- La madre tiene problemas al tratar de imponer control a su hija.
- El padre demuestra depresión, rigidez, excesiva autodisciplina y distancia emocional.
- Los padres tienden a comparar a los hijos, de manera que crean un ambiente de rivalidad entre ellos.
- Existe un nivel de tensión elevado en la familia.
- Se genera bastante tensión entre los padres y la hija.

Por otra parte, según Rausch (1996), en las familias de las mujeres que padecen anorexia, dentro de la relación de la madre con la afectada, se crea una empatía, ya que ésta percibe de su progenitora cierta comprensión hacia sus sentimientos y emociones, mientras que al padre se le percibe menos empático.

2.5.3. Factores socioculturales.

En la actualidad existe una fuerte presión hacia la sociedad por lograr la delgadez: se hace énfasis en que las personas delgadas son más queridas, obtienen mayores logros y en general son más felices, lo que lleva a los integrantes de la sociedad querer lograr esa imagen a costa de lo que sea.

En ese sentido. “los medios prometen a las mujeres de figura esbelta y bajo peso una vida sofisticada, de gran aceptación social y éxito” (Costin; 2003: 58). Las revistas y medios de comunicación, con la finalidad de obtener mayores ventas, engañan a las personas presentando novedosas formas de bajar peso, mismas que son un engaño.

Costin (2003) menciona que el contexto sociocultural sobrevalora la delgadez, identificando a la gordura como algo negativo el referirse a un cuerpo ideal o espectacular; en realidad, no va relacionado con los aspectos de salud o bienestar, sino con la moda de ese momento.

Así, se ha creado la idea de que a mayor delgadez, mayor belleza existe en la persona, así que una persona gorda no entra en los estándares de belleza y por lo tanto, es discriminada.

“La sociedad comunica claramente que el papel más importante de la mujer es que sea atractiva físicamente, y los medios perpetúan y refuerzan esta idea

sugiriendo que la totalidad de la mujer se expresa a través de la imagen corporal” (Costin; 2003: 61).

Además, dentro de la sociedad existe una gran presión, sobre todo para el género femenino, ya que, se le impone la idea de ser “supermujer”, lo que conlleva con esto la idea de estar delgada, tener una gran familia, un buen trabajo, entre otros aspectos.

De acuerdo con Costin (2003), una supermujer es aquella que tiene un cuerpo perfecto, grandes logros laborales, un matrimonio admirable, además de ser una perfecta madre, sin perder el control emocional sobre sí misma, con logros visibles, además ser perfeccionista.

Ante la imposibilidad de lograr todos los aspectos necesarios para ser una supermujer, se genera un alto nivel de inseguridad y culpa en la persona, y a pesar de tener muchos recursos valiosos, no los toma en cuenta, lo que la lleva a pensar que si logra el peso ideal y mantiene una figura delgada, esto será el camino para lograr todo lo demás.

Costin (2003) menciona los prejuicios más comunes contra la obesidad, los cuales generan mayor rechazo de las personas ante la idea de engordar o ganar. Dichas nociones arbitrarias son:

- Los obesos son así porque comen más.

- Los obesos tienen más problemas psicológicos que los no obesos.
- La obesidad se asocia con un incremento de la mortalidad, lo que es totalmente falso, ya que el índice de mortalidad mayor se presenta en mujeres de bajo peso.
- Los tratamientos con dietas prolongadas son satisfactorios.

Se debe tener especial cuidado con los medios de comunicación, ya que saturan de información a las personas acerca de los beneficios de la delgadez, ante esto, los adolescentes se encuentran mayormente vulnerables, es por ello que se encuentra en ellos un alto porcentaje de trastornos alimenticios cuando intentan alcanzar la figura ideal.

2.6. Percepción del cuerpo en el trastorno alimenticio.

La persona que presenta algún trastorno de alimentación, llámese anorexia o bulimia, desarrolla una distorsión en la percepción de su cuerpo, ya que lo ve más voluminoso de lo que en realidad es. Los factores que influyen en la distorsión que se genera en la figura corporal, de acuerdo con Ogden (2005), son los siguientes:

- La insatisfacción corporal, aclarando que por imagen corporal se entiende a la forma mental que se crea del cuerpo propio. La insatisfacción se crea ante una estimación deformada del tamaño corporal y una percepción de que el cuerpo es más voluminoso de lo que es en realidad.

- Las comparaciones que se realizan entre las percepciones de la realidad y las de un ideal, generan en el sujeto inconformidad corporal.
- Sentimientos y cogniciones negativas acerca del cuerpo: las personas que padecen algún trastorno de alimentación, ya sea anorexia o bulimia, manifiestan una mayor insatisfacción corporal, al igual que las que presentan regímenes alimentarios, de igual modo las mujeres presentan mayor insatisfacción corporal que los hombres.

De acuerdo con Jarne y Talarn (2000), existen dos aspectos básicos que componen la imagen corporal: el primero de ellos es el cognitivo, que se enfoca a la manera en que la persona percibe su propio cuerpo; en el caso de las personas con trastornos de alimentación, es la poca exactitud con la cual la estiman sus dimensiones corporales. Por otro lado está el componente emocional, que representa los sentimientos que provocan la percepción del cuerpo, y que en individuos con trastornos alimenticios se generan pensamientos y actitudes de gran insatisfacción hacia el propio cuerpo.

Los factores sociales que propician la insatisfacción corporal en el individuo son principalmente los medios de comunicación, ya que bombardean a las personas con imágenes de cuerpos delgados, de esa manera dan el mensaje acerca de que la delgadez es sinónimo de belleza y éxito; por otro lado, está la cultura, que muestra cómo se debe ser, y al no cumplir la persona las expectativas sociales, se presenta la inseguridad; por último, la familia influye al realizar críticas.

Por otra parte se encuentran los factores psicológicos, que se conforman por las creencias de las personas acerca de la delgadez. En este sentido, el control constituye un medio para explicar cómo se traducen las influencias sociales: cada persona introyecta el control social: no es lo que dicen los medios, sino lo que se dice uno mismo.

2.7. Factores que mantienen los trastornos alimenticios.

Las dietas a las que se someten las personas son procedimientos poco adecuados, ya que, por la persistencia de lograr el peso ideal, existe mala alimentación y esto conlleva complicaciones de orden fisiológico, psicológico, cognitivo y social para la persona.

De acuerdo con las alteraciones de orden psicológico, se presentan crisis anímicas, lo que deriva en cambios en el estado de ánimo.

Las alteraciones de orden cognitivo en la persona se presentan como falta de concentración, falta de comprensión y dificultades en el estado de alerta, debido a que el sistema nervioso central necesita satisfacer las necesidades primarias, y al no ser así, no puede concentrarse en otros aspectos.

Las alteraciones de orden social que presentan las personas son: aislamiento e incomodidad en la interacción con otros. Los problemas que inicialmente son de orden personal, se van generalizando.

Por último, las consecuencias de orden fisiológico a las que se enfrenta la persona son: cefaleas, hipersensibilidad a la luz y a los ruidos, molestias gastrointestinales, problemas de visión y auditivos, adormecimiento de miembros, calambres, pérdida de cabello, enlentecimiento metabólico y poca tolerancia a los cambios de temperatura.

“No es de sorprender que la respuesta del cuerpo a una restricción calórica tan severa sea un enlentecimiento general de todas las funciones corporales” (Costin; 2003: 101). En este sentido, cuando la ingesta es menor a la necesaria para el funcionamiento general del organismo, el cuerpo va a quemar menos calorías y se detiene la baja de peso.

La privación alimenticia es formadora de hábitos, ya que las personas sometidas a una restricción alimentaria severa desarrollan modos de vincularse con la comida y hábitos de los cuales es muy difícil escapar. La comida se vuelve una obsesión que enferma.

2.8. Trastornos mentales asociados a los trastornos alimenticios.

Los trastornos alimenticios son problemas multidimensionales, las presentaciones clínicas son, en la mayoría de los casos complejas, los síntomas de varios cuadros se superponen, complicando las decisiones diagnósticas y terapéuticas.

Para Kirschman y Salgueiro (2002) la comorbilidad se define como la presencia de dos o más trastornos o condiciones médicas, que aparecen además del trastorno primario.

De acuerdo con el criterio mencionado anteriormente, existen varios tipos de trastornos que se encuentran asociados a las perturbaciones de alimentación, más específicamente a la anorexia nerviosa, entre ellos se encuentran: la depresión, los trastornos obsesivo-compulsivos, la distimia y la ansiedad social, mientras que en el tipo bulímico está el abuso de sustancias. Dentro del capítulo sólo se desarrollan de manera precisa los trastornos de depresión y ansiedad.

La serotonina se identifica como un neurotransmisor que representa gran importancia en la vida del individuo, ya que se considera que esta sustancia funciona como un inhibidor general de la respuesta conductual y un modulador de la conducta motriz.

“La serotonina es un neurotransmisor que tiene un papel muy importante en el control de las emociones. Controla la respuesta sexual, el autocontrol, el humor, los patrones de sueño, depresión, ansiedad y sensación de hambre. Los desequilibrios serotoninérgicos están asociados con la presión clínica y la ansiedad, dos enfermedades que a menudo sufren los pacientes con anorexia” (Ayela; 2009: 56).

La serotonina se vincula con distintos síntomas, como lo son: las variaciones del estado anímico, suicidio, problemas alimentarios, impulsividad y violencia, rasgos de ansiedad y evitación, así como rasgos obsesivo-compulsivos.

El rol de la serotonina puede ser importante en las conductas sociales que involucran agresión y ansiedad. Una alteración sináptica de las vías centrales serotoninérgicas podría explicar los concurrentes periodos de atracón, impulsividad y depresión en pacientes con patrones alimentarios.

2.8.1. Trastornos alimenticios y depresión.

Hace un siglo se pensaba que la anorexia nerviosa se vinculaba con la melancolía en la pubertad, que se generaba a partir del intento para la solución del conflicto adolescente.

Varios estudios demuestran que la bulimia se encuentra relacionada estrechamente con la depresión y que es muy probable que el trastorno depresivo se encuentre escondido en el síndrome bulímico.

De acuerdo con lo anterior, en 1977, Cantwell y otros (citados por Kirzsmán y Salgueiro; 2002) llevaron a cabo una investigación en la que realizaron entrevistas a 26 padres de mujeres anoréxicas, con base en criterios diagnósticos para la búsqueda de trastornos afectivos. Los resultados arrojados a partir de la investigación fueron que el 58% de las madres y el 8% de los padres de la población

tomada, cumplieron con los criterios de trastornos afectivos, y aunado a esto hubo madres que se suicidaron.

A partir de las investigaciones se concluye que el estado de malnutrición y las inadecuadas prácticas de alimentación presentes en personas que padecen trastornos alimentarios, tienen como consecuencia en ellas: disforia de la libido, irritabilidad, pérdida de peso, trastornos de sueño, disminución en la capacidad de atención y concentración, aislamiento social y rasgos básicos que definen el síndrome depresivo.

2.8.2. Trastornos alimenticios y ansiedad.

Para Kirszman y Salgueiro (2002), la ansiedad social relacionada con el físico se presenta mediante altos índices de insatisfacción corporal y preocupación excesiva, vinculados con las condiciones del cuerpo y del peso corporal.

En 1998, Frederick y otros (citados por Kirszman y Salgueiro; 2002) concluyen que la ansiedad social vinculada al físico podría estar relacionada con trastornos de personalidad asociados a los trastornos alimentarios e influida por conductas de inhibición social y patrones de conducta alimentaria alterados.

Kirszman y Salgueiro (2002) aseguran que el acto del vómito en la bulimia, tiene como objetivo recudir la ansiedad que se presenta en la persona ante el consumo de alimentos prohibidos.

A partir de lo anterior, las autoras mencionadas proponen conceptualizaciones y teorías respecto a los efectos de la ansiedad en las conductas alimentarias, dichos planteamientos se presentan a continuación.

- Como primera instancia se menciona la teoría de la restricción, que se basa principalmente en los patrones alimentarios inusuales, en donde se presentan conductas ambivalentes que son el deseo de comer y el querer hacer dieta, por lo que el ingerir un alimento prohibido ocasiona en la persona un estado de estrés.
- Por otro lado está el modelo de los límites, que se refiere básicamente a que el estrés ocasiona un cambio importante en la persona, que la lleva de un estado de hambre hacia uno de indiferencia ante la comida, por lo que este modelo es propio de personas que presentan hambre y no en aquellos que se encuentran en la zona de indiferencia.
- Las teorías funcionales mencionan que el consumo de alimentos proporciona comodidad al dietante usual o a individuos obesos, quienes generalmente hacen uso de las dietas, ya que el comer puede servir como una escapatoria o una distracción ante los problemas o preocupaciones de la persona.
- Por último, está la teoría de la ligadura a los estímulos externos, la cual expresa que el comer se encuentra inducido por la ansiedad que presentan las personas, la cual genera individuos con sobrepeso y, por extensión, dietantes más externamente orientados y respondientes a signos ambientales.

Los comedores restrictivos desarrollan patrones alimentarios inusuales como resultado del estrés crónico que produce el excesivo autocontrol. De igual modo, el estrés produce fisiológicamente una inhibición de las contracciones gástricas y la elevación de la glucosa en la sangre, lo cual suprime el hambre.

2.9. Tratamiento de los trastornos alimenticios.

Para el tratamiento de los trastornos alimenticios existen diversos enfoques bajo los cuales se desarrollan variadas modalidades terapéuticas, “todas ellas aleatorias en cuanto a los resultados a corto plazo, pueden y deben ser examinadas ya sucesivamente, ya simultáneamente. Ninguna de ellas merece, a nuestros ojos, el calificativo de prevalencia beneficiosa” (Ajuriaguerra; 1973: 198)

Jarne y Talam (2000), mencionan diferentes formas de tratamiento para la anorexia y la bulimia, los cuales son:

En el caso de la anorexia, se enfoca primordialmente a lograr una estabilidad en cuanto al peso corporal, normalizando las conductas alimentarias, seguido de una resolución en cuanto a los problemas psicológicos, familiares y sociales que se generan como consecuencia de la anorexia nerviosa. Los tratamientos identificados son:

- La recuperación ponderal, enfocada básicamente a la rehabilitación nutricional y la normalización dietética.

- El tratamiento dietético, el cual inicia con una dieta normal, que va aumentando progresivamente en cuanto a la cantidad de calorías.
- El tratamiento psicológico, por otra parte, muestra poca efectividad en las fases más graves de la enfermedad, es por ello que primero se deben controlar cuestiones de estabilidad corporal en cuanto al peso y nutrición.
- El tratamiento farmacológico se utiliza como auxiliar en el las técnicas psicológicas. Este procedimiento se emplea para la detener la inhibición del apetito y contra síntomas depresivos, entre otros.
- La terapia familiar, que se ha ido involucrando en el tratamiento de los trastornos alimenticios, ya que en un principio no se tomaba en cuenta.
- La planificación del tratamiento es importante, ya que para el tratamiento de los trastornos alimenticios se debe tener un plan de trabajo bien estructurado, en donde se incluyan las tres áreas de intervención: el peso, la figura y las cogniciones.
- El tratamiento de hospitalización cobra importancia en personas que debido al trastorno, han perdido del 25 al 30% del peso correspondiente en aquel momento según la edad y la altura, estos individuos están obligados a ser hospitalizados.
- Al mismo tiempo, existen indicaciones de hospitalización, las cuales comprenden complicaciones físicas y psíquicas, crisis de las relaciones familiares, mala respuesta al tratamiento ambulatorio y tratamiento en hospitales de día.

Ahora bien, respecto al tratamiento de la bulimia nerviosa, Jarne y Talarn (2000) mencionan que el objetivo consiste en restablecer unas pautas nutricionales normales, la recuperación física, normalización del estado mental, restablecer unas relaciones familiares adecuadas y corregir las pautas alteradas de interacción social.

Por otro lado, Rausch (1996) menciona distintas alternativas de tratamiento para las personas con trastornos alimenticios, los cuales son:

- 1) La terapia conductual, que se basa en el control de un comportamiento observable a través de los estímulos que le preceden o le siguen.
- 2) El modelo cognitivo conductual, el cual relaciona pensamiento, emoción y comportamiento manifiesto ante la problemática, y básicamente se enfoca en hacer que el paciente examine la validez de sus creencias en el presente.
- 3) Otra alternativa es el modelo sistémico, desarrollado por Minuchin y colaboradores, quienes proponen la terapia familiar estructural para el tratamiento de la anorexia nerviosa; el objetivo es modificar la estructura familiar disfuncional que organiza las transacciones de sus miembros, permitiendo el desarrollo de cada uno de ellos.
- 4) El tratamiento farmacológico tiene como objetivo el producir aumento de peso en los pacientes a través de medicamentos estimulantes del apetito. Pero el uso de fármacos en el tratamiento de la anorexia nerviosa presenta pocos efectos benéficos, por lo que su uso es limitado.
- 5) La terapia familiar, finalmente, tiene como objetivo integrarla en un sistema biopsicosocial y que su funcionamiento pueda evaluarse de acuerdo con los

objetivos en común, el cumplimiento de ellos será de acuerdo con las interacciones entre los mismos miembros, ya que los comportamientos resultan mutuamente afectados en una cadena de circularidad causal.

Ya mencionadas las diversas técnicas utilizadas para el tratamiento de los trastornos de alimentación, es importante conocerlas minuciosamente, para aplicarlas de manera adecuada de acuerdo con las particularidades de la persona a tratar, llevando un control detallado acerca del tratamiento y los resultados.

De esta manera concluye el capítulo dedicado a los trastornos alimentarios y en consecuencia, el marco teórico del presente estudio. En el próximo capítulo se exponen, por otra parte, los pormenores metodológicos que permitieron el cumplimiento de los objetivos inicialmente planteados.

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

A continuación se describe y sustentan teóricamente el enfoque y proceso utilizado paso a paso para el desarrollo de la presente investigación, elegidos debido a la conveniencia para alcanzar los objetivos planteados al inicio de la misma.

Adicionalmente se presenta el análisis y la interpretación de los resultados obtenidos en la medición de las variables.

3.1. Descripción metodológica.

En este apartado se presentan los detalles que componen la caracterización metodológica del presente estudio, incluyendo el enfoque, el tipo de investigación, el diseño, el alcance del estudio y las técnicas de recolección de datos.

3.1.1. Enfoque cuantitativo.

La presente investigación estuvo basada en un enfoque cuantitativo, descrito por Hernández y cols. (2010) como aquél que se basa en la recolección de datos para comprobar las hipótesis, con base en la comprobación numérica y la estadística, para con ello establecer esquemas de comportamiento y probar teorías.

Es un método secuencial, por lo que el procedimiento se debe desarrollar paso a paso para llegar a un adecuado resultado.

Asimismo, Hernández y cols. (2010) mencionan que en el enfoque cuantitativo el investigador realiza una serie de pasos, los cuales son:

- Lleva a cabo un planteamiento de problema de estudio delimitado y concreto, diseñando preguntas de investigación específicas.
- Al haber planteado el problema de estudio, lleva a cabo la revisión de la literatura para conocer lo que se ha investigado anteriormente y construir un marco teórico, esto lo lleva a plantear varias hipótesis.
- Las hipótesis planteadas se realizan antes de la recolección y análisis de los datos, debido a que sólo son suposiciones.
- Después se lleva a cabo la recolección de datos, mediante procedimientos estandarizados, con el objetivo de realizar una medición de las variables planteadas al inicio.
- Al finalizar la recolección de datos, se lleva a cabo su análisis a partir de métodos estadísticos, para mantener un máximo control sobre la investigación sin posibilidad de tener errores.
- Al haber analizado los datos arrojados por la población de estudio, el investigador acepta o rechaza las hipótesis planteadas, evitando anteponer sus creencias para lograr que la investigación sea lo más objetiva posible.

Se decidió utilizar la orientación cuantitativa en la investigación para fundamentar sólidamente las hipótesis establecidas a través de la recolección de datos, tomando en cuenta valores numéricos. Por lo tanto, no se realizó una descripción detallada de las características de cada sujeto, sino se llevó a cabo mediante una clasificación de resultados, estudiando las variables individuales para después analizar la relación que se da entre ellas.

3.1.2. Investigación no experimental.

La presente investigación se realizó de forma no experimental, debido a que sólo se buscaba llevar a cabo un registro de la información que se presentaba en la población sin manipular ninguna variable.

De acuerdo con Hernández y cols. (2010), la investigación de tipo no experimental se efectúa cuando el investigador no manipula las variables a estudiar, debido a que no tiene control sobre las mismas, solamente se dedica a observar los fenómenos tal como se presentan.

Asimismo, Mertens (citado por Hernández y cols.; 2010) señala que este tipo de investigación se debe utilizar cuando las variables a estudiar no pueden o no deben ser manipuladas. Lo anterior demuestra el por qué fue necesario que la investigación se llevara a cabo de manera no experimental.

3.1.3. Extensión transversal.

Las investigaciones realizadas de modo transversal persiguen objetivos claros, ya que de acuerdo con Hernández y cols. (2010) pretenden: a) analizar el nivel de estado o presencia de una o más variables en un momento determinado; b) evaluar una situación, comunidad, evento, fenómeno o contexto en un tiempo específico y c) especificar la relación que existe entre un conjunto de variables en un momento.

Esta investigación es de tipo transversal, debido a que coincide con el criterio de Hernández y cols. (2010), quienes mencionan que la recolección de datos se realiza en un solo momento, con el objetivo de describir las variables realizando un análisis de las mismas para conocer su incidencia e interrelación en un momento dado.

Asimismo, los autores citados mencionan que este tipo de estudio se divide en tres: exploratorios, descriptivos y correlacionales-causales, especificando que en esta investigación se trabajó con el estudio correlacional, mismo que será descrito en el siguiente apartado.

3.1.4. Alcance correlacional.

En la presente investigación se decidió trabajar con el estudio correlacional, debido a que sólo se analiza la relación que existe entre las variables planteadas y no tanto si una es causante de la otra.

De acuerdo con Hernández y cols. (2010), este tipo de estudios se lleva a cabo con el objetivo de conocer la relación que existe entre dos o más variables, midiendo cada una de ellas para después cuantificar y analizar la relación que mantienen.

Asimismo, Hernández y cols. (2010) mencionan que pueden presentarse dos tipos de correspondencia: la primera de ellas es una correlación positiva, en la cual se muestra que valores elevados en una variable implican valores altos en la otra, mientras que la segunda, que es la correlación negativa, muestra que altos valores en una variable implican bajos en la otra.

Los estudios correlacionales evalúan, con la mayor exactitud posible, el grado de vinculación entre dos o más variables.

La investigación de tipo correlacional genera parcialmente un valor explicativo, ya que al momento de conocer que dos o más variables se relacionan aporta cierta información causal. Así, mientras mayor sea el número de variables que presenten relación, más completa será la explicación (Hernández y cols.; 2010).

3.1.5. Técnicas de recolección de datos.

Para la presente investigación, se tomaron en cuenta técnicas estandarizadas para medir las variables de estudio. Dichas pruebas o instrumentos presentan

características específicas, creadas cuidadosamente por diversos investigadores, para lograr la medición de diversas variables y arrojar datos exactos.

Los instrumentos utilizados se conocen como estandarizados, ya que “poseen uniformidad en las instrucciones para administrarse y calificarse, así como ciclos específicos de desarrollo y reconfirmación” (Hernández y cols.; 2010: 385).

A continuación se describen los instrumentos utilizados para el estudio de la población elegida.

Para llevar a cabo la medición de la variable independiente, el estrés, se utilizó la prueba psicológica denominada Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños-Revisada (CMAS-R), creada por los autores Reynolds y Richmond (2010).

La prueba CMAS-R, subtitulada “Lo que pienso y siento”, es un instrumento de autoaplicación, consta de 37 reactivos, mismos que pretenden medir el nivel y naturaleza de la ansiedad en niños y adolescentes de seis a 19 años de edad. Es un instrumento que puede ser aplicado de manera individual o colectiva. El sujeto debe responder a los cuestionamientos encerrando en un círculo la respuesta “Sí” o “No”, de acuerdo con sus sentimientos y acciones.

Con el objetivo de proporcionar mayor introspección clínica en las respuestas del individuo, la CMAS-R brinda cuatro puntuaciones, las cuales se representan como: 1) Puntuación total: indica la ansiedad que presenta el individuo; 2) Ansiedad

fisiológica; 3) Inquietud/Hipersensibilidad; 4) Preocupaciones Sociales/ Concentración, adicionalmente incluye un apartado que mide el grado de mentira. Las puntuaciones elevadas en las subescalas representan un alto nivel de ansiedad o mentira.

El test muestra confiabilidad, debido a que al calcular en ella el coeficiente Alfa de Cronbach, mostró un valor de 0.76.

Asimismo, de acuerdo con la validez del test se observó una correlación de 69 entre la Ansiedad Total de la CMAS-R y la puntuación Rasgo del Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo de Spielberger.

Esto se menciona debido a que la ansiedad es el principal indicador de la presencia de estrés.

Ahora bien, para la medición de la variable Trastornos Alimentarios se utilizó la prueba Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2). El autor de la misma es David M. Gardner (1998).

La prueba mencionada se utiliza para evaluar los síntomas que generalmente acompañan a la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. El instrumento está diseñado para que sea de fácil aplicación, y pueda realizarse de manera individual o colectiva. La prueba no maneja tiempo limitado para su respuesta, pero la duración oscila entre los 20 y 30 minutos.

El instrumento consta de 91 reactivos, los cuales evalúan 11 escalas, tales como: obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva, miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad e inseguridad social.

Cada uno de los reactivos se contestan en una escala de seis puntos, donde las opciones de respuesta son: “Nunca”, “Pocas veces”, “A veces”, “A menudo”, “Casi siempre” y “Siempre”. La confiabilidad del instrumento fue obtenida a través de un coeficiente de consistencia interna, llamado Alfa de Cronbach, mediante el cual se alcanzó un puntaje de 0.80.

Ahora bien, para obtener la validez de la prueba se llevaron a cabo cuatro procedimientos: validez de contenido, validez de criterio, validez concurrente y validez de constructo, de los cuales se obtuvieron puntajes y resultados satisfactorios, logrando con ello la validez total del instrumento.

3.2. Población y muestra.

Para Olivé y Pérez (2006), la población es la totalidad de individuos que presentan ciertas especificaciones en común.

Asimismo, para obtener la población de estudio se realizaron pasos concretos, con el objetivo de obtener la población deseada para llevar a cabo el proceso, los cuales se muestran en el siguiente subapartado.

3.2.3. Delimitación y descripción de la población.

La delimitación de la población se lleva a cabo con el objetivo de obtener un grupo de personas sobre las cuales se llevará a cabo el estudio, la selección se realiza a partir de los objetivos planteados al inicio de la investigación, ya que en función de dicho grupo se generalizan los resultados (Hernández y cols.; 2010).

La presente investigación se llevó a cabo en la Escuela Secundaria Federal Urbana (ESFU) número 4, que se encuentra ubicada en la calle Plan de Ayala s/n de la colonia Emiliano Zapata, en la ciudad de Uruapan, Michoacán.

La población estudiantil de la misma está organizada en los 3 grados de secundaria, por cada uno hay cinco grupos; en total en dicho turno se cuenta con 549 alumnos: 260 hombres y 289 mujeres. Su rango de edad va desde los 11 hasta los 16 años de edad.

3.2.4. Proceso de selección de la muestra.

Al no poder trabajar con la totalidad de la población, se realiza una selección de una cantidad específica de elementos de estudio, lo que se denomina muestra de estudio. Hernández y cols. (2010), mencionan que la muestra es un subgrupo de la población.

Se tomó como base la muestra no probabilística. Hernández y Cols. (2010) mencionan que en este caso, los sujetos de investigación no son elegidos al azar sino por causas relacionadas con las características de la investigación o del investigador. A partir de este tipo de muestras no se predice ni se busca la generalización de los resultados, pero se tiene una aproximación objetiva del fenómeno estudiado.

A partir de la población de la Escuela Secundaria Federal Urbana “ESFU 4” se tomó una muestra de 100 alumnos, los cuales tercer grado con un rango de edad de los 13 a 16 años de edad.

3.3. Descripción del proceso de investigación.

Dentro de este apartado se describe la manera específica del proceso seguido durante toda la indagación para su mejor comprensión.

Para comenzar la presente investigación, primero se seleccionaron las variables con las cuales se trabajaría: los trastornos alimenticios y el estrés. A partir de ello se realizó el fundamento teórico que sustenta la investigación, el cual consta de dos capítulos teóricos, cada uno referido a una variable.

Se realizó una selección de la muestra, la cual sería el grupo de estudio. Para trabajar con los sujetos de estudio, en primera instancia se tuvo que hablar con el director de la ESFU 4, para que aprobara la aplicación de las pruebas a los alumnos,

quién accedió de forma amable. La aplicación de los instrumentos se realizó de manera colectiva y oral, iniciando con la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños – Revisada (CMAS-R) y después de procedió a la aplicación del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2).

Una vez obtenidos los datos de la muestra, se continuó con la interpretación de los mismos de manera individual, para ello fueron vaciados a una tabla de datos del programa Microsoft Excel.

Terminado el proceso anterior, se inició el trabajo estadístico, en el cual se calcularon las medidas de tendencia central, además de la desviación estándar. A partir de los resultados anteriores se procedió a calcular los puntajes altos de cada una de las pruebas. Finalmente se calcularon los coeficientes de correlación y la varianza de factores comunes, que permitiría conocer el porcentaje de relación entre las variables. Esto se hizo con cada una de las escalas de los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en relación con el estrés.

El proceso, tal como se menciona en líneas anteriores, llevó una secuencia sistematizada, esto es, primeramente se realizó el muestreo y en segundo lugar se aplicó el instrumento psicométrico para posteriormente realizar la operacionalización de las variables con los resultados obtenidos. Finalmente se realizó al análisis y la interpretación de los resultados estadísticos, que se presentan a continuación.

3.4. Análisis e interpretación de resultados.

Dentro de éste apartado se observan los resultados obtenidos a partir de la aplicación de los instrumentos elegidos, para comprobar el cumplimiento de los objetivos planteados al inicio del estudio y por consiguiente, dar respuesta a la pregunta central de investigación.

Con el objetivo de organizar y hacer más fácil el análisis, esta sección esta dividida en categorías de análisis que corresponden a cada una de las variables seleccionadas para la investigación y la correlación que existe entre ambas.

3.4.1. El estrés.

Lazarus y Lazarus (2000) definen el estrés como una exigencia que tiene el entorno en aspectos biológicos, sociales o psicológicos del individuo.

Se afirma que “el estrés denomina la respuesta psíquica que se manifiesta por pensamientos, emociones y acciones ante la situación de amenaza, y que se expresa a través de comportamientos como estados de perplejidad, de ansiedad, de humor o agresión” (Orlandini; 1999: 10).

Respecto a los resultados obtenidos a partir de la aplicación de la prueba CMAS-R, la media en el nivel de Ansiedad Total fue de 73. La media, es la suma de un conjunto de datos dividida entre el número de medidas (Hernández y cols.; 2010).

De igual modo se obtuvo la mediana, que es una medida de tendencia central, la cual se define como el valor medio de un conjunto de valores ordenados: el punto abajo y arriba del cual cae un número igual de medidas (Hernández y cols.; 2010). Este valor fue de 79.

De acuerdo son los mismos autores, la moda es la medida que muestra el valor ocurrido con mayor frecuencia en un conjunto de observaciones. En cuanto a esta escala, la moda fue de 96.

También se obtuvo el valor de una medida de dispersión, específicamente de la desviación estándar, la cual muestra la raíz cuadrada de la suma de las desviaciones al cuadrado de una población dividida entre el total de observaciones (Hernández y cols.; 2010). El valor obtenido en la escala de Ansiedad Total es de 22.

Particularmente se obtuvo el puntaje de la subescala de Ansiedad fisiológica, encontrando una media de 77, una mediana de 82 y una moda representativa de 99. La desviación estándar fue de 21.

Asimismo, en la escala de Inquietud/Hipersensibilidad se encontró una media de 73, una mediana de 75 y una moda de 75. La desviación estándar fue de 21.

Por último, en la escala de Preocupaciones Sociales/Concentración se obtuvo una media de 56, una mediana de 58 y una moda de 59. La desviación estándar fue de 26.

En el anexo 1 quedan demostrados gráficamente los resultados de la media aritmética de cada una de las subescalas mencionadas anteriormente.

A partir de los resultados estadísticos obtenidos mediante la aplicación del instrumento, se puede interpretar que el nivel de estrés de los sujetos evaluados se encuentra por arriba de los parámetros normales. Se enuncia lo anterior en función a los percentiles obtenidos, ya que en puntajes percentilares se considera un rango normal de 30 a 70.

Respecto a la desviación estándar se obtuvo un percentil de 22, lo que indica que los sujetos presentan niveles de ansiedad dispersos, de acuerdo con los resultados arrojados por la escala. Para fines de la presente investigación se considerará que hay dispersión en los valores cuando la desviación estándar sea de 20 o más.

Con el fin de mostrar un análisis más detallado, a continuación se presentan los puntajes de los sujetos que obtuvieron puntajes altos en cada subescala, es decir, puntajes por arriba del percentil 70.

En la escala de Ansiedad Total, el 61% de los sujetos se ubican por arriba del percentil 70; en la subescala de Ansiedad Fisiológica el porcentaje de sujetos es de

67%; mientras que en la subescala de Inquietud/Hipersensibilidad es de 64%; el porcentaje de sujetos con percentiles superiores a 70 en la subescala Preocupaciones Sociales/Concentración es de 35%. Estos resultados se aprecian de manera gráfica en el anexo 2.

Los resultados mencionados anteriormente son preocupantes, lo que sugiere llevar a cabo un programa de intervención psicológica con los sujetos de la investigación.

3.4.2. Los trastornos alimentarios.

Los trastornos alimenticios son “una alteración persistente del comer o de conductas relacionadas con el comer, que se traducen en una alteración en el consumo, o absorción, de los alimentos y que alteran en forma significativa la salud física o el funcionamiento psicosocial” (Albala y cols.; 2000: 257).

Mediante la aplicación del instrumento EDI-2, se obtuvieron datos relevantes de acuerdo con cada una de las subescalas predeterminadas en la prueba. Los puntajes, traducidos a percentiles, se presentan a continuación.

En la escala de obsesión por la delgadez se obtuvo una media de 57, una mediana de 58, una moda de 32 y una desviación estándar de 25.

Asimismo, en la escala de bulimia se obtuvo una media de 68, una mediana de 69, una moda de 41 y una desviación estándar de 20.

Por otra parte, en la escala de insatisfacción corporal se obtuvo una media de 56, una mediana de 56, una moda de 56 y una desviación estándar de 23.

Por otro lado, en la escala de ineficacia se obtuvo una media de 59, una mediana de 55, una moda de 44 y una desviación estándar de 26.

En la escala de perfeccionismo se identificó una media de 67, una mediana de 69, una moda de 68 y una desviación estándar de 26.

De igual manera, en la escala de desconfianza interpersonal se obtuvo una media de 63, una mediana de 66, una moda de 82 y una desviación estándar de 26.

En la escala de conciencia introceptiva se determinó una media de 58, una mediana de 57, una moda de 39 y una desviación estándar de 26.

De acuerdo con los datos arrojados en la escala de miedo a la madurez, se calculó una media de 60, una mediana de 65, una moda de 65 y una desviación estándar de 26.

Asimismo, en la escala de ascetismo se determinó una media de 56, una mediana de 59, una moda de 40 y una desviación estándar de 26.

En la escala de impulsividad se estableció una media de 55, una mediana de 57, una moda de 14 y una desviación estándar de 30.

Por último, en la escala de inseguridad social se calculó una media de 66, una mediana de 66, una moda de 33 y una desviación estándar de 22.

En el anexo 3 quedan demostrados gráficamente los resultados de la media aritmética de cada una de las subescalas mencionadas anteriormente.

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

En la escala de obsesión por la delgadez, el 36% de sujetos se encuentra por arriba del percentil 70; en la escala de bulimia, el porcentaje fue de 48%; en la de insatisfacción corporal, el 30%; en la de ineficacia, el 36%; en la de perfeccionismo, el 47%; en la que respecta a la desconfianza interpersonal, 47%; en la de confianza introceptiva, 36%; respecto a la de miedo a la madurez, 39%; en la de ascetismo, 33%; en la de impulsividad, 37% y finalmente, en la escala de inseguridad social, el 43%. Estos datos se pueden observar gráficamente en el anexo 4.

En función de los datos anteriores se puede afirmar que los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en esta muestra, se encuentran dentro de los parámetros de normalidad. Sin embargo, algunas escalas muestran un número importante de alumnos con puntajes altos, lo que sugiere tener un seguimiento de estas situaciones en la población estudiada.

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

De acuerdo con la investigación realizada por Behar y Valdés, titulada “Estrés y trastornos de la conducta alimentaria” se llegó a la conclusión de que la exposición a situaciones vitales estresantes, incide de manera importante en los trastornos de la conducta alimentaria; los principales factores son los relacionados con la dinámica familiar. Esto indica que existen factores estresantes que intervienen en la presencia de trastornos alimenticios.

A continuación se describirá la relación que existe entre el estrés y los diversos factores asociados a los trastornos alimenticios en la población de estudio.

En la investigación realizada con los alumnos de la secundaria ESFU 4 se encontraron los siguientes resultados:

Entre el nivel de estrés y la escala de obsesión por la delgadez existe una correlación de 0.28, la cual se realizó con la prueba “r” de Pearson. Esto indica que la relación entre el estrés y la escala de obsesión por la delgadez puede ser

interpretada estadísticamente como una correlación positiva débil (Hernández y cols.; 2010).

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

El resultado de la varianza fue de 0.08, lo que indica que entre el estrés y la obsesión por la delgadez hay una relación de 8%. Para conocer si existe correlación significativa se debe considerar una varianza de factores comunes igual o mayor al 10%.

Con lo anterior se puede comprobar que no existe correlación significativa entre el estrés y la obsesión por la delgadez en los alumnos de la ESFU 4.

Entre el nivel de estrés y la escala de bulimia existe un coeficiente de 0.11, de acuerdo con la prueba “r” de Pearson, lo cual significa que entre estas variables existe una correlación positiva muy débil.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.01, lo que indica que entre el estrés y la bulimia hay una correlación de 1%, lo anterior indica que no existe correlación significativa entre las variables mencionadas.

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

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.07, lo que indica que entre en estrés y la insatisfacción corporal hay una correlación de 7%. Con lo anterior se corrobora que entre las variables mencionadas no existe una correlación significativa.

Entre el nivel de estrés y la escala de ineficacia existe un coeficiente de correlación de 0.43 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto denota que entre los rasgos mencionados existe una correlación positiva media.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.18, lo que indica que entre el estrés y la insatisfacción corporal hay una correlación de 18%. Con lo anterior se corrobora que entre las variables mencionadas sí existe una correlación significativa.

Entre el nivel de estrés y la escala de perfeccionismo existe un coeficiente de correlación de 0.11 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson, esto indica que entre los rasgos mencionados existe una correlación positiva muy débil.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.01, lo que indica que entre en estrés y la insatisfacción corporal hay una correlación de 1%. Con lo anterior

se corrobora que entre las variables mencionadas no existe una correlación significativa.

Entre el nivel de estrés y la escala de desconfianza interpersonal existe un coeficiente de correlación de 0.22 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson, esto permite inferir que entre los rasgos mencionados existe una correlación positiva débil.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.05, lo que señala que entre en estrés y la insatisfacción corporal hay una correlación de 5%. Con lo anterior se verifica que entre las variables mencionadas no existe una correlación significativa.

Entre el nivel de estrés y la escala de conciencia introceptiva existe un coeficiente de correlación de 0.52 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson, esto expresa que entre los rasgos mencionados existe una correlación positiva media.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.27, lo que indica que entre en estrés y la insatisfacción corporal hay una correlación de 27%. Con lo anterior se corrobora que entre las variables mencionadas sí existe una correlación significativa.

Entre el nivel de estrés y la escala de miedo a la madurez existe un coeficiente de correlación de 0.19 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson, lo cual denota que entre los rasgos mencionados existe una correlación positiva débil.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.04, lo que indica que entre en estrés y la insatisfacción corporal hay una correlación de 4%. Con lo anterior se corrobora que entre las variables mencionadas no existe una correlación significativa.

Entre el nivel de estrés y la escala de ascetismo se determinó un coeficiente de correlación de 0.35 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson, lo cual muestra que entre los rasgos mencionados hay una correlación positiva media.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.12, lo que indica que entre en estrés y la insatisfacción corporal hay una correlación de 12%. Con ello se establece que entre las variables mencionadas sí existe una correlación significativa.

Entre el nivel de estrés y la escala de impulsividad existe un coeficiente de correlación de 0.35 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson, esto indica que entre los rasgos mencionados existe una correlación positiva media.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.12, lo que indica que entre en estrés y la insatisfacción corporal hay una correlación de 12%. Con lo

anterior se comprueba que entre las variables mencionadas sí existe una correlación significativa.

Por último, entre el nivel de estrés y la escala de inseguridad social hay un coeficiente de correlación de 0.36 según la prueba “r” de Pearson, esto permite afirmar que entre los rasgos mencionados existe una correlación positiva media.

El índice de la varianza de factores comunes fue de 0.13, lo que expresa que entre en estrés y la insatisfacción corporal hay una correlación de 13%. Con lo anterior se reconoce que entre las variables mencionadas sí existe una correlación significativa.

En resumen, se confirmó que en cinco de las once escalas: ineficacia, conciencia introceptiva, ascetismo, impulsividad e inseguridad social, sí existe correlación significativa con el estrés; por otra parte, se confirmó que en las escalas de obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, desconfianza interpersonal y miedo a la madurez no hay relación significativa con el nivel de estrés.

CONCLUSIONES

Para finalizar la presente investigación, se expone la respuesta a la pregunta de investigación planteada al inicio, mediante la información surgida de la investigación documental y de campo, misma que se presentó procesada e interpretada en el apartado anterior.

El análisis de los resultados se obtuvo a partir de la resolución de los objetivos planteados al inicio de la investigación, y a través de ellos se da respuesta a la pregunta central de investigación, la cual inquiriere: ¿Qué relación existe entre los niveles de estrés y la presencia de trastornos alimenticios en los alumnos de la ESFU 4 de la ciudad de Uruapan, Michoacán?

La respuesta a esta pregunta es que existe una relación significativa entre el estrés y cinco de los indicadores psicológicos de trastornos alimentarios, sin embargo, no es así con los otros seis.

Respecto al cumplimiento de los objetivos de investigación, se efectuó como enseguida se indica.

El objetivo particular 1 se cumplió desde el inicio de la investigación, mediante el desarrollo de los antecedentes, al igual que el objetivo 4; sin embargo, ambos se profundizaron en el inicio de los capítulos 1 y 2, respectivamente.

A partir del marco teórico se concluyeron los objetivos particulares dos y tres, específicamente en el desarrollo del capítulo uno donde se habla del estrés. Asimismo los objetivos particulares cinco y seis se concluyeron mediante el desarrollo del capítulo 2 donde se habla de los trastornos alimenticios.

El objetivo particular 7, referido a la medición de estrés en alumnos de la ESFU 4, se alcanzó gracias a los resultados obtenidos mediante la aplicación del test psicológico CMAS-R. Asimismo, el objetivo 8, que hace referencia a la evaluación de los trastornos alimentarios, se cumplió de manera favorable a partir de la aplicación de la prueba psicológica EDI-2.

En el noveno y último objetivo particular se planteó determinar la correlación estadística entre el nivel de estrés y la presencia de factores asociados a los trastornos alimentarios en los sujetos de estudio, lo cual se logró a partir de tratamiento estadístico, específicamente, con la aplicación de fórmulas conocidas como “r” de Pearson y la varianza de factores comunes.

De acuerdo con el análisis de los resultados estadísticos, se corroboró la hipótesis nula, es decir, no existe una relación estadísticamente significativa entre el fenómeno estrés y los factores asociados a los trastornos alimenticios en la población estudiada, en las escalas de obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, desconfianza interpersonal y miedo a la madurez; sin embargo, en las escalas de ineficacia, conciencia introceptiva, ascetismo,

impulsividad e inseguridad social se corrobora la hipótesis de trabajo, la cual plantea la relación significativa entre las variables.

Es importante señalar adicionalmente que los índices de estrés en las diversas subescalas muestran niveles preocupantes, lo que genera la inquietud y la necesidad de llevar a cabo un programa de intervención psicológica con la población examinada.

BIBLIOGRAFÍA

- Ajuriaguerra, J. (1973)
Manual de psiquiatría infantil.
Editorial Masson. Barcelona.
- Albala, Cecilia; Kain, Juliana; Burrows, Raquel; Díaz, Erik. (2000)
Obesidad: Un desafío pendiente.
Editorial Universitaria A.C. Santiago de Chile.
- American Psychiatric Association (APA). (2002)
DSM IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.
Editorial Masson. Barcelona.
- Ayela Pastor, Ma. Rosario Trinidad. (2009)
Adolescentes: Trastornos de alimentación.
Editorial Club Universitario. España.
- Cascio Pirri, Andrés; Guillén Gestoso, Carlos (Coordinadores). (2010)
Psicología del trabajo.
Editorial Ariel. Barcelona.
- Castillo S., María Dolores; León E., María Teresa. (2005)
Trastornos del comportamiento alimentario: Anorexia y Bulimia nerviosa.
Editorial Formación Alcalá, S.L. España.
- Costin, Carolyn. (2003)
Anorexia, Bulimia y otros trastornos de la alimentación: diagnóstico, tratamiento y
prevención de los trastornos alimentarios.
Editorial Diana. México.
- Cungi, Charly. (2007)
Estrés bajo control.
Ediciones Larousse. México.
- Gardner, David M. (1998)
Inventario de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2).
TEA Ediciones. Madrid.
- Hernández Sampieri, Roberto; Fernández-Collado, Carlos; Baptista Lucio, Pilar.
(2010)
Metodología de la Investigación.
Editorial McGraw-Hill. México.

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

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

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

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

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

Olivé, León; Pérez Ransanz, Ana Rosa. (2006)
Metodología de la investigación.
Editorial Santillana, México.

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

Orlandini, Alberto. (1999)
El estrés: qué es y cómo evitarlo.
Fondo de Cultura Económica. México.

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

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

Reynolds, Cecil R.; Richmond, Bert O. (2010)
Escala de ansiedad manifiesta en niños (revisada) CMAS-R.
Editorial Manual Moderno. México.

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

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

Torres Castrejón, Indira Yasmín. (2011)
Relación existente entre los trastornos alimentarios y el estrés.
Tesis inédita de la Escuela de Psicología de la Universidad Don Vasco, A.C.
Uruapan, Michoacán, México.

MESOGRAFÍA

Barraza Macías, Arturo. (2005)

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

Revista Psicología Científica.com, 7(9).

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

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

“Estrés y trastornos de la conducta alimentaria”.

Revista Chilena de Neuro-psiquiatría.

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

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

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

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

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

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

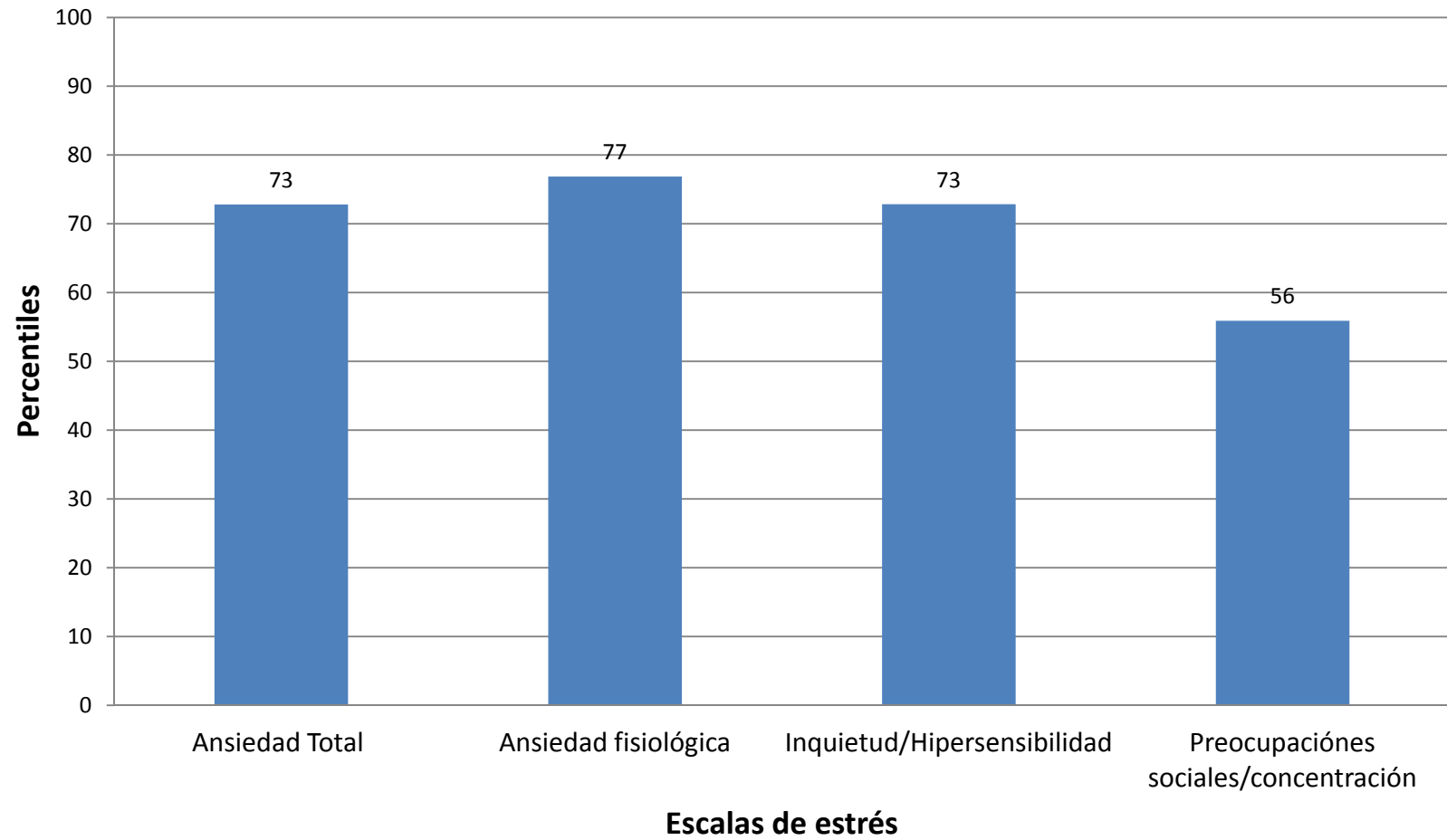
“Trastornos alimentarios en hombres y mujeres adolescentes deportistas y no deportistas pertenecientes al Servicio de Rehabilitación Ortopédica del Centro Nacional de Rehabilitación”.

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

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

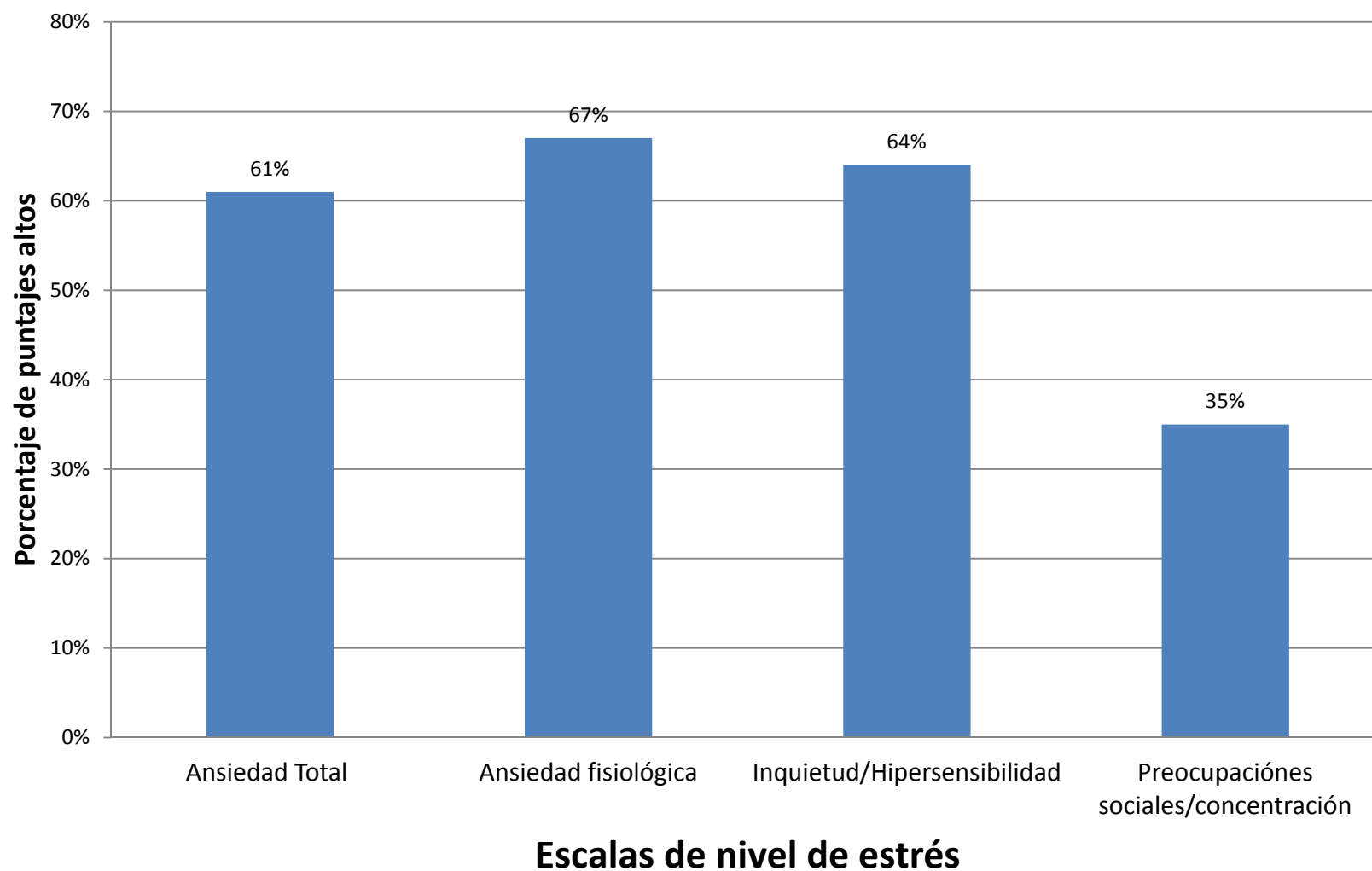
Anexo 1

Media aritmética de las escalas de estrés



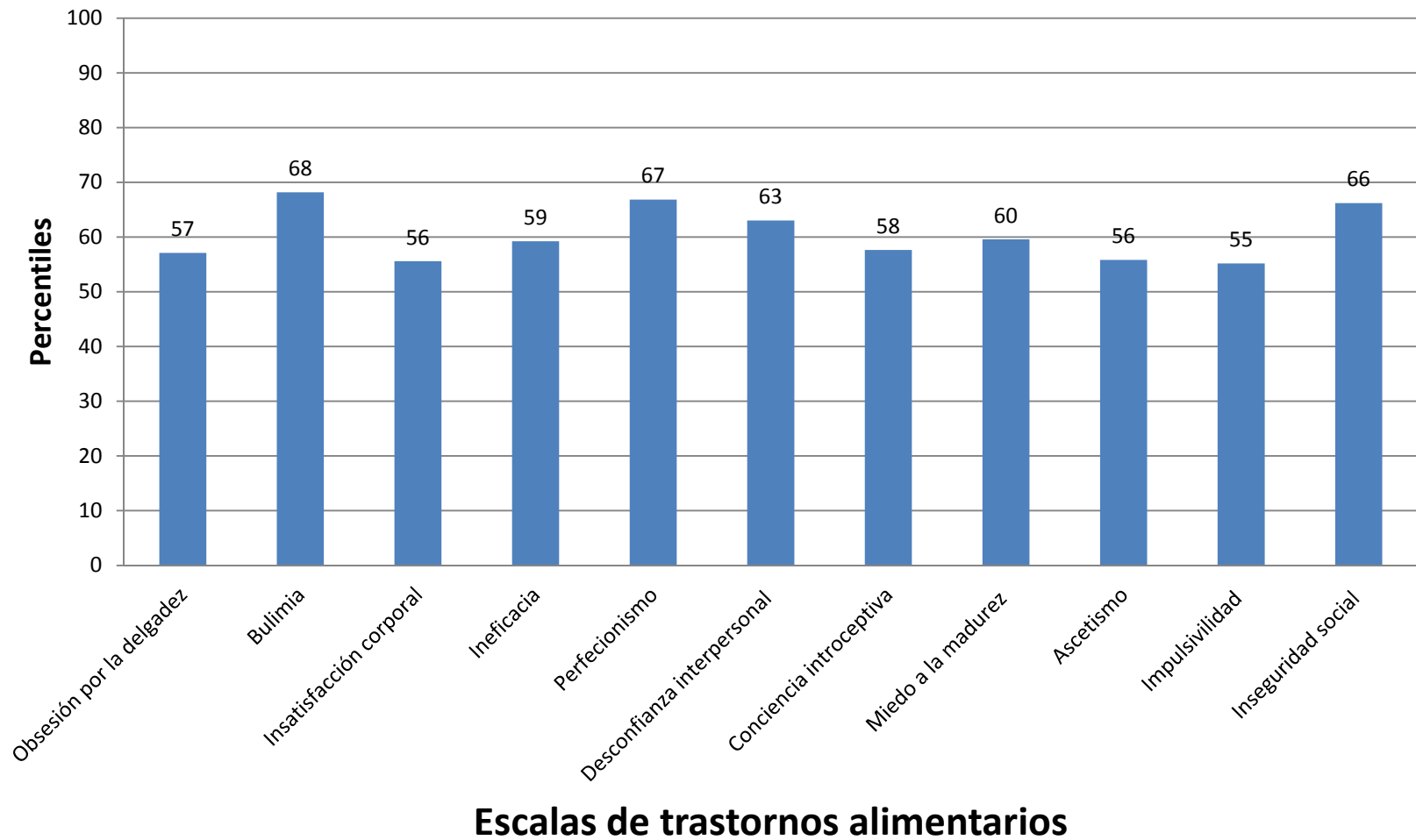
Anexo 2

Puntajes altos en nivel de estrés



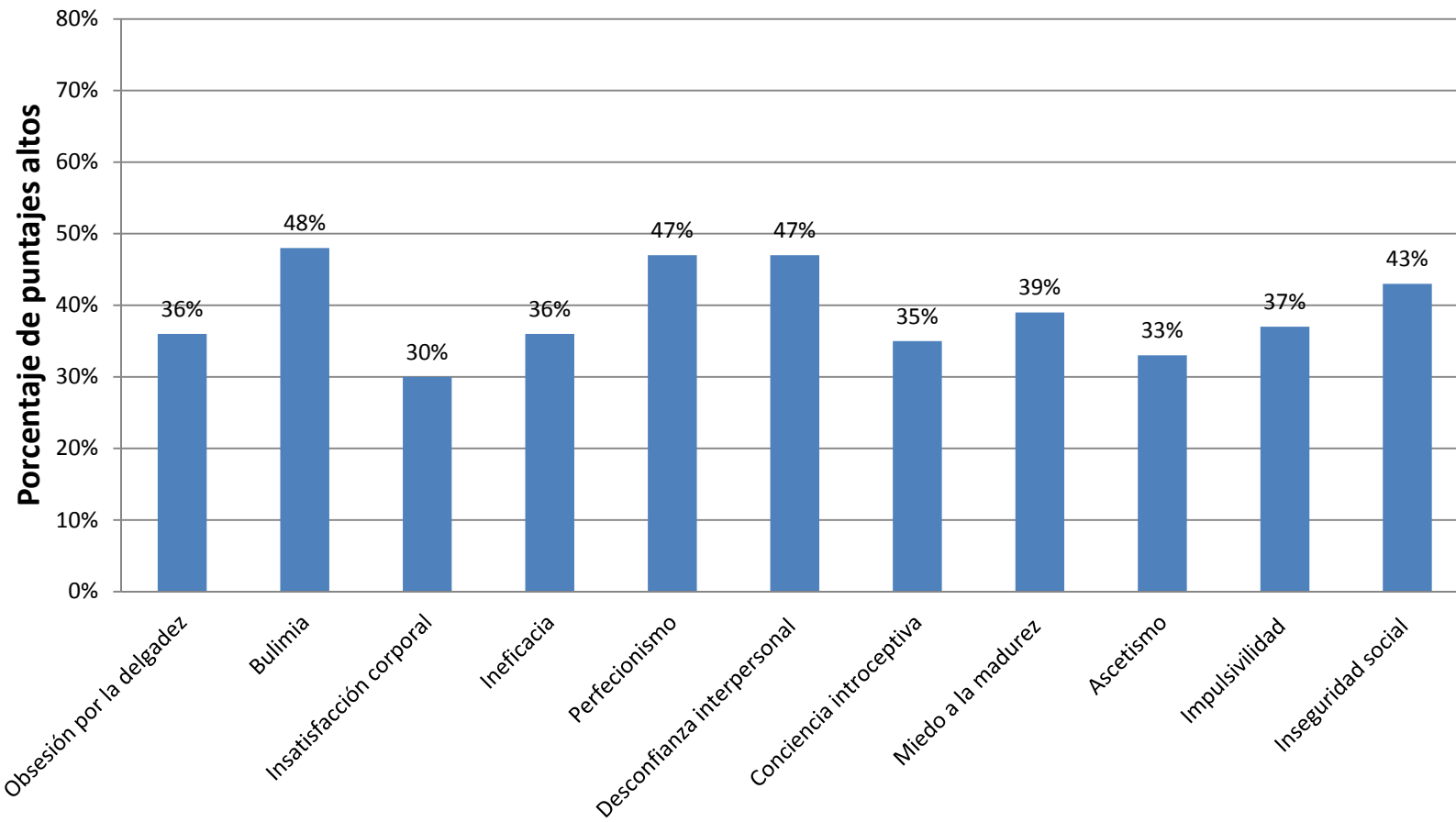
Anexo 3

Media aritmética de las escalas de trastornos alimentarios



Anexo 4

Puntajes altos en las escalas de trastornos alimentarios



Escalas de trastornos alimentarios

Anexo 5

Correlación entre nivel de estrés y los trastornos alimentarios

