



**UNIVERSIDAD
DON VASCO**

UNIVERSIDAD DON VASCO, A.C.

INCORPORACIÓN NO. 8727-25 A LA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

**EL ESTRÉS Y SU RELACIÓN CON LOS TRASTORNOS
ALIMENTARIOS EN ALUMNOS DE SECUNDARIA**

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

María Teresa Valdez Molina

Asesor: Lic. Héctor Raúl Zalapa Ríos.

Uruapan, Michoacán. 17 de septiembre de 2014.



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.	8
Operacionalización de las variables.	9
Justificación	9
Marco de referencia.	10

Capítulo 1. El estrés.

1.1. Antecedentes históricos del estrés	12
1.2. Tres enfoques teóricos del estrés.	15
1.2.1. Estrés como estímulo.	16
1.2.2. Estrés como respuesta.	17
1.2.3. Estrés como relación persona-entorno (enfoque interaccionista).	19
1.3. Los agentes estresores.	22
1.3.1. Estresores psicosociales: cambios mayores, menores y cotidianos.	22
1.3.2. Estresores biogénicos.	26
1.3.3. Estresores en el ámbito académico.	26
1.4. Procesos del pensamiento que propician el estrés.	29
1.5. Los moduladores del estrés	31

1.5.1. El control percibido	31
1.5.2. El apoyo social.	32
1.5.3. El tipo de personalidad: A/B.	33
1.6. Los efectos negativos del estrés.	35

Capítulo 2. Trastornos alimentarios.

2.1. Antecedentes históricos de la alimentación.	38
2.2. Definición y características clínicas de los trastornos alimenticios.	39
2.2.1. Anorexia nerviosa.	40
2.2.2. Bulimia nerviosa.	41
2.2.3. Obesidad.	42
2.2.4. Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas.	43
2.2.5. Vómitos en otras alteraciones psicológicas.	43
2.2.6. Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia.	43
2.3. Esfera oroalimenticia en el infante.	45
2.3.1. Organización oroalimenticia.	45
2.3.2. Alteraciones en la esfera oroalimenticia.	47
2.4. Perfil de la persona con trastornos de alimentación.	49
2.5. Causas del trastorno alimenticio.	51
2.5.1. Factores predisponentes individuales.	52
2.5.2. Factores predisponentes familiares.	57
2.5.3. Factores predisponentes socioculturales.	58
2.6. Percepción del cuerpo en el trastorno alimenticio.	60
2.7. Factores que mantienen los trastornos alimenticios.	64

2.8.	Trastornos mentales asociados a los trastornos alimenticios.	66
2.9.	Tratamiento de los trastornos alimenticios.	68

Capítulo 3. Metodología, análisis e interpretación de resultados.

3.1.	Descripción metodológica	73
3.1.1.	Enfoque cuantitativo.	74
3.1.2.	Investigación no experimental.	75
3.1.3.	Diseño transversal	76
3.1.4.	Alcance correlacional.	77
3.1.5.	Técnicas e instrumentos de recolección de datos.	78
3.2.	Población y muestra	80
3.2.1.	Delimitación y descripción de la población.	80
3.2.2.	Descripción del proceso de muestreo.	81
3.3.	Descripción del proceso de investigación.	82
3.4.	Análisis e interpretación de resultados.	85
3.4.1.	Nivel de estrés en los alumnos de la escuela Telesecundaria Zumpimito, de Uruapan, Michoacán	85
3.4.2.	Indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios.	88
3.4.3.	Descripción de la correlación entre el estrés y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios	92
	Conclusiones.	97
	Bibliografía	100

Mesografía. 102

Anexos.

INTRODUCCIÓN

En la presente investigación se abordan temas que en la actualidad han tomado una notable relevancia, debido a la diversidad de pensamientos y actividades que los jóvenes realizan desde temprana edad. Por lo cual, se pretende realizar una contribución de información específica para los estudiantes, padres y profesores sobre qué tanto afecta el estrés a los estudiantes en el nivel de secundaria, cualquiera que sea su tipo, y si se relaciona o no, con los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios; con ello se pretende ampliar el conocimiento enfocado a los adolescentes.

Antecedentes

La existencia del estrés data desde el surgimiento de la humanidad, pues en el hombre primitivo se presentaban dos alternativas: luchar o huir, ya que cualquiera de ellas le permitía liberar energía para responder a las demandas de peligro.

A pesar de lo anterior, la palabra estrés ha tomado mayor relevancia en la actualidad, ya que es un fenómeno que se presenta con frecuencia en la sociedad, debido a una deficiente coordinación entre las capacidades personales y las demandas, es ahí donde surge la insatisfacción y se presenta como consecuencia el estrés.

“El término estrés ha sido muy controvertido desde el momento en que se importó para la psicología por parte del fisiólogo canadiense Selye” (citado por Cano; s/f, en www.ucm.es). También ha sido entendido como una reacción (cambios fisiológicos, reacciones emocionales y cambios conductuales), como estímulo (capaz de provocar una reacción de estrés) y como interacción entre las características del estímulo y los recursos del individuo.

Así pues, se entiende que el estrés se produce como consecuencia de un desequilibrio entre las demandas del ambiente (estresores internos o externos) y los recursos disponibles del sujeto para actuar a dichas demandas.

Se consideran como elementos en la interacción estresantes las siguientes variables: situacionales, individuales del sujeto que se enfrenta a la situación y consecuencias del estrés (Cano; s/f, en www.ucm.es).

El estrés puede definirse como el “proceso que se inicia ante un conjunto de demandas ambientales que recibe el individuo, a las cuales debe dar una respuesta adecuada, poniendo en marcha sus recursos de afrontamiento” (Cano; s/f, www.ucm.es).

Cuando la demanda del ambiente social sobrepasa los recursos de respuesta del individuo, se desarrolla una serie de reacciones adaptativas y de movilización de recursos, que implican una activación física y psicológica. Esta reacción de estrés

incluye una serie de activaciones emocionales negativas, de las cuales, las más importantes son: la ansiedad, la ira y la depresión.

Entre las investigaciones sobre estos factores, está la realizada en el CECYTEM de Ixtlán de los Hervores, Michoacán, por Juárez (2012), en la cual se indagó la correlación entre el estrés y los trastornos alimentarios de los alumnos de dicha institución. Se realizó un estudio de tipo cuantitativo, no experimental y transversal, utilizando para la evaluación del estrés la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños (CMAS-R) y para medir la variable trastornos alimenticios se administró el Inventario de Trastornos Alimentarios (EDI-2).

Se obtuvo como resultado que no existe relación significativa entre el nivel de estrés y las escalas los trastornos alimentarios.

Las perturbaciones alimenticias han existido desde hace mucho tiempo, pero en la actualidad va en aumento su prevalencia, debido a todo tipo de medios de comunicación, pues son los encargados de presentar imágenes ideales, donde la belleza equivale a la delgadez; los jóvenes tienen acceso frecuente a este tipo de información y por tal motivo, son los receptores.

Por el afán de mantenerse delgadas, las jóvenes se someten a dietas estrictas, después toman otras medidas aún más inadecuadas para bajar de peso, las cuales son distintivas de los trastornos alimentarios.

“Los llamados comúnmente trastornos de la alimentación son trastornos de la conducta que se tienen en relación con la alimentación y que se conocen también como desórdenes o trastornos del comer, de la ingesta, alimenticios, de la conducta alimentaria” (Zagalaz y cols.; 2002: 2).

Entre dichos trastornos se encuentran: el síndrome de Goument, trastorno nocturno de alimentación, pica, comedores compulsivos y el síndrome de Prader-Will. Los más importantes, según la gravedad que conllevan, son la anorexia y la bulimia nerviosas, conocidas médicamente como trastornos alimentarios no específicos (TANE).

Se entiende la anorexia como sinónimo de la falta de apetito, aunque se ha demostrado que en la enfermedad conocida como anorexia nerviosa no existe dicho factor, sino que es una negación a comer con el único objetivo de no engordar. Por tanto, se trata de un trastorno socio-psico-biológico, el cual ha ido aumentando en la actualidad.

Por otra parte, la bulimia que se caracteriza “por episodios de voracidad seguidos de conductas compensatorias inapropiadas como el vómito provocado, el abuso de fármacos, laxantes, diuréticos u otros medicamentos y el ayuno o el ejercicio excesivo” (López y cols.; 2006: 48).

En la actualidad, se han realizado diversos estudios en Gran Bretaña, Estados Unidos, Suecia y Australia, los cuales han demostrado que el 80% de las

adolescentes están preocupadas por su imagen corporal, considerándose obesas más del 50%, cuando las medidas antropométricas revelaron que únicamente lo eran el 25%, según las tablas normalizadas la altura y edad (Zagalaz y cols.; 2002).

Existen investigaciones realizadas en la localidad donde se llevó a cabo esta búsqueda, tal es el caso de la realizada por Rodríguez (2011), en la cual se indagó la relación existente entre estrés y trastornos alimentarios de los alumnos del CETis número 27, de Uruapan, Michoacán. Se realizó un estudio de tipo cuantitativo, no experimental y transversal. Para llevar a cabo la evaluación dentro del lugar se utilizaron dos pruebas: para la medición del estrés se usó la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños (CMAS-R) y para evaluar la variable trastornos alimenticios, se administró el Inventario de Trastornos Alimentarios (EDI-2).

Se tomó una muestra representativa en 100 alumnos del plantel, a los cuales se les aplicaron las pruebas mencionadas. Los resultados señalaron que el nivel de estrés que se encuentra relacionado de modo significativo con la conciencia introceptiva, lo cual indicó que los alumnos, al encontrarse en situaciones estresantes, tienen problemas en cuanto al reconocimiento de emociones y sensaciones propias, lo que conlleva a que puedan padecer algún trastorno alimenticio.

De acuerdo con la información proporcionada por el director de esta escuela, se han presentado ya problemáticas de casos sobre trastornos alimentarios, por lo cual es importante realizar una investigación más a fondo sobre el problema.

Planteamiento del problema

Es primordial estudiar los niveles de estrés en los estudiantes adolescentes, debido al aumento de este fenómeno que durante los últimos años, por diferentes causas, ha perturbado a dicho grupo de población, lo cual se manifiesta por medio del comportamiento de los individuos dentro y fuera de la institución escolar.

Asimismo, es conveniente estudiar los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en los jóvenes estudiantes de telesecundaria, puesto que este factor se ha ido presentando con más frecuencia en la actualidad debido, principalmente, a la diversidad de publicidad sobre los estereotipos de la mujer y el hombre ideales, los cuales reflejan a personas sumamente delgadas, por tal motivo, los jóvenes siguen esos patrones.

Aunque existen diversas investigaciones sobre el estrés y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios, no está de más realizarlas con diferentes tipos de población, ya que los resultados varían de acuerdo con dicho factor, pues influyen diferentes elementos como el nivel socioeconómico, el lugar donde se vive, la publicidad a la que se está expuesto, entre otras.

Por otro lado, estudiar estos factores en los adolescentes es complicado, puesto que están en una etapa de muchos cambios físicos, mentales y cognoscitivos. Es en ese momento cuando se debe actuar para que los jóvenes

tengan información real y no distorsionada de las consecuencias del estrés, para así poder liberarse de posibles trastornos alimentarios.

Por lo tanto, se espera responder a la siguiente interrogante: ¿existe relación entre los niveles de estrés y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en los alumnos de segundo y tercer grado de Telesecundaria Zumpimito de Uruapan, Michoacán?

Objetivos

Los objetivos son la expresión de un propósito claro y conciso, en relación con la delimitación de los alcances del estudio (Hernández y cols.; 2010). Enseguida se enuncian los que se plantearon para conducir el presente trabajo.

Objetivo general

Analizar la relación que existe entre el nivel de estrés y el grado en que se presentan los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en los alumnos de segundo y tercer grado de la Escuela Telesecundaria de la colonia Zumpimito, de Uruapan, Michoacán.

Objetivos particulares

1. Definir el concepto de estrés.

2. Identificar las consecuencias del estrés.
3. Determinar los tipos de estrés.
4. Analizar los principales enfoques teóricos que abordan el fenómeno del estrés.
5. Definir el concepto de trastornos alimentarios.
6. Determinar los principales trastornos alimentarios.
7. Medir el nivel de estrés de los alumnos del segundo y tercer grado de la Escuela Telesecundaria Zumpimito.
8. Cuantificar los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en la población estudiada.

Hipótesis

La hipótesis es una respuesta adelantada o una suposición, al problema de investigación, por lo que está sujeta a la corroboración. Para el presente estudio, se determinaron las siguientes.

Hipótesis de trabajo

Existe relación significativa entre el nivel de estrés y el grado en que se presentan los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en los alumnos de segundo y tercer grado de la Escuela Telesecundaria de la colonia Zumpimito.

Hipótesis nula

No existe relación entre el nivel de estrés y el grado en que se presentan los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en los alumnos de segundo y tercer grado de la Escuela Telesecundaria de la colonia Zumpimito.

Operacionalización de las variables

La variable estrés se midió con el test psicométrico llamado Escala de Ansiedad Manifiesta en niños (CMAS-R), el cual fue creado por Reynolds y Richmond (1997). Los resultados fueron obtenidos mediante la aplicación de dicha prueba, al constituir los indicadores del nivel de estrés que presentan los sujetos investigados.

Por otra parte, los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios fueron obtenidos por medio del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2) del autor David M. Garner (1998), el cual está conformado por once escalas que representan los principales síntomas que normalmente acompañan a la anorexia y la bulimia nerviosa.

Justificación

La presente investigación beneficiará a los directivos, profesores, alumnos y sobre todo, a padres de familia respecto a las principales problemáticas estresantes

que pueden afectar a sus hijos en edad escolar, de las cuales algunas podrían derivar en trastornos alimentarios. Con esta indagación podrán conocer las principales manifestaciones que los alumnos o los hijos pueden presentar, para que no pasen desapercibidas por sus padres o profesores, y así trabajar para combatirlas a tiempo y no cuando el problema tenga un avance significativo.

En cuanto al campo de la psicología, se espera contribuir con una aportación sobre las consecuencias del estrés en adolescentes que estudian, por lo tanto, se presentan evidencias para fortalecer las teorías que vienen hablando sobre estos fenómenos y mostrar las diferencias que resultan.

Esta investigación se relaciona directamente con el campo de acción del psicólogo, porque es uno de los especialistas que puede contribuir al descubrimiento y tratamiento de dichos trastornos, para así beneficiar a quien se acerque a ellos con ese fin.

Marco de referencia

La Escuela Telesecundaria Zumpimito ESTV16-116, tiene como su principal misión la formación integral de los jóvenes del área suburbana. Se ubica al oriente de Uruapan, Michoacán, con domicilio en Libramiento Oriente No. 8008, de la colonia Zumpimito. Cuenta con una matrícula de 226 alumnos en los tres grados educativos, la principal población se conforma con un 80% de jóvenes del área rural y el resto, de la urbana.

Cuenta con cinco edificios, donde se distribuyen tres salones para primer grado, dos para segundo y dos para tercero; al igual que una cocina-comedor, un laboratorio, la dirección, una sala de maestros y una bodega. En cuanto a canchas deportivas, tienen dos de futbol, una de básquetbol, otra de voleibol y una explanada techada, por lo que un 70% del lugar es área verde.

Los profesores que ahí laboran todos son profesionistas: se cuentan dos médicos cirujanos, un ingeniero agrónomo, un licenciado en contaduría, un químico farmacobiólogo, un licenciado en pedagogía y como director, un licenciado en literatura en español. Todos ellos conforman el personal docente de la institución, la cual tiene gran demanda en su zona poblacional, pero se controla por medio de un examen de admisión para así tomar en cuenta a los jóvenes que quieran realmente estudiar.

CAPÍTULO 1

EL ESTRÉS

En el presente capítulo se describe cómo el término estrés ha ido tomando relevancia en la vida de las personas, ya que toda la población está sometida a algún tipo de estrés. Se abordarán también sus tipos, causas y repercusiones.

1.1. Antecedentes.

La palabra estrés proviene del latín *stringere*, que quiere decir presionar, comprimir u oprimir, según Sánchez (2007). Después, este término empezó a utilizarse en la física y la metalurgia para referirse a la fuerza que se aplica a un objeto y mediante la cual es posible deformarlo o romperlo.

En el siglo XVII consiguió su primera importancia técnica cuando un importante físico y biólogo, Robert Hooke (citado por Lazarus y Lazarus; 2000), intentó ayudar a los ingenieros a diseñar estructuras hechas por el hombre. Por ejemplo, los puentes deben soportar pesadas cargas y resistir embestidas de los vientos. Hooke estaba interesado en las características de los materiales que hacían resistentes a dichas construcciones.

Por lo tanto, el análisis de dicho investigador influyó en la manera de definir la tensión en fisiología, psicología y sociología, donde el estrés se convirtió en el término para definir una exigencia del entorno sobre un sistema biológico, social o psicológico, que sería análoga a la carga que un puente podría soportar.

Después, Claude Bernard, médico francés, demostró que la naturaleza provee genéticamente a los seres vivos de mecanismos para enfrentar las contingencias del ambiente externo. Este doctor descubrió que cualquier cambio externo en el ambiente puede perturbar al organismo, sin embargo, los seres vivos poseen la capacidad para mantener la estabilidad interna cuando se modifican las condiciones externas.

Por lo tanto, Bernard señala que “la estabilidad del medio ambiente interno es la condición indispensable para la vida libre e independiente” (Sánchez; 2007: 17), es decir, la estabilidad interna de los individuos depende del entorno, así que, por lo tanto, los cambios externos en el ambiente pueden perturbar el organismo, por lo que los seres vivos tienden a mantener la estabilidad de su medio ambiente interior.

Para la primera mitad del siglo XX, los principios de Bernard fueron ampliados por Walter Cannon, quien bautizó al estado dinámico como homeostasis, ya que demostró que el cuerpo se podía adaptar para enfrentarse a peligros externos importantes.

También planteó que los eventos inesperados, cuando provocan emociones, pueden desencadenar una respuesta del tipo de ataque o fuga, lo cual permitió identificar la relación entre lo psicológico y lo biológico, lo que provoca la estimulación del sistema nervioso y una descarga de adrenalina, con lo cual se generan modificaciones cardiovasculares que preparan al cuerpo para su defensa (Sánchez; 2007).

Más tarde, el científico canadiense Hans Selye identificó el “Síndrome General de Adaptación”, que es una reacción inespecífica, fisiológica, adaptativa frente a cualquier impacto ejercido sobre el organismo por una amplia gama de estímulos, que provocan variaciones de tipo endocrino.

También definió el estrés como la respuesta no específica del organismo ante cualquier demanda del exterior, mientras que el estímulo causante del estrés lo llamó estresor.

Dicha reacción es una respuesta normal del organismo para el afrontamiento o la huida, el cual provoca cambios fisiológicos tales como las pupilas dilatadas, oído sensible, músculos tensos, frecuencia cardíaca y respiración aceleradas, lo cual aumenta el bombeo de sangre para que llegue oxígeno a las células y se activen las respuestas al peligro; todo esto es para afrontar y reaccionar de una manera rápida (Sánchez; 2007).

Durante la Primera Guerra Mundial, las crisis emocionales se explicaban desde la perspectiva neurológica en lugar de psicológica, ya que los soldados se desmoronaban emocionalmente en el combate, por el miedo que sentían ante tal situación y eran atribuidas a “conmoción por proyectiles”, con lo que se creía que había un daño cerebral producido por el ruido por de las municiones que estallaban. Por tal motivo, las autoridades militares se preguntaron cómo seleccionar a los soldados para que resistieran ante el estrés que les causarían los combates.

Después de la guerra, la idea del estrés se aplicó a ámbitos diversos de la vida cotidiana como el matrimonio, el crecimiento, asistir a la escuela, enfermar, entre otros; por lo que dichas experiencias, al igual que el combate militar, podrían ocasionar aflicciones y disfunciones psicológicas atribuidas al estrés generado por dichos eventos.

En la década de los sesentas y setentas, se mencionaba que el estrés es una respuesta natural a las exigencias de la vida cotidiana, es decir, que todos los individuos necesitan de cierto tipo y nivel de estrés para movilizar los esfuerzos y así enfrentarse a los problemas habituales del ser humano. También se notó que había diferencias individuales que influyen en las experiencias ya que unos sujetos son más resistentes que otros y el fenómeno no es del todo negativo, ya que propicia que las personas se muevan para buscar su estabilidad; en consecuencia, surgieron algunos enfoques que presentan diferentes formas de enfrentar el estrés.

1.2. Enfoques teóricos del estrés.

Para finales del siglo pasado y principios del actual, se desarrollaron distintos enfoques teóricos para comprender y afrontar el estrés, por lo cual se conceptualiza de diferentes formas:

1. Como estímulo: los autores que adoptaron esta perspectiva se han centrado en este fenómeno como externo al individuo, sin tener en cuenta las percepciones individuales ni las experiencias anteriormente vividas.
2. Como respuesta: los investigadores se concentran en este como reacción a ciertos estímulos, como podrían ser una situación o ambientes molestos, los cuales desestabilizan a las personas.
3. Desde un enfoque interactivo: aquí se subraya la importancia del modo en que los individuos perciben esas situaciones que les imponen, y su modo de reaccionar ante ellas; por tanto, refleja una falta de cohesión entre el individuo y su entorno, los antecedentes y estímulos; dicho de otra manera, implica estímulo-respuesta (Travers y Cooper; 1997).

1.2.1. Estrés como estímulo.

Hipócrates consideraba que el entorno condicionaba las características de la salud y enfermedad, así como las circunstancias ambientales incómodas, que son las situaciones estresantes, las cuales provocan cambios en las personas, es decir,

todo estímulo genera una respuesta y esta puede ser positiva o negativa (Travers y Cooper; 1997).

Se asume que hay estímulos potencialmente estresantes tales como las condiciones ambientales (ruido, temperatura), económicas (pobreza), físicas (discapacidad), psicológicas (depresión) y desastres naturales (inundaciones o sismos). Para llegar a la respuesta, se generan las siguientes suposiciones básicas:

- Se puede medir la toxicidad del estímulo, es decir, qué tanto desestabiliza a la persona.
- Cada sujeto posee un nivel de tolerancia que es superable y cuando este se rebasa, puede traer daños permanentes o temporales.
- Se puede presentar estrés positivo (eustrés) y negativo (distrés), dependiendo de cada situación es el tipo de tensión que puede surgir.
- Existen diferentes niveles de estrés, los cuales dependerán de la demanda y de la capacidad de resolverla.

Por lo tanto, dependiendo de cada situación y de cuánto afecta, aunque también de los recursos que cada persona tenga para adaptarse, así será el nivel de estrés que se presente.

1.2.2. Estrés como respuesta.

Para Travers y Cooper (1997), la respuesta que tiene la persona frente a algún estímulo amenazador o desagradable, es una de las formas en que puede presentarse el estrés; de ello se puede deducir que una persona se ha visto expuesta a condiciones estresantes si manifiesta indicios de tensión, la cual es una de las principales características de este.

Selye denominó la respuesta que se da ante un cambio ambiental, como “síndrome general de adaptación” que se desarrolla en tres fases (Travers y Cooper; 1997):

- a) Alarma: el organismo se prepara para enfrentar una situación nueva, inesperada y de emergencia y/o de peligro, la cual requiere de toda su energía y recursos. Se manifiesta en el área cognitiva por medio del decremento de la atención y concentración, entre otras.

- b) Resistencia: la cual utiliza el organismo a su máxima potencia con los mecanismos de defensa. Se desarrolla cuando los estímulos estresores se mantienen de forma constante, provocando una excesiva activación fisiológica, forzando así al organismo a esfuerzos externos para continuar adaptándose. Esta se expresa en lo emocional con el aumento de la tensión psicológica, a través de preocupaciones excesivas, cambios en los rasgos de la personalidad, el aumento de las deficiencias personales, debilitamiento de restricciones, así como pérdida de autoestima y

depresión; todo ello puede llegar al agotamiento si se mantiene durante mucho tiempo la situación.

- c) Agotamiento: se presenta cuando el individuo está expuesto prolongadamente al factor de estrés, donde se agotan los recursos energéticos y termina por no adaptarse a la nueva situación, se presenta en el área conductual con problemas del habla, ausentismo en tareas obligatorias, consumo de drogas, bajos niveles de energía, pérdida del sueño, rechazo de nueva información, no resuelven problemas a fondo y hasta se presentan amenazas de suicidio.

Por lo anterior, resulta importante no estancarse en ninguna de las tres fases, sino salir lo más rápido posible para así adaptarse al nuevo cambio que generó la desestabilidad, la cual a su vez produjo tensión.

1.2.3. Estrés como relación persona entorno.

Se dice que el estrés actualmente ya no se asume como un fenómeno estático, como una respuesta o un estímulo, sino más bien un proceso complejo, que incorpora los dos modelos que lo conciben como estímulo y como respuesta. Por lo que se afirma que el estrés no es un suceso, sino un proceso complejo, variado y desafiante a nivel intelectual, de modo que se ha considerado en términos relacionales, y no como solamente exigencias del entorno ni como reacción (Travers y Cooper; 1997).

Algunos investigadores toman como base los modelos relacionales que conceptualizan al estrés como una interacción o transacción entre la persona y su entorno, tomando en cuenta que las personas influyen en su ambiente y en la reacción ante él, por lo tanto, el estrés es esencialmente el grado de adaptación entre la persona y el entorno, por lo que este se presenta en el punto en el que la magnitud de los estímulos estresantes superan la capacidad que el individuo tiene de resistirlos.

Aunque muchas veces, para poder controlar la experiencia de estrés, las personas pueden intentar alterar su entorno o aprender las formas de modificar la manera de reaccionar frente a determinada situación.

Por tanto, “la actitud de enfrentarse al estrés se produce para intentar que la persona y el entorno logren alcanzar un estadio de adaptación” (Travers y Cooper; 1997: 33). Entonces, todo dependerá de la postura que el individuo tome para estabilizarse o habituarse al cambio.

Ante esto, se dice que las estructuras mentales como la cognición, determinan la presencia o ausencia de estrés, es decir, se le otorga más importancia a la percepción que el sujeto tenga del estímulo estresante y no a la existencia objetiva de la situación, la cual esta mediada por un conjunto complejo de procesos cognitivos constantes, donde se presentan cinco aspectos principales:

1. Valoración cognitiva: es la percepción subjetiva de la situación que conduce a la experiencia.
2. Experiencia: la percepción de la situación o el suceso dependerá de la experiencia del individuo, es decir, de su familiaridad con esta situación, la interacción anterior con ella, el aprendizaje preparatorio (capacidad real), el éxito o fracaso pasado, aunque también la experiencia anterior.
3. Exigencia: incluye la demanda y capacidad reales y percibidas, las cuales quedan reforzadas por las necesidades del individuo, sus deseos y su nivel de estimulación inmediata.
4. Influencia interpersonal: esta depende de la presencia o ausencia de otras personas, quienes influirán en la experiencia subjetiva del estrés y las conductas de respuesta y superación que pueden ser positivas (restauran el equilibrio) o negativas (potencian aún más la situación negativa).
5. Un estado de desequilibrio: cuando la desfase entre la exigencia y la capacidad que se percibe, supera esa demanda, se generan estrategias de superación.

Por lo tanto, el estrés no es tan solo un estímulo ambiental o una respuesta frente a las exigencias del entorno, sino un concepto dinámico y relacional, lo que permite una interrelación constante entre la persona y su contexto.

Existe un concepto integrador de estrés en el que se incluyen los siguientes eventos (Travers y Cooper; 1997).

- Existencia de una demanda.
- Percepción de esa demanda como amenaza, pérdida o daño.
- El sujeto no dispone de recursos suficientes.
- Presencia de emoción negativa.
- Peligro de inadaptación o desajuste psicológico.

En resumen, se entiende que el estrés es “una respuesta adaptativa, mediada por las características individuales y/o procesos psicológicos, la cual es al mismo tiempo consecuencia de una acción, situaciones o eventos externos que plantea a la persona especiales demandas físicas o psicológicas” (Ivancevich y Matteson; 1985: 23).

1.3. Los estresores.

En este apartado se describen algunos estresores que son comunes en la vida cotidiana, ya que en todo cambio, sea positivo o negativo, se genera estrés, es decir, cualquier movimiento que perjudique a la persona, aunque sea imaginario, produce estrés en menor o mayor intensidad, según sea el caso.

1.3.1. Estresores psicosociales.

Estos se clasifican en tres tipos de acontecimientos estresores, en función de la intensidad de los cambios que producen en la vida de una persona.

1) Cambios mayores.

Se refieren a las modificaciones extremadamente drásticas en la vida de una persona, tales como: ser víctima de violencia o terrorismo, enfermedades graves como cáncer; la migración, terremotos o inundaciones; en general, todo tipo de situaciones altamente traumáticas.

Una de las características de este tipo de estresores es que pueden incidir en un amplio número de personas, aunque también pueden afectar a una sola, pero el número de afectados no altera de forma significativa la capacidad perturbadora de tales acontecimientos. También se puede tratar de sucesos prolongados como un encarcelamiento, o que ocurran de forma rápida, como un temblor, sin que afecte la capacidad perturbadora. Dichos eventos tienen en común el efecto traumático, en el que las consecuencias se mantienen de forma prolongada (Palmero y cols.; 2002).

2) Cambios menores.

Se refiere a ciertas circunstancias que pueden hallarse fuera del control del individuo, como podría ser la muerte de un ser querido, una amenaza a la propia vida, una enfermedad incapacitante o la pérdida del trabajo, aunque también podrían ser situaciones que dependen del sujeto, como el divorcio, la llegada de un hijo y hasta someterse a algún examen importante.

Según Palmero y cols. (2002), existe una serie de áreas de la vida de las personas, en las que los cambios o alteraciones tienen una trascendencia vital y, por lo tanto, son altamente significativos, aunque las principales fuentes de estrés corresponden con cambios en diferentes etapas del ciclo de vida como:

- a) La vida conyugal: incluye tanto la vida matrimonial como la extramatrimonial.
- b) La paternidad: ser padre o madre, mantener relaciones difíciles con los hijos o la enfermedad de uno de ellos.
- c) Las relaciones interpersonales: interacción con amigos, vecinos, socios o con familiares cercanos.
- d) El ámbito laboral: incluye tanto el trabajo como la escuela y las tareas domésticas.
- e) Las situaciones ambientales: cambiar de lugar de residencia, amenazas a la integridad personal y hasta la inmigración.
- f) El ámbito económico: incluye el manejo inadecuado de las finanzas, así como el cambio en el estatus económico.
- g) Cuestiones legales: ser detenido por pleitos o juicios.
- h) El propio desarrollo biológico: la pubertad, el cambio al estado adulto, menopausia o entrar a la década de los cuarenta.
- i) Lesiones o enfermedades somáticas: padecer alguna enfermedad, sufrir un accidente o alguna intervención quirúrgica.
- j) Otros tipos de estrés psicosocial: embarazo no deseado, persecución o una violación.

- k) Factores familiares: se presentan en niños y adolescentes, además de los citados anteriormente, como las relaciones frías y/o de hostilidad entre los padres, trastornos somáticos o mentales en los miembros de la familia, así como un débil control paterno.

En consecuencia, cualquier tipo de cambio o alteraciones en la vida desencadenan estrés, aunque estos son más específicos y subjetivos, pues cada persona presenta un nivel diferente ante los mismos acontecimientos, pero nunca pasarán desapercibidos.

3) Estresores cotidianos o microestresores:

Se trata de pequeñas situaciones que pueden alterar o perturbar en un momento dado, como las discusiones de pareja, vivir con un fumador inconsciente, entre otras; este tipo de estresores pueden ser importantes para el proceso de adaptación y conservación de la salud. Esta clase de estresores actúa cambiando los patrones de comportamiento automatizado y manteniendo la activación del estrés hasta lograr la acomodación a las nuevas condiciones, los cuales presentan características objetivas en los estresores cotidianos, como:

- Implican un cambio o novedad en la situación ambiental.
- Impredecibilidad de la situación.
- Estado de incertidumbre.

- Ambigüedad de la situación o una sobrecarga de información.
- Ausencia o disminución de habilidades.
- Alteración en las condiciones biológicas del organismo.

En suma, son todos los acontecimientos de poca relevancia, pero de gran frecuencia, que irritan a la persona solo por un momento.

1.3.2. Estresores biogénicos.

Estos actúan directamente, causando o desencadenando la respuesta de estrés; no utilizan los mecanismos de valoración cognitiva, por lo que actúan directamente en las respuestas neurológicas y afectivas, en virtud de sus propiedades bioquímicas que inician directamente con resoluciones de activación, sin el usual requisito del proceso cognitivo-afectivo.

Como ejemplos, se encuentran los cambios hormonales en el organismo, tales como los de la pubertad, el síndrome premenstrual; el post-parto, después de un parto o un aborto; el climaterio y la menopausia. Todos ellos son cambios hormonales que se presentan y provocan un desequilibrio, el cual puede causar un episodio de sobre-estrés, ya que dichas alteraciones no puede ser controladas, pues el organismo es quien se encarga de ello (Palmero y cols.; 2002).

1.3.3. Estresores en el ámbito académico.

Los estresores académicos según Barraza (2003), abarcan:

- Exposición de trabajos.
- Intervención en el aula.
- Realización de un examen.
- Acudir con el profesor para tutoría.
- Sobrecarga académica.
- Masificación de las aulas.
- Competitividad entre los compañeros.
- Trabajar en grupo.
- Exceso de responsabilidad.
- Interrupciones del trabajo.
- Ambiente físico desagradable.
- Falta de incentivos.
- Tiempo limitado para hacer trabajos.
- Problemas o conflictos con los profesores y/o compañeros.
- Evaluaciones
- Tipo de trabajos que se piden.

Además, las situaciones de estrés entre los estudiantes se agravan con la entrada y permanencia en la universidad, donde se presentan algunas circunstancias que contribuyen con dicha aparición, tales como:

- Dejar la casa paterna.
- Tener que viajar diariamente varios kilómetros.
- Hacerse cargo de la economía.
- Compartir vivienda o vivir solo.
- Atender las responsabilidades académicas, las clases y las relaciones personales.
- Eventos positivos, como enamorarse o preparar un viaje de estudios.

Tal estrés resulta disfuncional cuando:

- a) No permite responder de la manera que se quiere y para la cual se ha preparado el alumno.
- b) Cuando se sostiene el estado de alerta por más tiempo del necesario para responder a las demandas, lo que deriva en múltiples síntomas como dolores de cabeza, problemas gástricos, alteraciones en la piel y del sueño, inquietud, dificultad para concentrarse y cambios en el humor, entre otros.

El individuo puede verse afectado negativamente, debido a que se requiere de más tiempo para aprender y ante las respuestas en las pruebas académicas, puede bloquearse, pese a los conocimientos que tenga y a los esfuerzos que haga para

obtener adecuados resultados. Debido a estas circunstancias, el estrés académico puede generar en el sujeto respuestas tales como:

1. Se preocupa.
2. El corazón le late muy rápido y/o falta el aire y la respiración es agitada.
3. Realiza movimientos repetitivos con alguna parte del cuerpo, se queda paralizado o con movimientos torpes.
4. Siente miedo.
5. Presenta molestias estomacales.
6. Fuma, bebe o come demasiado.
7. Tiene pensamientos o sentimientos negativos.
8. Le tiemblan las manos y las piernas.
9. Le cuesta expresarse verbalmente o a veces tartamudea.
10. Inseguridad de sí mismo.
11. Boca seca y dificultad para tragar.
12. Ganas de llorar.

Tales malestares se presentan en un ambiente escolar, que en ocasiones tiene demasiada carga estresora, pues los resultados obtenidos son menores a los esperados y es lo que provoca en los alumnos que se desestabilicen y no logren su propósito de terminar satisfactoriamente con sus estudios.

1.4. Procesos del pensamiento asociados al estrés.

Existen formas de pensamiento que desestabilizan a las personas, las cuales no son conscientes de que les están pasando, por ello condicionan sus relaciones emocionales. Son también distorsiones del pensamiento, como cumplir expectativas que no son posibles de lograr, y por lo tanto paralizan (Powell; 1998).

Son decisiones cognitivas, aunque irracionales, son creídas por la persona, tienden a ser reiterativas, e impiden evaluar adecuadamente los eventos, como por ejemplo:

1. “Debo obtener el amor y la aprobación de todas las personas...”
2. Debo ser competente y exitoso...
3. La felicidad no depende de mí...
4. No me puedo quitar la influencia del pasado...
5. Solo existe una solución para cada problema. Creer que las cosas solo tienen una única solución sin alternativas u otras posibilidades para resolver...
6. Debo estar siempre en guardia, preparado para lo peor. Vivir con demasiados temores en la vida, pensar que en cualquier momento puede ser el receptor de catástrofes, desgracias o todo lo negativo para él y su familia...
7. Debería tener alguien más fuerte que yo en quien apoyarme. Esperar que otra persona los saque de las diferentes situaciones difíciles, sin ser capaces de resolver y salir adelante por sí mismos...
8. Si las cosas no funcionan como lo he planeado, será terrible...
9. Lo mejor es evitar ciertas responsabilidades...

10. Las personas irresponsables deben ser acusadas y castigadas...
11. Debo preocuparme mucho por los problemas de los demás. Creer que las situaciones que afectan a los otros, afectan directamente al sujeto. Vivir los problemas de los demás” (Powell; 1998: 93-97).

1.5. Moduladores del estrés.

Son pensamientos o procesos que ayudan a regular el estrés, se refieren a factores externos o internos que determinan cómo se va a experimentar el estrés de manera más o menos grave. Se verán tres factores que lo modulan.

1.5.1. 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), es decir, en qué medida se percibe tener el control de la situación, si el sujeto puede manejarlo, tiene con que salir adelante en la situación o la rebasa, esto condiciona con qué intensidad y de qué manera se presentará el estrés.

Aunque suponer que se puede afrontar el problema también influye en la percepción del control, aunque no se tengan los recursos, por lo que el estado anímico se mantiene a flote y hace que el sujeto salga adelante; si cree que puede, quizá lo logrará.

El control que se percibe puede tener dos localizaciones (*locus*) de control: interno y externo, donde se localiza la fuente que determina el control de la situación.

- Control interno: lo que ocurre a la persona es producto de sus acciones propias, es decir, de sus decisiones; dependiendo de la medida que percibe que tiene el control sobre las circunstancias, tiende a controlar el estrés.
- Control externo: los acontecimientos del individuo son producto de la suerte, el azar o de otras personas

Las personas con control externo no toman medidas para evitar el impacto negativo del estrés y tienen más problemas de salud. Cuando piensan que depende de los demás, no hacen nada para mejorar y por lo tanto, no se esfuerzan lo suficiente para realizar sus tareas, pues piensan que de todas formas los demás tienen la capacidad de controlarlos.

1.5.2. Apoyo social.

Son las provisiones instrumentales o expresivas, reales o percibidas, aportadas por la comunidad, las redes sociales y los amigos íntimos. En la medida en que cuentan con personas que les pueden ayudar, es como modulan la percepción del estrés. El cual puede ser visto de dos tipos, según Palmero y cols. (2002):

- 1) Efecto indirecto: los estresores solo tienen efectos negativos en la persona que tiene poco sostén social, ya que sin dicho soporte, no mejora el bienestar. El apoyo solo protege a las personas de los efectos negativos del estrés, pues este puede disminuir la percepción de amenaza, redefine la propia capacidad de respuesta y evita así la presencia del estrés. Cuando se está frente a un problema y no se tiene la colaboración social, afecta emocionalmente y por lo tanto, el estrés aumenta.

- 2) Efecto directo: el apoyo fomenta la salud y el bienestar personal independientemente del nivel de estrés, es decir, a mayor nivel de apoyo social, menor malestar psicológico, y viceversa.

1.5.3. Tipo de personalidad.

En relación con el estrés, se caracteriza mediante el empleo de técnicas de gran escala (cuantitativas) y entrevistas personales a profundidad. Se encuentran al menos dos tipos de personalidad: A y B, que se caracterizan según las formas de vivir las experiencias, ya que una se orienta a problemas cardíacos y la otra no.

Los individuos con personalidad del tipo A, muestran impulsividad, poseen orientación competitiva, son impacientes con los demás, pocas veces acuden al médico y no disponen de tiempo para hacer ejercicio ni sienten interés por los eventos sociales o convivencias, apresuran la velocidad con que se expresan ante otros, dicen las últimas palabras de la frase con mayor velocidad que las primeras; se

mueven, caminan y comen rápidamente; efectúan dos actividades a las vez, giran la conversación en torno a ellos, se sienten ligeramente culpables cuando intentan relajarse, no se percatan de las situaciones interesantes o agradables que ocurrieron durante el día, tienen un sentido crónico de urgencia del tiempo, no se sienten atraídos por personas de su mismo tipo y son enemigos del ocio.

Se encontró que hay tres aspectos en particular que tienen los sujetos tipo A:

- Alta competitividad (perfeccionismo).
- Urgencia del tiempo (impaciencia)
- Hostilidad (enojo)

Respecto a la naturaleza del enojo, este puede ser definido como la creencia que tienen los individuos de haber sido indignamente ofendidos, lo que produce en los casos con este tipo de personalidad un gran sentimiento de dolor, así como un deseo impulsivo de venganza (Aristóteles, citado por Travers y Cooper; 1997).

Existe otro factor que debe considerarse, la relación enojo-hostilidad (agresión):

- El enojo constituye el componente emocional, este varía en cuanto a intensidad, yendo desde una irritación o enfado hasta la rabia y la furia.

- La hostilidad se refiere a las creencias con matiz negativo y de destrucción que guían el comportamiento de la persona, esto implica el deseo de ponerse en contra e incluso de causar daño a los demás.
- La agresión representa las acciones de ataque, destrucción y daño. Es la conducta manifiesta del enojo, que puede ser físico o verbal. El aspecto fundamental del enojo es en particular, su frecuencia y no su intensidad.

La frecuencia del enojo está asociada a problemas de estrés. La personalidad tipo A muestra una tasa de trastornos coronarios seis veces superior que la del resto de la personas. También tienen la misma capacidad de provocar enfermedades cardiacas que los factores de edad, presión sanguínea alta y colesterol, tomados en conjunto (Friedman y Rosenman, citados por Travers y Cooper; 1997). Lo que modula el estrés es el tipo de personalidad y/o el estilo de vida emocional.

Por otra parte, las personas con personalidad tipo B reaccionan de manera pausada, dedican tiempo al ocio recreativo, son pacientes y escuchan a los demás, les agrada dar y recibir afecto de los otros, además, gustan de la convivencia social.

1.6. Efectos negativos del estrés.

Las principales consecuencias que se presentan cuando se está sometido a un alto y constante nivel de estrés son:

- La hipertensión: es una enfermedad de los vasos sanguíneos, por la cual la sangre fluye a través de las arterias a presión elevada. Una de las respuestas del cuerpo a los estresores es comprimir las paredes arterias, aumentando así la presión.
- Las úlceras: son lesiones inflamatorias en el recubrimiento del estómago o intestino, que se caracterizan por presentar variación en los niveles de cortisona, la cual aumenta durante los periodos de estrés que, cuando son prolongados, pueden crear un ambiente interno perfecto para la creación de dichas lesiones.
- La diabetes: es una grave enfermedad, la cual implica deficiencias en la insulina, que tienen como consecuencia no poder absorber suficiente azúcar de la sangre; el estrés incrementa el nivel de azúcar en la sangre demandando incrementos en la secreción de la insulina. Por lo tanto, si el estrés es persistente, el páncreas puede debilitarse, dando como resultado una deficiencia permanente.
- La migraña: es el resultado de la tensión muscular, que aumenta cuando se está expuesto a los estresores durante un periodo prolongado. Comúnmente, la jaqueca por sí misma es un estresor que a su vez conduce a una mayor tensión muscular, la cual hace que aumente la severidad y duración del padecimiento.
- El cáncer: radica en alteraciones bioquímicas en el sistema inmunológico, las cuales recaen en células mutantes que se están produciendo continuamente en el organismo y que normalmente son destruidas por

dicho sistema antes de que puedan multiplicarse, crecer y causar daño; al presentarse las respuestas estresoras, traen como una consecuencia deficiencia en dicho sistema, con lo que se permite que las células mutantes se reproduzcan y se conviertan en tumores malignos.

Por lo tanto, el hecho de someterse a altos y/o prolongados niveles de estrés, puede ir acompañado de uno o más de los mencionados efectos, pues estos tienen como consecuencia daño en el cuerpo humano, por la tensión percibida y no canalizada.

Como se pudo apreciar en el presente capítulo, el estrés es un fenómeno inherente al ser humano, por lo que no se puede afirmar que debe eliminarse; en vez de ello, el ser humano debe manejarlo adecuadamente para mantenerlo en niveles moderados, de lo contrario, se expone a sus efectos negativos.

CAPÍTULO 2

TRASTORNOS ALIMENTARIOS

En el presente capítulo se abordaran temas relacionados con los trastornos alimentarios, lo que abarca se presentan y sus principales características, así como los principales indicadores de dichas perturbaciones.

2.1. Antecedentes.

Desde la antigüedad, se han encontrado conductas alimentarias desordenadas. Anteriormente era en los banquetes donde se comía de forma desmesurada y como característica social de demostración de poder que, en ocasiones, implicaba un marcado simbolismo sagrado, donde el vómito era un procedimiento usual para volver a comer (Jarne y Talarn; 2000).

En la cultura cristiana, se practicaba el ayuno como penitencia como medio para conseguir una espiritualidad más elevada. Uno de los casos más famosos de anorexia en la historia fue el de Catalina de Siena, quien a los siete años comenzó a rechazar la comida por medio de las penitencias, cuando era adolescente comenzó a alimentarse con hierbas y solo un poco de pan.

Más tarde, la gente comenzó a evitar los alimentos solo por curiosidad, para darse cuenta si era posible sobrevivir sin alimentos.

Para 1667, una joven llamada Mathe Taylor, presentó un cuadro de inanición que despertó la curiosidad de la gente. Ella era visitada por médicos, nobles y clérigos para tratar de convencerla de alimentarse; también como consecuencia presentó amenorrea, restringiéndose aún más de los alimentos, vomitando lo poco que comía. Pasó más de un año alimentándose solamente con bebidas azucaradas, por lo que no orinó ni defecó.

En 1873, Gull, en Londres y Lassege, médico del hospital de La Pitie, en París (citados por Jarne y Talarn; 2000), describieron cuadros anoréxicos, los cuales constataron la inexistencia de patología orgánica que pudiera justificar la situación clínica anoréxica, inclinándose por la etiología psicógena.

Las primeras teorías sugieren una afección con origen panhipopituitario, muy parecidas a las de la actualidad, más adelante se propusieron las hipótesis psicológicas de tipo psicoanalítico. Para los años setenta se considera que en la génesis del trastorno debe confluir un conjunto de factores encadenados tales como los psicológicos, biológicos y sociales, con los cuales se ponderan modelos de tratamiento pluridisciplinarios que aborden los tres núcleos conflictivos de la anorexia: el peso, la figura y los pensamientos alterados.

Para 1979, Russell encontró un cuadro caracterizado por episodios de ingesta voraz y conductas de purga posteriores, los cuales considero como anorexia

nerviosa, a lo que algunas pacientes evolucionaban lentamente en su trastorno e iniciaban entonces con conductas de ingesta voraz y de purga, a esto le denomino bulimia nerviosa (Jarne y Talarn; 2000).

Por otra parte, se han detectado varias pacientes que sin antecedentes de anorexia nerviosa, presentan episódicamente grandes ingestas que no pueden controlar, luchan contra el miedo de ganar peso y vomitan o purgan regularmente.

2.2. Definición.

Los trastornos alimenticios son enfermedades crónicas y progresivas que, a pesar de que se manifiestan a través de la conducta alimentaria, consisten en una gama muy compleja de síntomas, de entre los cuales prevalece una alteración o distorsión de la autoimagen corporal, conjuntamente con gran temor a subir de peso, así como la adquisición de una serie de valores a través de una imagen corporal distorsionada, de los cuales se derivan la anorexia y bulimia nerviosa (Jarne y Talarn; 2000).

2.2.1. Anorexia nerviosa.

Quiere decir falta de apetito, el cual es un término habitual para designar un síntoma que aparece en muchos otros trastornos y enfermedades, como la depresión o la gripe, aunque cuando se habla de anorexia nerviosa, la persona, en lugar de carecer de apetito, se comporta como “un organismo hambriento” (Belloch y cols.;

1995: 535), aunque no come, no deja de pensar en los alimentos idóneos que debería de ingerir para no estar gorda, es ahí donde radica su psicopatología con el deseo de seguir adelgazando, aunque ya haya perdido gran porcentaje de peso. Este trastorno afecta principalmente a mujeres de entre 10 y 30 años, con más frecuencia en aquellas que viven en los países más desarrollados que poseen alto nivel económico, este grupo incluye gimnastas y sobre todo modelos, aunque también se presenta en menos proporción en clases bajas (Belloch y cols.; 1995).

Se caracteriza principalmente con el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, en un miedo intenso a ganar peso y en una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo. Las mujeres afectadas con este trastorno, aunque hayan pasado la menarquia, sufren amenorrea (APA; 2002).

Las personas con este trastorno, mantienen un peso corporal por debajo del nivel normal mínimo para su edad y su talla, si esta inicia en la niñez o en las primeras etapas de la adolescencia, en lugar de pérdida puede haber falta de aumento de peso.

2.2.2. Bulimia nerviosa.

Bulimia proviene de las raíces griegas *bus*-buey y *limos* – hambre, lo que en conjunto significa hambre desmesurada. En el ámbito clínico se aplica a aquellos episodios caracterizados por una necesidad imperiosa, irrefrenable, de ingerir grandes cantidades de comida, generalmente de elevado contenido calórico. Como

consecuencia, la persona se ve invadida por fuertes sentimientos de autorrepulsa y culpa, y tiene la necesidad de mitigar los efectos de sus actos induciéndose el vómito (Belloch y cols.; 1995).

Las características esenciales de la bulimia nerviosa consisten en atracones y en métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso. La autoevaluación de los individuos con esta enfermedad se encuentra excesivamente influida por la silueta y el peso corporales. Para poder diagnosticar los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas, deberán presentarse al menos dos veces por semana en promedio, durante tres meses (APA; 2002).

El término atracón se refiere al consumo, a lo largo de un periodo corto de tiempo, de una cantidad de comida muy superior a la que la mayoría de los individuos comen, acompañado de la adicción a fumar, al alcohol o hasta llegar las drogas, mientras las pacientes son capaces de diferenciar entre estos episodios y el hecho de simplemente comer en exceso. Las características presentes en las pacientes son difíciles de detectar, debido a que son ocultados y/o negados, o debido a que el peso se encuentra dentro de lo establecido, por lo que no es suficiente para llamar la atención; se presenta con mayor frecuencia en mujeres de entre 18 y 25 años.

2.2.3. Obesidad.

Este es un trastorno crónico que requiere una atención a largo plazo, se define como la excesiva acumulación de tejido adiposo en el conjunto corporal. Aunque muchas veces se confunde con exceso de peso, curiosamente es fácil de diagnosticar a simple vista y quien hace el primer diagnóstico es el paciente mismo, debido a su apariencia (Belloch y cols.; 1995).

2.2.4. Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas.

Se refiere a la ingesta excesiva como una reacción a acontecimientos estresantes y que da lugar a la obesidad, tales como duelos, accidentes, intervenciones quirúrgicas y acontecimientos emocionalmente estresantes, que pueden dar lugar a una obesidad reactiva en pacientes predispuestos a ganar peso (Castillo y León; 2005).

2.2.5. Vómitos en otras alteraciones psicológicas.

Conocidos también como vómitos psicógenos e hiperémesis gravídica psicógena, en ellos pueden aparecer náuseas repetidas, no autoprovocadas, en cuadros disociativos, en la hipocondría como uno de los muchos síntomas corporales experimentados, y en el embarazo, en cuya condición, factores emocionales pueden facilitar la aparición de vómitos o náuseas recurrentes (Castillo y León; 2005).

2.2.6. Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia.

Se presentan en la infancia, se caracterizan principalmente porque el niño rechaza los alimentos o presenta conductas muy caprichosas que se alejan bastante de lo que es una conducta alimentaria normal y lo hace frente a su cuidador habitual, lo cual puede asociarse con la rumiación o mericismo (Castillo y León; 2005).

Dicho trastorno se diagnostica al descartar que sea una enfermedad orgánica, al igual que con caprichos infantiles o en las variaciones al alza o baja de alimentación, ya que estas dificultades alimentarias en los infantes son normales, pero si el grado supera alarmantemente ese rango y las características de la dificultad son anormales y aún más, si el niño tiende a ganar o perder peso en un periodo de al menos un mes, se deberá pensar que se está ante dicho trastorno.

Enseguida se explican otras perturbaciones alimentarias de la infancia, con base en Castillo y León (2005):

- Rechazo alimentario: este es un síntoma que puede aparecer en múltiples patologías psiquiátricas, una de ellas es puede ser la anorexia nerviosa. En sus primeras etapas la paciente no pierde el apetito, pero rechaza la comida, por lo que no es fácil darse cuenta de este síntoma, ya que se disimula atribuyéndolo a malestares intestinales
- Pica o alotriofagia: se conoce como un trastorno de la conducta alimentaria, en la que el sujeto ingiere de forma persistente sustancias no nutritivas. Se considera una conducta anormal cuando aparece por encima

de los 18 meses. En el caso de los niños, puede tratarse de un síntoma en casos de autismo y retraso mental.

- Rumiación o mericismo: es un trastorno poco frecuente, que aparece entre los tres y doce meses, el cual consiste en la regurgitación repetida de la comida ingerida; se acompaña de pérdida de peso o incapacidad para ganar el esperado para la edad del niño, debido a que la comida es expulsada o incluso, de nuevo deglutida.

Dicho padecimiento puede aparecer en niños con retraso mental o trastorno generalizado del desarrollo. Es un trastorno con baja prevalencia, pero de carácter grave, pues tiene una tasa de mortalidad del 25%, que se atribuye a una grave alteración de la relación materno-infantil (Castillo y León; 2005).

- Potomanía: es una alteración no recogida en ninguna de las dos clasificaciones que existe sobre enfermedades mentales, ya que se trata de una ingesta excesiva de líquidos, habitualmente agua. Esta perturbación debe ser diferenciada de la diabetes insípida

2.3. Esfera oroalimenticia en el infante.

Como reacción oral, aparece una de las primeras formas de relación con el mundo externo, aunque todavía no sea una auténtica relación objetal. La madre aun no es objeto amado, sino una dependencia infantil: es la madre-alimento. Esta reacción no tiene un carácter específico, parece ser una simple respuesta a diversos

estímulos: al contacto con los dedos o con el pecho, dicha respuesta es mayor cuando el niño tiene hambre que cuando está saciado, es por lo tanto un reflejo y una orientación hacia la fuente de excitación (Ajuriaguerra; 1973).

2.3.1. Organización oroalimentaria.

La actividad oral es fuente de satisfacción y necesidad biológica de nutrición, también una fuente de contacto mediante la apropiación de un objeto externo consistente en coger y dejar, un juego de labios o mordiscos, de ingurgitación y regurgitación.

La succión infantil de contacto-apropiación, bloqueada como está por su inmadurez de movimientos, es una forma primitiva de relación con el mundo exterior, que contiene los primeros lineamientos de procesos indagatorios. Durante un tiempo la boca será un medio para apropiarse los objetos, contribuye a un elementalísimo conocimiento del cuerpo (el dedo o pie en la boca). Dicho inicio se complementará al captar visual o táctilmente el mundo externo, cuando ya le sea posible localizar un cuerpo fuera del propio (Ajuriaguerra; 1973).

El acto de tetar no responde exclusivamente a la satisfacción que le produce el comer, sino que procura un auténtico placer. El niño descubre que la excitación de la boca y los labios le place, aunque no vaya acompañada de comida; el hecho de chupar el pulgar muestra que el niño hace funcionar el automatismo succionador para lograr un placer cuando no tiene a su alcance el seno materno.

Las actividades de succión son las actividades motrices orales más importantes. Se puede tratar de la succión del pulgar, de los demás dedos, de la parte dorsal de la mano, aunque también de objetos exteriores como baberos, trapos y cobijas, aunque normalmente decrece con la edad y es importante hasta el segundo año. La persistencia de la succión del pulgar dependerá de un insuficiente desarrollo del movimiento de los labios durante la alimentación y de un número demasiado pequeño de mamadas, ya que la succión infantil se produce en diversas situaciones, como descarga de tensión o como placer rítmico; la situación particular de la succión de la lengua es muy rara y en ocasiones solo se da en retrasados de manera especial. El morderse los labios u otra parte de la mano, equivale a una descarga psicomotriz que desaparecerá entre el año y el año y medio. En consecuencia, se dice que un número importante de disfagias podrían deberse a un retraso madurativo neuromuscular (Ajuriaguerra; 1973).

2.3.2. Alteraciones en la esfera oroalimenticia.

Este tipo de alteraciones son raras, según Ajuriaguerra (1973), y pueden aparecer desde las primeras semanas de vida o desde el primer día, ya que es muestra de una especial constitución neuropática, la cual se presenta en las siguientes edades.

Existen dos clases de anorexia durante el primer año de vida:

- 1) Anorexia precoz: se presenta en las primeras semanas de vida o en el primer día, se distingue en niños con bajo peso, nerviosos y muy despiertos.
- 2) Anorexia del segundo semestre: esta es más frecuente, ya que puede aparecer entre el quinto y octavo mes, al suprimirse paulatinamente la leche e ir diversificando el régimen, cuando todavía es lábil el apetito y se producen grandes cambios en el desarrollo infantil.

Según el comportamiento infantil ante la comida, se señalan dos tipos de anorexia:

- 1) Inerte: resulta cuando el niño no tiene iniciativa ni coopera; en ocasiones ni siquiera ingiere, se le escapa la leche por la comisura de los labios o incluso vomita la poca que haya podido tomar.
- 2) De oposición: reacciona con chillidos, agitación, intensa rotación tónica, negativa a comer, rechazo, vómitos y otros métodos para rechazar la comida que se le ofrece.

En el segundo semestre puede presentarse la anorexia simple, la cual al comienzo, semeja una reacción al destete, ante el cambio de alimentación o ante un incidente patológico benigno o de carácter serio, causante de una pasajera anorexia orgánica que a su vez, da origen a una interacción en el niño y la madre, la cual se

empeña en imponerse y el niño en oponerse. Por lo tanto, es una conducta de rechazo a nivel elemental y no se considera como pérdida de hambre o de apetito.

En esta etapa también se presenta la anorexia compleja, la cual se caracteriza por la intensidad de los síntomas y por la resistencia del menor a los tratamientos habituales, manifestando desinterés por la comida.

La anorexia de la segunda infancia suele seguir a la de la primera, aunque también puede presentarse en niños que se ha alimentado normalmente en el primer año de vida, donde el rechazo a la alimentación es causado tras cierta ritualización de su comida en el ambiente familiar, o bien, por oposición a las exigencias u obligación a comer al ritmo de los adultos.

Los casos de anorexia más graves casi siempre responden a un conflicto en la relación con la madre. Por ello, no es un síntoma ni hay que tratarla como tal sin antes considerar al detalle todo lo referente a su manera de comer, como las condiciones en que se efectúa, horarios y número de comida, cantidad y ambiente en que ha de comer (Ajuriaguerra; 1973).

2.4. Perfil de la persona con trastornos de alimentación.

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

Dichos trastornos afectan tanto la personalidad que se vuelve difícil separar los rasgos característicos del individuo, de los que aparecen como resultado una vez que se instala el trastorno del comer, donde pueden surgir los siguientes precipitantes:

- Problemas con la autonomía: personas que viven muy pendiente de lo que otros esperan de ellas, de cumplir con los ideales de los padres o de dar satisfacción a los demás, por lo que muestran predisposición a dichos trastornos, pues presentan dificultades para funcionar de forma discriminada de la familia o de otros patrones externos.
- Déficit en la autoestima: el grado en que el individuo se acepta a sí mismo se conoce como autoestima, entonces, cuando las personas desarrollan imágenes sobre sí mismas y fabrican su propio concepto acerca de quiénes son, es cuando resulta que cuanto menos parecidos son a lo que consideran su ideal, es el concepto que tienen de sí mismos, por lo tanto, su autoestima estará más baja.
- Camino a la perfección y el autocontrol: el sufrimiento y la sensación de ineficacia les hace muy exigentes, a tal punto que sienten que lo que hacen nunca es suficientemente positivo. Esta circunstancia se desplaza al peso corporal, ya que para alcanzar la perfección es preciso mantener el cuerpo ideal, por lo que se convencen de transformar su silueta para lograr transformarse a sí mismas y así, ser seguras y tenerse confianza para afrontar los desafíos de la vida.

- Miedo a madurar: el periodo que va desde la pubertad pasando por la adolescencia, hasta la juventud, es una etapa de numerosos cambios en los ámbitos físico, sexual, emocional y social. Algunos jóvenes se sienten poco hábiles para relacionarse con dichos cambios, los cuales vienen acompañados de un aumento del peso corporal, el cual da la anatomía de la mujer. Esto puede ser el factor precipitante para quien se enfrente a trastornos de la alimentación.

2.5. Causas del trastorno alimenticio.

Existen diferentes factores para que alguien tenga un trastorno de alimentación, pero ninguno de ellos es en sí mismo suficiente. Se necesita de una combinación de distintos factores, los cuales adquieren características particulares en cada caso. “Más que pensarlos como factores distintivos que causan un trastorno del comer, es bueno verlos como factores que hacen que una persona sea más vulnerable para desarrollarlos” (Costin; 2003: 51).

Dichos factores se describen como predisponentes (socioculturales, familiares e individuales), precipitantes (estresores, actitudes anormales con peso y figura y dietas extremas y pérdida de peso) y perpetuantes (atracones y purgas, así como secuelas fisiológicas y psicológicas).

En este orden de ideas, predisponer significa preparar con anticipación una cosa o el ánimo para un fin, es decir, que cuando se habla de dichos factores, se

dice que hay elementos en el contexto sociocultural, en las características individuales del sujeto o en las de su familia, las cuales preparan la energía de la persona para progresar más fácilmente con la idea del control de peso. Por otra parte, precipitar se refiere a arrojarse para realizar o decir algo con arrebatos y sin prudencia, acelerar. Significa que después de preparar, puede aparecer cualquier elemento estresante o decisión de comenzar con dietas para concretar ese control de peso (Costin; 2003).

2.5.1. Factores predisponentes individuales.

Existen factores individuales que influyen en la conducta de comer, haciendo hincapié en las creencias, el aprendizaje, las actitudes y la constitución psicofisiológica de la persona. Es decir, la elección de la comida no es solo un producto del contenido nutricional del alimento, sino que se basa en la elección de este, ya que se produce dentro de una red de significados sociales (Ogden; 2005).

La comida tiene un complejo conjunto de significados, así como de prestigio, estatus y riqueza, es también un medio de comunicación y de relaciones interpersonales, de placer, gratificación personal y alivio de estrés. Esto se aprecia en fiestas, ceremonias y días especiales, comidas de domingo y de diario, así como de familiares y de invitados, hasta con propiedades mágicas y para la salud y enfermedad, por lo que hay sistemas para clasificar las comidas.

- Comida frente a no comida: delimita los elementos que son comestibles y los que no lo son (el trigo es comida, pero la hierba no).
- Comidas sagradas frente a profanas: distingue entre las comidas validadas por las creencias religiosas y las que no lo son (los animales de pezuña hendida, rumiantes, son sagrados para los musulmanes y los judíos).
- Clasificaciones de comidas paralelas: los alimentos pueden clasificarse como calientes (el trigo y la patata) o fríos (el arroz y los guisantes).
- Comida como medicina, medicina como comida: describe la separación y el solapamiento entre comida y medicina (utilizar o evitar ciertos alimentos en diferentes estados como el embarazo, la lactancia o menstruación).
- Comidas sociales: la comida puede entenderse como forma de afirmar y desarrollar relaciones (simbolizar estatus, ofreciendo platillos raros, caros o deliciosos y así crear la identidad de grupos mediante patrones tradicionales tales como desayuno, comida y cena), según lo expresa Ogden (2005).

Por otra parte, la comida tiene diversas funciones psicológicas y sociales, además de la nutrición, de acuerdo con la perspectiva de la autora mencionada:

- En particular, la comida transmite el sentido del yo, actúa como medio de comunicación entre individuos y es fundamental para el establecimiento de una identidad cultural, retomando un significado.

- La comida como afirmación del yo: ya que facilita información sobre la identidad personal, actuando como comunicación de necesidades internas, conflictos internos o el sentido del yo. Los significados individualizados de la comida están íntimamente ligados a la identidad de género y a la idea de ser mujer. En particular, la comida representa la sexualidad, los conflictos entre culpabilidad y placer, comer y negación, así como una expresión de autocontrol.
- Comida y sexualidad: algunos alimentos se relacionan con el sexo y la sexualidad. Las explicaciones de la asociación entre la comida y el sexo suelen destacar la semejanza biológica entre las dos actividades, por tratarse en ambos casos, de un impulso básico para la supervivencia y que ambos perpetúan en la vida, al igual que pueden ser placenteros, así como que implican una vulnerabilidad al violar los límites corporales normales.
- Comer frente a la negación: la alimentación es también un foro para muchos conflictos intrapersonales. Es la comida una fuente de placer, pero con frecuencia no para las personas que tienen la responsabilidad principal de facilitarla. Las mujeres tienen el control de la comida, pero, al mismo tiempo, se niegan a sí mismas el placer de comer (Ogden; 2005).

- Culpabilidad frente al placer: algunos alimentos como el chocolate y los pasteles, se asocian con un conflicto entre el placer y la culpabilidad. Se describen sentimientos agradables ante la comida, pero después hay culpa tras su consumo, así como vergüenza, una sensación de complejo, desesperación y perversidad.
- La comida y el autocontrol: el alimento representa también el control de sí mismo o su pérdida. el autocontrol se plasma en que el interés por la conducta de comer, siguiendo una dieta, se convierte en el vehículo para ejercer este control y, en último término, la persona anoréxica refleja a ese individuo autocontrolador intraactivo.
- La comida como interacción social: la alimentación es un instrumento corriente de comunicación en la familia, ya que el comedor es el único lugar en el que los miembros se reúnen y la comida familiar puede convertirse en el foro para poner en común las vivencias del día.
- La comida como amor: con frecuencia, los alimentos dulces se utilizan para apaciguar a los niños y mantener la armonía familiar. Así que los alimentos sanos y sabrosos son signos del amor familiar y de la determinación de agradar y satisfacer a los distintos miembros de la familia, aunque también es el medio por el cual las mujeres demuestran amor y preocupación por las personas que les rodean.

- Salud frente a placer, esto muestra que el deseo de proporcionar a sus hijos y esposos comidas saludables, puede crear conflictos en las mujeres, ya que a menudo, las dietas preferidas son poco saludables.
- Relaciones de poder: el reparto de la comida refleja las relaciones de poder y las divisiones sexuales dentro de la familia, dándose, en concreto, las porciones más grandes al hombre de la casa, de manera que la negativa de la mujer a comer sirve para mantener un cuerpo más delgado y cumplir su papel como proveedora para los demás.
- La comida como identidad cultural: la alimentación es una forma de comunicación sobre la identidad de una persona en el contexto de otras.
- La comida como identidad religiosa: la conducta ante la cocina, en el caso de las mujeres judías, incluye símbolos, ya que mantienen ritos en la preparación, los cuales dan un sentido de santidad de trabajo doméstico cotidiano.
- La comida como poder social, en este caso la comida es un símbolo de estatus, ya que las personas poderosas comen bien y son alimentadas bien por otros (Ogden; 2005).

2.5.2. Factores predisponentes familiares.

En estos casos, también resulta complejo diferenciar cuales son los factores característicos de las familias antes de que se desarrolle un trastorno de la alimentación, en contraste con los que se desprenden una vez que el mismo se ha instalado (Costin; 2003).

Se dice que las familias con poca comunicación entre sí o con una interacción pobre, pueden ser causantes del trastorno en uno de los miembros de la familia.

Un desorden alimentario genera una relación distorsionada en el seno de la familia, originándose sentimientos de enojo, ansiedad y culpa, así como dificultades en la comunicación tanto en el paciente como en los padres o hermanos, por lo que este tipo de interacción está relacionado con la evolución de la enfermedad, más que con el origen.

Por lo tanto, el análisis no se debe enfocar en que las relaciones familiares son la principal causa de esta irregularidad, pues se debe a una combinación de diversos orígenes como los sociales, individuales y familiares, donde con la interacción se desarrollará un trastorno alimentario que tendrá características específicas en cada caso.

- a) Escasa comunicación entre sus miembros.
- b) Incapacidad para la resolución de los conflictos que se presentan.

- c) Sobreprotección por parte de los padres.
- d) Rigidez y falta de flexibilidad para encarar las situaciones nuevas, o regular las reglas familiares, adecuándolas a los cambios de etapa.
- e) Ausencia de límites generacionales (jóvenes con papel de madres).
- f) Expectativas demasiado altas de los padres respecto de sus hijos.
- g) Historias familiares que incluyen depresión y alcoholismo.
- h) Existencia en el seno de la familia de abuso sexual o físico.

Ogden (2003), menciona que las familias tienden a reflejar en pequeño los conflictos sociales más amplios, o las actitudes e ideologías imperantes en cada época social. Asimismo, los miembros de cada familia reproducen en sus vidas individuales los valores que absorbieron durante el crecimiento.

2.5.3 Factores socioculturales.

El contexto sociocultural premia la delgadez y tiene prejuicios contra la gordura. Específicamente, la sociedad comunica que el papel más importante de la mujer es ser atractiva físicamente, lo cual se traduce en la presión social para ser súper mujer y en el hecho de que la delgadez sinónimo de estatus social.

Los prejuicios contra la obesidad son otro producto de la percepción social, esto incluye las creencias de que los obesos comen más y que tienen más problemas psicológicos.

La obesidad es asociada con un incremento de mortalidad, lo cual no es necesariamente cierto, lo mismo el hecho de que los tratamientos con dietas prolongadas, son satisfactorios.

El peso tiene un significado importante en la autoestima y la felicidad de las mujeres, y son los medios quienes reflejan mujeres de figura esbelta y bajo peso conjuntamente a una vida sofisticada, de gran aceptación social y sobre todo, de éxito (Costin; 2003).

El contexto sociocultural premia la delgadez y tiene prejuicios contra la gordura. Aunque dicha problemática no es reciente, en los últimos tiempos va en aumento presentándose con mayor frecuencia en clase media y alta. En las últimas décadas, se espera que la mujer considere la belleza y la delgadez como sinónimos y que crea que el éxito es inversamente proporcional al peso, es decir, cuantos menos kilogramos de peso, más logros; estos son los estereotipos femeninos.

Las personas que sufren de un trastorno de la alimentación llegan a estar tan obsesionadas con la comida y el comer, que disponen de poco o nada de tiempo para pensar en estar bien, mucho menos tienen las condiciones de estabilidad emocional mínimas para desempeñarse adecuadamente en su actividad laboral, escolar o social (Costin; 2003).

Se espera que el papel que una mujer desempeñe sea de un cuerpo perfecto, con una carrera brillante, con un nivel social fluido, un matrimonio perfecto, así como

ser una madre única. Los anuncios de televisión muestran que las mujeres deben ser delgadas, saludables, sensuales, hermosas y triunfadoras, sin importar lo que estén anunciando.

Por desgracia, las mujeres reales creen este mensaje y tienden a culparse por no alcanzar los estereotipos que los medios venden. Es ahí donde perder peso se convierte en la principal meta, al pensar la mujer que la figura esperada le traerá éxito en todas las áreas en las que se desempeña, creyendo que ya no tendrá dificultades para enfrentar aquello que le resultaba difícil (Costin; 2003).

2.6. Percepción del cuerpo en los trastornos alimentarios.

Se define como la representación diagramática del propio cuerpo, en la conciencia con sentimientos y actitudes hacia el mismo, el cual está conformado por dos aspectos: el cognitivo, asociado a la percepción del propio cuerpo, y el emocional, unido al sentimiento que esto provoca (Jarne y Talarn; 2000).

El trastorno de la imagen corporal se puede observar de dos formas diferentes de expresión: la primera es perceptual, que se refiere al grado de exactitud o en dado caso, a la imprecisión con la que el paciente estima sus dimensiones corporales. La segunda implica el componente afectivo o emocional, los cuales son los pensamientos y actitudes respecto al propio cuerpo e indirectamente, el grado de satisfacción o insatisfacción con este.

La insatisfacción corporal se refiere al cuadro del propio cuerpo que se forma en la mente de cada persona (Ogden; 2005), aunque también se ha utilizado la expresión para describir las percepciones de los límites del cuerpo, un sentido de atractivo y la percepción de las sensaciones corporales, mientras que en las últimas décadas, investigadores y periodistas de la prensa escrita y audiovisual se han interesado por una faceta de la imagen corporal relacionada con la insatisfacción personal, lo que le da más realce a dicho padecimiento. Es decir, la discrepancia con el ideal conlleva respuestas negativas al cuerpo.

Existen medios de comunicación donde hacen cuestionamientos sobre la imagen ideal, donde transmiten personas delgadas, altas, con un cuerpo envidiable, es ahí donde quien recibe esa información, presenta un cuando de discrepancia al querer ser como tal persona respecto al cuerpo, es decir, no está contenta con su propio cuerpo.

Ante este panorama, la insatisfacción corporal adopta muchas formas, tales como la estimación deformada del tamaño corporal y una percepción de que el cuerpo es más voluminoso de que en realidad es; respuestas negativas al cuerpo, sentimientos y cogniciones negativas acerca del cuerpo, como quienes siguen regímenes alimentarios, los cuales muestran mayor insatisfacción que aquellas personas que no siguen dietas especiales; por lo general, las mujeres son quienes manifiestan mayor insatisfacción que los hombres, respecto al cuerpo.

El género femenino presenta mayor insatisfacción corporal con respecto al estómago, las caderas, los muslos, principalmente. Los hombres, por su parte, se preocupan por su aspecto físico, la fuerza de su tronco y su condición física; desean un volumen preferido diferente de lo que lo perciben, si bien manifiestan su satisfacción con los brazos, espalda, pecho y estómago.

Las principales causas de la insatisfacción corporal son los factores sociales y los psicológicos, pues desencadenan dicha desestabilidad al promover una imagen ideal en los medios de comunicación. Cuando el sujeto tiene una imagen distorsionada de sí mismo, entonces toma importancia el entorno.

En este orden de ideas, la insatisfacción es una respuesta a las representaciones de mujeres delgadas en los medios de comunicación social. Sea cual fuere su papel, donde se encuentren, las mujeres que utilizan los medios de comunicación suelen ser delgadas y, por tanto, no solo inculcan que la delgadez es la norma deseada, sino también la norma efectiva, al aparecer una mujer más gruesa se hace referencia al hecho de que esta gorda y no aparece como normal, sino que tiene otros papeles que hacen referencia a su talla (Ogden; 2005).

Otra influencia es la cultura, pues al pasar de una a otra puede surgir la insatisfacción, al asimilar los elementos culturales del nuevo entorno.

Por último, se presenta la familia, muchas veces quien es la fuente de la insatisfacción es la madre descontenta con el propio cuerpo, la cual comunica la misma sensación a sus hijas, creando una cadena.

Por tanto, los factores sociales han destacado el rol que desempeñan los medios de comunicación, la cultura y la propia insatisfacción corporal de las madres.

Entre los factores psicológicos, están las creencias, cuya función en este caso consiste en mediar la influencia del carácter étnico y de la clase social en la insatisfacción corporal; se trata de las que surgen en la competitividad, el logro, éxito, el papel de las mujeres, los estereotipos de belleza y las relaciones entre hijos y padres.

Por lo anterior, se concluye que aunque los factores sociales, como la clase social y el carácter étnico, pueden estar relacionados con la insatisfacción corporal, es probable que su influencia esté mediada por el papel que desempeñan las creencias de la persona insatisfecha de los miembros de su familia con respecto al cuerpo de dicha persona.

En continuidad con lo ya expuesto, resulta necesario destacar la percepción que la madre tiene de sí misma, ya que esto afectara la relación con las hijas. Se destaca el papel de la crítica directa procedente de la madre, como elemento que permite predecir comportamientos de las hijas tendientes a la pérdida de peso. Por lo

tanto, las relaciones entre madre e hija influyen en la insatisfacción corporal a través de la naturaleza de la relación y no de la provisión de un modelo de rol.

Las consecuencias de la insatisfacción corporal pueden ser variadas. Respecto a las mujeres, la insatisfacción corporal es el sometimiento a un régimen alimenticio, al ejercicio físico y a cirugía estética, para corregir partes del cuerpo, mientras que en los hombres se presentan con menor frecuencia las dietas, pero no así el ejercicio físico, presente en diferentes deportes que practican cotidianamente (Ogden; 2005).

Por lo tanto la insatisfacción corporal se define como una imagen deformada del cuerpo en comparación con una medida objetiva de la realidad, una diferencia entre el volumen corporal real percibido y el ideal, o simplemente como sentimientos negativos respecto al cuerpo.

2.7. Factores que mantienen los trastornos alimenticios.

Perpetuar consiste en hacer eterna o extensa cualquier actividad, que en este caso son los trastornos del comer y/u otras actividades como dietas y deficiente alimentación. Según Costin (2003), una persona se vuelve más vulnerable para desarrollar un trastorno de la alimentación cuando se dan determinadas combinaciones de factores individuales, familiares y socioculturales. En este sentido, un evento estresante en una determinada etapa del ciclo vital, dentro de un terreno fertilizado por dietas y actitudes extremas respecto al peso y figura, precipitan el

problema. Aunados a la perpetuación del trastorno, además de lo que pudo haberlo disparado en el comienzo, aparecen los factores fisiológicos y emocionales del trastorno del comer.

La dieta es el factor perpetuante por excelencia: el cuerpo, que esta subalimentado, causa el malestar anímico y emocional, así como falta de fuerzas en la persona. A la vez, una deficiente alimentación tiene complicaciones de orden fisiológico, psicológico, cognitivo y social.

Las transformaciones anímicas de orden psicológico, se generan como respuesta a la semiinanición, ya que esta privación hace transformaciones físicas, emocionales y sociales en los individuos.

Asimismo, la subalimentación tiene impacto también en otras áreas como la social, ya que los sujetos se vuelven ensimismados y aislados, sin intereses amorosos ni sexuales. Al igual que en la concentración, comprensión y el estado de alerta, de orden cognitivo.

Las transformaciones físicas, por otra parte, se presentan en el periodo de inanición, tales síntomas 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.

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, como media de adaptación (Costin; 2003).

En suma, la privación alimenticia es formadora de hábitos. Las personas sometidas a una restricción alimentaria desarrollan modos de vincularse con la comida y hábitos de los cuales es muy difícil escapar, ya que el alimento se vuelve una obsesión que enferma y por lo tanto, la dieta se hace adictiva, no la comida en por sí misma.

2.8. Trastornos mentales asociados a los trastornos alimenticios.

Dichos padecimientos suelen estar asociados con otros problemas psiquiátricos, por ejemplo, los pacientes con anorexia nerviosa suelen cumplir criterios de depresión clínica (Butcher y cols.; 2007).

En consecuencia, son problemas multidimensionales. Las presentaciones clínicas son complejas, los síntomas de varios cuadros se superponen, complicando las decisiones diagnósticas y terapéuticas (Jarne y Talarn; 2000).

A continuación, se muestra la relación entre los trastornos alimentarios y algunas perturbaciones psiquiátricas:

- En la esquizofrenia, se presenta por medio de la negación a ingerir alimentos debido a la presencia de ideación delirante de envenenamiento, dicha idea puede prolongarse por largos periodos, según sea el caso.
- En las depresiones, hay disminución de la ingesta, con o sin repercusión al peso corporal, pero a veces se evidencia una ingesta excesiva. Desde la perspectiva clínica, estos trastornos por exceso son muy frecuentes en algunas formas atípicas de melancolía y en algunas depresiones menores que cursan con una importante ansiedad (Jarne y Talarn; 2000).
- En la manía, en su fase aguda, los pacientes pueden pasar mucho tiempo sin tener la necesidad de alimentarse o, por contrario, solicitar una gran cantidad de porciones, aunque la ingesta sea normal y no hagan uso de ellas.
- En las fobias, se relacionan específicamente las relacionadas con los alimentos o la deglución. Cuando se trata de los alimentos, el sujeto, a partir de una experiencia traumática, desarrolla un cuadro fóbico donde aparecen las conductas de evitación y la ansiedad anticipatoria. Aunque el asunto más grave radica en las fobias a tragar por miedo a asfixiarse y morir.

- En la ansiedad, no hay un trastorno específico asociado con el síndrome ansioso, aunque se pueden observar alteraciones por defecto o por exceso.
- En el trastorno obsesivo-compulsivo, se puede presentar en la forma de alimentación particularmente lenta, donde los alimentos son escogidos con una especial meticulosidad, añadiendo la duda y la compulsividad, aunado a las ideas de contaminación y suciedad de los alimentos, los cuales pueden modificar de forma importante los hábitos alimentarios (Jarne y Talam; 2000).

2.9. Tratamiento de los trastornos alimentarios.

Un programa de tratamiento de la anorexia nerviosa tiene como objetivo prioritario la recuperación ponderal (recuperar peso) ya que parece que muchos de los pensamientos alterados respecto a la comida, el peso o la figura, se sustentan por la malnutrición y se regularizan cuando se normaliza el peso. Dicha regularización debe ser en la dieta y los hábitos alimenticios, ya que son fundamentales en dicho proceso de recuperación; en segundo lugar, se deberán resolver los problemas psicológicos, familiares y sociales que ocurren en la anorexia nerviosa.

Algunas de las estrategias de tratamiento ante la anorexia nerviosa, se explican enseguida:

- Recuperación ponderal: consiste en rehabilitación nutricional y la normalización de la dietética para corregir las secuelas físicas y psicológicas que la mala nutrición perpetúa, aunque las psicológicas tardaran más en normalizarse ya que se haya recuperado el peso (Jarne y Talarn; 2000).
- Tratamiento dietético: parte de contenidos calóricos normales, es decir, se debe reaprender a partir de dietas donde progresivamente aumente la cantidad de calorías.
- Tratamiento psicológico: se maneja como la piedra angular de una eficiente recuperación del programa terapéutico de la anorexia nerviosa, aunque las intervenciones psicoterapéuticas son poco efectivas en las fases más graves de la enfermedad; concretamente, las pacientes mal nutridas y de bajo peso se muestran extremadamente refractarias a la psicoterapia y difícilmente se observan cambios comunicativos hasta que no se ha recuperado un determinado peso. En función de lo anterior, toma sentido la psicoterapia de refuerzo, conjuntamente con las técnicas de relajación y sesiones psicoeducativas, las cuales facilitarán que el paciente no vea el programa coercitivo, sino solo para ganar peso.
- Terapia cognitivo-conductual: ha resultado la más efectiva, ya que es un conjunto de conductas reforzadas por factores ambientales que gratifican la delgadez y por estímulos aversivos que provocan ansiedad (Rausch; 1997).

- Tratamiento farmacológico: está indicado coadyuvante de las técnicas psicológicas y como tratamiento de la psicopatología asociada, especialmente a la depresión. Para el apetito se utiliza la ciprohectadina, un antihistamínico orexígeno (estimulador del hambre) especialmente indicado en la anorexia restrictiva y menos en la purgativa, así como los antidepresivos como la amitriptilina y la clomipramina.
- Terapia familiar: se trata de que los miembros de la familia del enfermo lo acompañen moral y físicamente para su pronta recuperación.
- Planificación del tratamiento: esta estrategia es multimodal, ya sea de ingreso hospitalario, hospital de día o tratamiento ambulatorio, según sea el caso. Es necesario un programa de intervención complejo y bien estructurado, para que incluya las tres áreas de intervención que son el peso, la figura y las cogniciones. Al igual que un programa de monitoreo de comidas, que asegure una dieta capaz de hacer que se revierta el proceso de la inadecuada nutrición y facilite la intervención psicoterapéutica.
- Tratamiento en hospitalización: se requiere en pacientes con poca motivación, inestabilidad psicológica, trastorno psiquiátrico y un ambiente familiar poco cooperador, al igual que en el caso del 25 o 30% del peso correspondiente al momento, según la edad y la altura; esto requiere de un tratamiento minucioso y exigente, compartido y aceptado por todas las personas que

tratan a esas enfermas. Es necesario un equipo multidisciplinar, formado por médicos, psicólogos, enfermeras y auxiliares con una formación y habilidad para dicho tratamiento de estas patologías (Jarne y Talarn; 2000).

A manera de conclusión respecto a los puntos anteriores, el tratamiento de la anorexia nerviosa, tiene como objetivo prioritario la recuperación ponderal (recuperación del peso), ya que muchos de los pensamientos alterados respecto a la comida, el peso o la figura se sustentan por la inadecuada nutrición, la cual se normalizará en función de que se equilibre el peso (Jarne y Talarn; 2000).

Por otra parte, el tratamiento de bulimia nerviosa incluye:

- Restablecer pautas nutricionales normales.
- Recuperación física, estabilización del peso, rehidratación y normalización electrolítica y corrección de anomalías físicas.
- Normalización del estado mental.
- Mejorar el estado de ánimo y tratar posibles trastornos de la personalidad.
- Evitar el abuso de sustancias y corregir el estilo cognitivo erróneo.
- Restablecer unas relaciones familiares adecuadas: aumentar la participación la comunicación, restablecer pautas y roles y escapar de los sentimientos de fracaso.

- Corregir pautas de interacción social alteradas: aceptación del trastorno, afrontar los fracasos, aceptar la responsabilidad, vencer la impotencia y no buscar marcos sociales denigrantes.
- Implementación del Modelo cognitivo conductual: Se relacionan el pensamiento, la emoción y el comportamiento manifiestos. El paciente examina la validez de sus creencias en el presente.
- Terapia familiar: los patrones de interacción actuales resultan esenciales para determinar la posibilidad de lograr las metas de la familia.

Las perturbaciones alimentarias resultan, a final de cuentas, un fenómeno complejo, cuyo tratamiento tiene la misma naturaleza. La constante es, en este caso, su incremento sostenido debido a la realidad social actual.

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

El contenido de este capítulo se divide en dos partes: la primera corresponde al plan metodológico y sus características; la segunda, al análisis e interpretación de los resultados sobre los sujetos de estudio.

3.1 Descripción metodológica.

La metodología de investigación marca las estrategias implementadas para la recolección de datos sobre la realidad. Esta metodología debe estructurarse en función de los objetivos de investigación, puesto que es la forma en que se podrán cumplir estos.

Desde la perspectiva metodológica, existen dos grandes modelos de investigación: el cualitativo y el cuantitativo. Para Grinnell (citado por Hernández y cols.; 2010), ambos comparten cinco características:

1. Llevan a cabo la observación y evaluación de fenómenos.
2. Establecen suposiciones o ideas como consecuencia de la observación y evaluación realizadas.
3. Demuestran el grado en que las suposiciones o ideas tienen fundamento.

4. Revisan tales suposiciones o ideas sobre la base de las pruebas o del análisis.
5. Proponen nuevas observaciones y evaluaciones para esclarecer, modificar y fundamentar las suposiciones e ideas, incluso para generar otras.

3.1.1 Enfoque cuantitativo.

Este enfoque es secuencial y probatorio. Cada etapa precede a la siguiente y no se pueden evadir pasos, el orden es riguroso, aunque se pueden redefinir alguna fase. Parte de una idea, que va acotándose y, una vez delimitada, se derivan objetivos y preguntas de investigación, también se revisa la literatura y se construye un marco o una perspectiva teórica. De las preguntas se establecen hipótesis y se determinan variables; se desarrolla un plan para probarlas (diseño), se miden las variables en un determinado contexto, se analizan las mediciones obtenidas (con frecuencia utilizando métodos estadísticos) y se establece una serie de conclusiones respecto a las hipótesis.

En el presente estudio se tomó el enfoque cuantitativo. A continuación se enumeran las siguientes características que posee este:

- El investigador plantea un problema de estudio delimitado y concreto.
- Una vez planteado el problema de estudio, se construye un marco teórico.
- Las hipótesis se generan antes de recolectar y analizar los datos.

- La recolección de los datos se fundamenta en la medición, la cual se lleva a cabo al utilizar procedimientos estandarizados y aceptados por una comunidad científica.
- Ya que los datos son producto de mediciones, se representan mediante números y se deben analizar a través de métodos estadísticos.
- Los análisis cuantitativos se interpretan a la luz de las predicciones iniciales (hipótesis) y de estudios previos (teoría). La interpretación constituye una explicación de cómo los resultados encajan en el conocimiento existente.
- La investigación cuantitativa debe ser lo más objetiva posible: los fenómenos que se observan y/o miden no deben ser afectados por el investigador, este debe evitar en lo posible influir en los resultados.
- Si se sigue rigurosamente el proceso y de acuerdo con ciertas reglas lógicas, los datos generados poseen los estándares de validez y confiabilidad, de modo que las conclusiones derivadas contribuirán a la generación de conocimiento.
- Esta aproximación utiliza la lógica o razonamiento deductivo, que comienza con la teoría y de estas se derivan expresiones lógicas, denominadas hipótesis, que el investigador busca someter a prueba.

3.1.2. Investigación no experimental.

Se refiere a la investigación que se realiza sin manipular deliberadamente las variables (Hernández y cols.; 2010). La investigación no experimental es sistemática

y empírica; en ella, las variables independientes no se manipulan, porque ya han sucedido. Las inferencias sobre las relaciones entre variables se realizan sin intervención o influencia directa, en cambio, dichas relaciones se observan tal como se han dado en su contexto natural.

La presente investigación es de modalidad no experimental, ya que en ningún momento se tuvo contacto previo con las variables (indicadores psicológicos de trastornos alimentarios y estrés), ni manipulación con la población estudiantil, sino que únicamente respondieron una serie de cuestionamientos, respecto a cómo se sentían en el momento de la aplicación.

3.1.3. Diseño transversal.

En este tipo de estudio se recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado (Hernández y cols.; 2010). Son estudios puramente descriptivos, indagando la incidencia de las variables en una población.

Esta investigación es transversal, ya que se describen las variables estrés y trastornos alimentarios, indagando solo en ese momento, es decir, se levantó la información en una sola ocasión.

3.1.4. Alcance correlacional.

Este tipo de estudios tiene como finalidad conocer la relación o grado de asociación que existe entre dos o más conceptos, categorías o variables en un contexto particular. En ocasiones, solamente se analiza la relación entre dos variables, pero con frecuencia se ubican en el estudio, relaciones entre tres, cuatro o más variables.

Al evaluar el grado de asociación entre dos o más variables, se mide cada una de ellas, después se cuantifica y analiza su vinculación. Tales correlaciones se sustentan en hipótesis sometidas a prueba.

Los estudios correlacionales se distinguen por evaluar con la mayor exactitud que sea posible, el grado de vinculación entre dos o más variables, pudiéndose incluir varias comparaciones de la misma naturaleza en una sola investigación.

La presente investigación es de alcance correlacional, ya que se pretendió conocer la relación o qué grado de asociación existe entre el de estrés y los indicadores psicológicos de los trastornos alimenticios y, asimismo, se evaluó el grado de vinculación entre ambas. Es decir, si tienen o no interrelación.

3.1.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

Las técnicas estandarizadas de recolección de datos cuentan con las siguientes ventajas, al utilizarlos en la recopilación de información de campo:

- **Confiabilidad:** asegura que el resultado que arroja es consistente, que no se verá alterado por circunstancias que interfieran en las respuestas, que los datos que se obtengan sean confiables.
- **Validez:** que mida lo que tiene que medir, que el resultado arroje lo que se midió. Aplicar una prueba de ansiedad es válido para medir el estrés porque la primera es un indicador del segundo.
- **Estandarización:** conlleva rapidez, objetividad y económica.

Para el presente estudio se utilizó la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños, Revisada (CMAS-R), como instrumento para la recopilación de datos.

La CMAS-R fue creada por Reynolds y Richmond en 1997; consta de 37 reactivos y fue diseñada para valorar el nivel y naturaleza de la ansiedad en niños y adolescentes de 6 a 19 años, este instrumento puede aplicarse de manera individual o colectiva. El individuo responde a cada afirmación al encerrar en un círculo la respuesta “sí” o “no”, según corresponda.

El test brinda la puntuación de ansiedad total, que se divide en cuatro subescalas: ansiedad fisiológica, inquietud/hipersensibilidad, preocupaciones sociales/concentración y mentira.

Los datos psicométricos de este instrumento son: un índice de confiabilidad de 0.80 calculado mediante la prueba alfa de Cronbach. De igual manera, para lograr la validez se usaron varias modalidades: de contenido, de criterio, concurrente y de constructo.

Para la estandarización de los resultados, los índices se presentan en puntajes T y percentiles.

Asimismo, para levantar datos sobre los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios, se utilizó el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2). Esta prueba fue elaborada por David M. Garner, en 1998.

El instrumento está estandarizado para personas con una edad de 11 años en adelante. Para su normalización se realizaron varios procesos en distintos grupos, tanto en individuos con bulimia y anorexia nerviosa, como en personas que no padecen estos trastornos alimentarios. En esta investigación, se utilizó el baremo obtenido en la aplicación a hombres y mujeres adolescentes, sin trastornos de la conducta alimentaria.

El EDI-2 cuenta con una confiabilidad de 0.83 calculado con el alfa de Cronbach y validez de contenido, concurrente, de criterio y de constructo.

Finalmente, esta prueba cuenta con once escalas: obsesión por la delgadez (DT), bulimia (B), insatisfacción corporal (BD), ineficacia (I), perfeccionismo (P), desconfianza interpersonal (ID), conciencia introceptiva (IA), miedo a la madurez (MF), ascetismo (A), impulsividad (IR) e inseguridad social (SI).

3.2. Población y muestra.

En el presente apartado, se explican las características de los sujetos de estudio, tanto de la población tomada como referencia, como de la muestra seleccionada.

3.2.1. Delimitación y descripción de la población.

La población, según Selltiz, “es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones” (Hernández y cols.; 2010: 303). Las poblaciones a investigar deben situarse y describirse concretamente en cuanto a las características generales, el nivel de estudios, la demarcación institucional, la edad, la cantidad de integrantes, nivel socioeconómico y cultura, entre otros elementos.

La población de estudio fueron los alumnos hombres y mujeres de entre 12 y 15 años de edad, que cursan el primero, segundo y tercer grado del ciclo escolar 2013-2014, de la Escuela Telesecundaria Zumpimito, de Uruapan, Michoacán.

Los estudiantes que asisten a dicha institución son en su mayoría, jóvenes con nivel socioeconómico medio-bajo, que cursan el nivel básico de educación, la población es rural.

3.2.2. Descripción del proceso de muestreo.

La muestra es el subgrupo de la población del cual se recolectan los datos. Se busca que la muestra sea representativa de la población (Hernández y cols.; 2010).

Del tipo de muestra y del proceso de selección se desprende la posibilidad de generalización de los datos obtenidos.

Para la presente investigación, se optó por utilizar un muestreo no probabilístico intencional, debido a que se eligieron 24 alumnos del segundo grado, grupo "A", 25 alumnos de segundo grado, grupo "B" y 19 alumnos de segundo grado, grupo "C", así como 23 de tercer grado grupo "A" y 20 de tercer grado, grupo "B".

Según Hernández y cols. (2010), el muestreo no probabilístico intencional es aquel en el cual la elección de elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o de quien hace la

muestra. Aquí el procedimiento no es mecánico ni con base en fórmulas de probabilidad, sino que depende de procesos de toma de decisiones de un investigador y de las muestras seleccionadas que obedecen a otros criterios del estudio.

Se seleccionó a los alumnos de segundo y tercer grado de la escuela Telesecundaria Zumpimito, ya que ellos presentaron las características afines con la investigación, se trata de hombres y mujeres de entre 12, 13, 14 y 15 años de edad que cursan el nivel básico de educación. Son un total de 111 estudiantes, de los cuales 55 son mujeres y 56 son hombres.

3.3 Descripción del proceso de investigación.

Primeramente, se pensó en investigar la relación entre dos variables afines, que no fueran difíciles de valorar en una población potencialmente poseedora de las mismas.

De igual manera, se planteó dentro del proyecto de investigación, el modo en que esta da a lugar, es decir, los antecedentes, planteamiento del problema, objetivos, hipótesis, justificación y marco de referencia.

Para dar paso a al marco teórico, se estructuró en dos capítulos, el primero habla sobre el estrés, el segundo, sobre los indicadores psicológicos de los

trastornos alimentarios. Para finalizar, en el tercer capítulo se menciona la metodología.

Para conocer la metodología, se procedió a la descripción de la población, así como la muestra y la técnica que se utilizaría para llevar a cabo la recolección de datos; se utilizaron dos pruebas psicométricas: el CMAS-R y el EDI-2.

Dentro de la metodología, se planteó el enfoque cuantitativo, así como la investigación no experimental.

Para seleccionar la población se pensó en alumnos de una escuela telesecundaria, puesto que ellos reunían el perfil buscado.

Se procedió a hablar con el director del plantel para solicitar el permiso, el cual fue permitido, igual manera, se acordó el número de sujetos, el horario y días para aplicar el instrumento.

Los sujetos trabajaron en silencio, dentro del salón y en hora de clases, con un ambiente tranquilo, expresaron accesibilidad para responder los tests.

El instrumento se calificó con la plantilla indicada en el test, luego se obtuvieron los percentiles de acuerdo con el baremo. Se vaciaron los datos en una matriz en una hoja de cálculo que contenía el nombre del alumno, así como sus puntajes en las distintas escalas de las pruebas.

A partir de esos datos, se procedió al análisis estadístico de la información y su interpretación, calculando medidas de tendencia central, desviación estándar e indicios de correlación entre las variables.

Se redactó el informe del análisis e interpretación de resultados, así como las conclusiones del estudio, los cual se presenta a continuación.

3.4 Análisis e interpretación de resultados.

En este apartado se presentan los principales resultados encontrados, los cuales se analizaron estadísticamente para, con ello, dar paso a su interpretación. Lo anterior se fundamenta en el sustento teórico presentado en los capítulos anteriores.

La presentación de los resultados se estructuró en tres categorías: la primera refiriéndose a la variable estrés; la segunda, a los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios; la tercera, enfocada a la correlación entre las dos variables anteriormente mencionadas.

3.4.1. Nivel de estrés en los alumnos de la Escuela Telesecundaria Zumpimito, de Uruapan, Michoacán.

De acuerdo con Bernard (citado por Sánchez; 2007), la estabilidad del medio ambiente interno es un requisito fundamental para la vida independiente, es decir, que la estabilidad interna de los individuos depende del entorno, así que, por lo tanto, los cambios externos en el ambiente pueden perturbar el organismo, por lo que los seres vivos tienden a mantener la estabilidad de su medio ambiente interior.

En distintas investigaciones, se ha presentado el estrés desde tres diferentes enfoques, identificando primeramente el estrés como estímulo. El segundo enfoque

menciona al estrés como el conjunto de reacciones ante el entorno y sus demandas. La tercera perspectiva manifiesta una postura integradora, donde examina el fenómeno del estrés como la interacción entre el sujeto y el entorno, llamado enfoque interaccionista (Travers y Cooper; 1997). Esta última postura es la que sirve de base teórica para esta investigación.

Los resultados obtenidos a partir de la prueba CMAS-R, donde se muestran en puntajes T y escalares, los niveles de ansiedad, tanto en la escala de ansiedad total como en las distintas subescalas, son los siguientes.

La media aritmética en el nivel de ansiedad total fue de 58 (puntaje T). La media aritmética es la suma de un conjunto de datos dividida entre el número de medidas (Elorza; 2007).

De igual manera, se obtuvo la mediana, que es el valor medio de un conjunto de valores ordenados: el punto abajo y arriba del cual trae un número igual de medidas (Elorza; 2007). Este valor fue de 58, en puntaje T.

De acuerdo con este mismo autor, la moda se refiere a la medida que ocurre con más frecuencia en un conjunto de observaciones, el cual es 52.

También se obtuvo el valor de una medida de dispersión: la desviación estándar, la cual es la raíz cuadrada de la suma de las desviaciones al cuadrado de una población, dividida entre un total de observaciones, la cual es de 9.

Para la siguiente subescala, ansiedad fisiológica, la media es de 12, la mediana es de 12 y la moda 12, así como la desviación estándar es de 3. Los puntajes de las subescalas se presentaron en puntos escalares.

Asimismo, en la subescala de inquietud/hipersensibilidad se encontró una media de 13, mediana de 12, y moda de 12, teniendo como una desviación estándar de 12.

Por último, en la subescala de preocupaciones sociales/concentración se presentó una media de 10, mediana de 10 y moda de 10, así como la desviación estándar, que es de 3.

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

Por medio de los resultados estadísticos obtenidos mediante la aplicación del instrumento, se puede interpretar que el nivel de estrés de esta muestra se encuentra dentro de los niveles normales en cuanto a la ansiedad total, así como en las subescalas. Lo anterior en función de que las medidas de tendencia central se ubican dentro de los parámetros normales ubicados en los puntajes T y escalares.

Asimismo, se puede afirmar que los datos se encuentran con poca dispersión, puesto que las desviaciones estándar encontradas en las distintas escalas son

relativamente similares, lo que indica que existe homogeneidad en el nivel de estrés entre los sujetos investigados.

En el análisis porcentual, se encontró lo siguiente:

En la escala de ansiedad total, el 33% de los alumnos se ubica por arriba del percentil 70; en la ansiedad fisiológica el porcentaje de sujetos con puntuaciones escalares superiores a 13 fue de 32%; mientras que en la subescala de inquietud/hipersensibilidad, es de 21%; en la subescala preocupaciones sociales/concentración es de 14%. Estos resultados se aprecian de manera gráfica en el anexo 2.

Los resultados mencionados anteriormente demuestran que la gran mayoría de sujetos presentan niveles que se encuentran dentro del parámetro de normalidad de estrés, de acuerdo con el instrumento utilizado, en lo que muestra la escala de ansiedad total, como en las distintas subescalas.

3.4.2 Indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios.

De acuerdo con lo señalado por Jarne y Talarn (2000), los trastornos alimenticios son enfermedades crónicas y progresivas que, a pesar de que se manifiestan a través de la conducta alimentaria, consisten en una gama muy compleja de síntomas, entre los cuales prevalece una alteración o distorsión de la autoimagen corporal, conjuntamente con gran temor a subir de peso, así como la

adquisición de una serie de valores a través de una imagen corporal distorsionada, de los cuales se derivan la anorexia y la bulimia nerviosa .

Por medio de 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.

- 1) En la escala de obsesión por la delgadez, se obtuvo una media de 56, una mediana de 58, una moda de 32 y una desviación estándar de 25.
- 2) Mientras que en la escala de bulimia se cuantificó una media de 61 y una mediana de 54, así como una moda de 41 y una desviación estándar de 20.
- 3) De igual manera, en la escala de insatisfacción corporal, se calculó una media de 55, una mediana de 53 y una moda de 56, así como una desviación estándar de 44.
- 4) Adicionalmente, en la escala de ineficacia se registró una media de 55, una mediana de 44 y una moda de 44, al igual que una desviación estándar de 24.
- 5) Del mismo modo, en la escala de perfeccionismo se mostró una media de 54, así como la mediana de 44 y la moda de 44, al igual que la desviación estándar de 24.
- 6) A la vez, en la escala referida a la desconfianza interpersonal, se encontró una media de 66, una mediana de 76, una moda de 76 y una desviación estándar de 25.

- 7) Asimismo, en la escala de conciencia introceptiva se reflejó la media de 62, la mediana de 64 y la moda de 44, asimismo, la desviación estándar fue de 24.
- 8) Por otra parte, dentro de la escala de miedo a la madurez, se registró la media de 50, la mediana de 50, la moda de 16 y la desviación estándar de 27.
- 9) De igual manera, para la escala de ascetismo se obtuvo la media de 71, la mediana de 77, la moda de 77 y la desviación estándar de 24.
- 10) Además de ello, en la escala de impulsividad se registró la media de 65, la mediana de 68, la moda de 77, mientras que la desviación estándar fue de 26.
- 11) Cabe mencionar, por último, la escala de inseguridad social, en la cual se obtuvo la media de 71, la mediana de 78, la moda de 81, así como la desviación estándar de 25.

En el anexo 3 se muestran 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 algunos sujetos están por arriba del puntaje, es decir, que se encuentran en un nivel ligeramente crítico para las escalas de perfeccionismo, miedo a la madurez e inseguridad social

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 33% de sujetos se encuentra por arriba del percentil mencionado; mientras que en la escala de bulimia, el porcentaje fue de 33%; en la de insatisfacción corporal, el 24%; así como en la de ineficacia, en 29%; en la de perfeccionismo, el 54%; en lo que respecta a la desconfianza interpersonal, 46%; en la conciencia introceptiva, 26%; en cuanto a la de miedo a la madurez, 67%; en la de ascetismo, 32%; asimismo, en la de impulsividad, 48% y para finalizar, en la escala de inseguridad social, el 59%.

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 donde se encuentra mayor incidencia de casos preocupantes, son: en la escala de perfeccionismo, así como en miedo a la madurez e inseguridad social, que es donde se encuentran los porcentajes más elevados.

3.4.3 Descripción de la correlación entre el estrés y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios

Diversos autores han afirmado la relación que se da entre los trastornos alimentarios y el estrés.

En la investigación realizada con los alumnos de la Escuela Telesecundaria Zumpimito, se encontraron los siguientes resultados respecto a la correlación estadística de las variables estudiadas.

Entre el nivel de estrés y la escala de obsesión por la delgadez existe un coeficiente de correlación de 0.1. De acuerdo con Hernández y cols. (2010), esta medida tiene como finalidad conocer la relación o grado de asociación que existe entre dos o más conceptos, categorías o variables en un contexto particular.

Esto significa que entre el estrés y la escala de obsesión por la delgadez no existe correlación, de acuerdo con la clasificación que proponen Hernández y cols. (2010).

Para conocer la relación que existe entre el nivel de estrés y la escala de mencionada, se obtuvo la varianza de factores comunes (r^2), donde mediante un porcentaje se indica el grado en que las variables se encuentran correlacionadas. Para obtener esta varianza se eleva al cuadrado el coeficiente de correlación obtenido mediante la "r" de Pearson (Hernández y cols.; 2010).

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.01, lo cual significa que entre el estrés y la obsesión por la delgadez hay una relación del 1%.

Es importante señalar que para considerar una relación significativa entre variables, el porcentaje de relación debe ser de al menos el 10%.

Por otra parte, entre el nivel de estrés y la escala de bulimia existe un coeficiente de correlación de 0.34, de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre estas variables existe una correlación positiva media. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.12, lo que significa que la relación entre el estrés y la bulimia es del 12%.

Asimismo, entre el nivel de estrés y la escala de insatisfacción corporal existe un coeficiente de correlación de -0.03, de acuerdo con la prueba de “r” de Pearson, lo que significa que entre dichos atributos no existe correlación. El resultado de la varianza de factores comunes es de 0, lo que significa que en la relación mencionada es menor al 1%.

Mientras tanto, entre el nivel de estrés y la escala de ineficacia existe un coeficiente de correlación de 0.46, de acuerdo con la prueba “r” de Pearson, esto significa que entre el nivel de estrés y la escala señalada existe una correlación positiva media. El resultado de la varianza de factores comunes es de 0.21, lo que significa que la relación entre el estrés y la ineficacia es del 21%.

Cabe mencionar que entre el nivel de estrés y la escala de perfeccionismo, existe un coeficiente de correlación de 0.13, de acuerdo con la prueba “r” de Pearson, lo que permite afirmar que entre el nivel de estrés y el perfeccionismo existe una correlación positiva débil. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.02, lo que implica que la relación entre el estrés y la escala de perfeccionismo es del 2%.

De igual manera, entre el nivel de estrés y la escala de desconfianza interpersonal existe un coeficiente de correlación de 0.18, de acuerdo con la prueba “r” de Pearson, que se traduce en una correlación positiva débil. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.03, lo que significa que la relación entre el estrés y la bulimia es del 3%.

Asimismo, entre el nivel de estrés y la escala de conciencia introceptiva existe un coeficiente de correlación de 0.37, según la prueba “r” de Pearson, esto se deriva en que entre el nivel de estrés y la antes mencionada escala, existe una correlación positiva media. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.13, lo que significa que la relación entre el estrés y la conciencia introceptiva es del 13%.

Por otra parte, entre el nivel de estrés y la escala de miedo a la madurez existe un coeficiente de correlación de 0.09, a partir de la prueba “r” de Pearson, lo que significa que entre estas variables no existe correlación. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.01, lo que significa que la relación entre el estrés y la mencionada escala es del 1%.

Del mismo modo, entre el nivel de estrés y la escala de ascetismo existe un coeficiente de correlación de 0.10, de acuerdo con la prueba “r” de Pearson, esto significa que entre dichos atributos no existe correlación. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.01, lo que significa que la relación entre el estrés y el ascetismo es del 1%.

Cabe mencionar que entre el nivel de estrés y la escala de impulsividad existe un coeficiente de correlación de 0.31, de acuerdo con la prueba “r” de Pearson, lo que quiere decir que entre el nivel de estrés y la impulsividad hay ausencia de correlación. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.09, lo cual refleja que la relación entre el estrés y la impulsividad es del 9%.

Además de ello, entre el nivel de estrés y la escala de inseguridad social existe un coeficiente de correlación de 0.33, con base en la prueba “r” de Pearson, lo que implica afirmar que entre el nivel de estrés y la inseguridad social hay una correlación positiva media. Asimismo, el resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.11, o sea, que la relación entre el estrés y la impulsividad es del 11%.

Los resultados obtenidos en cuanto a los niveles de correlación entre variables, se muestran en el anexo 5.

En función de lo anterior, se puede afirmar que el nivel de estrés se relaciona de forma significativa con la bulimia, la ineficacia, la conciencia introceptiva y la inseguridad social.

En contraparte, no se encontró una relación significativa entre el nivel de estrés y las escalas de obsesión por la delgadez, insatisfacción corporal, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, miedo a la madurez, ascetismo e impulsividad.

En función de los resultados presentados, se confirma la hipótesis de trabajo, que afirma que existe relación significativa entre el nivel de estrés y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en los alumnos de la Escuela Telesecundaria Zumpimito, del ciclo escolar 2013-2014, para las escalas de bulimia, ineficacia, conciencia introceptiva e inseguridad social.

En contraposición, se corrobora la hipótesis nula, la cual afirma la inexistencia de relación significativa entre variables, para el resto de las escalas de indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios, las cuales son: obsesión por la delgadez, insatisfacción corporal, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, miedo a la madurez, ascetismo e impulsividad.

CONCLUSIONES

En el presente estudio se logró corroborar la hipótesis nula en la correlación entre la variable estrés y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios, específicamente con las subescalas de obsesión por la delgadez, insatisfacción corporal, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, miedo a la delgadez, ascetismo e impulsividad.

Por otra parte, se corroboró la hipótesis de trabajo en la influencia significativa entre el estrés y las subescalas de bulimia, ineficacia, conciencia introceptiva e inseguridad social.

Los objetivos teóricos referidos a la variable estrés, fueron cubiertos suficientemente en el capítulo número uno. Es pertinente resaltar que una definición que satisfizo las expectativas de la investigadora, fue aquella que caracteriza al estrés, según Sánchez (2007), como un fenómeno que se produce por la interacción del sujeto con el entorno.

Por otra parte, los objetivos particulares referidos a la naturaleza psicológica, causas y consecuencias de los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios, fueron tratados de manera sistemática en el capítulo dos.

Adicionalmente, el objetivo empírico o relacionado con el trabajo de campo, referido a la medición de la presencia del estrés en la muestra indagada, mediante instrumentos reconocidos por la comunidad científica, se cumplió en términos satisfactorios, de ello se da cuenta en el capítulo tres.

A su vez, la segunda variable, que se conforma con los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios, fue medida en campo de manera objetiva y los resultados se exponen, analizan e interpretan en capítulo número 3.

La medición de las variables permitió establecer su nivel de correlación estadístico, así como la identificación porcentual de influencia de una sobre otra. Es decir, se logró cubrir satisfactoriamente el objetivo general, que orientó los esfuerzos desplegados por la investigadora responsable del presente estudio.

Como hallazgos relevantes, se puede mencionar que en la población de la cual se obtuvo la información analizada e interpretada, en cuanto al fenómeno del estrés, se presentaron niveles normales, es decir, dicha población se encuentra relativamente normal, a este respecto.

En lo que se refiere a la variable de los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios, se encontró que las escalas de bulimia, ineficacia, conciencia introceptiva, así como la inseguridad social, se encuentran ligeramente arriba del porcentaje normal.

Asimismo, en las escalas de obsesión por la delgadez, insatisfacción corporal, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, miedo a la madurez e impulsividad, se encuentran por debajo del porcentaje normal para la mencionada variable.

Es necesario observar que los resultados obtenidos por la investigadora, se refieren exclusivamente a la muestra examinada. Es decir, para conocer la presencia de las variables mencionadas en otros sujetos de la misma población, pero no incluidos en el presente ejercicio, es necesario efectuar investigaciones adicionales.

El presente estudio, con los resultados de campo, contribuye en el avance de la ciencia psicológica en sentido de que los índices obtenidos concuerdan con la literatura psicológica, la cual establece que hay una relación entre las variables de estrés y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios, que es relativamente baja.

Se sugiere a la institución determinar un plan de intervención y en su caso, a tratar a los estudiantes que presentan indicadores de los trastornos psicológicos tales como la bulimia, ineficacia, conciencia introceptiva e inseguridad social, los cuales se encontraron relativamente arriba del porcentaje normal; de igual manera, se invita a continuar con su labor para mantener los estándares ya logrados.

BIBLIOGRAFÍA

Ajuriaguerra, J. (1973)

Manual de psiquiatría infantil.

Editorial Masson. Barcelona.

American Psychiatric Association (APA). (2002)

DSM IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.

Editorial Masson. Barcelona.

Belloch, Amparo; Sandín, Bonifacio; Ramos, Francisco. (1995)

Manual de psicopatología.

Editorial McGraw-Hill. España.

Butcher, James; Mineka, Susan; Hooley, Jill. (2007)

Psicología clínica.

Editorial PEARSON. España.

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.

Elorza Pérez-Tejada, Aroldo. (2007)

Estadística para las ciencias sociales, del comportamiento y la salud.

Editorial Cengage Learning. México.

Garner, 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)
Manuel de psicopatología clínica.
Editorial Paidós Ibérica. Buenos Aires.

Juárez Rodríguez Graciela. (2012)
Correlación entre el estrés y los trastornos alimentarios en el CECYTEM de Ixtlán de los Hervores, Michoacán.
Tesis inédita de la Escuela de Psicología de la Universidad Don Vasco, A.C.
Uruapan, Michoacán, México.

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

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

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

Powell, John. (1998)
Plenamente humano, plenamente vivo.
Editorial Diana. México.

Rausch Herscovici, Cecile. (1997)
Anorexia y bulimia: amenazas a la autonomía.
Editorial Paidós. Argentina.

Reynolds, Cecil R.; Richmond, Bert O. (1997)
Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños (Revisada) CMAS-R.
Editorial Manual Moderno. México.

Rodríguez García, Mehida Maheli. (2011)
Relación entre el nivel de estrés y los trastornos alimentarios en alumnos del CETis no. 27, de Uruapan, Michoacán.
Tesis inédita de la Escuela de Psicología de la Universidad Don Vasco, A.C.
Uruapan, Michoacán, 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.

MESOGRAFÍA

Barraza Macías, Arturo. (2003)

“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>

Cano Vindel, Antonio. (s/f)

“LA NATURALEZA DEL ESTRÉS”

Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés.

http://www.ucm.es/info/seas/estres_lab/el_estres.htm

López Coutiño, Berenice; Arias Ibáñez, Alba; Nuño Gutiérrez, Bertha. (2006)

“Una aproximación a la estructura familiar de mujeres con anorexia y bulimia”.

Instituto Mexicano del Seguro Social.

<http://www.tallersur.com/adolesc/libros/libroanorexia.pdf>

Zagalaz Sánchez, Ma. Luisa; Romero Granados Santiago; Contreras Jordán Onofre R. (2002).

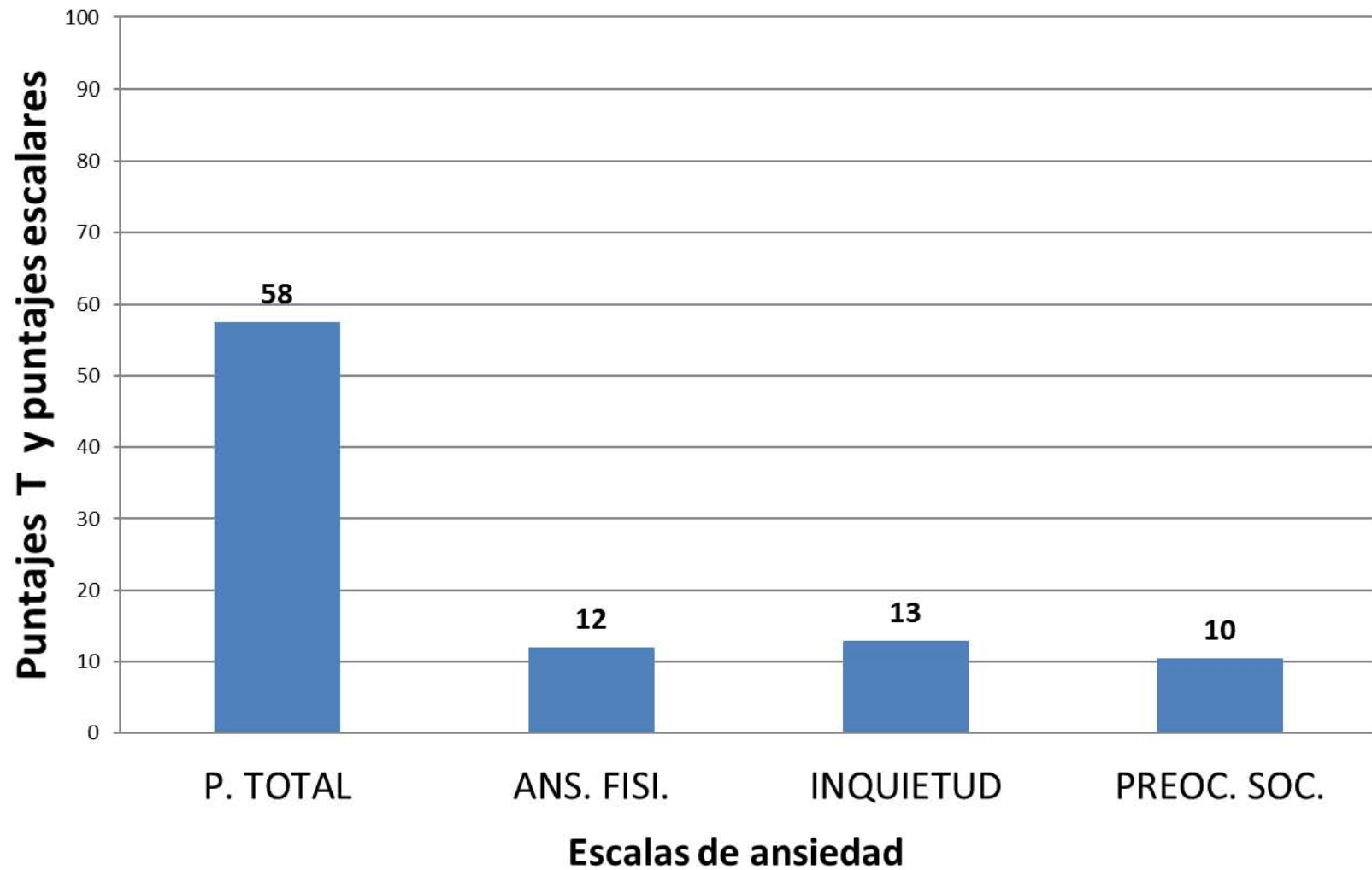
“La anorexia nerviosa como distorsión de la imagen corporal. Programa de prevención desde la educación física escolar en la provincia de Jaén”

OEI-Revista Iberoamericana de Educación (ISSN: 1681-5653).

<http://www.rieoei.org/deloslectores/343Zagalaz.pdf>

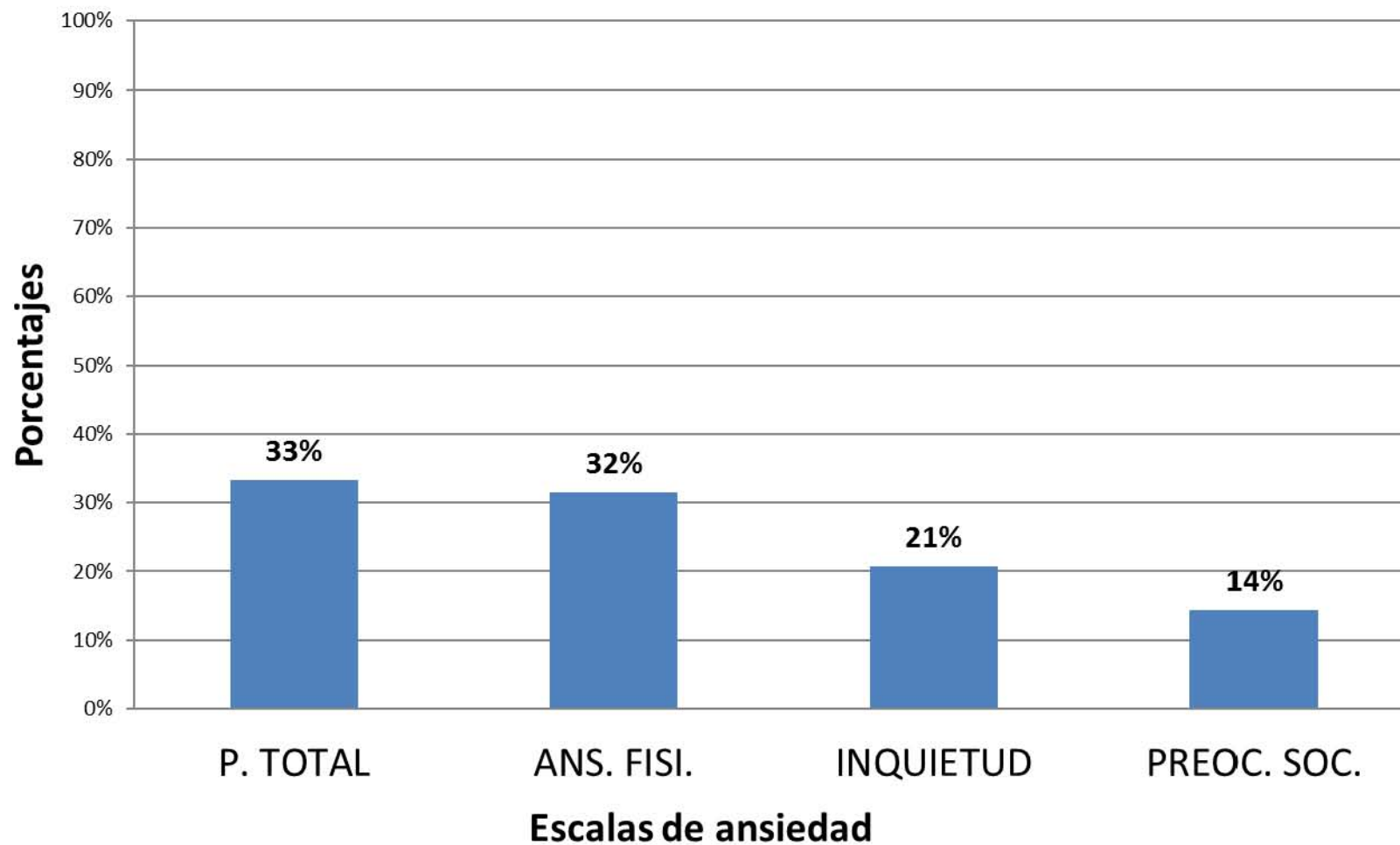
ANEXO 1

Media aritmética de las escalas de ansiedad



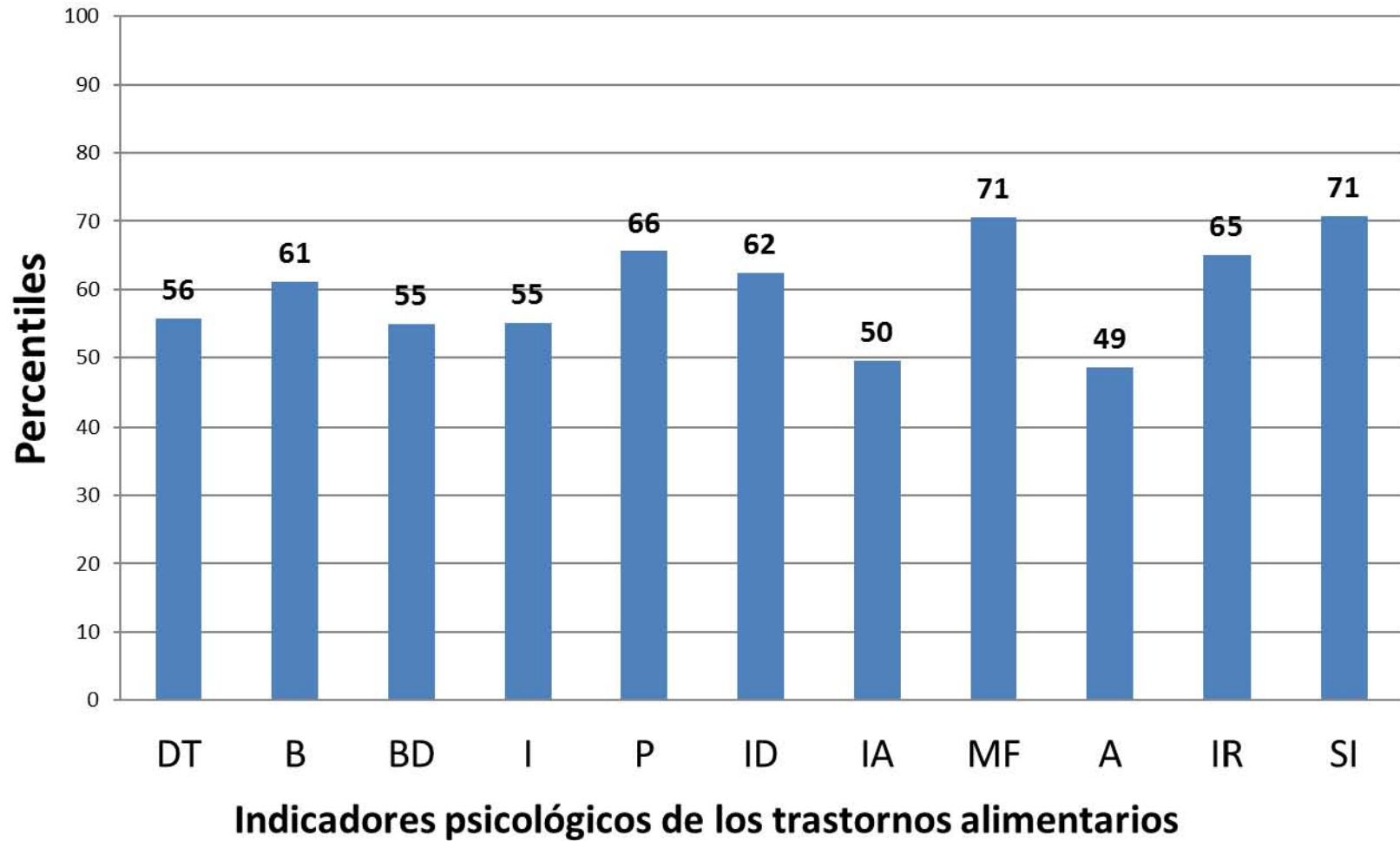
ANEXO 2

Porcentajes de sujetos con puntajes altos en las escalas de ansiedad



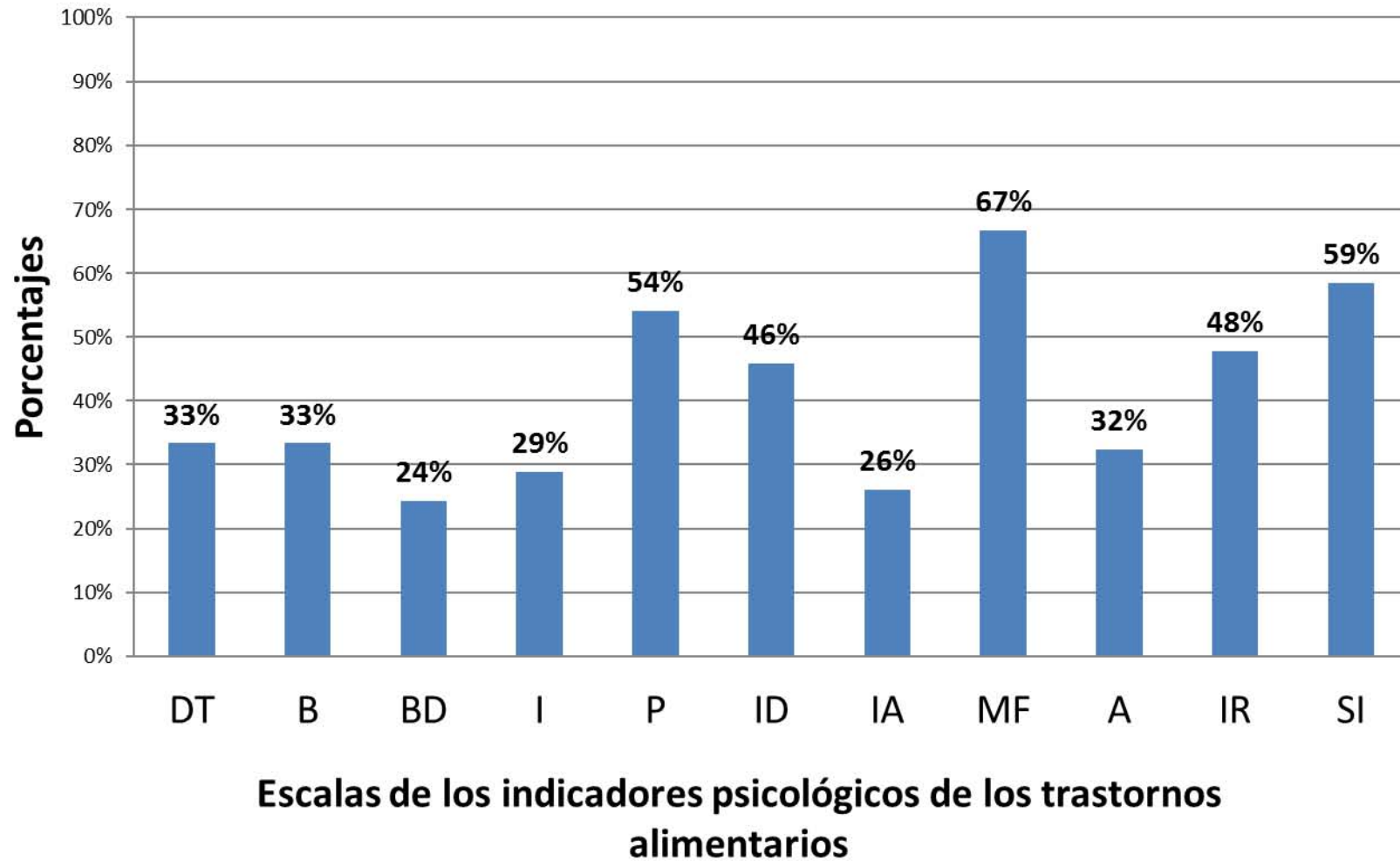
ANEXO 3

Media aritmética de las escalas de los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios



ANEXO 4

Porcentajes de sujetos con puntajes altos en los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios



ANEXO 5

Coeficiente de correlación entre el estrés y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios

