



UNIVERSIDAD DON VASCO, A.C.

INCORPORACIÓN NO. 8727-25 A LA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

RELACIÓN ENTRE EL ESTRÉS Y LOS FACTORES PSICOLÓGICOS

DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN ALUMNOS DE LA

SECUNDARIA DON VASCO

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

Cinthia Rebeca Zamora Tierrafría

Asesor: Lic. Héctor Raúl Zalapa Ríos

Uruapan, Michoacán. 3 de marzo de 2015.



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.....	5
Objetivos.....	7
Hipótesis.....	8
Operacionalización de las variables.....	9
Justificación.....	10
Marco de referencia.....	11

Capítulo 1. El estrés.

1.1. Antecedentes históricos del estrés.....	12
1.2. Tres enfoques teóricos del estrés.....	16
1.2.1. Estrés como estímulo.....	17
1.2.2. Estrés como respuesta.....	18
1.2.3. Estrés como relación persona- entorno (enfoque interaccionista).....	20
1.2.3.1 El concepto integrador de estrés.....	21
1.3. Los estresores.....	22
1.3.1. Estresores psicosociales: cambios mayores, menores y cotidianos.....	24
1.3.2. Estresores biogénicos.....	25
1.3.3. Estresores en el ámbito académico.....	26

1.4.	Procesos del pensamiento que propician el estrés.....	27
1.5.	Los moduladores del estrés.....	29
1.5.1.	El control percibido.....	30
1.5.2.	El apoyo social.....	31
1.5.3.	El tipo de personalidad: A/B.....	32
1.6	Los efectos negativos del estrés.....	34

Capítulo 2. Trastornos alimenticios.

2.1.	Antecedentes históricos de los trastornos alimenticios.....	37
2.2.	Definición y características clínicas de los trastornos alimenticios.....	39
2.2.1	Anorexia nerviosa.....	39
2.2.2.	Bulimia nerviosa.....	41
2.2.3.	Obesidad.....	43
2.2.4.	Hiperfagia en alteraciones psicológicas.....	44
2.2.5.	Vómitos en otras alteraciones psicológicas.....	45
2.2.6	Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia.....	45
2.3.	Esfera oroalimenticia en el infante.....	48
2.3.1.	Organización oroalimenticia.....	48
2.3.2.	Alteraciones en la esfera oroalimenticia.....	49
2.4.	Perfil de la persona con trastornos de alimentación.....	50
2.5.	Causas del trastorno alimenticio.....	54
2.5.1.	Factores predisponentes individuales.....	54
2.5.2	Factores predisponentes familiares.....	55
2.5.3.	Factores socioculturales.....	56

2.6.	Percepción del cuerpo en el trastorno alimenticio.....	57
2.7.	Factores que mantienen los trastornos alimenticios.....	57
2.8.	Trastornos mentales asociados a los trastornos alimenticios.....	59
2.8.1.	Trastornos alimenticios y depresión.....	60
2.8.2.	Trastornos alimenticios y ansiedad.....	61
2.9.	Tratamiento de los trastornos alimenticios.....	63
2.9.1	Tratamiento de la anorexia nerviosa.....	63
2.9.2	Tratamiento de la bulimia nerviosa.....	64

Capítulo 3. Metodología, análisis e interpretación de resultados.

3.1.	Descripción metodológica.....	69
3.1.1	Enfoque cuantitativo.....	69
3.1.2	Investigación no experimental.....	71
3.1.3.	Estudio transversal.....	72
3.1.4.	Alcance correlacional.....	73
3.1.5.	Técnicas de recolección de datos.....	74
3.2.	Población y muestra.....	76
3.2.1.	Delimitación y descripción de la población.....	77
3.2.2.	Descripción del tipo de muestreo.....	77
3.3.	Descripción del proceso de investigación.....	78
3.4.	Análisis e interpretación de resultados.....	80
3.4.1.	El nivel de estrés en los alumnos de la Secundaria Don Vasco.....	80
3.4.2.	Indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios.....	83

3.4.3. Relación entre el nivel de estrés y los indicadores psicológicos de los trastornos alimenticios.....	85
Conclusiones.....	91
Bibliografía.....	94
Mesografía.....	96
Anexos.	

INTRODUCCIÓN

En esta investigación se analiza la relación entre dos variables que para su uso son separables y se manifiestan de diversas maneras. De ellas, la primera se relaciona con el estrés que manifiestan los individuos y la segunda, es denominada trastornos alimentarios, los cuales se presentan dentro de algunas esferas del individuo. En esta ocasión se examinan en estudiantes de la Escuela Secundaria Don Vasco, de Uruapan, Michoacán.

Antecedentes

Socialmente se conocen innumerables problemas que son causa de patologías que entorpecen el desarrollo de los individuos, entre los más comunes se tiene el estrés, el cual se presenta en cualquier etapa del desarrollo humano y del cual se observan distintas causas, en esta ocasión se abordarán los factores psicológicos como su etiología.

El término estrés, de acuerdo con Caldera y cols. (2006), es de origen anglosajón y su significado alude a tensión, dicho termino fue utilizado cerca de los años 30 cuando un estudiante de una escuela estadounidense observó que los enfermos que él estudiaba, independientemente de la enfermedad que padecían presentaban síntomas comunes y generales, a lo cual lo llamó “síndrome de estar enfermo”.

Por otra parte, se puede definir “el estrés como un proceso psicológico que se origina ante una exigencia al organismo, frente a la cual este no tiene recursos para dar una respuesta adecuada” (Palmero y cols.; 2004: 424).

Continuando con el tema, también se tiene como segunda variable los factores psicológicos de los trastornos alimentarios, refiriendo en este caso únicamente a dos de ellos: la anorexia y la bulimia.

El primero de estos problemas es la anorexia, cuya palabra según Hernández (2006), proviene del vocablo griego *anoertous* o *asitous*, que hace alusión a aquellas personas que carecen de apetito o evitan el alimento y que en algunas ocasiones muestran negación a la existencia o incluso hacia la vida.

La segunda situación es la bulimia, entendida como la ingestión de manera desordenada o incluso no moderada alimentos, perdiendo totalmente el control de la situación y que se acompaña de un temor intenso a subir de peso.

Para llevar una idea clara de lo que son estos problemas, se enumeran a continuación tres investigaciones previas.

La primera corresponde a un trabajo realizado en la Universidad del Valle de México por Hernández, en el año 2006, cuyo nombre es “Las influencias familiar y social en la anorexia y la bulimia, el caso de Saltillo, México”.

De la investigación se rescata que el estudio fue realizado con 200 estudiantes de primer año de preparatoria, con un rango de edad entre los 14 y 19 años, pertenecientes a un nivel socio económico medio alto.

Se diseñó un cuestionario con 40 variables divididas en cuatro aspectos: datos generales, diagnóstico de la familia, análisis de la imagen corporal y regulación del peso, estableciéndose medidas basadas en una escala Likert.

Según los resultados obtenidos, el 15% de la población no está satisfecha con su figura corporal, se perciben a sí mismos como gordos, el 20% de los sujetos acepta tener miedo a engordar; alrededor del 20% experimenta presiones a tener una figura delgada.

La segunda investigación refiere a “Trastornos alimentarios en hombres y mujeres adolescentes deportistas y no deportistas pertenecientes al Servicio de Rehabilitación Ortopédica del Centro Nacional de Rehabilitación” realizado por Ruiz y cols. en el 2004 en México, Distrito Federal.

La investigación fue de tipo transversal y descriptiva, con una población de 100 adolescentes hombres y mujeres entre los 15 y 20 años de edad, quienes pertenecen al centro de rehabilitación antes mencionado. Se les aplicó la Escala de Trastornos de Alimentación MD de 33 reactivos.

Los resultados se obtuvieron de acuerdo con tres categorías:

- a) La práctica del trastorno alimentario sobre anorexia en adolescentes que practican ejercicios aeróbicos, deportistas y no deportistas; en el estudio se encontró negación, depresión, autoimagen deteriorada, ansiedad, deseo de disminuir de peso, dificultad para las relaciones interpersonales, aislamiento familiar y personalidad límite.
- b) En cuanto al trastorno alimentario de bulimia nerviosa y purgativa, su sintomatología física, psicológica y emocional están: depresión, angustia, vergüenza, conductas regresivas, inestabilidad emocional, labilidad afectiva, vulnerabilidad, entre otros.
- c) En cuanto al trastorno generalizado no se encontraron diferencias significativas.

Y en el tercer antecedente realizado por López y colaboradores (2006) con el nombre de “Una aproximación a la estructura familiar de mujeres con anorexia y bulimia”, llevada a cabo en el IMSS con la Escala de Autoevaluación del Estrés, el Test de Actitudes Alimentarias, el Inventario de Desórdenes Alimentarios y el Cuestionario de la Silueta Corporal, aplicado a 50 pacientes alimentarias y a 50 universitarias sin estas patologías.

Los resultados que se obtuvieron fueron que las pacientes presentaron mayores niveles de estrés acumulado durante el año previo al diagnóstico, se confirmó la capacidad predictiva del Test de Actitudes Alimentarias, se enfatiza la

importancia de eventos vitales estresantes en los trastornos de conducta alimentaria, especialmente la dinámica familiar.

Por último, se realiza la idea de estudiar ampliamente la relación entre el estrés y los factores psicológicos de los trastornos alimentarios en la Secundaria Don Vasco, de Uruapan, Michoacán, debido a que la etapa por la que la población atraviesa se considera vulnerable para desarrollar dichos problemas, asimismo, se pretende ayudar a dicha institución a canalizar casos con dichos problemas.

Planteamiento del problema

En la actualidad se tienen diversas investigaciones sobre problemas sociales, seguramente al hablar sobre este tema se piensa en los comunes o más comerciales.

La población atraviesa crisis mundiales causadas por diversos conflictos de identidad, que influyen tanto en la naturaleza de los seres humanos como en su modo de vida y su desarrollo psicosocial.

Dichas situaciones son ocasionadas por factores como el entorno, la diversidad y la cultura, una de ellas es el estrés, que afecta tanto a menores como adultos y es una de las tantas causas de molestias emocionales.

En esta ocasión se aborda el estrés como un fenómeno psicológico, presentado constantemente en una etapa muy peculiar de la vida humana: la adolescencia.

Es importante debido a que es una variable muy significativa que todos los humanos presentan de una manera muy habitual y que necesita una solución para la mejora de las personas, además de que se ha convertido en un modo de vida.

Por otro lado, se tiene como segunda variable los trastornos alimenticios, los cuales son una situación demasiado repetitiva y usual, y es elemental dar una respuesta para facilitar el desarrollo de los adolescentes y asimismo, hacer que su vida sea más llevadera.

Es necesario conocer la relación entre las dos variables, ya que son determinantes para la trata de complicaciones que tienen que ver con estos factores, así como para mejorar la vida del adolescente que ya presenta situaciones de cualquiera de las dos.

Se considera que estos temas solo se han tratado por separado y han sido poco específicos, pero falta investigar su origen en cuanto a esta etapa de vida, así como una posible correlación.

La adolescencia es una de las etapas más difíciles y determinantes en la vida del ser humano, es importante así como necesario hacer el estudio en esta población

debido a que los trastornos alimenticios y el estrés tienen su auge en esta etapa de vida.

Surgen variadas dudas sobre el tema, pero la interrogante principal es: ¿Cuál es la relación entre el estrés y los factores psicológicos de los trastornos alimenticios en alumnos de la Secundaria Don Vasco, en Uruapan, Michoacán?

Objetivos

Los objetivos son entendidos como los alcances de la investigación, es decir, lo que el proceso quiere encontrar y que a su vez dar a conocer. Se trabaja con dos partes, la primera es el objetivo general seguido de los fines que en particular se requiere conocer.

Objetivo general

Establecer la relación que hay entre el estrés y los factores psicológicos de los trastornos alimenticios en los sujetos de la Escuela Secundaria Don Vasco, de Uruapan, Michoacán.

Objetivos particulares

1. Definir el término estrés.
2. Precisar los indicadores psicológicos del estrés

3. Identificar los principales enfoques teóricos del estrés
4. Definir el concepto de los trastornos alimentarios.
5. Precisar los principales indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios.
6. Identificar las principales aportaciones teóricas con respecto a los trastornos alimentarios.
7. Conocer el tipo de estrés que experimentan los adolescentes de la Escuela Secundaria Don Vasco, de Uruapan, Michoacán.
8. Valorar el nivel en que están experimentando los trastornos alimenticios los sujetos de la Escuela Secundaria Don Vasco, de Uruapan, Michoacán.

Hipótesis

La hipótesis es la suposición que el investigador determina al inicio de la investigación, son aquellas consecuencias o resultados que se pueden obtener de dicho trabajo, son determinantes en el resultado de la investigación y se trabaja con dos que a continuación son mencionadas.

Hipótesis de trabajo

Existe una relación significativa entre el estrés y los factores psicológicos de los trastornos alimenticios de los alumnos de la Secundaria Don Vasco, de Uruapan, Michoacán.

Hipótesis nula

No existe una relación significativa entre el estrés y los factores psicológicos de los trastornos alimenticios de los alumnos de la Secundaria Don Vasco, de Uruapan, Michoacán.

Operacionalización de las variables

Se trabaja con este apartado debido a que es crucial, aquí se especifican los instrumentos con los cuales dicha investigación fue realizada, los cuales deben tener criterios de validez y confiabilidad para ser utilizados.

El nivel de estrés se determinara con el resultado que se obtenga de la prueba de investigación denominada Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños (CMAS-R) de los autores Cecil R. Reynolds y Bert O. Richmond (1997), la cual consta de cuatro subescalas más una para evaluar la mentira. El instrumento consta de validez y confiabilidad adecuadas para su medición.

La variable de indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios se conceptualiza operacionalmente como el resultado obtenido en el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2), del autor David M. Garner, la cual evalúa 11 indicadores psicológicos que se encuentran comúnmente asociados a los

trastornos de la conducta alimentaria. Al igual que el instrumento mencionado anteriormente, este inventario cuenta con los estándares de confiabilidad y validez exigidos para este fin.

Justificación

La presente investigación beneficiará directamente a la escuela en la que se realizó, debido a que abrirá un campo no tratado y esto determinará posibles modificaciones en el ámbito escolar, brindando al alumno una mayor calidad dentro de la institución, lo cual será provechoso para su desarrollo como adolescente.

A la vez, el estudio aportará a los padres de familia un conocimiento nuevo dentro de lo que son sus hijos, además de que será una útil herramienta para fortalecer el vínculo padre-hijo.

A los adolescentes les dará un conocimiento sobre sí mismos y por supuesto, sobre el tema ya antes mencionado. Al campo de la psicología, mientras tanto, se espera aportarle nuevos enfoques teóricos, así como algunos que puedan enriquecer la información ya existente.

Además, se tiene como expectativa mejorar el campo de la psicología científica aplicada al estrés y los trastornos alimentarios, para así hacer más amplio el criterio respecto al tema.

La investigación se relaciona directamente con el campo de acción del psicólogo, debido a que se abordan dos temas cuyas variantes son de interés para dicha área: en primer plano es el estrés como la respuesta adaptativa que da el sujeto ante situaciones que percibe como amenazas; por otro lado, los trastornos alimentarios son tomados en cuenta desde sus factores psicológicos. Ambos campos son trabajados por el profesional en el área de la psicología.

Marco de referencia

Esta investigación fue llevada a cabo en la Secundaria Don Vasco, en la Ciudad de Uruapan, Michoacán, la cual cuenta con una población de alrededor de 248 estudiantes que cursan los tres grados de nivel medio superior.

La escuela está conformada con cerca de 20 docentes especializados en áreas específicas, los cuales cuentan con certificación para realizar dicho trabajo.

La institución encuentra ubicada en la calle Cuauhtémoc #5, colonia Centro, fundada en 1964. La cual se centró en el cumplimiento de sus principios enfocados a la superación e integración, conformada por solo un turno de trabajo en horario matutino, y de manera mixta.

CAPÍTULO 1

EL ESTRÉS

Dentro de este capítulo se abordará todo lo relacionado con el estrés con referencia a sus enfoques, a los estresores, así como los procesos de pensamiento que propician esta situación, además de sus efectos negativos.

Desde otra perspectiva, se definirán los tipos de personalidad, así como los procesos del pensamiento que propician el estrés. Se debe tomar en cuenta que aunque no se aborda todo lo relacionado con el estrés, debido a que es un tema muy amplio, se trabajará con lo más generalizado e importante.

1.1 Antecedentes históricos del estrés

Para poder dar una definición científica, se necesita conocer su historia así como de dónde proviene el término del cual se investigará.

Se considera el estrés como participante en muchas de las enfermedades, debido a que por su determinante aparición las personas suelen desarrollar diversas patologías.

Es por ello que el estrés se ha convertido, según Lazarus y Lazarus (2000), en un símbolo taquigráfico para explicar gran parte de lo que afecta en el mundo

contemporáneo; se le invoca para explicar condiciones tan diversas como morderse las uñas, fumar, cometer homicidios, padecer cáncer y enfermedades cardíacas.

Se pudo acuñar el término estrés desde el principio de los tiempos, pero seguramente no fue usado ese nombre para dar una explicación al fenómeno que presentaba el ser humano para tantos cambios de humor, sino hasta el siglo XIV, con la significación de dureza, determinado por Roberto Hooke.

Hooke usó su modelo de estrés para diseñar estructuras con el fin de ayudar a los ingenieros, y lo usó “para definir una exigencia del entorno sobre un sistema biológico, social o psicológico”. (Lazarus y Lazarus; 2000: 280). El modo de ayuda era en la creación de puentes, de modo que estos fueran sólidos y fuertes para soportar cargas de todo tipo y fuerzas de la naturaleza; su labor ayudó a definir la tensión dentro de cambios de las ciencias humanas.

Por otro lado, en el transcurso de la Primera Guerra Mundial el estrés solo se concentraba en aspectos de la neurología para explicar las crisis sufridas por los participantes de dicho movimiento, se atribuía que el ruido era el causante de dichas crisis.

Pero fue después de la Segunda Guerra Mundial que se tomó en cuenta que el estrés se puede presentar en cualquier otro aspecto de la vida, mencionando las experiencias cotidianas, como el matrimonio, o asistir a la escuela.

Es por esto que se dice que “el estrés es una respuesta natural a las exigencias de la vida” (Lazarus y Lazarus; 2000: 281).

En esta época se comienzan a realizar investigaciones para descubrir todos los efectos del estrés, así como los tipos, para así llegar a descubrir características psicológicas que describieran a cada tipo de persona.

Por otro lado, se concibe el estrés como una condición psicológica que trabaja con dos tipos: el positivo, llamado eustrés y el negativo, nombrado distrés, en dicha condición se asimila como mecanismo de defensa frente a un hecho que lo sienta como una amenaza

Según Sánchez (2007) la palabra estrés proviene del latín “stringere” que le da como significado presionar o comprimir, utilizado en la física para referirse a la fuerza que se le aplica un objeto para deformarlo o romperlo, pasando así al campo de la salud, cuyo significado es ocasionar alteraciones en la estructura del ser humano.

El estudio propiamente del estrés fue iniciado por Hans Selye (citado por Sánchez; 2007) permitiéndole hacer identificación de reacciones en el organismo frente a cualquier situación que provocan variaciones en el sistema endocrino para así llamarlo “Síndrome General de Adaptación” llamado después estresor.

El estrés para su aparición tuvo diversos interesados en investigarlo y conocer sus respectivas causas, características, así como su trascendencia que cada día lo

convierte en un fenómeno mundialmente elevado y para el cual, cada día, hay una explicación diferente.

La siguiente denotación fue dada por Claude Bernard, quien demostró que “la naturaleza provee genéticamente a los seres vivos de mecanismos para enfrentar las contingencias del ambiente externo” (Sánchez; 2007: 16).

Bernard se encargó de dar una característica como adaptación al cambio, por lo que continuó haciendo investigaciones.

El estudio del estrés tuvo que generar revuelo en muchas otras ramas de la salud mental, por lo que Walter Bradford Cannon, fue el encargado de designar la homeostasis como un estado dinámico, insistiendo en que el sistema nervioso central es el encargado de llevar dicho proceso.

Y fue en 1939 que Cannon adoptó el término de estrés para referirse a factores que podrían provocar un debilitamiento de los mecanismos homeostáticos a los cuales definió como “niveles críticos del estrés” (Sánchez; 2007: 17).

Y es de esta manera con la que los antecedentes del estrés se presentaron y continuaron como evaluaciones más amplias, de las cuales se trabajará a continuación.

1.2 Tres enfoques teóricos del estrés.

Una vez explicada la forma en que apareció el estrés, y solo para clarificar, se conceptualiza el estrés como un proceso psicológico en el cual la persona reacciona de una manera inesperada hacia una situación que percibe como amenazante.

Por otro lado, como segundo enfoque se tiene el estrés como una variable independiente, o sea, como un estímulo.

Según Travers y Cooper (1997), en esta segunda fase han centrado al estrés como un fenómeno externo al individuo, sin tener en cuenta las experiencias. Se entiende que el estrés es la acción que desencadena, al contrario del primer concepto, en el que se presentaba únicamente como consecuencia.

Y el tercer enfoque en la que el estrés está entendido como variable interviniente, que puede hablar solamente de que es usado como estímulo, así como una respuesta, entendiendo que puede aparecer en cualquier orden, y que destaca la forma en que el individuo percibe sus situaciones.

De esta manera, se puede expresar el estrés en cualquier esfera de vida como la consecuencia, como la causa o como ambas.

1.2.1. Estrés como estímulo.

En la vida cotidiana se tienen agentes estresores que conducen al ser humano a una vida más apresurada, por lo que el resultado son las presiones, a lo cual se denomina estrés.

Un estímulo es la aparición de cualquier factor en la vida del ser humano, el cual hace que este reaccione ya sea de manera positiva o negativa, según sea el caso en que se dé la situación. Cuando el estímulo es percibido como negativo, o se presenta de manera inadecuada, provoca tensión, lo cual conduce al estrés.

“En el siglo V a.C., Hipócrates creía que el entorno condicionaba las características de la salud y de la enfermedad” (Travers y Cooper; 1997: 30). El estímulo se puede presentar de dos maneras: la primera puede ser fisiológica, y la segunda, psicológica.

Según Travers y Cooper (1997), existen estímulos potencialmente estresantes, entre ellos los estímulos ambientales como por ejemplo, el ruido; los sociales en los que se conoce el racismo; los psicológicos, usando como muestra la depresión.

1.2.2. Estrés como respuesta.

El ser humano está diseñado para reaccionar de acuerdo con pasos, por lo cual dentro del estrés se conciben tres fases en cuestión a su aparición.

1. La primera es la fase de alarma, en la cual el organismo está totalmente alerta, es decir, preparado para cual situación.
2. En la segunda fase se trabaja con la resistencia y es conocida porque utiliza todas las armas de defensa, conocidas como mecanismos de defensa y que solo se desarrollan cuando los estímulos que provocan el estrés son constantes.
3. En la última fase, que es el agotamiento el ser humano extingue su energía, por lo cual se desgasta y ya no tiene armas para continuar.

Estas fases son mencionadas debido a que de acuerdo con ellas, se puede conceptualizar el estrés dentro de tres enfoques que, para su mejor entendimiento, serán explicados a continuación.

La primera concepción del estrés está relacionada como una respuesta, es decir, como una variable dependiente que solo responde a los estímulos, a lo cual se puede acudir a la física con su principio de que para cada acción hay una reacción, entendiendo el estímulo como una acción que trae como consecuencia una respuesta.

Cuando el estímulo hace su entrada, en ese mismo instante el organismo comienza a desarrollar una reacción.

Frente a las situaciones cotidianas, el ser humano actúa de manera que provoca en sí mismo reacciones, es por esto que también se puede considerar como una respuesta a los tantos cambios que el ser humano tiene. En la actualidad, se tiene entendido el término de “trabajar bajo presión” a la cual se acostumbra y se adquiere como un modo de vida.

En este modelo se puede rescatar que la mayor importancia la tiene el estrés en la forma de manifestación de sí mismo. Por lo que las respuestas aquí también se dan en clasificación, es decir, como niveles: psicológicos, fisiológicos, así como de conducta.

Dentro de este apartado se vinculan las fases del estrés antes mencionadas como alarma, resistencia y agotamiento y se puede deducir que los niveles de respuesta pueden ser extensamente presentados.

Según Fontana (1992), el ser humano cuando se enfrenta a un estresor, realiza una pausa para elaborar una valoración cognoscitiva.

Los efectos en el nivel conductual pueden ser de acuerdo con aumentos y disminuciones en diversos aspectos como energía, sueño, habla, patrones de

conductas, incluso dentro de este nivel, se pueden tener amenazas de suicidio y el consumo de drogas.

Por otra parte, en el lado emocional o psicológico hay cambios de personalidad, debilitamiento en restricciones emocionales, hipocondría y aumento de tensión.

Se considera que dentro de lo fisiológico el cuerpo puede mostrar reacciones que traen como consecuencia enfermedades o patologías visibles.

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

El medio en el que el ser humano se desarrolla, tiene suma relevancia en la forma en que este se desarrolla y a su vez, como presenta el estrés y como lo vive.

El enfoque interaccionista hace énfasis en que el ser humano reacciona como vive su entorno, lo cual depende de la magnitud en la presencia de estímulos y la capacidad para resistir ante ellos.

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

Según las estructuras mentales que el ser humano presente, se determina la presencia o ausencia del estrés.

De acuerdo con Fisher (citado por Travers y Cooper; 1997) lo importante es cómo percibe el individuo el estímulo que siente como estresante. Es por ello que hay que considerar cinco aspectos para su estudio, en los cuales se menciona su percepción, familiaridad, presencia o ausencia de otros individuos, y el estado de desequilibrio de la persona.

De acuerdo con Lazarus y Lazarus (2000) la relación que la persona tiene con su entorno presenta desequilibrio y este hace que experimente mayor o menor estrés. La sensación de desequilibrio varía con la naturaleza de recursos que la persona tiene en su disponibilidad.

De esta manera, se entiende al estrés como producto de la interacción, es decir, derivado del modo de relacionarse el sujeto con su medio de sobrevivencia.

1.2.3.1. El concepto integrador del estrés.

Durante el desarrollo del capítulo se han dado a conocer antecedentes, fases, procesos, formas de manifestación del estrés, pero es hasta este punto en donde dará una amplia descripción o un concepto que clarifique el término y que siga dando pauta para el desarrollo de la investigación.

Se hace la observación primeramente a que el estrés es neutro, debido a que se presenta el eustrés como positivo y el distrés como un factor negativo, lo que se considera poco adecuado es que esté ausente.

Se mencionaba que el término de estrés como tal fue utilizado por primera vez por Selye, relacionándolo como “la respuesta inespecífica del organismo ante cualquier exigencia” (Palmero y cols.; 2002: 424).

Por lo que el ser humano va a activar sus mecanismos de defensa después de percibir una amenaza en su esfera cotidiana.

Por otra parte según Palmero y cols. (2002), la OMS califica al término como reacciones de tipo fisiológico que hace que el organismo esté listo para reaccionar.

Pero la perspectiva actual da una amplia definición que puede reunir características tanto de Selye como de la Organización Mundial de la Salud.

Su resultado fue el siguiente: define que el estrés se origina por una exigencia del organismo, pero este no cuenta con recursos para responder de manera correcta, por lo que se activa de una manera emocional y corporal, lo que le ayuda a recoger más información que le permite reaccionar de manera acorde a su demanda.

1.3. Los estresores.

Aunque el estrés es parte de la vida cotidiana, en ocasiones no permite al ser humano dar un adecuado resultado a fenómenos que lo hacen actuar. Una vez captada la definición y especificaciones del término, vale la pena mencionar algunos otros puntos que determinen cuales son las situaciones en las que este aparece y para esto, se examinarán los estresores.

Estos definidos como “cualquier cosa que cause un cambio en la rutina de la vida diaria” (Palmero y cols.; 2002: 424). Aun sin expresar si el cambio es positivo o negativo.

Lazarus y Cohen (citados por Palmero y cols. 2002) mencionan tres tipos de estresores que dependen de la intensidad de los cambios de lo cotidiano:

- Existen estresores únicos o cambios mayores, que afectan a gran número de personas.
- Los estresores múltiples o cambios vitales, que pueden afectar tanto a una persona como a varias, los cuales pueden traer consigo cambios significativos en la vida de los individuos.
- Los microestresores, por su parte, representan dificultades en las situaciones cotidianas.

Los estresores traen consigo un sinnúmero de situaciones como consecuencias, de las cuales se hablará a continuación.

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

Para conocer un poco más de los cambios diarios, como primer punto se cuenta con los cambios mayores, que son conocidos como los sucesos drásticos que la persona va a teniendo en el transcurso de su vida y que la marcan de por vida, dentro de ellos se puede hacer referencia a cuando se sufre un ataque ocasionado por el terrorismo o vivir en medio de una guerra.

En cuanto a su duración refiere, puede ser prolongada y actuar sobre un gran número de personas, su efecto ocasiona un trauma en la vida social y humana.

Posteriormente ocasionará estrés postraumático que según el DSM-IV (citado por Palmero y cols.; 2002) se determinará de acuerdo con características que se mencionan a continuación:

- Haber estado expuesto a un acontecimiento caracterizado por muertes o amenazas para la integridad física.
- El estresor se re-experimenta de forma persistente y trae consigo sueños desagradables, intensa situación de malestar al exponerse a acontecimientos similares.
- Evitación activa y persistente.
- Una marcada disminución de interés por actividades importantes.

- Aumento en la activación psicofisiológica.
- Su duración es mayor a un mes.

En el otro extremo se encuentran los cambios vitales que refieren a circunstancias ajenas que se salen de control en el individuo y representan cambios en la vida conyugal, paternidad, relaciones interpersonales, lo laboral, situaciones del ambiente, el ámbito económico, desarrollo biológico, lesiones y algunos otros como factores familiares.

Ejemplos de este fenómeno pueden ser la muerte de un ser querido, pérdida de trabajo, divorcios, tener un hijo o un examen importante.

Como última clasificación de esta categoría existen los microestresores, que son cotidianos y que refieren a aquellas situaciones que suelen irritar a la persona.

“Las diferencias incluirían la magnitud y clase de adaptación requerida por el desencadenante, el grado de control que tiene el individuo sobre el acontecimiento y hasta qué punto puede predecirlo” (Palmero y cols.; 2002: 430).

Los microestresores solo incluyen dos tipos: las contrariedades y las satisfacciones.

1.3.2. Estresores biogénicos.

Como base de los estresores se encuentran los psicosociales porque son los que más repercuten en la vida del individuo, pero en segundo lugar se encuentran los biogénicos que aparecen cuando se da una respuesta al estrés.

“Los estresores biogénicos no utilizan los mecanismos de valoración cognitiva y actúan directamente en los núcleos elicidores neurológicos y afectivos, por virtud de sus propiedades bioquímicas inician directamente la respuesta de activación del estrés sin el usual requisito del proceso cognitivo-afectivo” (Palmero y cols.; 2002: 431).

Sus tipos son variados y significativos en la vida del ser humano y se relacionan con: cambios hormonales en el organismo, ocasionando la falta de homeostasis en las hormonas; el segundo tipo se relaciona con la ingestión de sustancias; el tercero tiende a responder a factores físicos y por último, se encuentra el estrés alérgico.

1.3.3. Estresores en el ámbito académico.

Una vez conocidos los estresores solo falta designar un tipo que concierne a los sujetos con los que se trabaja la investigación y que esto trae consigo conocer los estresores en el ámbito estudiantil o académico.

La escuela es una de las principales causas de estrés a nivel internacional, ya que repercute en la conducta del individuo y calificando a esta como una segunda

causa, puede causar malestares a nivel de estrés que dada su naturaleza, serán considerados para ser tomados en cuenta.

Dentro de una investigación realizada por Polo y cols. (citados por Barraza; 2003) los estresores académicos pueden ser: la exposición a trabajos, intervención en el aula, exámenes, sobrecarga académica, competitividad, problemas con compañeros, entre otros.

Cuando se presentan los estresores académicos, acarrear consecuencias que pueden derivar en un bloqueo y el requerir más tiempo para aprender; las respuestas ante estos acontecimientos pueden ir desde el miedo, molestias, ingestión de sustancias tales como alcohol o tabaco, pensar de manera poco constructiva, inseguridad o incluso el llorar.

La etapa escolar es quizá la más difícil de tratar, por lo que deberá ser tratada con mucha calidez e importancia.

1.4. Procesos del pensamiento que propician el estrés.

El pensamiento es quizá la máquina más poderosa de todo el ser humano ya que propicia todas las acciones realizadas diariamente.

Pero el pensamiento está determinado por procesos que pueden ser de origen positivo o negativo, en esta ocasión se abordarán aquellos que propician el estrés y para su explicación, se expondrán varios.

Para comenzar a enumerar los procesos, se encuentra el de distorsión el cual es el encargado de modificar a una forma no real las situaciones, de acuerdo con este proceso, vendrán a continuación cinco tipos que son los principales para el estrés, según Cungi (2007).

El primero es llamado inferencia arbitraria, que consiste en llegar a la conclusión sin pruebas, es decir, actuar sin conocer la verdad y por lo tanto adelantarse haciendo un juicio de valor.

Previendo lo peor de cualquier situación, en segundo lugar existe la abstracción selectiva que “consiste en aislar una información de su contexto para extraer una conclusión que en general agrava el estrés” (Cungi; 2007: 85).

En tercer lugar se encuentra la minimización y maximización, que tratan el juicio que los otros tienen sobre otros y sobre sí mismos que pasan a diario y hablan sobre situaciones que aumentan o disminuyen la valoración del individuo.

Existe un cuarto punto llamado sobregeneralización que se refiere según Cungi (2007) en obtener conclusiones a partir de un solo hecho.

Y por último la personalización que reduce los acontecimientos a sí mismo.

Estos procesos de pensamiento son causantes del estrés, aunque influyen en los individuos de diferentes formas y su grado de afección depende de la persona.

1.5. Los moduladores del estrés.

El estrés como ya se ha mencionado, se presenta a diario en la vida del ser humano y este reacciona de acuerdo con la manera en que cree que es la mejor forma, aun siendo correcta o incorrecta.

Influye factores para el desarrollo del estrés y estos se denominan moduladores, ya que van dando un cierto grado de importancia según el organismo lo requiera.

Los moduladores son “factores imprescindibles para determinar y predecir cuál será el curso del proceso de estrés y sus repercusiones sobre su salud. (Palmero y cols.; 2002: 527).

Los moduladores hacen su aparición esté o no sometido el individuo a estrés y son determinantes tanto en consecuencias nocivas como beneficios. Son

importantes ya que muestran que valor se va dando al estrés, observado desde todas las esferas de la vida.

1.5.1. El control percibido.

Se habla de control entendido como la forma de regular las acciones sin tener consecuencias, sin embargo, en este caso hace referencia al modo de calmar el estrés o de hacerlo aún más grande.

Tomando en cuenta el control es que se llegan a objetivos deseados imaginables que son producidos en cierta manera por la homeostasis del organismo. El control percibido es la manera del individuo de darse cuenta en qué forma está regulando sus acciones y por lo tanto, obteniendo sus metas.

De acuerdo con este punto se realizó una investigación en soldados respecto al nivel de cortisol en diversas circunstancias.

Según Palmero y cols. (2002) los resultados fueron que mientras los soldados tuvieron un enfrentamiento sobre el estrés que los influía desarrollaron técnicas de afrontamiento y control sobre las situaciones en las que se veían involucrados, y mediante esa instrucción recibida y a su control percibido, podrían salir con vida después del combate.

El control percibido es el desarrollo de la situación por la que el individuo atraviesa y lo convierte de acuerdo con su regulación en una persona más capaz, autorrealizada y feliz.

1.5.2. El apoyo social.

Lo más importante del individuo aparte del entorno, es la sociedad en la que se da a conocer y el apoyo es definido como la ayuda que el ser humano recibe de los otros, ya sea aportando medios o no aportándolos.

Dentro de este se reconocen los recursos dados por los otros para la realización de sus metas.

Según Palmero y cols. (2002) el apoyo social puede reducir la manera negativa de presentar el estrés y por consecuencia de vivirlo y las maneras en las que actúa son las siguientes:

1. Elimina o reduce el impacto del agente que lo estresa
2. Toma la experiencia del suceso como tal
3. Ayuda a la persona a afrontar otras situaciones

El apoyo social proporciona alivio y decrece las situaciones estresantes de la vida del individuo. Es primordial la ayuda de los otros, ya que hace a la persona más fuerte y resistente durante el proceso en el que se encuentra.

1.5.3. El tipo de personalidad: A/B.

El estrés tendrá diversas manifestaciones específicas en donde su mayor relevancia estará en la presentación de dos personalidades claves descritas a continuación.

Según Cascio y Guillén (2010), las observaciones clínicas han manifestado que existe cierto tipo de personas que están más expuestas a experimentar estrés con mayor facilidad, con un patrón de personalidad llamado tipo A.

Dicha personalidad denotará características muy particulares marcando asimismo, una competitividad tanto personal como profesional. De tal manera que el sujeto con estas características buscará puestos importantes que impliquen status altos o socialmente aceptables. Si no lograra este objetivo, su emocionalidad se verá alterada. De acuerdo con esto, las personas con este tipo de personalidad desarrollarán con más probabilidad enfermedades cardíacas.

Según Travers y Cooper (1997), las personas con un patrón de personalidad tipo A pueden identificarse de la siguiente manera:

- Suelen estar impacientes todo el tiempo, terminan las palabras que otros quieren decir y tienden a apresurarlos para que hablen con mayor rapidez.
- Resaltan algunas palabras cuando hablan y suelen concluir sus oraciones con rapidez, dando a entender que su tiempo es muy valioso.

- Están en constante movimiento y realizan acciones básicas como el comer, caminar o alimentarse de forma rápida.
- Constantemente realizan varias actividades al mismo tiempo, a lo cual se le denomina acciones polifásicas.
- Presentan automatismos o tics nerviosos.
- Experimentan en ocasiones el descanso como una pérdida de tiempo.
- Tienen una estricta organización de sus planes y un sentido crónico de la urgencia.
- Tienden a competir con individuos que también presentan el patrón de personalidad tipo A.

Por otro lado la personalidad de tipo B no sufre de urgencia ni impaciencia, Según Travers y Cooper (1997) no albergan hostilidades injustificadas, pueden relajarse y hacerlo sin sentimiento de culpa. Parecieran personas más adaptadas a su medio natural y con menores complicaciones.

Friedman y Rosenman (citados por Travers y Cooper; 1997) comentan que realizaron estudios en los conceptos de los individuos con personalidad tipo A y sugirieron que las características emocionales y conductuales de ellos eran semejantes a las presentadas por pacientes que experimentaban “enfermedades debidas a estrés”, que eran dolencias coronarias cardiacas. A partir de esto, establecieron que había una intensa relación entre ambas.

El patrón tipo A es considerado un conjunto de conductas libres no propiamente una característica de personalidad, es la forma en que una persona combate una situación.

1.6 Los efectos negativos del estrés.

Durante todo el capítulo se ha hablado de que el estrés puede generar un beneficio en el individuo que lo presenta, pues es parte de un proceso pues es parte de la realización de cambios en la vida del ser humano, sin embargo, en la parte negativa puede traer consigo consecuencias extensas dentro de la personalidad humana.

De acuerdo con Selye (citado por Ivancevich y Matteson; 1985), las repercusiones fisiológicas causadas por el estrés incluyen la alta presión sanguínea, enfermedades cardiovasculares, alteraciones en riñones, aparición de artritis, dolor a nivel corporal, alergias, disfunciones sexuales, enfermedades digestivas y metabólicas y posiblemente cáncer.

El estrés trae con su aparición consecuencias de tipo orgánica en los sistemas corporales, así como se menciona a continuación:

- “La hipertensión: Es una enfermedad de los vasos sanguíneos, en 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 arteriales,

aumentando así la presión. Cuando pasa la alarma, la presión debe volver a la normalidad, pero si se prolonga el estrés, inclusive inconscientemente, la presión puede permanecer en niveles anormalmente altos.

- Las úlceras: Son lesiones inflamatorias en el recubrimiento del estómago o intestino y una de sus causas más conocidas es la variación de los niveles de cortisona. La fabricación de cortisona generalmente aumenta durante los periodos de estrés, que, cuando son prolongados, pueden crear fácilmente un ambiente interno perfecto para la creación de lesiones.
- La diabetes: es una enfermedad grave que implica deficiencias de insulina y que tiene como consecuencia que sus víctimas no puedan absorber suficiente azúcar de la sangre. El estrés incrementa el nivel de azúcar en la sangre, demandando incrementos en la producción de insulina. Si el estrés es persistente, el páncreas puede debilitarse, dando como resultado una deficiencia permanente de insulina.
- Las jaquecas: Son frecuentemente el resultado de la tensión muscular, que aumenta cuando estamos expuestos, a los estresores durante un periodo sostenido. Comúnmente, la jaqueca en sí misma es un estresor que conduce a una mayor tensión muscular, que a su vez aumenta la severidad y duración de la jaqueca.
- El cáncer: es uno de los conceptos más controvertidos de la categoría de las enfermedades de adaptación. Una teoría actual sobre el cáncer plantea que las células mutantes (cáncer) se están produciendo continuamente en el cuerpo, pero que normalmente son destruidas por el sistema

inmunológico antes de que puedan multiplicarse y crecer. Se ha demostrado que las respuestas a los estresores traen como consecuencia pequeñas alteraciones bioquímicas en el sistema inmunológico. Algunos piensan que los cambios bastan para permitir la reproducción de pequeñas cantidades de estas células mutantes, que a su vez se convierten en tumores malignos.” (Ivancevich y Matteson; 1985: 106).

Una vez determinado el estrés, a modo particular se considera que es un factor primordial en la vida del ser humano, si bien debe mantenerse en niveles manejables. Por otra parte, solo resta dar explicación a los trastornos alimenticios para asimismo, establecer la relación que existe entre las dos variables.

CAPÍTULO 2

TRASTORNOS ALIMENTARIOS

El presente capítulo presenta toda la descripción de los trastornos alimentarios, incluyendo todas sus características, tipos, antecedentes, factores que lo predisponen, así como su descripción.

Por otro lado, se hablará sobre alimentación y los trastornos con respecto a patologías de origen psicológico, de las cuales es importante mencionar para el desarrollo de este trabajo de investigación, con el cual se permitirá conocer lo relevante de dichos trastornos.

También se tomarán cuenta algunos estados emocionales como ansiedad y depresión para el desarrollo de la investigación.

2.1 Antecedentes históricos de los trastornos alimenticios.

Lo más común dentro de una investigación es tomar en cuenta como primera fuente los antecedentes históricos del problema a tratar, ya que la historia marca como ha sido la trayectoria del problema así como cuando tuvo su aparición.

Desde tiempos remotos, los humanos han luchado por contrarrestar las situaciones con las que no pueden sobrellevar la vida y asimismo, conseguir la autorrealización como parte de la sociedad.

En este caso desde los tiempos antiguos se han encontrados fallas o desórdenes en la conducta sobre lo que respecta a la alimentación.

La historia comienza con los primeros cristianos cuando practicaban el ayuno como penitencia para conseguir un estado espiritual más elevado (Jarne y Talam; 2000: 141).

Se tiene como dato que una persona relevante en la historia de los trastornos alimenticios fue Catalina de Siena, cuya historia cuenta que a los siete años comenzó a mostrar rechazo por la comida como una manera de penitencia y sacrificio.

Anteriormente solo se le daba la etiqueta de inanición a la falta de apetito la cual provocaba el rechazo hacia los alimentos muy característica en personas de la época antigua, pero fue hasta 1667 en donde se despertó la curiosidad de la población con el caso de Marthe Taylor quien se abstuvo de consumir alimentos, lo cual después le provocó amenorrea, para posteriormente desencadenar el vómito, su ayuno perduró por un año con la ingestión únicamente de bebidas azucaradas.

Según Jarne y Talarn (2000) no fue hasta 1873 en que Gull y Lassege le dieron la connotación a este problema como cuadros anoréxicos. Es así como los trastornos alimenticios tuvieron su origen para después hacer variaciones de los trastornos a modo de categorías.

2.2 Definición y características clínicas de los trastornos alimenticios

Los trastornos de alimentación han pasado de generación en generación como parte de un problema influido más de manera social que después se convierte en patológica. Sin embargo es necesario definir de una manera ordenada y concisa las características de presentación de este problema.

2.2.1 Anorexia nerviosa

En estos tiempos se le da el significado a la anorexia nerviosa como la falta de alimentación en el ser humano. Las características primordiales en esta enfermedad son el rechazo a mantener el peso corporal mínimo, miedo al aumento de peso y la obsesión por la percepción de aumento de peso o tamaño del cuerpo.

Las principales víctimas de este mal son las mujeres, sobre todo las jóvenes, quienes en ocasiones pueden estar influenciadas por ser admiradoras de personas famosas tales como actrices y modelos.

Siguiendo con la primera característica, las personas con este trastorno se empeñan en obtener y mantener un peso corporal aún más por debajo de su peso normal para su peso y altura, con respecto a esto existe una guía para detectar cuando una persona llega a obtener un peso anormal, es decir, por debajo de su peso mínimo la cual detecta a una persona con anorexia nerviosa cuando su peso es menor al 85% del peso que es considerado apropiado para su peso y talla, asimismo, “existe otra guía en donde se debe tener un índice de masa corporal dependiendo de la edad y estatura del individuo aunque esta varía ya que no todos los organismos son iguales, para esto el médico debe tener en cuenta el historial médico del individuo y su estructura física” (APA; 2002: 554).

Respecto al miedo de ganar peso, los individuos con este trastorno terminan sometidos a rigurosas dietas donde intervienen una serie intensa de ejercicio y en algunas ocasiones, recurrir a las purgas.

Este miedo es muy inusual que desaparezca, ya que al mismo tiempo de ir perdiendo peso corporal el miedo del paciente aumenta ya que el perder peso constituye el aplicar un mayor esfuerzo; dentro de este miedo se encuentra otra característica: las personas que presentan este miedo se preocupan por perder peso de ciertas zonas de su cuerpo que consideran muy anchas o gordas, siendo que están delgadas, para esto aplican distintos métodos para detectar ciertas cosas una de ellas es estar revisando o midiendo constantemente las zonas consideradas, que generalmente es el abdomen, glúteos y muslos.

Por otra parte, respecto a la amenorrea, es producto de la falta o pérdida de peso.

Existen dos subtipos de anorexia nerviosa: el tipo restrictivo y el tipo compulsivo/purgativo; “el primero describe que la pérdida de peso se consigue haciendo dieta, ayunando o haciendo ejercicio intenso; el segundo se presenta cuando el individuo recurre a los atracones, a las purgas o ambos, provocándose el vómito” (APA; 2002: 555).

Algunos de los síntomas que pueden presentar los individuos son depresión, irritabilidad, insomnio y pérdida de interés en el sexo, así como presentar ciertos cuadros clínicos en el que el paciente toma algunas obsesiones con pensamientos relacionados a la comida o coleccionar recetas y en algunas ocasiones, hasta dietas y mentiras.

“Además de algunas ocasiones presentar amenorrea, existen otros síntomas que pueden aparecer y crear distintos cuadros clínicos, como son el estreñimiento, dolor abdominal, intolerancia al frío, hipertensión, hipotermia, y en algunas ocasiones el color de las personas cambia a un tono amarillento. En cuanto a las personas que se provocan el vómito suelen presentar cicatrices o infecciones en los dedos al tener contacto con los dientes al momento de provocar el vómito” (APA; 2002: 556).

2.2.2 Bulimia nerviosa

Las características esenciales de la bulimia nerviosa consisten en atracones y en métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso. En esta enfermedad, la autoevaluación de los pacientes se encuentra vinculada con la silueta y el peso corporal.

“Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas deben producirse al menos un promedio de dos veces a la semana durante un periodo de 3 meses. Se entiende por atracón 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 comerían” (APA; 2002: 559).

Este término no debe ser confundido con la idea de picotear pequeñas cantidades de comida durante el día. En el caso de la bulimia nerviosa, el atracón no ocurre de la misma manera que en la anorexia nerviosa, siendo que aquí no se busca obtener esa sensación de placer al provocar un vómito después del atracón, esto se retomará más adelante. Asimismo, los alimentos más comunes en un atracón son las azúcares (dulces, pasteles, chocolates) ingiriendo más de 6000 calorías, una cantidad mayor a la que un individuo con alimentación normal ingeriría.

En la bulimia nerviosa, ocurren grandes ataques de ansiedad por comer cantidades masivas de alimento, después del cual se induce el vómito o el uso de laxantes para prevenir la absorción de los alimentos ingeridos.

Generalmente, los bulímicos puros, no pierden peso de manera tan drástica como los anoréxicos. La bulimia nerviosa forma parte de un trastorno tanto emocional como alimenticio, que a su vez influye a nivel psicológico.

Es un comportamiento en donde se aleja de los procesos de alimentación saludable consumiendo comida en exceso en periodos de tiempo muy cortos lo que le llega a generar una sensación de bienestar por un lapso de tiempo, para después buscar o eliminar el exceso de alimento a través de ayunos, vómitos, purgas o laxantes.

Es importante mencionar que un atracón generalmente llega a su fin cuando el paciente llega a sentir satisfacción o excitación, cuando se siente lleno o bien cuando comienza a sentir dolor abdominal.

2.2.3 Obesidad

La obesidad en la época actual es un signo de sufrimiento para el ser humano, pues es una enfermedad crónica que se caracteriza por acumulación excesiva de grasa general en el cuerpo; es decir, cuando la reserva natural de energía de los humanos y otros mamíferos, almacenada en forma de grasa corporal, se incrementa hasta un punto donde está asociada con ciertas complicaciones como algunas condiciones de salud o enfermedades y un incremento de la mortalidad.

Para Jarne y Talarn (2000), la obesidad va a ser tomada como un trastorno alimenticio que afecta condiciones fisiológicas y psicológicas de quien vive con ella.

El sujeto aumenta considerablemente el peso, lo cual da problemas de salud que hace que el metabolismo del organismo cambie de una manera por demás notoria.

La obesidad no fija su mira en individuos de tal o cual clase, pues no distingue color de piel, edad o nivel socioeconómico.

La persona se va a ver afectada por el consumo excesivo de calorías y grasas provenientes de una alimentación inadecuada, así como un estilo de vida sedentario. Sin embargo ya existen métodos para su prevención y para la actuación a tiempo, de tal modo que la obesidad no se convierta en un estado crónico o progresivo que más que acabar con una buena figura, termine con una homeóstasis de la persona.

2.2.4 Hiperfagia en alteraciones psicológicas

La hiperfagia es la “ingesta excesiva como una reacción a acontecimientos estresantes que puede dar lugar a la obesidad, incluso a intervenciones quirúrgicas o accidentes en algunas ocasiones provocan lo que conocemos como una obesidad reactiva. (Castillo y León; 2005: 225).

Se presenta esta enfermedad como parte de los trastornos de bulimia y anorexia, ya que los efectos que provocan a nivel psicológico resultan en una modificación en la percepción del apetito, provocando que el individuo no pueda

diferenciar la sensación de satisfacción estomacal (sentirse satisfecho) ni de controlar esta situación.

“A este trastorno también se le da el nombre de hiperfagia psicógena” (Castillo y León; 2005: 225).

2.2.5 Vómitos en otras alteraciones psicológicas.

“Se presentan como vómitos repetidos que no son provocados por el paciente agregando la hipocondría como uno de los síntomas corporales que se pueden presentar” (Castillo y León; 2005: 225).

Asimismo, en el caso de las mujeres embarazadas la presencia de las variadas emociones pueden ser factores que alteren hormonas, las mismas que faciliten o provoquen los vómitos o náuseas recurrentes.

2.2.6 Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia.

Estas perturbaciones se presentan generalmente en la etapa de la infancia y en la niñez, “teniendo como característica primordial el rechazo de los alimentos o la presencia de conductas muy caprichosas o anormales en la que se aleja de las conductas alimentarias consideradas normales para la edad del infante” (Castillo y León; 2005: 225).

Es preciso mencionar que este tipo de comportamientos no se deben confundir con los caprichos o rabietas que los menores pueden usar en dichas etapas.

Para poder detectar que se está frente a dicho trastorno, se deben observar ciertos comportamientos, uno de ellos es el presenciar la ganancia o pérdida de peso durante un periodo de un mes, descartando la presencia de enfermedades leves que posiblemente estén siendo tratadas, como puede ser una gripe. Asimismo, detectar ciertos trastornos que se fusionan con las conductas alimentarias en la infancia y que posteriormente se describirán brevemente.

2.2.6.1 Rechazo alimentario

En este trastorno el paciente no pierde el apetito pero muestra un rechazo hacia los alimentos, disimulando mediante molestias intestinales y estomacales. Otra característica de este trastorno es la llamada ideación delirante de aliñamiento que es la creencia que en la comida existe veneno (Castillo y León; 2005).

2.2.6.2 Pica o alotriofagia.

El paciente ingiere de forma persistente sustancia no nutritivas como son la tierra o pintura. La conducta puede ser normal en los niños mayores de 18 meses o en los menores que presentan un trastorno grave como el autismo o el retraso

mental. Aun así, puede presentarse en niños sanos, pero el comportamiento se extingue a determinadas edades o en el inicio de la adolescencia.

“Asimismo, se puede presentar en los adultos con retraso mental o en demencias” (Castillo y León; 2005: 227).

Las consecuencias o complicaciones que pueden ser presentadas son en igual medida al objeto o sustancia ingerida, generalmente se detecta infección por parásitos, obstrucción intestinal y la intoxicación por el plomo de la pintura.

2.2.6.3 Rumiación o mericismo

Se tiene la aparición de este trastorno entre los tres y los doce meses. Dicha enfermedad consta de la regurgitación repetida de la comida ingerida, también puede presentarse con ciertos síntomas como son: la pérdida de peso o dificultades para ganar el peso normal para la edad del menor.

Este trastorno puede aparecer en menor con retraso mental; es considerado un trastorno de baja preocupación pero al mismo tiempo, de carácter grave ya que en ciertos cuadros clínicos ha ocasionado la muerte (Castillo y León; 2005).

2.2.6.4 Potomanía

Se considera como la excesiva ingesta de líquidos, habitualmente agua, es preciso aclarar y hacer una diferencia con los síntomas que se presentan en los cuadros clínicos de la diabetes insípida, en donde existe una alteración a nivel de la neurohipófisis fundamentalmente. En la potomanía se pueden encontrar en los pacientes estructuras caracteriales histéricas (Castillo y León; 2005).

Respecto de las consecuencias, pueden ser dramáticas y fatales debido a que si el consumo diario de líquidos supera los cuatro litros, el cuerpo humano, usando sus riñones no podrá procesarlos.

2.3 Esfera oroalimenticia en el infante.

Según Ajuriaguerra (1973), durante la infancia surgen ciertos reflejos biológicos, como el automatismo oroalimenticio de succión y deglución. Dichos reflejos están conectados con el orificio bucal, los labios, mucosas intrabucales y lengua; se relacionan con las funciones de alimentación y por lo tanto, con estímulos bucales que producen cierta excitación, la esfera oroalimenticia está compuesta por los órganos y funciones que producen el acto de comer.

2.3.1 Organización oroalimenticia.

Todos los individuos nacen con algunas respuestas o reacciones ante ciertas situaciones a los cuales se les llama reflejos, uno de estos, es el reflejo de comer, por lo cual los recién nacidos buscarán el pecho materno.

Los reflejos continúan siendo parte de las siguientes etapas de la vida del ser, cuando posteriormente buscará la comida, pero ahora que pueda ser tomada por sí mismo, la alimentación formará parte de la vida y desarrollo del menor sobretodo en el sentido psicológico.

Como lo traduce M. Klein (citada por Ajuriaguerra; 1973), en determinadas circunstancias el niño sufrirá la falta de alimento debido a que la madre no desea darle pecho o por falta de leche materna, haciendo que el pequeño catalogue a este como un *pecho malo*, o al contrario, cuando el menor recibe la cantidad adecuada de leche para saciar su hambre, lo percibirá como un *pecho bueno*. Esta interacción entre el pecho malo (aquel que causa frustración y molestia) y el pecho malo (aquel que satisface las necesidades adecuadamente) puede alterar la psique del infante, lo cual se podrá observar en la edad adulta.

2.3.2 Alteraciones de la esfera oroalimenticia.

Cuando la esfera oroalimenticia no cumple con el curso natural de los procesos de ingesta, es entonces cuando habrá alguna alteración y por lo tanto un deterioro en el sujeto.

Para Ajuriaguerra (1973), existen diferentes alteraciones de la esfera oroalimenticia. En el infante, se pueden observar casos como el de la anorexia esencial precoz, la cual tiene un origen neurológico y se muestra con conductas de poca motivación hacia la comida.

Otro tipo de alteración dentro de esta esfera es la anorexia del segundo semestre, que se origina por las interrupciones paulatinas de leche materna para combinarla con otros alimentos, al cambiar el régimen, el niño puede experimentar dos tipos de anorexia: la inerte, que ocurre cuando el infante no desea el alimento, no coopera o no muestra disposición para comer; por otro lado, la anorexia de oposición, que ocurre cuando el infante no desea comer y la hora de la comida se convierte en un campo de batalla debido a que el niño realiza berrinches, grita o patalea para no ingerir el alimento.

Por su parte L. Kreisler (mencionado por Ajuriaguerra; 1973) distingue dos tipos de anorexia, las cuales se presentan en el segundo semestre de vida:

- La simple: ocurre como respuesta al quitar la alimentación del pecho materno al infante, al cambio del régimen de ingesta o a algún incidente patológico, causando una anorexia de origen fisiológico, esto da pie a que existan algunas peleas entre madre e hijo por la oposición del infante y el empeño de la ella en que este se alimente.
- La compleja: el alimentarse se vuelve más complejo para el niño, y la comida ya no tiene interés para él; esta anorexia tiene su origen en la interacción madre-hijo, aunque no se deben descartar alteraciones orgánicas.

2.4 Perfil de la persona con trastornos de alimentación

Es difícil determinar un perfil exacto de una persona que presenta este trastorno, ya que generalmente se detecta al enfermo una vez que el problema se ha instalado en su organismo.

Para determinar un perfil (ya sea de trastornos de alimentación, como para cualquiera que sea el caso) se deben tomar ciertos puntos de referencia, tales como la familia, amigos, autoestima, entorno y la economía, ya que de estos posibles factores se fusionan y afectan seriamente la personalidad del paciente.

Uno de los factores que se consideran aún más esenciales para este trastorno, es la familia, por el hecho que es el entorno en donde se desenvuelve sin ninguna pena o preocupación el individuo, generalmente no son hereditarios estos trastornos, sino son producto de inadecuadas conductas o métodos de alimentación, es decir, el individuo al observar ciertas conductas frecuentemente de padres o familiares, incluso a comentarios mal empleados hacia el enfermo; el paciente comienza a repetir dichas conductas, y respecto de los comentarios mal empleados estos afectan gravemente su personalidad y autoestima al grado de crea una obsesión que difícilmente se puede apartar del paciente.

Estos trastornos son frecuentes en los jóvenes y estos, en el afán de lograr “ser”, alcanzar los ideales de sus padres o darles cierta satisfacción, simplemente el vivir al pendiente de lo que los demás esperan de ellos, reducen la seguridad de estos jóvenes o la capacidad de desarrollar un pensamiento personal, causando que el paciente dude de sí mismo.

Como se mencionó en renglones atrás, el entorno de estos jóvenes influye de gran manera en su comportamiento, generalmente en la etapa de la adolescencia es muy frecuente encontrarse con situaciones difíciles que son muy complejas al momento de darles solución, lo que hace más vulnerable a una persona para desarrollar alguno de los trastornos ya explicados anteriormente.

La manera en que una persona se percibe a sí misma es lo que comúnmente se denomina autoestima. Este concepto es variable en cuanto a los sexos, pues para las mujeres es un tanto complicado, esto se debe a que el sexo femenino relaciona más este término de aceptación con lo estética.

Lamentablemente esta es una problemática que ha comenzado desde siglos atrás, ya que se tiene una cierta idea de que el grado de aceptación para los círculos sociales o bien para el sexo masculino dependerá de lo delgada o bien parecida que se esté.

Este aferramiento a lograr un perfeccionismo en el cuerpo, además de ocasionar una seria afectación a la autoestima, también lo hace para la personalidad, esto en cuanto a que la persona al no poder cambiar su físico cambia su manera de pensar o actuar, siguiendo ciertos comportamientos rebeldes o poco maduros para su edad.

“El conseguir el perfeccionismo es una trampa, ya que nunca se logra lo que se busca porque es en sí mismo inalcanzable” (Costin; 2003: 76).

Esto es en cuanto al control de los métodos empleados para conseguir los ideales de las personas, al principio las jóvenes perciben una sensación placentera al creer controlar ciertos comportamientos, hasta el momento en que reconocen que el problema se salió de sus manos y ahora está en su contra.

Este tipo de factores se refieren a los factores que preparan a los individuos para ser más vulnerables y contraer con mayor facilidad algún trastorno alimenticio, generalmente algunos de los factores predisponentes que se conocen son el entorno sociocultural en el que se desenvuelve la persona y como ya se mencionó en el apartado de la obesidad que otro de los factores es la herencia, es decir, las características que la familia trasmite (complexión física, hábitos alimenticios, entre otros).

Los factores precipitantes son los factores que activan una sensación de arrebató en los pacientes, es decir, tomar una decisión de iniciar dietas y hacer ejercicio de manera muy exigente.

Los factores predisponentes preparan un terreno en este caso el cuerpo del paciente y lo que hacen los factores precipitantes es comenzar a desarrollar el trastorno.

Es entonces cuando comienzan los factores perpetuantes, que son los que hacen el desarrollo y duración de un determinado trastorno.

Un ejemplo muy claro de estos factores es el cáncer, que una vez que entra y se aloja en algún órgano del cuerpo humano sin ser detectado, a tiempo comienza a crecer y desarrollarse por todo el cuerpo hasta que el organismo se deteriora y muere.

2.5 Causas del trastorno alimenticio

El planteamiento de este tema es muy similar al anterior ya que así como es difícil determinar el perfil de una persona con un trastorno alimenticio la misma dificultad se presenta al determinar las causas para que una persona sea propensa a desarrollar un problema o en este caso un trastorno alimenticio.

El inicio y desarrollo de un trastorno alimenticio es diferente en un organismo debido a la combinación de distintas causas que propician dicho mal.

Existen tres tipos de factores: los predisponentes, los precipitantes y los perpetuantes.

2.5.1 Factores predisponentes individuales

Existen algunas teorías que hablan sobre la alimentación de las personas es determinada por algunos factores. Según Ogden (2005) el aprendizaje, las creencias

y las actitudes determinaran la forma de alimentarse en una persona, de acuerdo con esto las comidas tendrán un sistema de orden y clasificación.

Según Helman (citado por Ogden; 2005) el sistema de comidas se dividirá de la siguiente manera:

1. Comestible o no comestible, es decir, una alimentación adecuada e inadecuada.
2. Dependiendo del culto religioso, tendrá una significación la comida.
3. Las comidas opuestas representadas en sí por el contrario, como lo caliente y lo frío.
4. Y las comidas usadas para interacción entre personas, de modo social o familiar.

Sin embargo la comida también tendrá tres sentidos de acuerdo con la identidad de la persona, la interacción con los otros y la cultural.

2.5.2. Factores predisponentes familiares.

Estos componentes tienen gran influencia en la aparición puesto que la marcada ausencia de comunicación familiar quizá sea el factor fundamental para que estos trastornos no se desarrollen.

Si al individuo no se le da la capacidad de resolver problemas, será otra constante que no favorezca y esto se verá encaminado por la sobreprotección de los padres, al igual que la falta de límites o antecedentes familiares de otros trastornos como el alcoholismo o la depresión.

Rausch (1996) menciona que una situación importante dentro de lo familiar la constituyen las fallas de control, causadas por la falta de independencia, lo cual altera la conducta del sujeto.

2.5.3. Factores socioculturales.

El componente más grande que forma parte de esta problemática sin duda alguna es la sociedad, ya que este contexto determina la forma de comportarse de los individuos.

En algunos países la sociedad otorga un papel importante en la mujer ya que presenta una etiqueta atractiva y delgada, lo cual lo refuerza los medios de comunicación que también van encaminadas por el sentido de la moda y sus tendencias.

Para algunos países, la delgadez está tomando una gran relevancia social debido a “el perseguir la delgadez nunca llevo a la felicidad. De hecho, cuanto más grave es el trastorno de la alimentación, más difícil es lograr los objetivos personales de bienestar y seguridad” (Costin; 2003: 65).

2.6. Percepción del cuerpo en el trastorno alimenticio.

Lo más marcado en estas situaciones es la imagen distorsionada que tienen las personas de sí mismas, ya sea como un cuerpo deforme o discordante; no obstante la calificación negativa hacia sí mismo. “En resumen, podemos conceptualizar la insatisfacción corporal como una deformación del volumen corporal en comparación con una medida objetiva del volumen, como una discrepancia entre el ideal y la percepción del volumen corporal real o simplemente como los sentimientos y pensamientos negativos con respecto al cuerpo”. (Ogden; 2005: 105).

Finalmente, las consecuencias que trae consigo la poca insatisfacción van a representar el desencadenante del deseo por perder peso rápidamente o darse a sí mismo una dieta, el exceso de ejercicio o llegar al extremo de operaciones estéticas con el fin de cambiar de apariencia.

2.7. Factores que mantienen los trastornos alimenticios.

Según Costin (2003) hay situaciones que hacen que las patologías perduren por un largo tiempo a los cuales llamó factores perpetuantes, en los cuales se considera el control de peso y la marcada obsesión por las dietas.

Para esto se realizó un experimento realizado en Minnesota en Estados Unidos en los años cuarenta, con el fin de disminuir la cantidad de calorías que ingería un grupo de 36 sujetos de sexo masculino.

Al principio se les alimentaba con porciones regulares a las que comían regularmente y se checaba su respuesta conductual y alimenticia en un periodo de tres meses.

Durante los siguientes seis meses se redujeron las porciones en un 50%, lo cual repercutió en el peso de los individuos que los redujeron hasta un 25%. Finalmente, se les volvió a dar las porciones iniciales, es decir, las mismas que ellos ingerían al inicio del experimento.

Menciona Costin (2003) que la alimentación deficiente se ve reflejada en aspectos psicológicos, siendo notable un estado de ánimo desajustado, es decir, una autoestima baja en los individuos.

- En las funciones cognitivas, presentaron incapacidad para concentrarse y su atención se vio perjudicada.
- En lo social, se vio reflejada la introversión e incomodidad al momento de realizar alguna actividad.
- Mientras en el ámbito fisiológico, sufrieron alteraciones en órganos y sistemas corporales, asimismo, pérdida en los sentidos.

Por lo cual se resume que las ingestas de alimentos cuando son menores a lo necesario, van a producir que la quema de calorías sea menor ya que el metabolismo se verá influido, además de que a nivel mental se generan esquemas que llevarán a una psicopatología.

2.8. Trastornos mentales asociados a los trastornos alimenticios.

Se relacionan los trastornos mentales con los alimenticios, ya que es marca la consideración psicológica y la carga que lleva consigo lo cual se refleja en diferentes situaciones.

Para Jarne y Talarn (2000) el brote de las patologías puede ser no muy constante o incluso pasajero, sin embargo, entre las enfermedades que se encuentran están: la esquizofrenia, las fobias, manías trastorno obsesivo-compulsivo, depresión y ansiedad.

Dentro de la esquizofrenia, los trastornos se presentan a través de repeler la comida o el rechazo alimenticio con la ideación de que la comida está envenenada.

En las fobias los pacientes tienen miedo a consumir cierta clase de comidas, mientras que en las manías se pierde el control de alimentos e incluso se deja de

consumir por cierto tiempo o de forma contraria la comida se ingiere exageradamente o en porciones muy grandes.

Dentro de los obsesivos compulsivos, los sujetos controlan la comida de una manera poco común e incluso meticulosa ya que se hacen ideas de que la comida está sucia.

Kirszman y Salgueiro (2002) mencionan que los trastornos alimenticios pueden observarse como patologías clínicamente multidimensionales, lo cual hará más complejo su diagnóstico.

2.8.1. Trastornos alimenticios y depresión.

Quizá la depresión será de las patologías más grandes dentro de los trastornos de alimentación. Kirszman y Salgueiro (2002) descubrieron investigaciones sobre la melancolía en la pubertad de acuerdo con los escritos de Sigmund Freud.

Sin embargo estudios realizados por Crisp (citado por Kirszman y Salgueiro; 2002) arrojaron que la depresión es un elemento secundario en los trastornos alimenticios relacionándola con su baja autoestima.

Sin embargo, “los trastornos alimenticios se ubican en un terreno invaluable para el estudio del diagnóstico de la depresión, puesto que van acompañados de cambios físicos” (Kirszman y Salgueiro; 2002: 125).

Es por ello que los trastornos alimenticios se verán asociados a depresión en pacientes que tienen una anorexia crónica o que no responden como se debiera a los tratamientos habituales.

2.8.2. Trastornos alimenticios y ansiedad.

La ansiedad no será considerada como consecuencia, sino como parte de la sintomatología de los trastornos de alimentación.

En los estudios realizados por Schwalberger (citados por Kirschman y Salgueiro; 2002) en cuatro grupos de personas: con bulimia nerviosa, con trastornos de atracón, con trastorno de pánico y con fobia social, al hacer relación con sus casos con la depresión, ansiedad y uso de sustancias, se generaron datos interesantes, como el hecho de que la mayoría de ellos experimentaron a lo largo de su vida mucha ansiedad y miedo intenso a la evaluación social.

Para Kirschman y Salgueiro (2002), las investigaciones realizadas sobre el efecto de la ansiedad en la alimentación han generado cuatro teorías para explicar la relación entre estos fenómenos:

- Teoría de la restricción: señala que los individuos que tienden a restringir sus alimentos, desarrollan pautas alteradas de alimentación debido a la ansiedad que genera el tratar de generar un control sobre sí mismos. El estrés genera reacciones fisiológicas que dan como resultado la supresión del hambre.
- Modelo de límites: el alimentarse adecuadamente, genera pautas que mantienen al sujeto entre dos niveles: el hambre y la saciedad. Si no se experimentara cualquiera de estos, la indiferencia sería un tercer nivel. “El modelo de los límites o fronteras sugiere que la supresión de la alimentación ejercida por la ansiedad o el estrés, se produce en individuos hambrientos o privados, pero no en aquellos que se encuentran en la zona de indiferencia.” (Kirschman y Salgueiro; 2002: 145).
- Teorías funcionales: estas teorías afirman que el alimentarse puede generar en el sujeto un estado de comodidad, ya que puede servir como un distractor ante sus problemáticas. Por lo tanto, el comer excesivamente puede servir como una acción para atribuir su malestar a la sobreingesta. Sin embargo, esta comodidad es temporal, debido a que después sobrevendrá de nuevo la insatisfacción y dará como resultado mayor ansiedad.
- Teoría de la ligadura a los estímulos externos: considera que la sobre ingesta en personas con obesidad no es funcional, ya que en presencia de alimentos succulentos, llevará al dietante a comer excesivamente.

En conclusión, todas las teorías afirman que hay una relación muy estrecha entre los trastornos alimenticios y la ansiedad causada por distintos factores.

2.9. Tratamiento de los trastornos alimenticios

Para hablar de tratamiento, se necesita tomar en cuenta tanto corrientes psicológicas como algunos enfoques que trabajan con la psicoterapia, así como corrientes alternas como la nutrición, la medicina y fuera de ello el apoyo familiar y el entorno en el cual se desarrolla el sujeto atendido.

2.9.1 Tratamiento de la anorexia nerviosa.

Para Jarne y Talarn (2000), un programa de tratamiento integral debe abordar distintos factores, desde múltiples puntos de vista como los siguientes:

- 1) Recuperación ponderal: se enfoca en generar una rehabilitación enfocada corregir las pautas nutricionales, y a evaluar las secuelas psicológicas, sociales y familiares que la enfermedad dejó.
- 2) Tratamiento dietético: se realiza para determinar si el paciente necesita una dieta con el contenido adecuado de calorías y proteínas de acuerdo con sus necesidades nutrimentales.
- 3) Tratamiento psicológico: es un elemento primordial de la recuperación del sujeto, en ocasiones las intervenciones psicoterapéuticas en etapas crónicas de la enfermedad resultan inútiles, sin embargo, el papel de la terapia de reforzamiento, algunas técnicas de relajación y las indicaciones

psicoeducativas, aunadas a elementos retomados por la terapia cognitivo – conductual, son fundamentales para generar un cambio en la forma de pensar del paciente.

- 4) Tratamiento farmacológico: consiste en la administración de medicamentos que ayuden a contrarrestar los efectos físicos y psicológicos de la enfermedad.
- 5) Terapia familiar: la familia suele ser un factor determinante en el tratamiento debido a que es un apoyo y base que fortalecen la intervención, los integrantes deben ser conscientes de la naturaleza de la enfermedad y todas sus repercusiones, así como del tipo de tratamiento que será utilizado con el paciente.

2.9.2 Tratamiento de la bulimia nerviosa.

Para Jarne y Talarn (2000), los objetivos terapéuticos del tratamiento de la bulimia nerviosa se pueden resumir de la siguiente manera:

- 1) Restablecimiento de los modelos de nutrición normal.
- 2) Recuperación física: estabilizar el peso, rehidratar y normalizar los electrolitos y corregir algunas anomalías físicas como el reflujo gástrico, daño en la mucosa digestiva, dilatación estomacal, deterioro dental e inflamación parótida.

- 3) Normalización del estado mental: restablecer el estado de ánimo, hacer intervención si se presentan trastornos de la personalidad, prohibir el abuso de sustancias y corregir la utilización de pensamientos erróneos.
- 4) Restablecer relaciones familiares: generar mayor participación, mejor comunicación y restablecimiento de modelos y roles dentro de la familia.
- 5) Corregir las pautas de interacción social alteradas: consiste en la aceptación de la enfermedad, afrontar fracasos, generar responsabilidad, vencer la impotencia y no buscar marcos sociales que denigren.

Para lograr que estos objetivos se logren adecuadamente, es necesaria la participación de un equipo multidisciplinario que evalúe el caso y puede determinar un tratamiento adecuado, además de que la familia es también un elemento primordial en el mismo.

De acuerdo con Rausch (1997), existen diversos tipos de enfoques psicoterapéuticos que pueden abordar las problemáticas presentadas dentro de los trastornos alimenticios, sin embargo, de acuerdo con estudios realizados al modelo cognitivo conductual, a la terapia familiar e individual. La autora menciona que estas alternativas han otorgado mayores resultados en la intervención de estas patologías:

- Modelo cognitivo conductual.

Rausch (1997) asevera que este tratamiento enfoca sus intervenciones al pensamiento, emoción y comportamiento manifiesto del paciente, propiciando con esto que el sujeto examine la validez de su creencia en el presente.

Bajo esta perspectiva psicoterapéutica se evalúa sistemáticamente si los procesos cognitivos del paciente son funcionales, el fin de modificar los inadecuados y encontrar otros que ayuden al sujeto a equilibrar su pensamiento.

- Terapia familiar.

El objetivo primordial de esta intervención consiste en modificar patrones alterados en las interacciones o estructura de la familia del paciente con trastornos alimenticios. Se analiza a la familia desde un enfoque biopsicosocial, en el cual se evalúa el funcionamiento, las respuestas, la viabilidad para lograr metas, adaptación a situaciones y lugares, la calidad en las relaciones, roles y funciones y finalmente, los subsistemas dentro de las familias. Una vez hecha esta evaluación, se comienza con la aplicación de técnicas.

- Terapia individual.

Una vez trabajado el ámbito familiar en terapia, el sujeto pasa a un tratamiento individual, la cual comienza con un interrogatorio minucioso acerca del paciente, aplicación de tests y exámenes clínicos para elaborar un diagnóstico acertado de la enfermedad. Posteriormente, se realiza un entrevista de devolución diagnóstica

donde se le explican al paciente los resultados de la evaluación. Una vez realizado esto, se determinará si es necesario hospitalizar o medicar. Un equipo multidisciplinario evalúa el caso y se establece un diagnóstico y un tratamiento.

Una vez agregada la teoría sobre el problema que se aborda en el presente estudio, se expondrá la manera en que se recabó la información de tipo cuantitativo a través de la aplicación de instrumentos para su medición.

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

En el presente y último capítulo se dará a conocer la metodología utilizada para esta investigación. Entendiendo que metodología es llevar a cabo un proceso con enfoques que ayudan a solucionar el problema con el cual se está trabajando.

Se comienza por hacer una pequeña descripción del enfoque que determina la línea de trabajo y que a su vez, responde a las necesidades del objeto de estudio, además de detallar la muestra y selección de la población o sujetos del proceso de la investigación.

Por otro lado se analiza el desarrollo y uso de técnicas aplicadas para la recolección de datos, así como la medición de las variables, para lo cual se hizo el análisis e interpretación de los resultados de campo, con el sustento de la investigación teórica.

Ya tomada en cuenta la investigación teórica, lo que concierne ahora es trabajar con las siguientes variables de la investigación, por lo que a continuación se detalla el proceso metodológico utilizado, para así mencionar los resultados obtenidos y llegar a conocer a concluir de acuerdo con los objetivos propuestos.

3.1 Descripción metodológica

Para lo siguiente se tomarán en cuenta las estructuras utilizadas para la descripción metodológica: el enfoque cuantitativo como lineamiento general, el diseño de investigación no experimental, la extensión de tipo transversal, el alcance correlacional, así como las técnicas e instrumentos utilizados en la recolección de datos.

3.1.1 Enfoque cuantitativo

Existen dos enfoques principales en una investigación científica: el cualitativo y el cuantitativo. Ambos tienen como fin generar conocimientos y utilizan un proceso cuidadoso, sistemático y empírico. En la presente investigación se tomó como estructura metodológica el enfoque cuantitativo, el cual según Hernández y cols. (2010) posee las siguientes características:

- 1) Se plantea una problemática de manera específica y bien definida.
- 2) Se reúne literatura sobre el fenómeno a estudiar, se revisa a detalle y a partir de ello se construye un marco teórico, el cual representa una guía para el estudio, de lo cual se establecen hipótesis, las cuales serán sometidas a prueba a través de diseños de investigación apropiados, los cuales corroborarán si las hipótesis son viables en relación a la teoría que se sustenta; si no son viables, se descartan y después, posiblemente también la teoría.

- 3) Se establecen las hipótesis de la investigación.
- 4) Se inicia la recolección de datos y se miden las variables a través de procedimientos estandarizados y aceptados por la comunidad científica.
- 5) Los datos obtenidos de la medición los cuales se expresan en números se deben analizar a través de métodos estadísticos.
- 6) El proceso debe tener un control estricto para lograr que otras explicaciones distintas o rivales a la hipótesis que plantea el estudio, sean desechadas y se minimice el rango de error.
- 7) Los análisis cuantitativos se interpretan con relación a las hipótesis y la teoría que los fundamenta. Esta interpretación constituye una explicación de cómo los datos se relacionan con el conocimiento existente.
- 8) La investigación debe ser lo más objetiva posible, no se debe afectar por el investigador y sus creencias, deseos o tendencias.
- 9) Este tipo de estudios siguen un patrón predecible y estructurado, se debe tener en cuenta que cualquier decisión que se realice en relación al estudio debe ser antes de la recolección de datos.
- 10) Los resultados de la investigación se pretenden generalizar a través de lo encontrado en un grupo o segmento denominado muestra, a una colectividad mayor llamada universo o población. También se busca que los estudios efectuados puedan replicarse.
- 11) La finalidad de los estudios cuantitativos es intentar explicar y predecir fenómenos, buscando conexiones y particularidades entre los elementos, lo cual tiene como meta principal la construcción y demostración de teorías.

- 12) Los datos obtenidos de la investigación poseen estándares de validez y confiabilidad, y las conclusiones derivadas contribuirán a la generalización de conocimiento.
- 13) La investigación utiliza la lógica o razonamiento deductivo, que va desde la teoría y deriva a en expresiones lógicas denominadas hipótesis las cuales se someten a prueba.
- 14) La investigación cuantitativa pretende identificar leyes universales y causales.
- 15) La búsqueda cuantitativa se da en un ambiente externo al sujeto, esto le permite conocer como reconocer la realidad con esta aproximación a la investigación.

3.1.2 Investigación no experimental.

Dentro del marco de un proceso de investigación existen dos tipos de esta: la experimental y no experimental; para esta investigación se tomó la segunda, la cual se puede definir como los “estudios que se realizan sin manipulación deliberada de variables y en lo que sólo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos” (Hernández y cols.; 2010: 149).

De lo cual se deduce que esta investigación tomó a los sujetos en el lugar donde se encuentran, sin ninguna preparación de escenario ni alguna restricción de este, por lo tanto no se controla y no se influye sobre ninguna de las variables, por lo

que de la misma forma lleva un control menos rigurosos que la experimental, es decir, los sujetos se encuentran en su vida ordinaria.

3.1.3 Estudio transversal.

La investigación no experimental se puede clasificar en transversal (en donde se observa el fenómeno en un solo momento, en su situación actual) y longitudinal (se trata de analizar cambios a través del tiempo).

El diseño utilizado para esta investigación es el transversal, ya que se recolectó en un solo momento y en el espacio en donde los participantes ya se encontraban.

El estudio transversal se centra en:

- a) “Analizar cuál es el nivel, estado o la presencia de una o diversas variables en un momento dado.
- b) Evaluar una situación, comunidad, evento, fenómeno o contexto en un punto del tiempo.
- c) Determinar o ubicar cual es la relación entre un conjunto de variables en un momento” (Hernández y cols.; 2010: 142).

3.1.4 Alcance correlacional.

Al hablar de correlación, se alude a una relación puesta entre dos variables, lo cual se usó en este proceso, se tomó la relación que hay entre los trastornos alimentarios y el estrés, para lo cual se necesita un diseño correlacional.

Según Hernández y cols. (2010), se analiza la relación entre las dos variables, para así deducir de qué manera se afecta una con la otra y para establecer la relación entre ellas tomando en cuenta que su investigación tiene características similares.

Para ello se mide cada una de las variables y se observa si es que existe relación entre ellas, y se realiza una hipótesis, la cual se acreditará con una prueba.

“La utilidad principal de los estudios correlacionales es saber cómo se puede comportar un concepto o una variable al conocer el comportamiento de otras variables vinculadas. Es decir, intentar predecir el valor aproximado que tendrá un grupo de individuos o casos en una variable, a partir del valor que poseen en la o las variables, relacionadas.” (Hernández y cols.; 2010: 151).

Existen correlaciones positivas y negativas: se dice que es positiva cuando los valores de las variables positivas aparecen altos en la segunda variable. Por su

parte, en las negativas aparece una variable con resultados más bajos que la otra; en algunas ocasiones puede no haber correlación.

3.1.5 Técnicas de recolección de datos.

Para recolectar los datos se utilizaron instrumentos estandarizados, los cuales tienen validez y un nivel de confianza alto, contruidos específicamente para medir las dos variables tomadas en cuenta en la investigación.

Según Hernández y cols. (2010), actualmente existen diversas pruebas e inventarios desarrollados por investigadores para medir muchas variables, con disponibilidad en diferentes fuentes, así como en centros de investigación y difusión del conocimiento.

Se utilizaron dos instrumentos: el primero es la prueba conocida como Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada (CMAS-R), subtitulada “Lo que pienso y siento”, creada por Reynolds y Richmond (1997). Este instrumento consta de 37 reactivos, fue diseñado para valorar el nivel y naturaleza de la ansiedad en niños y adolescentes de 6 a 19 años de edad. Esta prueba puede ser aplicada de manera individual o colectiva. Las opciones de respuesta son Sí y No, únicamente.

La prueba CMAS-R califica cinco puntajes: la puntuación de ansiedad total se basa en 28 reactivos de ansiedad, estos están divididos en tres subescalas: ansiedad fisiológica, inquietud/hipersensibilidad y preocupaciones sociales/

concentración. Los nueve reactivos que restan están destinados a medir el índice de mentira del sujeto.

En relación con la validez y confiabilidad de la prueba “Como una medida de consistencia interna de la CMAS-R se calculó el coeficiente alfa (Cronbach, 1984). Los valores obtenidos fueron similares a los hallados en la versión original: .76 para la puntuación de ansiedad total (.82 para niñas y .70 para varones), .61 para Ansiedad Fisiológica, .66 para Inquietud/hipersensibilidad y .58 para preocupaciones sociales/concentración.” (Reynolds y Richmond; 1997: 60).

El segundo instrumento de evaluación usado es el Inventario de Trastornos de la conducta alimentaria (EDI-2), creado por David M. Gardner (1988), el cual puede ser aplicado de manera individual o grupal.

Con este instrumento se valoran 11 escalas establecidas para detectar rasgos clínicamente relevantes en los trastornos alimentarios, descritos a continuación:

1. Obsesión por la delgadez.
2. Bulimia.
3. Insatisfacción corporal.
4. Ineficacia.
5. Perfeccionismo.
6. Desconfianza interpersonal.
7. Consciencia introceptiva.

8. Miedo a la madurez.
9. Ascetismo.
10. Impulsividad.
11. Inseguridad social.

Las opciones de respuesta que da la prueba son “Nunca”, “Pocas veces”, “A menudo”, “Casi siempre” y “Siempre”.

La confiabilidad del instrumento fue obtenida por medio de un procedimiento estadístico del cual se obtuvo un coeficiente de consistencia interna denominado Alpha de Cronbach, con un índice de 0.80, de igual manera, para concretar la validez de la prueba se realizaron cuatro procedimientos: de contenido, de criterio, concurrente y finalmente, de constructo. El resultado del análisis concluye que la prueba posee la validez necesaria.

3.2 Población y muestra

Como parte de la investigación, se debe tomar una cantidad de personas a las cuales se les pueda calificar ya sea con ayuda de cuestionarios o entrevistas, acordes a las variables tomadas en el trabajo, esas personas forman parte de la población.

Para Selltiz, “una población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones” (referido por Hernández y cols.; 2010: 174). En el

presente apartado se procederá a realizar una descripción de la población, así como de la muestra donde se realizó el proceso de indagación.

3.2.1 Delimitación y descripción de la población

La presente investigación se realizó en el Escuela Secundaria Don Vasco, en la ciudad de Uruapan, Michoacán, México. La institución cuenta con una población total de 248 alumnos que oscilan entre los 13 y 16 años de edad, los cuales poseen un nivel socioeconómico- medio, todos proceden de la misma ciudad antes mencionada y se agrupan en diferentes grados y grupos para su estudio.

3.2.2 Descripción del tipo de muestreo

En lo que confiere a la muestra, es posible definirla como “un subconjunto e elementos que pertenecen a ese conjunto definido en sus características al que llamamos población” (Hernández y cols.; 2010: 175). Se puede decir que la muestra es una extracción que se realiza a un grupo para poder ser sometida a estudios o a la exposición de variables dentro de una investigación.

El tipo de muestra utilizado en este proceso fue no probabilístico o dirigido, el cual selecciona las unidades de análisis de acuerdo con los requerimientos del investigador y a los criterios de la investigación.

Para la presente investigación, se seleccionó a los alumnos de tercer grado, que se encuentran en grupos A, B y C, de los cuales cada grupo consta de los siguientes alumnos: grupo A: 36, grupo B: 32 y grupo C: 34.

La muestra estuvo conformada de la siguiente manera: grupo A, 18 hombres y 20 mujeres; grupo B, 16 hombres y 18 mujeres; grupo C, 12 hombres y 22 mujeres.

En total la muestra estuvo conformada por 46 hombres y 60 mujeres de entre los 14 y los 16 años.

3.3 Descripción del proceso de investigación.

El proceso de aplicación se derivó de la siguiente manera:

- 1) Se solicitó el permiso para aplicación de la prueba, platicando con los directivos de la institución para asimismo, programar una cita para visitar a los alumnos y así realizar la prueba.
- 2) Se llevaron a cabo las hipótesis de investigación,, además de los objetivos para realizar el trabajo de investigación
- 3) Se realizó la selección de la muestra, de acuerdo con la visión del director y a los tiempos en los cuales se podía abordar a los chicos, se eligió el grupo de tercer grado, ya que, también cumplía con las características propuestas para el manejo del trabajo de investigación además de contar con la cantidad de alumnos para la muestra; a ellos se les aplicaron dos

pruebas, ambas de manera grupal: primeramente CMAS-R y posteriormente EDI-2, la aplicación tuvo un tiempo estimado de 65 minutos.

- 4) Las pruebas aplicadas fueron calificadas y los datos obtenidos fueron sometidos a un análisis estadístico, para lo cual se requirió la ayuda del programa informático Microsoft Excel, con el cual se buscó conocer la correlación estadística entre ambas variables.

Una vez establecida la estructura metodológica de la investigación, así como los instrumentos de evaluación y la delimitación de la población y muestra, se procederá a realizar un análisis de los resultados encontrados en el siguiente subtema.

3.4 Análisis e interpretación de resultados

Dentro del siguiente subtema, se tomaron en cuenta los resultados arrojados por las pruebas aplicadas a la muestra; se tomó primero la variable estrés con todos sus elementos, para después hacer mención de la variable de trastornos alimenticios, y como parte final se mencionan los resultados encontrados en función de la correlación, para poder estructurar las conclusiones pertinentes.

3.4.1 El nivel de estrés en los alumnos de la Secundaria Don Vasco.

Aunque ya se ha abordado el concepto de estrés, vale la pena hacer mención que este puede definirse como “una respuesta adaptativa, mediada por las características individuales y/o procesos psicológicos, la cual es al mismo tiempo consecuencia de una acción, situación, o evento externo que plantea a la persona especiales demandas físicas o psicológicas” (Ivancevich y Matteson; 1985: 23).

Respecto a los datos encontrados en la investigación, los cuales fueron obtenidos de la aplicación de la prueba CMAS-R, se muestran a continuación en puntos percentiles. Se encontró que el nivel de ansiedad total encontrado tuvo una media de 62, tomando cuenta que esta medida de tendencia central es la suma de un conjunto de datos, dividida entre las medidas (Elorza; 2007).

En segundo lugar se realizó un análisis de la mediana, como el valor medio de un conjunto de valores ordenados: el punto abajo y arriba del cual cae un número igual de medidas (Elorza; 2007). Al respecto, se obtuvo un resultado de 64.

En último lugar, pero no menos importante la moda, que es el valor que se repite con mayor frecuencia, tomando en esta investigación el valor de 84.

Por la parte de medidas de dispersión, dentro de este estudio se analizó la desviación estándar que según Hernández y cols. (2010), muestra la raíz cuadrada de las desviaciones al cuadrado, toma en cuenta la división entre el total de observaciones, y su resultado fue de 24.

Por otra parte, en la escala denominada ansiedad fisiológica, se encontró una media de 63, una mediana de 71, una moda de 34 y con una desviación estándar de 26.

En el anexo 1 se muestran los resultados que se obtuvieron de la media aritmética de cada escala, de forma gráfica.

En lo que corresponde a la escala de inquietud/hipersensibilidad se señala la media de 67, la mediana de 72, la moda de 72 y su desviación estándar es de 22. ca.

De igual manera, dentro de la escala preocupaciones sociales/concentración, se obtuvo una media de 48, una mediana de 45, una moda de 45, y una desviación estándar de 28.

Una vez recabados los datos de medidas de tendencia central y de dispersión, a continuación se describen los porcentajes presentados por sujetos con puntajes altos tomando en cuenta las escalas, únicamente los que se encuentran por arriba del percentil 70. Con esto se pretende ubicar los casos que indicarían un mayor número de estrés.

En relación con la escala de ansiedad total, el 34% de los alumnos se encontraron por arriba del percentil 70; dentro de la escala de ansiedad fisiológica, fue de 42%; en lo referente a inquietud/hipersensibilidad, el porcentaje fue de 45%; en relación con la escala de preocupaciones sociales/concentración, se obtuvo que un 24% de alumnos se encontraron arriba del percentil indicado. (Vease anexo 2)

En función de los datos anteriores, se puede decir que entre las áreas de mayor relevancia con el nivel de estrés, se encuentra la escala de preocupaciones sociales/concentración, seguida de la referente a inquietud/hipersensibilidad.

De este modo se deduce que el nivel que presentan los estudiantes de tercer grado de la Escuela Secundaria Don Vasco, en relación con los indicadores de ansiedad, se encuentra de manera general en un nivel medio, a lo cual habrá que

prestar mucha atención, pues la situación social que actualmente viven provocará que estos niveles se eleven.

3.4.2 Indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios.

Una vez que ya se conoció el nivel de estrés, ahora se da paso a la cuantificación de los trastornos alimenticios, los cuales para su estudio se dividirán en dos trastornos, conocidos comúnmente como: bulimia y anorexia.

Según la APA (2002), la anorexia nerviosa se observa cuando el individuo presenta un miedo intenso a llegar a su peso corporal adecuado, o incluso a ganar peso y presentar una distorsión en la forma como se percibe.

Mientras que la bulimia nerviosa es un trastorno que de acuerdo con Jarne y Talam (2000), se caracteriza por esquemas de ingesta distorsionados, por lo que regularmente la persona que la padece, comerá exageradamente, para después, eliminar lo ingerido, a través de métodos como el vómito provocado por sí misma.

Ya en conjunto, se puede definir a los trastornos alimenticios como “alteraciones graves de la conducta alimentaria” (APA; 2002: 553).

Después de la aplicación de la prueba EDI-2, se obtuvieron datos muy marcados y relevantes que se muestran en la tabla que a continuación se presenta y de manera gráfica en el anexo 3.

Escala	Media	Mediana	Moda	Desviación estándar	Porcentaje de sujetos con puntajes superiores al percentil 70
Obsesión por la delgadez	60	59	32	22	30%
Bulimia	66	65	41	20	30%
Insatisfacción corporal	59	63.5	75	22	30%
Ineficacia	53	55	18	25	23%
Perfeccionismo	74	79	76	23	54%
Desconfianza interpersonal	59	64	19	25	33%
Conciencia introceptiva	55	54	16	27	28%
Miedo a la madurez	72	77	65	24	51%
Ascetismo	62	65	73	27	36%
Impulsividad	65	68	88	25	40%
Inseguridad social	59	57	33	23	25%

De acuerdo con la tabla anterior, se puede indicar que las escalas en donde hay indicios de trastornos alimenticios, por presentar porcentajes elevados son las de perfeccionismo, miedo a la madurez e impulsividad.

Observando los resultados en el anexo 4, se puede afirmar que los indicadores de los trastornos alimentarios se encuentran en un nivel con tendencia a alto, lo cual indica una preocupación debido a la corta edad que tienen.

3.4.3 Relación entre el nivel de estrés y los indicadores psicológicos de los trastornos alimenticios.

En conjunto con algunos autores que han afirmado la relación que se da entre los trastornos alimentarios y el estrés, se toma a Behar y Valdés (2009), cuyo objetivo de estudio era comparar la exposición a situaciones vitales estresantes, características psicológicas y conductuales en mujeres con y sin trastornos alimenticios, y correlacionar estrés y sintomatología alimentaria con las distintas variables. Los resultados obtenidos de tal acontecimiento fueron que las pacientes presentaron mayores niveles de estrés, principalmente por conflictos familiares y cambios de hábitos y perfeccionismo. En las estudiantes, el estrés se relacionaba con la sensación de inutilidad, temor a madurar, conciencia introceptiva e insatisfacción corporal.

En la investigación realizada en la Secundaria Don Vasco de la ciudad de Uruapan, Michoacán, se obtuvieron los resultados que a continuación se describen:

Entre el estrés y la escala de obsesión por la delgadez existe un coeficiente de correlación 0.19, según la prueba “r” de Pearson, lo cual indica una correlación positiva débil, de acuerdo con la clasificación expuesta por Hernández y cols. (2010).

Para conocer la influencia existente entre el nivel de estrés y la escala mencionada, se obtuvo la varianza de factores comunes, en la cual a través de un porcentaje se expone el nivel en que las variables presentan correlación. Para obtener el valor de la varianza se realiza un procedimiento en el cual se eleva al cuadrado el coeficiente de correlación obtenido mediante la “r” de Pearson (Hernández y cols.; 2010).

El resultado obtenido de la varianza de factores fue de 0.04, lo cual afirma que entre el nivel de estrés y la escala de obsesión por la delgadez hay una relación de 4%. Hernández y cols. (2010) mencionan que el porcentaje de relación, para considerarse significativo, debe ser al menos de 10%, puede decirse entonces que no existe correlación significativa entre dichas variables.

Por otra parte, entre el nivel de estrés y la escala de bulimia, existe un coeficiente de correlación de 0.32, esto según la prueba “r” de Pearson, lo cual expresa que entre el estrés y esta escala existe una correlación positiva débil. En cuanto a la varianza de factores comunes que fue de 0.01, con ello se puede inferir que entre el estrés y la escala antes mencionada hay una relación del 10%, lo cual denota que hay una relación significativa entre ambas variables.

En lo que respecta al nivel de estrés y la escala de insatisfacción corporal, se obtuvo un coeficiente de correlación de 0.30, lo cual expresa que entre ambas variables existe una correlación positiva media. En lo correspondiente a la varianza de factores comunes, se obtuvo un resultado de 0.09, dando a entender que la relación entre estrés y la escala de insatisfacción corporal tienen una relación del 9%, de manera que no existe una relación significativa entre ambas variables.

En relación con el nivel de estrés y la escala de ineficacia, se encontró un coeficiente de correlación de 0.26, esto indica que entre estas variables existe una correlación positiva media. En la varianza de factores comunes se obtuvo un resultado de 0.07: o sea, una relación existente entre ambas variables del 7%, con esto se indica que no existe una correlación significativa entre dichas variables.

En el caso del nivel de estrés y la escala de perfeccionismo, se obtuvo un coeficiente de correlación de 0.16, lo cual permite aseverar que existe una correlación positiva débil entre estas variables. Dentro de la varianza de factores comunes se encontró con un 0.03, que se traduce como una relación del 3% entre el nivel de estrés y la escala de perfeccionismo, lo cual da a entender que no existe una correlación significativa entre tales variables.

En lo que concierne al nivel de estrés y la escala llamada desconfianza interpersonal, el valor encontrado del coeficiente de correlación fue de 0.28, lo cual determina una correlación positiva débil entre estas variables; en lo que respecta a la varianza de factores comunes se obtuvo un valor de 0.08, hablado en porcentaje, se

expresaría como un 8% de relación entre las variables antes mencionadas, por lo que no existe correlación significativa entre ellas.

Entre el nivel de estrés y la escala de conciencia introceptiva hubo un coeficiente de correlación de 0.39, lo cual se entiende como una correlación positiva media; dentro de la varianza de factores comunes se encontró un valor de 0.15, lo cual se entiende como un 15% de relación entre ambas variables, lo que da como resultado una correlación significativa entre ambas variables.

En lo referido al nivel de estrés y la escala de miedo a la madurez, se halló un coeficiente de correlación de 0.00, lo cual define la relación entre ambas variables como nula o inexistente; el valor obtenido de la varianza de factores comunes fue de 0.00, esto arroja como resultado una relación entre variables del 0%, que indica correlación ausente.

Entre el nivel de estrés y la escala de ascetismo se encontró un coeficiente de correlación de 0.29, esto establece una correlación positiva media entre estas variables. El resultado obtenido de la varianza de factores comunes fue de 0.08, esto señala 8.4% de relación entre ambas variables, que indica que no hay correlación significativa.

Entre el nivel de estrés y la escala de impulsividad, el valor del coeficiente de correlación de 0.25, esto se interpreta como una correlación positiva débil; en lo que respecta a la varianza de factores comunes, fue de 0.06, dicho índice denota una

relación del 6% entre ambas variables, esto significa que no guardan una correlación significativa.

Finalmente, entre el nivel de estrés y la escala de inseguridad social, el coeficiente de correlación fue de 0.16, esto señala una correlación positiva débil; mientras tanto, la varianza de factores comunes encontrada fue de 0.03, esto corrobora un nivel de correlación de 3%, de modo que no hay correlación significativa entre dichas variables.

Los resultados que se obtuvieron en lo referente a los niveles de correlación entre las escalas se pueden observar gráficamente en el anexo 5.

En relación con lo anterior, se puede determinar que el nivel de estrés se relaciona estadísticamente de manera significativa con las escalas de bulimia y conciencia introceptiva.

Por otra parte, en las escalas de obsesión por la delgadez, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad e inseguridad social, no se encontró una correlación significativa.

En función de los resultados presentados, se puede aceptar la hipótesis de trabajo que señala lo siguiente: existe relación significativa entre el estrés y los

factores psicológicos de los trastornos alimenticios de los alumnos de la Secundaria Don Vasco, de Uruapan, Michoacán, ya que existe correlación entre el estrés y las escalas de bulimia y conciencia introceptiva.

Por otra parte se confirma la hipótesis nula que enuncia lo siguiente: no existe relación significativa entre el estrés y los factores psicológicos de los trastornos alimenticios de los alumnos de la Secundaria Don Vasco, de Uruapan, Michoacán, para las escalas de obsesión por la delgadez, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad e inseguridad social.

Una vez establecida la parte metodológica de la presente investigación, se presentan las conclusiones pertinentes en función de los objetivos inicialmente planteados.

CONCLUSIONES

Dentro de la presente investigación, se pudo corroborar la hipótesis nula, en relación con el estrés y las escalas de obsesión por la delgadez, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad e inseguridad social.

En otra parte, se corrobora la hipótesis de trabajo, ya que existe relación del estrés con las escalas de bulimia y conciencia introceptiva.

De la misma manera, cada uno de los objetivos planteados en la investigación se cubrió satisfactoriamente de la siguiente manera:

Respecto a los objetivos 1, 2 y 3, establecidos dentro de esta indagación, se puede mencionar que fueron cumplidos adecuadamente, ya que dentro del capítulo 1 se dio un concepto claro que explica el estrés, se precisaron los indicadores psicológicos y se identificaron los principales enfoques teóricos del estrés.

En relación con los objetivos de investigación 4, 5 y 6, que estaban enfocados a la variable de los trastornos alimenticios, puede afirmarse que fueron totalmente cubiertos dentro del sustento teórico expuesto en el capítulo 2, en el cual se observan claramente análisis de las principales características, conceptos y teorías acerca de esta variable.

Por último, en lo que respecta a los objetivos 7 y 8 de la investigación presente, los cuales se enfocan a la parte metodológica de la misma, se puede asegurar que fueron cubiertos al 100%, ya que como se explica detalladamente en el capítulo 3, a través de la selección de una muestra, la aplicación de instrumentos de evaluación y el análisis de los resultados, pudieron hallarse resultados que permitieron conocer y valorar el nivel de estrés que presentan los alumnos de la Secundaria Don Vasco de la ciudad de Uruapan, Michoacán.

Una vez cumplidos los objetivos particulares de la investigación, puede establecerse que el objetivo general de la misma, también queda claramente cumplido debido a que a través de la exposición teórica de las variables y el proceso de selección y evaluación de la muestra, pudo finalmente establecerse que sí existe la relación entre ambas variables.

Finalmente, una vez cumplidos los objetivos y respondidas las hipótesis de investigación, se procede a dar paso a las siguientes conclusiones:

Esta investigación dio inicio a una serie de teorías, acerca de cada variable, a través de diversos enfoques y aplicación de pruebas y análisis de una población, lo cual dio como resultado un nuevo conocimiento sobre una población en particular que permite a la psicología conocer un nuevo foco de atención.

Dentro de los resultados encontrados se logró reconocer una tendencia dentro de la población, donde la mayoría de los datos obtenidos de la aplicación de las

pruebas, tanto estrés como trastornos alimenticios, muestran medias aritméticas que se elevan un poco más allá del percentil cincuenta, lo que significa que los niveles de ambas variables se encuentran altos debido a distintos factores, por lo tanto, la población de estudiantes de tercer grado de la Secundaria Don vasco de la ciudad de Uruapan, Michoacán, está expuesta a ser afectada por los distintos elementos mencionados en las escalas y subescalas de las pruebas aplicadas.

Para finalizar, cabe mencionar que después de esta investigación permite el aporte de nuevas investigaciones que refieran a temas similares, así como continuar el seguimiento de la población trabajada para esta investigación.

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.

Cascio Pirri, Andrés; Guillén Gestoso, Carlos. (2010)
Psicología del trabajo.
Editorial Ariel. Barcelona.

Castillo S., María Dolores; León E., María Teresa. (2005)
Trastornos del comportamiento alimentario: anorexia y bulimia nerviosa.
Editorial Formación Alcalá, S.L. España.

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

Cungi, Charly. (2007)
Estrés bajo control.
Ediciones Larousse. México.

Elorza Pérez-Tejada, Aroldo. (2007)
Estadística para las ciencias sociales, del comportamiento y la salud.
Editorial Cengage Learning. México.

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

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

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

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

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

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

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.

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>

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

“Estrés y trastornos de la conducta alimentaria”.

Revista Chilena de Neuro-psiquiatría.

<http://www.scielo.cl/pdf/rchnp/v47n3/art02.pdf>

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

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

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

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

Hernández García, Mariamparo A. (2006)

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

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

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

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>

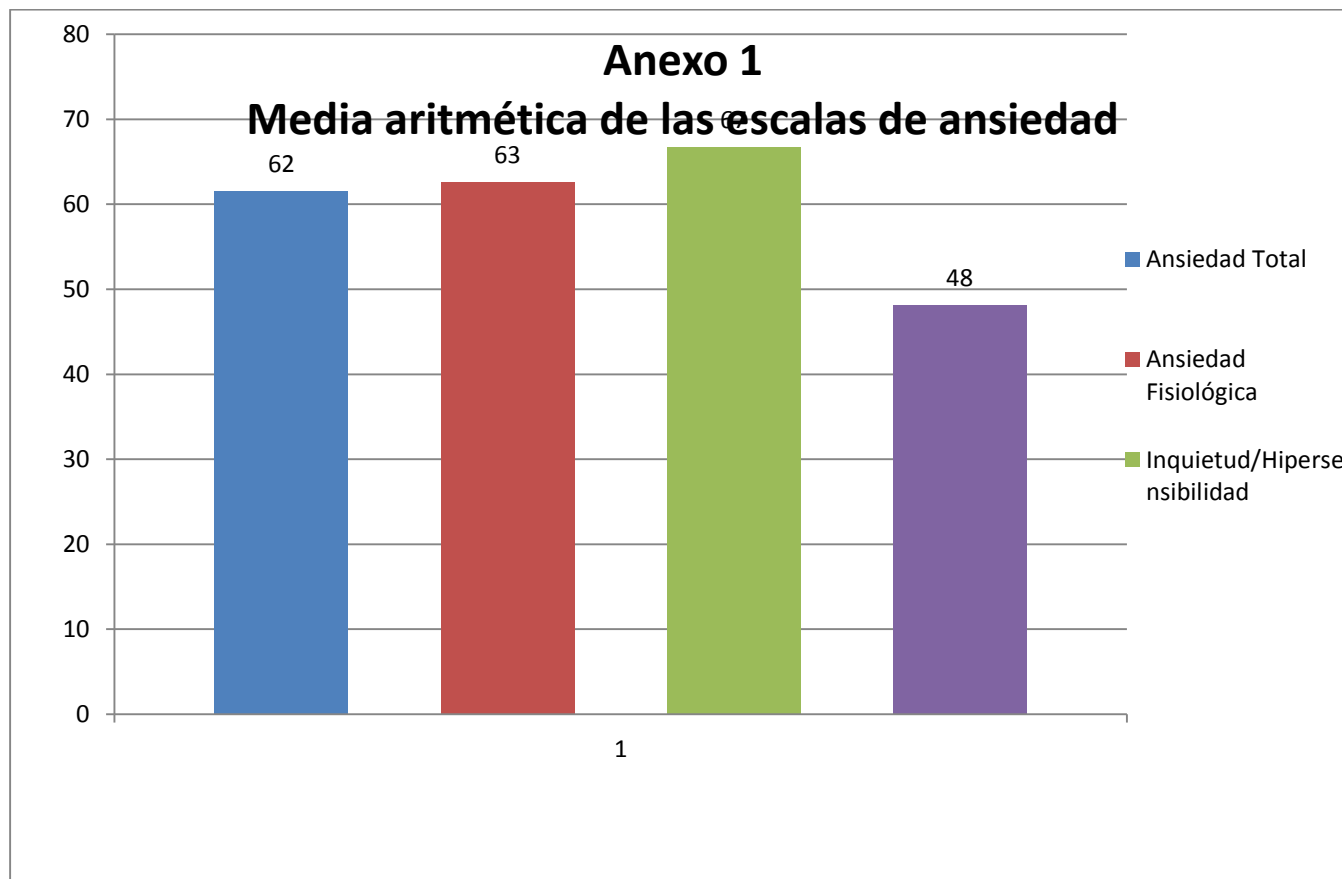
Ruiz Cervantes, Tanya Elizabeth; Vaquero Cázares, José Esteban; Vargas Ramírez, Alberto; Diez, Ma. del pilar. (2004)

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

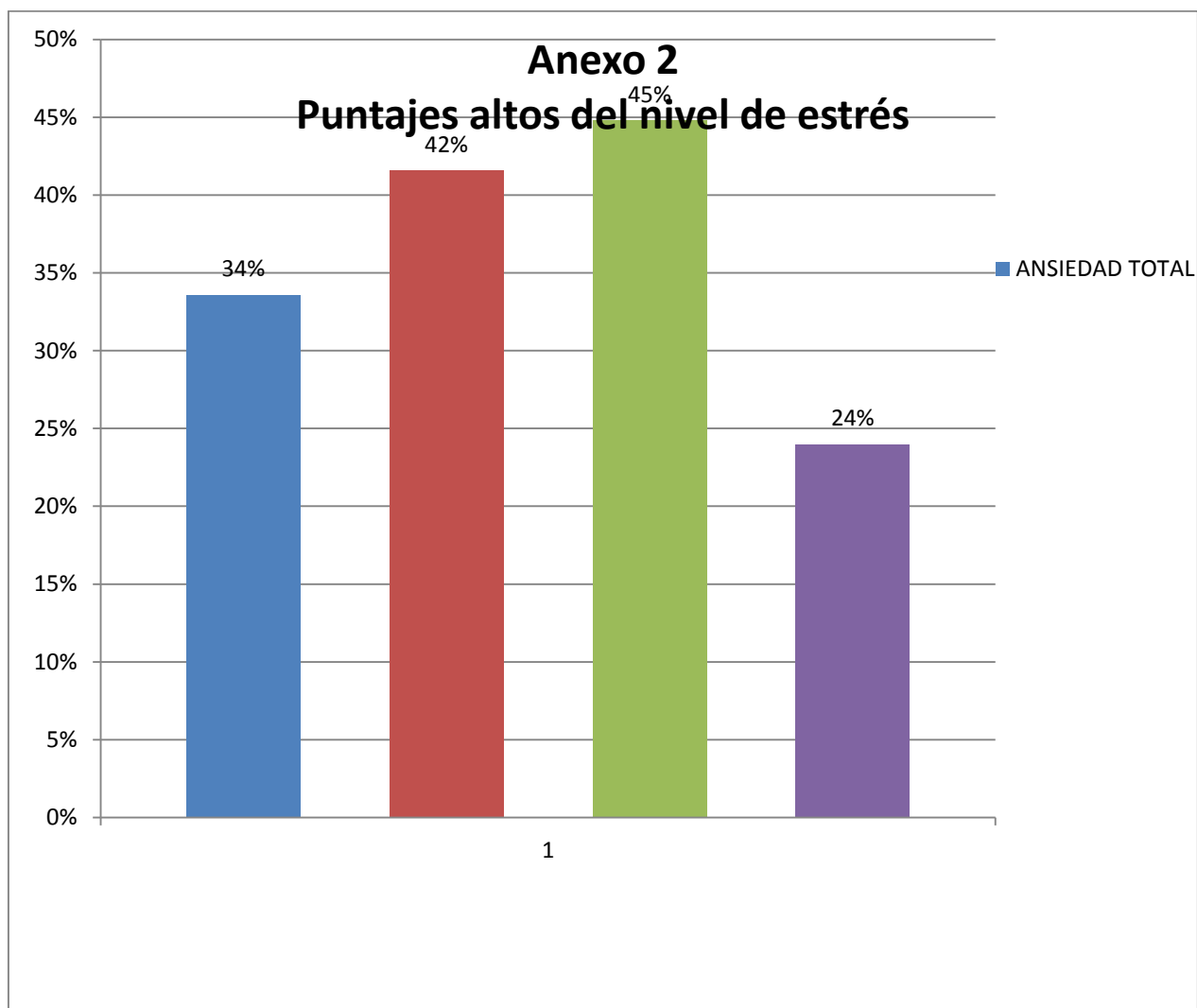
Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación (2004). Vol. 16 Núm. 1 Pp 12-17.

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

ANEXO 1



ANEXO 2



ANEXO 3

