



UNIVERSIDAD DON VASCO, A.C.

INCORPORACIÓN N° 8727-25 A LA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

*RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE ESTRÉS Y LOS TRASTORNOS
ALIMENTARIOS EN LOS ALUMNOS DEL CONALEP, PLANTEL
APATZINGÁN, MICHOACÁN*

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

Daniel Navarro Zaragoza

Asesor: Lic. Héctor Raúl Zalapa Ríos

Uruapan, Michoacán. A 17 de Mayo de 2016.



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	3
Objetivos	4
Hipótesis	5
Operacionalización de las variables	6
Justificación	7
Marco de referencia	8

Capítulo 1. El estrés.

1.1. Antecedentes históricos del estrés	12
1.2. Tres enfoques teóricos del estrés	14
1.2.1. Estrés como estímulo	15
1.2.2. Estrés como respuesta	17
1.2.3. El estrés como interacción persona-entorno	17
1.3. Los estresores	19
1.3.1. Estresores psicosociales	19
1.3.2. Estresores biogénicos	21
1.3.3. Estresores en el ámbito académico	22
1.4. Procesos del pensamiento que propician el estrés	26
1.5. Los moduladores del estrés	27
1.5.1. El control percibido	28

1.5.2. El apoyo social	29
1.5.3. El tipo de personalidad: A/B	30
1.5.3.1. Personalidad tipo A y problemas cardíacos	33
1.6. Los efectos negativos del estrés	34

Capítulo 2. Trastornos alimentarios.

2.1. Antecedentes históricos de la alimentación	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 otras alteraciones psicológicas	44
2.2.5. Vómitos en otras alteraciones psicológicas	44
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	50
2.4. Perfil de la personalidad con trastornos de alimentación	52
2.5. Causas del trastorno alimentario	53
2.5.1. Factores predisponentes individuales	54
2.5.2. Factores predisponentes familiares	56
2.5.3. Factores socioculturales	58
2.6. Percepción del cuerpo en el trastorno alimentario	60
2.7. Factores que mantienen los trastornos alimentarios	63

2.8. Trastornos mentales asociados a los trastornos alimenticios	64
2.9. Tratamiento de los trastornos alimentarios	65

Capítulo 3. Metodología, análisis e interpretación de resultados.

3.1. Descripción metodológica	69
3.1.1. Enfoque cuantitativo	70
3.1.2. Investigación no experimental	71
3.1.3. Diseño transversal	72
3.1.4. Alcance correlacional	73
3.1.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	74
3.2. Población y muestra	76
3.2.1. Delimitación y descripción de la población	77
3.2.2. Proceso de selección de la muestra	77
3.3. Descripción del proceso de investigación	78
3.4. Análisis e interpretación de resultados	81
3.4.1. El nivel de estrés en los alumnos del CONALEP, plantel Apatzingán	81
3.4.2. Indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios	85
3.4.3. Relación entre el nivel de estrés y los trastornos alimentarios.	88
Conclusiones	94
Bibliografía	97
Mesografía	100
Anexos.	

INTRODUCCIÓN

En este trabajo se expone el análisis sobre la relación entre el nivel de estrés y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en los alumnos de una institución pública de nivel medio superior. Como primera tarea, se exponen enseguida los datos contextuales necesarios para la comprensión global de la temática.

Antecedentes

Como parte inicial de la investigación, en este apartado se indican las definiciones conceptuales de las variables a estudiar y se exponen las investigaciones previas que se han realizado sobre el estrés y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios.

Según Cano (referido en www.ucm.es), el estrés es considerado una respuesta básica del organismo a toda situación percibida no solamente como peligrosa, sino también en situaciones desgastantes, tensas y de mucha presión, más aún en el ámbito laboral. En la actualidad es un problema que influye sobremanera dentro del ámbito laboral, educativo y social, debido a esto, es indispensable conocer los factores que lo pueden producir. Por otra parte, respecto a los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios, se sabe que en los

últimos años han aumentado significativamente sus porcentajes de incidencia en los adolescentes, por ello la importancia de la investigación.

Según Palmero y cols. (2002: 424), el estrés es “un proceso psicológico que se origina ante una exigencia del organismo, frente a la cual este no tiene recursos para dar una respuesta adecuada, activando un mecanismo de emergencia consistente en una activación psicofisiológica que permite recoger más y mejor información, procesarla e interpretarla más rápida y eficientemente, y así permitir al organismo actuar de una manera adecuada a la demanda”.

Ahora bien, respecto a la segunda variable, se encontró que los trastornos alimentarios “son de hecho trastornos de conducta que se tienen en relación con la alimentación y que se conocen también como desordenes o trastornos del comer, de la ingesta, alimenticios, de la conducta alimentaria,” (Zagalaz y cols.; 2002).

Otro concepto de los trastornos alimentarios, según Jarne y Talarn (2000), los entiende como alteraciones que se presentan en la forma de alimentarse de las personas, entre ellas se incluyen la anorexia nerviosa y la bulimia.

Existe una investigación previa, Zagalaz y cols. (2002) señalan que “los estudios realizados en Gran Bretaña, Estados Unidos, Suecia y Australia demostraron que el 80% de las adolescentes estaban preocupadas por su imagen corporal, considerándose obesas más del 50%, cuando las medidas antropométricas

revelaron que solo lo eran el 25%, según las tablas normalizadas de peso, altura y edad utilizadas”

Cabe señalar que en la Universidad Don Vasco, A.C. se realizó una investigación de tipo cuantitativo en la que Andrade (2012) midió la relación entre los niveles de estrés y los trastornos alimentarios en alumnos de preparatoria de Uruapan, Michoacán. El resultado fue que no existe relación entre la presencia de estrés y la aparición de trastornos alimentarios en los jóvenes del nivel de preparatoria del Instituto Juan de San Miguel, en el ciclo 2011-2012, por lo tanto, se aceptó la hipótesis nula.

De manera similar, Amezcua (2012) realizó otra investigación de tipo cuantitativo sobre la relación de estrés y los factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios en el CETis 27, de Uruapan, Michoacán. El resultado final fue que se encontró una relación positiva entre el estrés y las escalas de conciencia introceptiva, ascetismo y miedo a la madurez.

Planteamiento del problema

A partir de que las cifras porcentuales han tenido un incremento considerable en cuanto a la problemática del estrés y los trastornos alimentarios, se ha examinado y llevado un seguimiento de una forma muy atenta y adecuada, gracias a esto se ha detectado e intervenido para disminuir dichos fenómenos psicológicos. Por último, es de vital importancia detectar y atender a temprana edad esa problemática.

En las últimas décadas han sido estudiados con mucho interés estos trastornos debido a los cambios sociales, tecnológicos y económicos que han llevado a las personas a hacer de su trabajo una actividad indispensable para sobrevivir; además, el ámbito educativo, en sí mismo, ha cambiado drásticamente también, con lo que se favorecen niveles altos de estrés y padecimientos posiblemente asociados a este.

De acuerdo con lo anterior, se plantea la siguiente pregunta:

¿Existe correlación significativa entre los niveles de estrés y los indicadores psicológicos de trastornos alimentarios en los estudiantes del CONALEP, plantel Apatzingán, Michoacán?

Objetivos

Los lineamientos que se plantean en el presente apartado, condujeron los esfuerzos y optimizaron los recursos disponibles para el presente trabajo.

Objetivo general

Determinar la relación que existe entre el nivel de estrés y el grado en que se presentan los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en los estudiantes del CONALEP, plantel Apatzingán, Michoacán.

Objetivos particulares

1. Definir el concepto de estrés.
2. Establecer las causas del estrés.
3. Identificar las consecuencias del estrés.
4. Analizar los principales enfoques teóricos que abordan el fenómeno del estrés.
5. Cuantificar el nivel de estrés de los estudiantes del CONALEP, plantel Apatzingán.
6. Establecer las causas que propician los trastornos alimentarios.
7. Identificar las consecuencias psicológicas de los trastornos alimentarios.
8. Determinar los principales trastornos alimentarios.
9. Cuantificar los principales indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en los estudiantes del CONALEP, plantel Apatzingán.

Hipótesis

Las siguientes explicaciones tentativas sobre la realidad estudiada se propusieron a partir de la información bibliográfica disponible

Hipótesis de trabajo

Existe una relación significativa entre el nivel de estrés y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en los alumnos del CONALEP, plantel Apatzingán, Michoacán.

Hipótesis nula

No existe relación significativa entre el nivel de estrés y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en los alumnos del CONALEP, plantel Apatzingán, Michoacán.

Operacionalización de las variables

Dentro de la presente investigación la medición de las variables se logró con la aplicación de tests psicométricos estandarizados.

La variable estrés se midió con el test psicométrico llamado CMAS-R, el cual fue creada por Reynolds y Richmond (1997). El instrumento es una prueba para niños y adolescentes hasta los 19 años.

Además de brindar la puntuación de ansiedad total ofrece cuatro puntuaciones de subescalas, las cuales se determinan:

- a) Ansiedad fisiológica.
- b) Inquietud-hipersensibilidad.
- c) Preocupaciones sociales-concentración.
- d) Mentira.

Por otra parte, los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios se entienden como el resultado obtenido mediante la administración del test psicométrico denominado Escala de Trastornos Alimentarios (EDI 2) del autor David M. Garner (1998). Dicho instrumento está conformado por once escalas que representan los principales síntomas que normalmente acompañan a la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa.

Justificación

La presente investigación beneficiará directamente a los estudiantes del CONALEP, plantel Apatzingán, Michoacán, principalmente para ayudar a dar información adecuada sobre las variables analizadas y así poder prevenir ciertas situaciones problemáticas que se pueden presentar en un futuro, ya que estos conflictos se manifiestan de manera recurrente en el sector educativo.

De igual manera, la institución será beneficiada, para que las autoridades se den cuenta de la gravedad que existe cuando hay estudiantes que padecen estos trastornos y ante esto, se podrán tomar las medidas necesarias.

Para la Universidad Don Vasco, A.C. de la ciudad de Uruapan, Michoacán, servirá de gran apoyo para investigaciones posteriores que realicen los alumnos o docentes de la institución o de otras escuelas o personas que lo requieran. De igual modo, será útil para los alumnos de la carrera de Psicología, ya que contiene información relevante sobre el estrés y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios.

Al campo de la psicología, se espera presentar las evidencias de la investigación y la comprensión del fenómeno, asimismo, que se fortalezcan las teorías analizadas y enriquezcan investigaciones pasadas.

Por último, la investigación se relaciona directamente con el campo de acción del psicólogo, porque los instrumentos utilizados en la investigación son de uso exclusivo de dichos profesionistas.

Marco de referencia

El CONALEP fue creado por decreto presidencial en 1978 como un Organismo Público Descentralizado del Gobierno Federal, con personalidad jurídica y patrimonio propio. Su objetivo principal se orientó a la formación de profesionales técnicos, egresados de secundaria. En 1993 el decreto se reforma para abrir las expectativas en materia de capacitación laboral, vinculación intersectorial, apoyo comunitario y asesoría y asistencia tecnológicas a las empresas. En 1994 de

acuerdo con las necesidades del país, el Colegio adopta el esquema de Educación Basada en Normas de Competencia (EBNC), iniciando la reforma de su modelo educativo en congruencia con dicho enfoque.

En 1998, como producto de su experiencia en el desarrollo de programas de capacitación bajo el esquema de EBNC, emprende un proyecto para la acreditación de planteles como Centros de Evaluación de Competencias Laborales con propósito de impulsar la evaluación de competencias adquiridas a lo largo de la vida, con el referente en Normas Técnicas de Competencia Laboral (NTCL). En el 2003, se llevó a cabo una nueva Reforma Académica, con la cual se innova y consolida la metodología de la Educación y Capacitación Basada en Competencias Contextualizadas (ECBCC). En 2008, se lleva a cabo la reorientación del Modelo Educativo, como respuesta a la demanda de una formación de recursos humanos altamente calificados y reconocidos en el sector productivo, con una sólida formación ocupacional y académica para la competitividad, respaldada en valores cívicos y de sustentabilidad ambiental, que coadyuven al desarrollo del país.

Con la modificación al Decreto de Creación realizada en 2011, se incorpora la formación de profesionales técnico bachiller. Actualmente es una institución federalizada, constituida por una unidad central que norma y coordina al sistema; 30 Colegios Estatales; una Unidad de Operación Desconcentrada en el DF y la Representación del Estado de Oaxaca. Esta estructura hace posible la operación de los servicios en 307 planteles, los cuales se encuentran en las principales ciudades y

zonas industriales del país y ocho Centros de Asistencia y Servicios Tecnológicos (CAST).

Su misión es Formar Profesionales Técnicos a través de un Modelo Académico para la Calidad y Competitividad en un sistema de formación que proporciona a sus egresados la capacidad de trabajar en el sector productivo nacional o internacional, mediante la comprobación de sus competencias, contribuyendo al desarrollo humano sustentable y al fortalecimiento de la sociedad del conocimiento.

Asimismo, dentro de la visión se afirma que “somos la institución de formación técnica del Sistema de Educación Media Superior de la nación que mejor responde a las necesidades de los sectores productivos del país, con estándares de clase mundial”.

El plantel se encuentra ubicado en Lic. Francisco Primo de verdad s/n, Col. Miguel Hidalgo, C.P. 60670, en Apatzingán, Michoacán En cuanto su infraestructura cuenta con 22 aulas, 4 talleres, 7 laboratorios (3 de informática, microbiología, multidisciplinario, redes y multidisciplinario de informática), 3 canchas deportivas, 5 sanitarios en oficinas administrativas, una biblioteca, un auditorio, 2 aulas modelo de acuerdo con las especificaciones de la reforma académica, 8 oficinas administrativas y 2 cafeterías.

Asimismo, incluye servicios de dos subestaciones eléctricas, drenaje, agua, alumbrado, vigilancia, transporte público, recolección de basura y dos puntos de acceso a Internet de banda ancha para uso educativo.

Se cuenta con un total de 114 computadoras, de las cuales 20 son para uso administrativo y 94 para uso educativo. El área total del plantel es de 17 950 m² y los horarios de servicio son de 7:00 a 17:00 horas.

CAPÍTULO 1

EL ESTRÉS

En el presente capítulo se exponen las particularidades teóricas del estrés como variable de estudio, lo cual incluye antecedentes históricos, perspectivas de estudio, clasificación, causas y consecuencias de este fenómeno. Todos estos elementos se desarrollan enseguida.

1.1. Antecedentes históricos del estrés

En este presente apartado se abordarán algunas definiciones de años anteriores sobre el estrés, en las cuales se podrá analizar qué tanto tienen en común y en que difieren, según el autor.

En una primera definición “la palabra estrés proviene del latín *stringere*, que significa presionar, comprimir, oprimir.” (Sánchez; 2007: 15). Dicho término se empezó a utilizar en la física y la metalurgia para entenderse como la fuerza que se aplica a un objeto y mediante el cual es posible deformarlo o romperlo.

Por otra parte, Lazarus y Lazarus (2000) señalan que en el siglo XVII se realizó el primer aporte a la variable en cuestión, cuando Robert Hooke intentó ayudar a los ingenieros a diseñar estructuras hechas por el hombre; influyó bastante en la manera de definir la tensión fisiología, psicología y sociología. El estrés se

convirtió en el término para definir una exigencia del entorno sobre un sistema biológico, social y psicológico, que sería análoga a la carga que un puente podría soportar.

En otra definición, de acuerdo con Sánchez (2007), después de varios años Bernad pudo demostrar que la naturaleza provee genéticamente a los seres vivos de mecanismos para enfrentar las contingencias de los ambientes externos. Este mismo autor descubrió que cualquier ambiente externo puede perturbar al organismo y que los seres vivos tienen la capacidad de mantener una estabilidad interna aunque se modifiquen las condiciones externas. Todo esto al final lo llevó a estudiar también las consecuencias de la alteración del equilibrio en el organismo al someterlo a presiones externas; esto años después, Seyle lo definiría como estrés.

Retomando a Bernard, sus principios fueron ampliados a la Primera Guerra Mundial por el fisiólogo Walter Bradford Cannon, quien bautizó el estado dinámico con el término homeostasis y demostró que el cuerpo se adapta para enfrentarse a peligros externos importantes. Se implementó la definición de homeostasis para designar el proceso fisiológico que mantiene constante el medio interno mediante numerosos mecanismos fisiológicos. Años más tarde, Cannon introdujo que los eventos inesperados que provocan emociones pueden desencadenar una respuesta, que puede ser de enfrentar o darse a la fuga de la situación, lo cual identifica la relación de lo biológico y lo psicológico (Sánchez; 2007).

Sánchez (2007) cita a Seyle, cuyas investigaciones le permitieron encontrar una reacción inespecífica frente a cualquier impacto ejercido por una amplia gama de estímulos heterogéneos, estos provocan variaciones de tipo endócrino, a esto se le llamó como Síndrome general de adaptación; más tarde la Organización Mundial de Salud definió al estrés como la respuesta no específica del organismo ante cualquier demanda del exterior, mientras que al estímulo causante lo llamó estresor.

Por otra parte, durante la Segunda Guerra Mundial surgió un gran interés por el estrés de los soldados, ya que muchas veces se desmoronaban emocionalmente en un combate militar. En dicha guerra las autoridades militares se preocupaban por el estrés en sus hombres, el cual provocaba que estos se escondieran del enemigo o no dispararan sus propias armas. Después de la guerra, fue evidente que el estrés también es aplicable en muchas situaciones de la vida cotidiana como el matrimonio, un examen o el crecimiento. Así, el interés por el estrés prosperó durante décadas y aún sigue siendo importante. En conclusión, se determina que se necesita cierto estrés para movilizar los esfuerzos para enfrentar problemas habituales. El estrés es una respuesta natural de las exigencias de la vida y no es del todo negativo, ya que muchas veces se hace hincapié en ese aspecto (Lazarus y Lazarus; 2000).

1.2. Tres enfoques teóricos del estrés

En el presente apartado se describen las tres perspectivas teóricas que se manejan sobre el estrés.

Travers y Cooper (1996) citan a Fisher para explicar los enfoques teóricos. Dentro del primero, que es el estrés como respuesta, los investigadores se han centrado en el estrés como reacción a ciertos estímulos, como podría ser una situación o ambiente molesto y la reacción ante esto puede ser fisiológica, psicológica y/o conductual. Por otra parte, dentro del estrés como estímulo, los investigadores se han centrado en el estrés como un fenómeno externo al individuo, sin tener en cuenta las percepciones individuales o las experiencias; el estrés es así un agente disruptivo en el ambiente. Y finalmente el estrés como un enfoque interactivo: aquí la importancia radica en que las personas perciben las situaciones que se les imponen y el modo en que reaccionan ante ellas, por lo tanto, refleja una falta de cohesión entre el individuo y su entorno, es un enfoque de tipo estímulo-respuesta

1.2.1. Estrés como estímulo

De acuerdo con Travers y Cooper (1996), las diversas características ambientales que causan conflicto influyen sobre la persona, lo cual provoca diversos cambios. El nivel de tensión dependerá del individuo y de la duración y fuerza de la presión. Mencionan también que la metodología que se emplea en este enfoque suele darse en la identificación de los estímulos potencialmente estresantes, como lo son: presiones ambientales, sociales, psicológicas, físicas, económicas y desastres naturales.

La forma que se considera este fenómeno va relacionada con la salud y enfermedad con algunas condiciones presentes en el entorno externo de la persona, tales como el ruido; sociales, como el racismo; de igual manera, las psicológicas, y aquí entra la depresión; físicas como alguna discapacidad; económicas con la pobreza y, por último, los desastres naturales, como son algunas inundaciones o terremotos (Holmes y Rahe, referidos por Travers y Cooper; 1996: 31).

Retomando a Travers y Cooper (1996), cada individuo tiene un nivel de tolerancia que es superable y que puede provocar daños permanentes o temporales. Cabe señalar que el hecho de que el individuo está expuesto siempre a infinidad de presiones y puede dominarlas con bastante efectividad, si bien con solo un suceso insignificante se puede desequilibrar la balanza entre una actitud de resolución y un completo hundimiento potencial.

Travers y Cooper (1996: 32), retomando a Seyle mencionan “que no podemos asumir que el término y el concepto de estrés sean automáticamente negativos, ya que podemos considerarlo un estimulante, y es un rasgo vital”. Dicho autor clasifica el estrés como positivo definiéndolo como eustrés, y el negativo como distrés; además del hiperestrés que es un exceso de estrés y un defecto de estrés como hipoestrés.

1.2.2. Estrés como respuesta

Travers y Cooper (1996: 29), retomando a Fisher, mencionan que “se puede deducir que una persona se ha visto expuesta a condiciones interesantes si manifiesta indicios de tensión”. Lo más importante dentro del presente modelo es la misma manifestación que presenta la persona, ya que es muy evidente cuando está bajo presión, esfuerzo o tensión; así que la respuesta ante el estrés puede ser de manera psicológica, fisiológica y conductual.

1.2.3. El estrés como interacción persona-entorno

Travers y Cooper (1996: 32), citan a Pearlin para sugerir que “el estrés no es un suceso, sino un proceso complejo, variado y desafiante a nivel intelectual”. Por lo tanto, se considera como una reacción de la persona en el entorno y que esta reacciona ante él; en otras palabras, el entorno no es estresante, sino que es la relación con él lo que puede dar lugar a una experiencia estresante. Tiene un lugar en el que la cantidad de estímulos estresantes son más que la capacidad que tiene la persona de resistirlos, por lo tanto, para poder controlar experiencias estresantes, se puede intentar alterar el ambiente o aprender la forma de reaccionar ante una situación concreta.

Lazarus y Lazarus (2000) mencionan que un acontecimiento se considera estresante para el individuo cuando lo interpreta de forma fenomenológica.

Por otro lado, Travers y Cooper (1996: 33) citan a Fisher para afirmar que “los estados o estructuras mentales determinan la presencia o ausencia del estrés”. Esto quiere decir que lo importante es la percepción que tiene cada individuo de un estímulo estresante y no tanto la existencia objetiva de este. Entonces el estrés se considera como un concepto dinámico y relacional, en el cual se produce una interrelación constante entre la persona y su entorno, que está mediada por los siguientes complejos de procesos cognitivos:

- 1) Valoración cognitiva: Percepciones subjetivas que consideran los individuos de la situación que conduce a la experiencia.
- 2) Experiencia: Se considera como un refuerzo a lo anterior, como pueden ser éxitos o fracasos pasados, es decir, qué tanto la persona esté familiarizada con la situación.
- 3) Exigencia: Va de la mano con la capacidad de la persona y dicha percepción es reforzada para sus necesidades, deseos y su nivel de estimulación inmediata.
- 4) Influencia interpersonal: La forma en que la persona percibe una fuente potencial de estrés depende en gran magnitud de la ausencia o presencia de otras personas.
- 5) Un estado de desequilibrio: Cuando sucede dicho estado entre la exigencia que se percibe y la capacidad percibida de superar esa demanda, entonces se generan estrategias las cuales toman en cuenta consecuencias pasadas de tales acciones.

1.3. Los estresores

El estrés se considera como un sinónimo de cambio, por lo tanto, cualquier situación que provoque un cambio en las rutinas de la vida es una causa de estrés, puede ser un cambio positivo o inadecuado. A esto se les llama estresores (Palmero y cols.; 2002: 424). De igual manera, también se le llama estresores a los cambios imaginarios, que se traducen en las preocupaciones.

1.3.1. Estresores psicosociales

Palmero y cols. (2002) citan a Lazarus para explicar que el estrés es una relación particular entre la persona y su entorno y que este último puede ser amenazante para el individuo y pone en peligro su bienestar. Según los estudios sobre el estrés centrados en sus desencadenantes, una persona va a responder ante una situación ya sea de forma positiva o negativa y estos cambios actúan como estresores. En función de la intensidad de los cambios que existen en la vida de la persona, dicho autor habla de tres tipos de acontecimientos estresantes:

- Cambios mayores o estresores únicos: Son cambios extremadamente drásticos y dramáticos en la vida de una persona, tales como, víctima de terrorismo o ser víctima de violencia. Una de las características de este tipo de estresor es que puede afectar a un gran número de personas aunque también se puede dar el caso de a una sola, pero el número de afectados no afecta en forma significativa al grado perturbador de tales acontecimientos.

- Los cambios menores o estresores múltiples. Corresponden a cambios significativos y de trascendencia vital en las personas, son circunstancias que pueden hallarse fuera de control del individuo, como el caso de la muerte de un familiar o amigo, una amenaza de la propia vida o la pérdida de un puesto de trabajo. Existe una serie de áreas en donde las personas tienen cambios de trascendencia vital, y por lo tanto, son altamente significativos:
 - La vida conyugal: el propio matrimonio, así como la vida extramatrimonial, la separación o la muerte de algunos de los miembros de la familia.
 - La paternidad: el ser padre o madre de familia y mantener la relación con los hijos o las enfermedades de ellos.
 - El ámbito laboral: se incluye tanto el trabajo, como la escuela y las tareas domésticas, como por ejemplo estar jubilado, estar en paro o tener problemas en la escuela.
 - Relaciones interpersonales: tener problemas con la interacción de amigos, vecinos, socios o hasta los propios familiares cercanos.
 - Las situaciones ambientales: tales como los cambios de residencia o la inmigración.
 - El ámbito económico: cuando no se administra de manera adecuada la situación económica, las finanzas pueden bajar considerablemente y generar un cambio de estatus económico.
 - Las cuestiones legales: el hecho de estar en un proceso penal, ya sea por algún pleito o por problemas familiares.

- El propio desarrollo biológico: en referencia al proceso evolutivo como es en la etapa de la pubertad, un cambio a un estado adulto o la menopausia.

- Por último, se tienen los estresores cotidianos, o microestresores: son alteraciones en las pequeñas rutinas cotidianas, pero de alta frecuencia, pueden irritar o perturbar en un momento dado, aunque son menos dramáticas que las de cambios mayores o menores. Se hace una referencia a dichos estresores como las responsabilidades domésticas, aspectos relacionados con la economía, trabajo, salud u hogar. Básicamente son clasificados en dos grupos
 - Las contrariedades: situaciones que causan molestias emocionales o demandas irritantes, como es el caso de sufrir un atasco de tráfico, perder algún objeto o mantener alguna discusión.
 - Las satisfacciones: experiencias emocionales positivas y le restan efectos a las contrariedades.

1.3.2. Estresores biogénicos

Palmero y cols. (2002: 431), citan a Everly al señalar que “los estresores son sucesos medioambientales reales o imaginarios que configuran las condiciones para elicitar la respuesta de estrés”. La mayoría de los estresores que enfrentan las personas son de manera psicosocial, sin embargo, no son los únicos estresores que existen, ya que también las personas están expuestas a otro tipo, que son los

biogénicos. Dichos estresores no utilizan los mecanismos de valoración cognitiva y actúan directamente en núcleos neurológicos y afectivos, e inician directamente la respuesta de activación de estrés sin el usual requisito del proceso cognitivo-afectivo.

Algunos ejemplos de dichos estresores son los siguientes:

- Cambios hormonales en el organismo, como son en la pubertad; dichas modificaciones hormonales son importantes causas de estrés, el cuerpo cambia de forma así como el tono de voz en hombres y sus órganos sexuales comienzan a funcionar. El síndrome premenstrual en las mujeres representan también una potencial causa de estrés en los días que anteceden a la aparición de la menstruación. Otro momento de causa de estrés es en el postparto, ya que los niveles de hormonas cambian dramáticamente.
- Ingestión de sustancias químicas tales como las anfetaminas, cafeína o la nicotina.
- Por último, el estrés alérgico, es una fuente de estrés que requiere de grandes cambios de energía por parte del sistema inmunológico para luchar con lo que el cuerpo considera peligroso.

1.3.3. Estresores en el ámbito académico

Hernández, Polo y Poza (citados por Barraza; 2003), explican que las personas en el ambiente académico sufren de estrés, y las causas más comunes en ellas provienen de la exposición de trabajos, y antes de presentar dicha exposición

los estudiantes presentan cierto grado de estrés. Del mismo modo, influyen la intervención dentro del salón de clases de los alumnos, tal como la participación en responder preguntas lanzadas por el profesor y los trabajos en equipo, otro momento importante en que los estudiantes presentan alto grado de estrés es antes de presentar algún examen.

Por otra parte, Barraza (2003) también explica sobre los estresores en el área académica, entre ellos se encuentran las interrupciones del trabajo, cuando el estudiante está en la elaboración de una tarea y un factor externo lo interrumpe de sus actividades como el ruido, se va la luz o hay llamadas telefónicas; el tiempo limitado para la realización de una tarea o trabajo, cuando dan poco tiempo para la elaboración de un examen; otro caso es el tener problemas con los profesores o con algunos de los compañeros de clase; esto produce cierta incomodidad en el alumno y por lo tanto, niveles importantes de estrés.

Retomando a Hernández, Polo Poza (citados por Barraza; 2003), mencionan que la masificación dentro de un aula escolar es un factor estresante, ya que no hay espacios para trabajar de una manera cómoda; el ruido es mucho mayor y los distractores están a cada instante; la sobrecarga académica es otro factor; al final de los semestres es común la carga de trabajos, además de estudiar para los exámenes, (es un periodo donde el estudiante debe dedicar más tiempo en su ámbito escolar). Y finalmente la competitividad entre los compañeros, por ejemplo, el saber que se quiere ganar en aprovechamiento escolar a los demás o que la

participación en clase sea más efectiva que la de los demás alumnos, esto puede ser igualmente un estresor académico.

En otro sentido, cuando el alumno ingresa al sector superior en sus estudios en otra causa de estrés; el iniciar y la permanencia a la universidad, donde se presentan algunas circunstancias que contribuyen a la aparición de dicho fenómeno en el estudiante. En primer lugar, cuando el alumno deja su casa paterna para emigrar y estudiar fuera de su pueblo o ciudad natal, o el estar viviendo sin la familia y hacerse cargo de todas las labores de la casa; el estudiante tiene que hacer viajes constantemente y recorrer muchos kilómetros para poder trasladarse de su casa a la universidad y a su lugar donde se encuentra su familia. El joven en esta época ya no depende en tanto de los padres, su responsabilidad ya es mayor y debe saber adaptarse a su nueva vida. Todos estos cambios que pasa el estudiante son factores estresantes (Barraza; 2003).

Por otra parte, el estrés académico se considera disfuncional cuando “se sostiene el estado de alerta por más tiempo del necesario para responder a las demandas, lo que deriva en múltiples síntomas” (Pérez, citado por Barraza; 2003; s/p). A la vez, esto produce dolores de cabeza, problemas gástricos, alteraciones en la piel como el acné, alteraciones del sueño, inquietud, dificultad para concentrarse, cambios en el humor, entre otros.

En la relación del estrés negativo con el rendimiento, este último se verá afectado debido a que se requiere de más tiempo para aprender, ya que el alumno

se bloquea la mente por el estrés y no hay una concentración adecuada para las labores escolares. Asimismo, pese a todo el esfuerzo que realiza el estudiante para aprender conocimientos, no serán de resultados positivos debido al estrés negativo (Barraza; 2003).

De acuerdo con Hernández y cols. (citados por Barraza; 2003) existen 12 tipos de respuestas de estrés académico:

1. La persona muestra cierta preocupación entre lo que pasa o pueda pasar.
2. Cuando el corazón late de manera muy rápida y la respiración es agitada.
3. Repetición de movimientos con alguna parte específica del cuerpo, torpeza de movimientos y quedarse paralizado.
4. Sentir miedo.
5. Molestias estomacales.
6. Fumar, beber y comer en exceso.
7. Pensamientos o sentimientos negativos.
8. Manos y piernas temblorosas.
9. Dificultades para expresarse verbalmente o a veces solo la reacción es con tartamudeos.
10. Inseguridad para realizar actividades o toma de decisiones.
11. Poca salivación, boca seca y dificultades para comer.
12. Sentir ganas de llorar.

1.4. Procesos del pensamiento que propician el estrés

Powell (1998: 93), cita a Ellis y dice que “solo es posible lograr un equilibrio emocional mediante el ajuste del pensamiento, puesto que nuestros pensamientos o ideas producen nuestras emociones”. Es posible tener armonía emocional y un ajuste en la conducta solo si se pone en duda el pensamiento irracional e irreal. Dicho autor enumera las principales causas del pensamiento ilógico, algunas están asociadas con el desarrollo de la ansiedad y otras en producir una hostilidad.

La primera idea irreal habla de obtener la aprobación de todas las personas y de obtener el amor especialmente en las personas de la comunidad: mientras más se esfuerce la persona en alcanzar objetivos que no son alcanzables, al no lograr cumplir sus objetivos la persona reacciona de una manera frustrante y con mucha ansiedad. Por otro lado nadie podrá jamás obtener amor y aprobación universales.

Siguiendo con el mismo autor (Powell; 1998), otra idea irracional es cuando la persona quiere ser perfectamente competente y exitosa en todo logro: esta distorsión claramente se ve con un objetivo imposible de alcanzar, solo puede orillarla a un excesivo esfuerzo y un temor constante al fracaso. De igual manera, otra de las distorsiones es cuando las experiencias pasadas y los eventos en la vida han determinado el comportamiento presente de la persona, las personas racionales conocen la importancia del pasado y de sus influencias, pero también es importante que la persona se analice por medio de la reevaluación de las percepciones de su vida.

Siguiendo con las distorsiones otra de ellas es cuando la persona cree que existe solo una solución para cada uno de sus problemas; si la persona no logra encontrar esa solución se considera como algo devastador. Obviamente esto es mentira, fracasar en el intento de la resolución de un problema no es catastrófico como se menciona, se puede crecer y aprender durante el fracaso. Una persona racional sabe que existen más alternativas para salir adelante del problema, también es de considerarse que algunos problemas no tienen solución y hay que aceptar a vivir ante ello. Uno debería preocuparse mucho por los problemas de los demás, es otra de las distorsiones, es una impaciencia de modo excesiva por hacer propios los problemas de los demás, las personas racionales hacen un juicio de la situación y tratan de hacer lo mejor solo para ayudar a lo que lo necesitan.

Estas categorías son un equivalente a actitudes irracionales que causan problemas a las personas (Ellis, citado por Powell; 1998).

1.5. Los moduladores del estrés

“El individuo hace uso de sus recursos personales y sociales para afrontar el estrés y las emociones” (Palmero y cols.; 2002:527). Es un afrontamiento en donde el individuo utiliza estrategias que dependen de la situación. Existen factores llamados moduladores que predicen y determinan el proceso del estrés y sus consecuencias en cuanto a la salud, dichos moduladores son de carácter social y personal, este último incluye las creencias, la experiencia y los rasgos de

personalidad. Estos moduladores existen aunque la persona no esté sometida a una situación estresante, pero suelen destacar cuando la persona si pasa por un momento estresante y por lo regular, siempre lo afecta.

Como efecto de lo anterior Vingerhoets y Marsellissen (citados por Palmero y cols.; 2002) destacan los principales moduladores de la respuesta al estrés como factores situacionales, de personalidad y socio-culturales. Algunos de estos son de carácter social, tal como el apoyo y las pautas culturales que predisponen el estrés, mientras que otros son de carácter personal.

1.5.1. El control percibido

“El impacto de las fuentes de estrés sobre el organismo depende al menos de la magnitud de la propia fuente y del control que se pueda ejercer sobre este” (Palmero y cols.; 2002: 528).

Se realizaron trabajos sobre efectos fisiológicos en el afrontamiento de tipo pasivo y activo y se destacaron algunos, en los cuales se demuestra que los efectos cognoscitivos, motivacionales y emocionales negativos son por la falta de control de la persona (Seligman, referido por Palmero y cols.; 2002).

Además de ello se realizó un estudio del efecto de la percepción de control sobre los niveles de cortisol, se menciona que cuando la persona tiene altos niveles de cortisol incrementa su actividad, en dicho estudio se realizó a los soldados

durante la guerra, y demostraron que el entrenamiento recibido les permitió tener más estrategias de afrontamiento y altos niveles de percepción de control ante la situación (Martínez- Sánchez, retomado por Palmero y cols.; 2002).

1.5.2. El apoyo social

Se ha considerado como “las provisiones instrumentales o expresivas, reales o percibidas, aportadas por la comunidad, las redes sociales y los amigos íntimos” (Cascio y Guillén; 2010: 189). Existen dos hipótesis que no son mutuamente excluyentes: la primera es la hipótesis del afecto indirecto o protector, menciona que las personas están expuestas a estresores sociales y que estos tienen efectos negativos entre los individuos cuando los niveles de apoyo social son bajos. No obstante, según dicha hipótesis, cuando no existen estresores sociales, el apoyo social no influye sobre el bienestar de las personas. Según esto, los recursos aportados por otros individuos pueden reducir la amenaza de la presencia de los estresores y así evitar la amenaza del estrés.

Por otra parte, la hipótesis del efecto directo o principal menciona que el apoyo social fomenta la salud y el bienestar de los individuos, por lo tanto, a mayor nivel de apoyo social menores son los malestares psicológicos, y a menor grado de apoyo social, mayor es la probabilidad de incidencia de trastornos (Cascio y Guillén; 2010: 190).

Por otra parte, Palmero y cols. (2002), mencionan que el apoyo social son los recursos que aportan los otros hacia el individuo, y de modo general se entiende que un bajo nivel de apoyo social está relacionado con un incremento de vulnerabilidad de enfermedades físicas y mentales. El apoyo social está relacionado con la salud en reducir el impacto negativo de los sucesos y otros agentes estresores mediante diferentes vías, una de ellas reduciendo el impacto del estresor, otra es ayudando al individuo a afrontar la situación estresora; por último, aminorar la experiencia de estrés cuando se haya producido. Por otra parte, la integración de las personas en las redes sociales tiene sus beneficios tanto en la expresión del afecto, percepción de control y la autoestima, todo esto ayuda definitivamente en mejorar la salud física y mental.

Por otra parte, Spiegel y cols. (citados por Palmero y cols.; 2002) mencionan que el apoyo social en los últimos años se ha incrementado la supervivencia de pacientes con cáncer de mama, a la vez estos resultados se han matizado recientemente y así incrementa la calidad de vida significativamente de las personas.

1.5.3. El tipo de personalidad: A/B

Travers y Cooper (1997) citan a Friedman y Rosenman, quienes mencionan que los conceptos de personalidad tipo A y B se tratan de un conjunto de actitudes, reacciones emocionales y modelos de conducta que tienen que ver con los pacientes con enfermedades debidas al estrés.

La personalidad de tipo A no se considera como un rasgo, sino más bien un conjunto de comportamientos abiertos que el individuo debe enfrentar ante una situación (Travers y Cooper; 1997: 91).

Retomando a Friedman y Rosenman (citados por Travers y Cooper; 1997), mencionan que las reacciones de los pacientes que tienen conductas de tipo A son un complejo de acción-emoción, y este patrón de conductas implica hostilidad, competitividad, agresividad, y un sentido de la urgencia. También estas personas tienen características más evidentes como andar de prisa, tienen un lenguaje muy acelerado, movimientos rápidos, inquietos, por lo general muy impacientes. Por ello, las personas con conductas tipo A tratan de cumplir sus objetivos de manera muy rápida.

Hay una lista basada en Watts y Cooper (retomados por Travers y Cooper; 1997) sobre cómo identificar a una persona con una personalidad tipo A:

- Manifiestan impaciencia y les es difícil no hablar de manera rápida frente a los demás.
- Suelen decir las últimas palabras de cada frase de manera rápida, comparándolas con las primeras de dichas frases.
- Intentan realizar casi todo de manera muy rápida: comer, moverse y caminar.
- Procuran realizar dos o más tareas a la vez, tales como pensar en un tema distinto y al mismo tiempo escuchar a otra persona.

- Se les reconoce de una forma muy característica por sus gestos nerviosos, por lo regular tienen los puños cerrados, y dan golpes en la mesa para enfatizar lo que están diciendo.
- Giran las conversaciones en torno a ellos, si esta estrategia no les resulta, entonces hacen como que escuchan a los demás.
- Por lo regular, se sienten ligeramente culpables cuando intentan relajarse.
- No se perciben de las situaciones más interesantes o hermosas que se han centrado durante el día.
- Intentan organizar cada vez más actividades en menos tiempo, siempre traen un sentido de urgencia.
- Son desafiantes con otras personas del mismo tipo de personalidad.

Por otra parte, el estrés y la conducta tipo A suelen mencionarse como sinónimos, a la vez que una persona de personalidad tipo A experimenta grandes cantidades de estrés, su contraparte, las de personalidad tipo B, rara vez se alteran o experimentan cierto grado de estrés. Ambos aspectos son incorrectos, por la suposición de que los del tipo B se caracterizan por ser calmados y de fácil dominio. Estos pueden tener metas y alcanzarlas, como los del tipo A, la diferencia de ambos radica en que la persona de tipo B busca la satisfacción de estas necesidades sin estragos psicológicos y físicos en ellos, a los que sí se encuentran expuestos los de tipo A (Ivancevich y Matteson; 1985: 203).

1.5.3.1. Personalidad tipo A y problemas cardiacos

Ivancevich y Matteson (1985) mencionan un estudio que se realizó por Rosenman y cols., en donde a principio de la década de los setenta evaluaron a más de tres mil empleados de varias compañías, en busca de presencia de conducta tipo A, asimismo, los diagnósticos fueron elaborados por cardiólogos ajenos al estudio y no tenían conocimiento sobre los patrones de conducta ni otros factores de riesgo. Los empleados que participaron en dicha investigación estaban en un rango de edad entre los 39 y 59 años y se encontraban libres de enfermedades de las coronarias cuando fue el inicio del estudio. Durante ese periodo fueron sometidos a medición anual tratando de buscar conducta tipo A en un periodo que duró entre los 8 y 9 años. Después de dos años y medio de la investigación se observó que un promedio de setenta participantes habían sufrido enfermedades cardiacas y el 77% de estos tenían conductas tipo A.

Un dato curioso en dicha investigación es que los participantes que sufrieron enfermedades fueron los más jóvenes e incrementaron seis veces más la incidencia de enfermedades cardiacas, en comparación a los de conducta tipo B. Después de cuatro años y medio de investigación, la problemática en los participantes aumentó a 133 con enfermedades cardiacas, y la conducta tipo A en ellos aún estaba presente con incidencias mucho más altas y estadísticamente significativas.

Retomando la investigación anterior, se afirma que después de ocho años y medio de investigación, 257 personas de la muestra original padecieron enfermedades cardiacas y los hombres con conducta tipo A tenían poco más del

doble de tasa que los de tipo B de enfermedades coronarias. Finalmente, de 1500 empleados clasificados de tipo A, el 12% desarrolló una enfermedad cardíaca.

Del mismo modo, existen por lo menos dos explicaciones para los efectos de conducta tipo A: la primera es que los individuos de tipo A, aumentan su probabilidad de exposición a ciertos estresores, mientras que disminuyen su resistencia al estrés. Todo esto por negarse a relajarse, tomar vacaciones o disminuir el ritmo de trabajo. “Por lo tanto, las personas de conducta tipo A crean estrés por sí mismos al exponerse diariamente a estresores, mientras que los de conducta tipo B evitan todo tipo de estresores. Otra interpretación es que el ambiente del individuo es importante para provocar determinadas conductas, ya sean personas de conducta tipo A o B” (Ivancevich y Matteson; 1985: 205).

1.6. Los efectos negativos del estrés

“Las enfermedades de adaptación no son consecuencia directa de un agente externo, sino que se encuentran asociadas a reacciones de adaptación menos que perfectas, ante los estresores que encontramos en nuestras vidas” (Ivancevich y Matteson; 1985: 106).

Seyle (referido por Ivancevich y Matteson; 1985) menciona que existen específicamente enfermedades de adaptación, algunas de ellas son la alta presión sanguínea, las enfermedades del corazón y los vasos sanguíneos, las enfermedades del riñón, la artritis reumática, las enfermedades inflamatorias de los pies y ojos, las

enfermedades alérgicas y de hipersensibilidad, las enfermedades nerviosas y mentales, algunas disfunciones sexuales, diversas enfermedades digestivas, enfermedades metabólicas y, posiblemente, el cáncer. Ahora bien, estas enfermedades tienen alguna posible relación con el estrés y algunas de las afectaciones dentro de las siguientes categorías:

- La hipertensión: Una de las respuestas del cuerpo sobre los estresores es comprimir las paredes arteriales, aumentando así la presión. Cuando pasa la alarma en el cuerpo la presión debe volver a la normalidad, pero si permanece el estrés, entonces la presión seguirá en niveles altos.
- Cuando las personas tienen grandes periodos de estrés, en el cuerpo se produce la cortisona, que es causa de lesiones internas como la inflamación en el estómago y los intestinos, a este efecto negativo se le llama úlceras.
- De igual manera, otra de las afectaciones y por cierto muy grave, es la diabetes, que es la deficiencia de insulina y como consecuencia, las personas diabéticas no pueden absorber suficiente azúcar en la sangre. Debido a lo anterior, cuando el estrés en el individuo es persistente, esto provoca que el páncreas se debilite, dando como resultado una deficiencia permanente de insulina.
- Cuando la persona está expuesta a estresores durante un periodo sostenido el cuerpo humano se empieza a tensar, por lo que comúnmente, la jaqueca se hace presente.

- Uno de los efectos más controvertidos de los efectos negativos es el cáncer. Se menciona que dicha enfermedad, son células mutantes que se producen de manera continua en el cuerpo y normalmente el sistema inmunológico las destruye antes de que estas se puedan multiplicar más y crecer. Con el paso del tiempo se ha demostrado que las respuestas ante los estresores tienen como consecuencia pequeñas alteraciones en el sistema inmunológico, que propician la proliferación de dichas células malignas.

En este capítulo se han expuesto las diversas implicaciones que el estrés tiene en la vida del ser humano, las cuales incluyen alteraciones de conducta, que se pueden ver reflejadas, por ejemplo, en los patrones alimentarios y constituirse como trastornos. Esta situación se expondrá de manera detallada en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO 2

TRASTORNOS ALIMENTARIOS

La alimentación es una actividad inherente al ser humano y resulta indispensable para su supervivencia. No obstante, las circunstancias y la manera en que se afronten, pueden ocasionar que el individuo convierta su proceso de alimentación en una perturbación. A este respecto, en el presente capítulo se exponen los elementos relativos a los trastornos alimentarios.

2.1 Antecedentes históricos de la alimentación

Existen muchos antecedentes sobre el tema de las conductas alimentarias desordenadas, si bien, no es una problemática de años recientes.

En la cultura cristiana, en sus primeros años existía un simbolismo religioso, el cual consistía en la restricción de alimentos, los cristianos practicaban el ayuno como una penitencia, y todo esto para conseguir una elevada espiritualidad, su alimentación únicamente era pan y hierbas, por lo que se mantenían con un cuerpo delgado. En otro caso, en el año 1667, una joven presentó un cuadro de inanición que despertó la curiosidad de toda la gente; en ese entonces, era visitada por muchos médicos y clérigos, estos últimos con la finalidad de convencerla de que abandonara el ayuno, tiempo después la joven presentó amenorrea, provocando que restringiera aún más los alimentos y vomitando lo poco que comía. Desde la década

de los setenta se le ha dado más importancia a la problemática, ya que se considera que influyen muchos factores psicológicos, biológicos y sociales, se realizaron tratamientos que abordaran tres núcleos que consideraban conflictivos: el peso, la figura y los pensamientos alterados (Jarne y Talarn; 2000).

Asimismo, en la misma década Russell (retomado por Jarne y Talarn; 2000), describió un cuadro caracterizado por episodios de ingesta voraz y conductas de purga posteriores, que consideraba estaba vinculado con la anorexia nerviosa, tiempo después el trastorno evolucionaba de manera considerable y sus conductas eran más notorias, a todo esto se le denominó bulimia nerviosa.

Retomando a Jarne y Talarn (2000), mencionan que los problemas o riesgos para la salud se añaden cuestiones estéticas que sin duda pueden generar otros problemas de tipo psicológico, la obesidad es un interés que ha despertado en los últimos años ya que se ha incrementado de manera considerable y se presenta más en personas de baja posición social, De igual manera, los más afectados son las mujeres, principalmente mayores de cincuenta años. Finalmente las personas con sobrepeso en consecuencia suelen presentar alteraciones médicas como; hipertensión, diabetes, insuficiencia respiratoria y otro tipo de complicaciones.

2.2 Definición y características clínicas de los trastornos alimenticios

Los trastornos alimentarios son considerados como alteraciones graves de la conducta. En el siguiente apartado se definirán dichas perturbaciones, así como sus características.

2.2.1 Anorexia nerviosa

Se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales. Las características esenciales consisten en el miedo intenso a ganar peso y una alteración significativa en la percepción de la forma y tamaño del cuerpo, la persona con este trastorno mantiene un peso por debajo del nivel normal mínimo por su edad y talla. Generalmente, la pérdida de peso se consigue mediante una disminución de ingesta total; existen otras formas de perder el peso, como la utilización de purgas o el ejercicio excesivo (APA; 2002).

En otra definición de anorexia nerviosa, de acuerdo con Belloch (1995), quiere decir literalmente falta de apetito, sin embargo, la persona, lejos de carecer de apetito, se comporta como un organismo hambriento, no come, pero no deja de pensar en cuales alimentos son los idóneos de ingerir para no subir de peso, y es ahí donde radica su psicopatología: en el deseo irrefrenable de seguir adelgazando, incluso aunque ya haya perdido un porcentaje considerable de peso. Las características esenciales incluyen la distorsión en la percepción de la imagen corporal, sin que la persona reconozca el progreso de su delgadez; otra

característica es el rechazo a mantener el peso, un deseo de perder peso y terror ante la gordura, que se convierte en el centro de todas sus preocupaciones y perturba gravemente el resto de las facetas de la vida de la persona.

Castillo y León (2005), mencionan el término de anorexia nerviosa atípica, que como el mismo nombre lo indica, se utiliza en aquellos casos de anorexia nerviosa que no cumplen con todas las características de esta última; pueden faltar signos, como la pérdida significativa de peso, o la amenorrea, además no se debe a una etiología somática conocida.

Existen subtipos que pueden usarse para especificar la presencia o la ausencia de atracones o purgas durante los episodios de anorexia nerviosa:

El primer subtipo es el restrictivo y describe cuadros clínicos en los que la pérdida de peso, se consigue haciendo dieta, realizando ejercicio intenso o ayunando. Durante la anorexia nerviosa, estas personas no recurren a atracones ni a purgas.

El segundo subtipo es el compulsivo/purgativo, que se utiliza cuando el individuo recurre frecuentemente a atracones o purgas, la mayoría de las personas que recurren a estas características se provocan los vómitos mediante laxantes o enemas de manera excesiva, la mayoría de las personas que pertenecen a este subtipo realizan estas conductas al menos una vez a la semana (Castillo y León; 2005).

2.2.2 Bulimia nerviosa

El término “proviene de las raíces griegas *bus-buey-* y *limos-hambre-*, significando, por tanto, hambre desmesurada” (Belloch y cols.; 1995: 538). En el ámbito clínico se aplica en aquellos episodios irrefrenables de ingerir grandes cantidades de comida, que son generalmente altos en calorías; a consecuencia de esto, la persona siente grande culpabilidad.

Belloch y cols. (1995: 539) citan a Casper, quien menciona que “la bulimia, como síndrome, se ha convertido en algo frecuente solo a partir de la década de los cuarenta”. El aumento se da de manera considerable en mujeres, como consecuencia de los valores socioculturales que elevan la delgadez en estatus de valor ético y propician una población condenada a la gordura.

De acuerdo con Jarne y Talarn (2000), la bulimia es un trastorno que se caracteriza por un modelo de alimentación anormal, con episodios de ingesta voraz, seguido por maniobras para eliminar las calorías ingeridas. Después del episodio, el sujeto se siente de mal humor, triste y con sentimientos de menosprecio y autocompasión, la alimentación puede no ser normal, estar restringida o en un perpetuo ciclo de vómitos o ingestas. Este trastorno tiene mayor incidencia en mujeres de entre 19 y 25 años de edad y de un nivel sociocultural cualquiera.

La bulimia nerviosa, de acuerdo con APA (2002), tiene características esenciales que consisten en atracones y en métodos compensatorios inapropiados

para evitar el aumento de peso. Un atracón es un consumo de una gran cantidad de comida en un periodo corto de tiempo, este consumo es superior a lo que la mayoría de los individuos comería y su tiempo de duración es hasta que el individuo ya no pueda más. Los atracones son acompañados de una sensación de falta de control, el individuo puede estar en un estado de excitación al momento del atracón, especialmente al inicio de la enfermedad. Otra característica importante de este trastorno son las conductas compensatorias inapropiadas para evitar la ganancia de peso, uno de los métodos más habituales para evitar subir de peso es el vómito, es el método más habitual y es utilizado en un porcentaje considerable, los efectos de la purga se realizan para desaparecer los malestares físicos y la disminución del miedo a ganar peso.

Con el paso del tiempo, los enfermos terminan generalmente por provocarse los vómitos y eventualmente lo pueden hacer a voluntad, en algunos casos se puede convertir en un objetivo para la persona y lo logran utilizando distintas técnicas como la manipulación de la garganta con los dedos o la utilización de diversos instrumentos.

Existe también la bulimia nerviosa atípica, que se da cuando fallan algunos de los síntomas o signos principales que caracterizan a dicho trastorno; se puede encontrar en personas con peso normal y se pueden denominar como bulimia con peso normal, o incluso superior a la normal, con episodios de ingesta excesiva y seguida de episodios de vómitos o purgas (Castillo y León; 2005).

Retomando a APA (2002), menciona que para determinar la presencia o ausencia del uso regular de métodos de purga con el fin de compensar la ingestión de alimento durante atracones, se emplean dos subtipos: el primero de ellos es de tipo purgativo, este subtipo describe cuadros clínicos en los que el enfermo se ha provocado los vómitos y ha hecho un mal uso de laxantes durante los episodios. El segundo subtipo es de tipo no purgativo, consiste en que el enfermo ha empleado otras técnicas compensatorias inapropiadas, como ayunar o practicar ejercicio de manera excesiva, pero no ha hecho un mal uso de laxantes ni se ha provocado vómitos durante el episodio.

2.2.3 Obesidad

Jarne y Talarn (2000) mencionan, sobre este padecimiento, que consiste en una acumulación excesiva de grasa corporal; a diferencia de la anorexia nerviosa y bulimia, la obesidad no se considera como un trastorno psiquiátrico.

En cambio, “se trataría de un cuadro médico que podría comportar una serie de riesgos para la salud a partir de cierto nivel de peso por encima del considerado peso ideal” (Saldaña y Rossell, citados por Jarne y Talarn; 2000: 143).

En los últimos años, la obesidad ha sido un tema de mucho interés para el sector salud a nivel mundial, tanto para hombres como para mujeres se presenta el sobrepeso. Algunos de los problemas serios que se pueden presentar en este tipo de personas son la diabetes, trastornos cardiovasculares, hipertensión, intolerancia a los

carbohidratos, trastornos pulmonares y renales, complicaciones durante el embarazo, problemas en las articulaciones, artritis, además de cuestiones estéticas.

2.2.4 Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas

Este padecimiento se entiende como la “ingesta excesiva como una reacción a acontecimientos estresantes y que da lugar a la obesidad. Duelos, accidentes, intervenciones quirúrgicas y acontecimientos emocionalmente estresantes pueden dar lugar a una obesidad reactiva, en especial en pacientes predispuestos a ganar peso” (Castillo y León; 2005: 225). Este trastorno también se le conoce como hiperfagia psicógena, en este caso hay diferencia con las situaciones en las que el paciente sufre una obesidad y esta desencadena una falta de confianza en las relaciones interpersonales y una baja autoestima, situaciones en las que la obesidad es el resultado de efectos secundarios de tratamientos farmacológicos.

2.2.5 Vómitos en otras alteraciones psicológicas

A esta perturbación “se le conoce también con el término de vómitos psicógenos e hiperémesis gravídica psicógena” (Castillo y León; 2005: 225). Pueden a veces aparecer vómitos repetidos, pero no autoprovocados, en cuadros disociativos, en la hipocondría como uno de los muchos síntomas corporales experimentados, y en el embarazo en donde factores emocionales pueden facilitar la aparición de los vómitos o náuseas recurrentes.

2.2.6 Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia

En general se hace referencia que se presenta en la etapa de la niñez y en la infancia, la característica fundamental es que el niño rechaza los alimentos o suele presentar conductas muy caprichosas que se alejan bastante a lo que es una conducta alimentaria normal. Para que se pueda diagnosticar el trastorno habrá que descartar que se deba a una enfermedad orgánica y no hay que confundir con los pequeños caprichos o las variaciones altas y bajas de alimentación (Castillo y León; 2005).

Es usual escuchar comentarios de padres de familia sobre los problemas de alimentación que tienen sus hijos, generalmente son de conducta en la hora de los alimentos; algunos de ellos son: cuando los niños comen demasiado lento, niños que se levantan de la mesa, corren, que toman la comida como un medio para conseguir algo, que se resisten a aprender hábitos de conducta apropiados a su edad o simplemente se niegan a comer, a este tipo de conductas los padres suelen desesperarse fácilmente (Jiménez; 1997).

Retomando a Castillo y León (2005: 226), mencionan que “todas las dificultades en la alimentación del niño son normales, pero si su grado supera alarmantemente ese rango de normalidad y las características de dicha dificultad son cualitativamente anormales, entonces, es posible que se trate de un trastorno”. Los trastornos con los que se establece un diagnóstico son:

- Trastornos en los que el niño come bien con adultos distintos a su cuidador habitual.
- Enfermedad orgánica suficiente para explicar el rechazo a la comida.
- Anorexia y otros trastornos de la conducta alimentaria.
- Trastorno psiquiátrico más amplio.
- Pica.
- Trastorno de la conducta alimentaria por inadecuados tratos.

Existen algunos otros problemas alimentarios que suelen darse con bastante frecuencia, uno de ellos es el tiempo de comida excesivo, los motivos de esa lentitud pueden darse por el rechazo a ingerir el alimento que se le ha preparado, negación a pasar la comida, rechazo a tomar toda la comida, excesivos estímulos distractores a su alrededor que favorecen su falta de atención al acto de comer. A la vez, la lentitud a la hora de ingerir los alimentos suele ser el resultado de otros problemas.

Por otra parte, los vómitos son otro problema que también puede darse en la infancia, aunque con menor frecuencia, quizá es el problema que más alarma a los padres cuando se presenta, posiblemente porque lo relacionan con un problema físico. Los vómitos pueden presentarse como un rechazo a la comida, sin embargo, una causa muy conocida es el rechazo a situaciones determinadas, tal es el caso de ir a la escuela, los niños con tal de no asistir a la escuela vomitan antes de salir de la casa o al llegar a la escuela, por lo que la reacción de los padres es, regresar con el niño a casa, ya que los padres asocian el vómito con alguna enfermedad, la reacción

de vomitar no es premeditada, sin embargo, al darse una y otra vez, el niño aprende que es un medio para conseguir algo que quiere (Jiménez; 1997).

De igual manera, otro de los problemas es la alotriofagia o pica, que es un trastorno de conducta alimentaria en la que el sujeto ingiere de forma persistente sustancias no nutritivas, es considerada una conducta anormal cuando aparece por encima de los 18 meses, en caso de los niños puede considerarse un síntoma más de un trastorno psiquiátrico grave, también se puede presentar en niños con inteligencia normal y remitir en la adolescencia, las complicaciones que se presentan son intoxicaciones, infecciones por parásitos y obstrucción intestinal.

Otro de los problemas es cuando el sujeto regurgita repetidamente la comida ingerida, y es acompañada de pérdida de peso o incapacidad para ganar el peso esperado para la edad del niño, debido a que la comida es expulsada o en otras ocasiones deglutida, a esto se le llama ruminación o mericismo, que puede aparecer en niños con retraso mental o trastorno generalizado del desarrollo. Es un trastorno de baja prevalencia pero de carácter grave y tiene una tasa de mortalidad del 25%, y algunos autores lo atribuyen a la grave alteración de la relación de la materno-infantil. Una última problemática es llamada potomanía, que se trata de la ingesta excesiva de líquidos, generalmente agua, siempre que se detecta esta patología se debe hacer un diagnóstico diferencial con la diabetes insípida, a consecuencia de la potomanía se puede encontrar en los pacientes estructuras caracteriales histéricas (Castillo y León; 2005).

2.3 Esfera oroalimenticia en el infante

Cuando se trata de la esfera oroalimenticia, se debe de hablar de la zona relacionada del cuerpo en la que se encuentra, rodeada de la zona bucal, especialmente labios, mucosas intrabucales y lengua, tiene una representación cortical extensa. Se han realizado experimentos con animales lo cual se observa alteraciones en la conducta, que obedecen a dos tipos de fenómenos: “automatismos oroalimenticios con rítmicos movimientos de lamido, masticación de deglución por una parte, y por otra, con una manera de tratar de conocer los objetos que constituye una relación oral” (Ajuriaguerra; 1973: 178). Dicha investigación va acompañada de una instintiva reacción de apropiación y destrucción del objeto, y de una simple reacción de orientación.

2.3.1 Organización oroalimenticia

“La actividad oral es una fuente de satisfacción y biológica necesidad de nutrición. Es también una fuente de contacto mediante la apropiación de un objeto externo consistente en coger y dejar, un juego de labios o mordiscos, de ingurgitación y regurgitación” (Ajuriaguerra; 1973: 179). Desde muy temprana edad se observa un reflejo oroalimenticio y una orientación hacia una fuente de excitación. La reacción oral es una de las primeras que aparece en el infante y se puede decir que la madre es su alimento, es una respuesta a diversos estímulos, como el contacto del niño con el pecho de la madre; una vez tocado el pecho, el niño tiende a repetir su

conducta. Ante este momento la conducta infantil ante el pecho materno pasa por diversas fases:

- A los ocho días el niño responde a señales que son las de la sensibilidad profunda y del equilibrio, al momento de que la madre coge al niño a sus brazos para tetar, el niño automáticamente gira su cabeza hacia el pecho de la madre.
- En el segundo mes de nacido el infante solo conoce la señal de la comida cuando tiene hambre.
- Antes de los tres meses reacciona ante la presencia del adulto que se le acerca al llorar porque tiene hambre.
- A los tres meses el niño reacciona a tomar biberón, con cambios motores o movimientos de succión.

Dar alimento a un niño no es un simple acto nutritivo por parte de la madre. En el tetar del infante halla su comodidad, una posición acariciadora, un olor característico y todas sus ansias son satisfechas, y con el tiempo se vuelven inseparables. En el primer semestre de vida se le suele dar de comer con excesiva rigidez, horarios fijos y con raciones de igual cantidad; todo lo anterior, psicofisiológicamente tiene sus consecuencias, se le fuerza al niño a comer cuando pueda no tener hambre, por lo tanto, el niño queda insatisfecho. En el segundo semestre de vida se genera una ruptura entre la madre y el hijo, produciendo un trauma en ambos, esto provocado por el destete del niño y aquí es cuando empieza a chuparse el dedo, así pues, "la primer forma de relación entre la madre y el hijo van

íntimamente unidas a actos de comer” citado por (Soulé, citado por Ajuriaguerra; 1973: 183).

De acuerdo con Lindner (citado por Ajuriaguerra; 1973: 183), “las actividades de succión son las actividades motrices orales más importantes. Se puede tratar de la succión del pulgar, de la succión de los dedos o de la parte dorsal de la mano”.

Otra función del niño a temprana edad es la de morder, ya sea la mano o los labios, esto equivale a una descarga psicomotriz que desaparecerá entre el año y el año y medio de vida (Ajuriaguerra; 1973).

2.3.2 Alteraciones en la esfera oroalimenticia

Una de las alteraciones a temprana edad en los niños es la anorexia, que es relativamente muy rara, suele aparecer en las primeras semanas de vida, o incluso en el primer día. Sus características son, niños con poco peso, nerviosos, muy despiertos, al principio suelen presentar pasividad frente a la comida y pasado algunos meses se muestran rebeldes al comer, a esto se le llama anorexia esencial precoz. Seguida de esta viene la anorexia del segundo semestre, es mucho más frecuente y aparece entre el quinto y el octavo mes, según el comportamiento infantil ante la comida se señalan dos tipos de anorexia (Ajuriaguerra; 1973):

- Cuando el niño no tiene iniciativa ni coopera, a veces ni si quiera ingiere, no come bien y a veces vomita la poca leche que haya podido tomar, a esto se le llama anorexia inerte.
- El otro tipo es la anorexia de oposición, que es un auténtico enfrentamiento, el infante utiliza métodos para rechazar la comida ofrecida por los padres, los vómitos, el llanto, el rechazo y la agitación intensa, son una de las características utilizadas para tener una lucha con los padres en contra de los alimentos.
- En el segundo semestre de vida del infante, Ajuriaguerra (1973) cita a Kreisler para explicar los dos tipos de anorexia que pueden presentarse en esta etapa:
 - La primera etapa es la anorexia simple, que se asemeja a una reacción al destete. Ante el cambio de alimentación del niño, este actúa con una franca oposición con su nueva alimentación, por lo que no se considera como pérdida de apetito o de hambre.
 - la anorexia compleja es la segunda etapa, el niño manifiesta que la comida no le interesa y en casos graves suelen responder a un conflicto con la madre.

En conclusión, la anorexia infantil se debe considerar con mucho detalle en referente a la hora de comer del niño, horarios, las condiciones en que se efectúa, número de comidas, el ambiente y la cantidad.

2.4 Perfil de la persona con trastornos de alimentación.

No es fácil describir un perfil de una persona con posibilidad de desarrollar un trastorno de la alimentación; a pesar de esta dificultad, se describen algunas características individuales y familiares con factores contextuales comunes, que hacen vulnerables a las personas con riesgo del trastorno (Costin; 2003):

Cuando los jóvenes viven muy pendientes de lo que otros esperan de ellos, cumplir con los ideales de los padres o darles satisfacción a los demás, a estas características se le llaman problemas con la autonomía por parte de los individuos. Muchas veces tienen que enfrentar situaciones y resolverlas como el caso de un cambio de escuela, de barrio, una relación con los padres o con una persona del sexo opuesto y se les dificulta bastante, por lo tanto, a una persona que sea vulnerable a un trastorno de la alimentación, convertirá su cuerpo en un símbolo y fuente de autonomía, control e identidad. Entonces se interpreta erróneamente la delgadez con un signo de ser especial y el hacer dieta y bajar de peso, como indicadores del autocontrol.

Las personas suelen desarrollar imágenes sobre sí mismas y fabrican su propio concepto acerca de quiénes son, se conoce como autoestima cuando el individuo se acepta así mismo. En las mujeres, la autoestima está ligada con factores como la imagen externa o apariencia, la aprobación del otro, cumplir con las expectativas y responder a las necesidades de los demás. Esa sensación de baja autoestima que nace a partir de juzgarse a sí misma desde las apariencias, desde

lo que los demás consideran valioso, hará que el peso y la figura cobren demasiada importancia como formas de lograr elevar esa autoestima.

El camino a la perfección es bastante común entre las jóvenes con trastornos del comer, el sufrimiento y la sensación de ineficacia las hace muy exigentes, a tal grado de que sienten que lo que hacen no es suficientemente positivo.

Por lo general, los trastornos de alimentación se desarrollan en el periodo que va desde la pubertad hasta la juventud, es un periodo de numerosos cambios, entre ellos, a nivel físico, que vienen acompañados por un aumento de peso corporal, en caso de las jóvenes, finalmente le da al cuerpo una forma más de mujer. Esto puede ser un factor con una dificultad para aceptar un cuerpo que inevitablemente transmite un mensaje de que ya se ha dejado la etapa de la infancia. Por lo regular estas jóvenes están muy atrapadas en la niñez y corren con el temor de crecer y madurar (Costin; 2003).

2.5 Causas del trastorno alimentario

“Existen diferentes factores que inciden para que finalmente alguien tenga un trastorno de la alimentación, pero ninguno de ellos es en sí mismo suficiente” (Costin; 2003: 51). Se necesita de una combinación de factores distintos de características particulares en cada caso. Estos factores son:

- El predisponer es preparar algo con anticipación, es decir, cuando se habla de factores predisponentes, se tienen elementos como el contexto sociocultural en que se vive, también hay características individuales o de su familia.
- El precipitar es, decir algo con arrebatos y sin prudencia, estar un poco acelerado. También tiene sus elementos que son los elementos estresantes a situaciones y las dietas para concretar un cierto control.
- Y finalmente el factor perpetuante, que es algo eterno, darle duración a las circunstancias.

2.5.1 Factores predisponentes individuales

Al momento que la persona decide hacer una dieta, existen factores individuales que influyen en la conducta del comer, se hace hincapié en las creencias, actitudes, aprendizaje y la constitución psicofisiológica de la persona. La elección de la comida se produce dentro de una red de significados sociales, algunos de estos están relacionados con la comida. Los alimentos representan aspectos de la identidad del sujeto en términos de género, sexualidad, conflictos y autocontrol, así como la interacción social y la comunicación del amor y poder (Ogden; 2005).

Ogden (2005) cita a Hunter para explicar que la comida tiene un significado de riqueza, estatus y prestigio, es un medio de placer y gratificación personal, es una gratificación de individualidad y sofisticación, un medio de expresión personal y una forma de alivio al estrés.

“La comida puede entenderse a modo de una estructura profunda subyacente, común a diferentes culturas” (Douglas, citado por Ogden; 2005: 65). Helman (citado por Ogden; 2005) basándose en dicha estructura, clasifica las comidas en cinco sistemas.

- Comida frente a no comida: Determina las sustancias que son comestibles y las que no lo son.
- Comidas sagradas frente a profanas: Distingue las comidas que son válidas por las creencias religiosas y las que no lo son.
- Clasificación de las comidas paralelas: Indican que los alimentos se pueden calificar como calientes (papas, trigo, ajo), y como fríos (arroz, los guisantes). En este contexto la salud se compara al equilibrio entre los alimentos fríos y calientes: las enfermedades frías, como la artritis, se tratan con alimentos calientes, y a veces se culpa a la conducta de comer demasiados alimentos fríos; y las enfermedades calientes se tratan con alimentos fríos.
- Comida como medicina, medicina como comida: Algunos alimentos se evitan o se utilizan en ciertos estados, como el embarazo, la menstruación o la lactancia, y se utilizan de remedios para problemas de diarrea o mala salud en general.

- Comidas sociales: Es una forma de afirmar y desarrollar relaciones, simbolizar estatus, ofreciendo platos raros, caros o deliciosos y crear la identidad de grupo mediante patrones tradicionales.

Retomando a Ogden (2005), menciona que la comida se contempla como medio a través del cual se comunican una serie de significados, en particular, la transmite el sentido del yo, actúa como una comunicación de necesidades internas. En particular representa la identidad de género y a la idea de ser mujer. También representa un autocontrol o la pérdida de control, durante las últimas décadas la dieta se ha convertido en el camino perfecto para el autocontrol, en resumen, la comida comunica aspectos del yo en relación con la sexualidad, los conflictos entre la culpabilidad y el placer, el comer y la negación, y es una declaración de autocontrol.

2.5.2 Factores predisponentes familiares

Cuando algún miembro de la familia desarrolla un trastorno de alimentación, es inevitable, todos los miembros de la familia están involucrados, pueden ser por causas físicas, psicológicas o sociales. Se señalan ciertas características de las familias con un miembro que sufre trastornos alimentarios (Rausch; 1996):

- En las mujeres, los trastornos de conducta alimentaria están más asociados a la presión social que en los hombres.

- En las familias con anorexia nerviosa suelen inhibir la agresión y la hostilidad. Este hecho algunas veces organiza rápidamente las interacciones familiares, dando por resultado un clima de armonía.
- Suele haber mayor presencia de trastorno afectivo y alcoholismo en los antecedentes familiares de las pacientes bulímicas.
- Las familias en las que alguno o varios de sus miembros tienen antecedentes de trastornos alimentarios, se consideran factores de riesgo.

A veces, las familias con poca comunicación, con una interrelación pobre, son causantes del desarrollo de un trastorno de la alimentación en uno de sus miembros. Se sabe que un trastorno de esta magnitud termina distorsionando la relación dentro de la familia, generando sentimientos de enojo, ansiedad y culpa. Se han identificado ciertas características familiares comunes (Costin; 2003):

- Escasa comunicación entre sus miembros.
- Incapacidad para la resolución de conflictos que se puedan presentar.
- Sobreprotección por parte de los padres.
- Historias familiares que incluyen depresión y alcoholismo.
- Expectativas altas por parte de los padres hacia los hijos.
- Existencia en el seno de la familia de abuso sexual o físico.

De acuerdo con Rausch (1996), hay familias en donde las jerarquías de los padres no existen, por lo tanto, a los hijos les toca tomar las decisiones que le

corresponden a los padres, como ejemplo el designar a qué hora se servirán los platos en la mesa, o bien, el lugar donde la familia tomará vacaciones; todo esto sin consultarlo con los miembros adultos de la familia. Hay otras familias que suelen ser controladoras y mantienen lazos exageradamente estrechos entre sus miembros de familia, inhibiendo el desarrollo de la autonomía. Hay otras en donde existen fallas de control y los padres vinculan desacuerdos en la familia.

2.5.3 Factores socioculturales

Cuando se habla de un cuerpo ideal, se hace referencia no a un ideal de salud, sino de moda imperante en ese determinado momento. Particularmente, el peso corporal tiene un significado importante en la autoestima y felicidad de las mujeres, ya que el contexto sociocultural premia la delgadez y tiene prejuicios sobre la gordura. La sociedad comunica claramente que el papel más importante para la mujer es ser atractiva físicamente.

En tiempos modernos la sociedad ha impuesto el término de supermujer, que debe tener un cuerpo perfecto, una carrera brillante, un matrimonio exitoso, debe desempeñarse fluidamente a nivel social y debe ser una perfecta madre. Influyen mucho los medios de comunicación, en especial la televisión, que muestran como debe ser la mujer en tiempos modernos, deben tener control sobre sí mismas, con logros visibles y perfeccionistas, tienden a echarse la culpa si algo de todo lo mencionado no les sale y se sienten culpables por no alcanzar el estereotipo de mujer que los medios de comunicación les venden, se sienten fracasadas por no

cumplir sus expectativas que ellas se plantean y esto disminuye el nivel de seguridad y confianza, es así, donde el peso se convierte en el área donde si van a poder ejercer dominio exigido.

Una vez que las mujeres se mentalizan en esta lucha, ya no tienen dudas: una figura ideal, a su parecer, les traerá un éxito en el campo profesional y social, en el matrimonio y en la maternidad, y no tendrán dificultad para enfrentar aquello que les resulta difícil. Es así como el manipular el peso se convierte en su actividad central de muchas jóvenes (Costin; 2003).

Dentro de los prejuicios que incluyen los factores socioculturales, es que se tiene la idea de que las personas obesas lo son por que comen más alimentos que quienes no lo son; la realidad no es así: la obesidad tiene otras raíces, y nadie se vuelve obeso solo por no comer lo que es sano. También se cree que los obesos tienen más problemas psicológicos que los no obesos, las investigaciones demuestran que no es así, el estar obeso no produce ni más ni menos problemas emocionales. Otro prejuicio es que la obesidad moderada, está asociada con un incremento con la mortalidad, está demostrado que la tasa de mortalidad se produce con mayor frecuencia en mujeres con bajo peso (Wooley, citado por Costin; 2003).

2.6 Percepción del cuerpo en el trastorno alimentario

“Se define la imagen corporal como la representación diagramática del propio cuerpo en la conciencia” (Jarne y Talarn; 2000: 144). Existen dos aspectos que forman la imagen corporal:

- El aspecto cognitivo está asociado a la percepción del propio cuerpo, se refiere al grado de exactitud o no exactitud en que la persona estima sus dimensiones corporales.
- El aspecto emocional está unido solo al sentimiento que ello provoca, es decir, pensamientos y actitudes respecto al propio cuerpo e indirectamente al grado de satisfacción o insatisfacción con este.

Además de la imagen corporal, también se toca el tema frecuentemente sobre la insatisfacción corporal, puede considerarse en tres perspectivas distintas:

Como imagen corporal deformada, las personas con trastornos alimentarios clínicamente definidos muestran una deformación mayor que los sujetos no clínicos, también, toda la mayoría de las mujeres independientemente de que tengan o no trastornos alimentarios, creen que son más voluminosas de o que en realidad son.

Otra perspectiva de la insatisfacción corporal es la discrepancia del ideal, que es simplemente la distancia entre las percepciones de la realidad y las de un ideal, se realizó un estudio sobre esto y se concluye que a la mayoría de las mujeres les

gustaría tener un cuerpo más delgado, en cambio, a los hombres desearían quedarse con su propio peso o ganar un poco más de volumen.

La tercera forma de insatisfacción corporal y la más frecuente, son las respuestas negativas al cuerpo, se manifiesta en los sentimientos y cogniciones negativos acerca del cuerpo (Ogden; 2005).

A partir de esto surgen los factores sociales y psicológicos de la insatisfacción corporal.

Los desencadenantes de los factores sociales en la insatisfacción corporal señalan, en especial, el papel que desempeñan los medios de comunicación, como las revistas, periódicos, televisión, ya que estos medios son una respuesta a las representaciones de mujeres delgadas y relacionan el volumen corporal, muestran un mundo real y está asociado a la delgadez. Un último factor social, es la cultura, se pone hincapié al carácter étnico y clase social de la persona, el hecho de pertenecer a una clase social alta, de piel blanca, puede relacionarse con la aparición de la insatisfacción corporal. Existe otra conclusión que dice todo lo contrario, pero al final, en este factor cultural no se ha investigado mucho y las conclusiones son solo provisionales (Ogden; 2005).

Dentro de los factores psicológicos que se presentan en la insatisfacción corporal, se destaca el papel de las creencias y muchas veces se cree que las aspiraciones de las personas de clase baja, se orientan más a la relación de la vida

familiar y con el hecho de tener hijos, se preocupan menos por el peso; por otra parte, las mujeres de clase alta dan mucha importancia a la delgadez, se enfocan más a la moda y la belleza.

Otro factor psicológico es el que existe en la relación de la madre y la hija, señalan que una relación íntima entre madre e hija puede llevar a una relación complicada y a problemas con la separación en la adolescencia. Como consecuencia de ello, respecto a las mujeres, la más común es la insatisfacción con su cuerpo, por esto, se dedican a realizar ejercicio, como la danza, yoga o natación, sin embargo, no fomentan el ejercicio con la finalidad de mejorar la salud física, si finalidad principal es disminuir grasa y el peso corporal, con ello tendrán una autoimagen positiva y una motivación personal elevada.

Otras mujeres, para estar satisfechas con su cuerpo, recurren en un porcentaje mínimo a la cirugía estética, operación de la nariz, pechos y la liposucción como las más comunes. A diferencia los hombres no suelen preocuparse tanto por su cuerpo como lo hacen las mujeres, es más probable que los hombres participen en juegos deportivos como el fútbol, basquetbol, pero su finalidad no se centra en bajar de peso, le dan más importancia a la diversión y tener un contacto social (Ogden; 2005).

2.7 Factores que mantienen los trastornos alimentarios

Existen varios factores que contribuyen al desarrollo de los trastornos alimentarios, la dieta es uno de ellos, causa malestar anímico y emocional, además de la falta de fuerza en el cuerpo. Las consecuencias son inevitables y se afecta principalmente el organismo, para recuperar la estabilidad orgánica hay que volver a alimentarse correctamente.

Las transformaciones anímicas son otro factor, cuando se incorporan nuevos hábitos, como el reducir la alimentación, es notable que se presenten estados de ansiedad, nerviosismos y varios cambios de humor, por lo que resulta difícil continuar con el ritmo habitual de las nuevas tareas. La deficiente alimentación es otro factor e impacta en otras áreas como la social, ya que los jóvenes que son sociables y extrovertidos, a los pocos meses disminuyen su sociabilidad y comienzan a aislarse de la sociedad, por lo que su interés en este sentido disminuye, también muestran dificultades para concentrarse, por lo que muchos jóvenes mencionan dejar sus estudios. Ante esto, diversas molestias físicas son evidentes durante el periodo de una mala alimentación (Costin; 2003):

- Debilidad muscular y deshidratación
- Sensibilidad a la luz y ruidos
- Interrupción de la menstruación en las mujeres
- Enlentecimiento metabólico
- Molestias gastrointestinales

- Pérdida de temperatura corporal
- Cambios cardiacos.

Retomando a Costin (2003), es importante entender que cuando la ingesta es menor a la necesaria, automáticamente el cuerpo va a quemar menos calorías por medio del metabolismo basal, que es el que se encarga de estas funciones cuando el cuerpo está en reposo.

2.8 Trastornos mentales asociados a los trastornos alimenticios

Los trastornos de la conducta alimentaria suelen estar asociados con otros problemas psiquiátricos, a esto lo se le llama comorbilidad, que en términos más simples, es la presencia de uno o más trastornos además del trastorno primario. Por ejemplo, los pacientes con anorexia nerviosa suelen también cumplir con criterios de depresión clínica, otro es el trastorno por abuso de sustancias junto a la bulimia (Butcher y cols.; 2007).

Por lo regular, los trastornos de la alimentación se presentan en mayor o menor medida en prácticamente todos los trastornos psicopatológicos; por ejemplo, con la esquizofrenia, se tiene un rechazo a los alimentos, la falta de contacto con el medio en estos pacientes conduce a la negativa de ingerir alimentos, es más frecuente esta negativa de no ingerir los alimentos debido a la presencia de una idea delirante de envenenamiento, esta idea se puede prolongar varios periodos de tiempo.

Los trastornos alimentarios tienen a su vez también una relación con la manía, aquí los pacientes llevan una alimentación desordenada y caótica, así como pueden comer demasiada comida, también no lo pueden hacer en mucho tiempo, otra característica es que coman poquito de un plato y poquito de otro sin acabar ninguno.

En relación con las fobias, no se relacionan en general con los trastornos de alimentación, excepto las fobias referidas a los alimentos o al acto de deglución, las consecuencias del enfermo es que sienten que se asfixian al momento de comer o en casos peores, creen que se van a morir. El trastorno obsesivo compulsivo también tiene relación cuando está focalizado a los alimentos, aquí el paciente observa de manera muy detenida los alimentos y es muy meticuloso, también las ideas de suciedad y contaminación en los alimentos pueden modificar la forma de los hábitos alimentarios. Por último, de igual manera, los trastornos alimentarios tienen relación con la depresión, aquí en la mayoría de los casos se observa una disminución de la alimentación, pero a veces se evidencia una excesiva ingesta, se tiene mucha relación con la depresión melancólica, el sujeto no quiere comer cuando tiene una ideación delirante de quedar en la ruina y por su mala situación económica, decide no comer (Jarne y Talam; 2000).

2.9 Tratamiento de los trastornos alimentarios

El tratamiento para la anorexia nerviosa lleva un programa que lleva como objetivo la recuperación ponderal, ya que la deficiente nutrición conlleva a la persona

a tener pensamientos alterados sobre la comida, el peso o la figura. Dentro de la recuperación se corrigen las secuelas psicológicas y físicas provocadas por una mala alimentación, aunque estas secuelas psicológicas tardan algún tiempo en normalizarse. Del mismo modo, en el tratamiento dietético, no hay una dieta específica, varias veces la dieta es con varios contenidos calóricos y otras veces sin estos, en casos muy diferentes la alimentación deberá ser por sondas, esto como un refuerzo negativo ante el rechazo de los alimentos de la persona.

En el tratamiento psicológico, son muy poco efectivas las intervenciones psicoterapeutas en casos graves, difícilmente se muestran cambios, ya que las pacientes mal nutridas y de bajo peso están extremadamente refractarias a la psicoterapia. La terapia cognitivo conductual se ha considerado como la más efectiva para la anorexia nerviosa, en este modelo la anorexia es un conjunto de conductas reforzadas por factores ambientales que gratifican la delgadez y por estímulos aversivos provocan la ansiedad, la persona anoréxica no come para evitar la ansiedad que le provoca pensar en el aumento de peso (Jarne y Talarn; 2000).

El tratamiento farmacológico tiene pocos beneficios, por lo que se ha limitado su uso. Cuando se emplean los fármacos, el objetivo es producir el aumento de peso, corregir la acción de los neurotransmisores hipotéticamente involucrados en el desorden de modificar la ansiedad o depresión de los pacientes (Rausch; 1997).

En la terapia familiar, “al principio se mantenía la familia alejada del tratamiento de las jóvenes anoréxicas, progresivamente se ha ido implicando a la

familia en los programas de tratamiento, tanto en el ámbito ambulatorio como en el hospitalario” (Jarne y Talarn; 2000: 164).

Por otra parte, de modo muy resumido, los objetivos dentro del tratamiento para la bulimia nerviosa según Jarne y Talarn (2000) incluyen:

- 1) Restablecer las pautas nutricionales normales.
- 2) Recuperación física:
 - Estabilización del peso.
 - Rehidratación y normalización electrolítica.
 - Corrección de anomalías físicas.
 - Dilatación gástrica.
 - Erosión del esmalte dental.
 - Inflamación parótida.
 - Reflujo gastroesofágico.
- 3) Normalización del estado mental:
 - Mejorar el estado de ánimo.
 - Tratar posibles trastornos de la personalidad.
 - Evitar abusos de sustancias.
 - Corregir el estilo cognitivo erróneo.
- 4) Restablecer unas relaciones familiares adecuadas:
 - Aumentar la participación.
 - Aumentar la comunicación.

- Restablecer las pautas y los roles.

Con estas consideraciones, se concluye el presente capítulo y con él, el marco teórico. En las páginas siguientes se muestran, en cambio, los pormenores metodológicos del presente estudio.

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

El presente capítulo está dividido en dos partes: la primera una descripción metodológica y posteriormente, se plantea un análisis e interpretación de los resultados obtenidos sobre las variables examinadas.

3.1. Descripción metodológica

Desde la perspectiva metodológica se emplean dos modelos: cuantitativo y cualitativo, ambos enfoques toman un proceso cuidadoso, metódico y empírico, para generar conocimientos. En términos generales ambos enfoques manejan cinco fases similares y que se relacionan entre sí:

- Llevan a cabo la observación y evaluación de fenómenos.
- Establecen suposiciones o ideas como consecuencia de la observación y evaluación realizadas.
- Demuestran el grado en que las suposiciones o ideas tienen fundamento.
- Revisan tales suposiciones sobre la base de las pruebas o del análisis.
- Proponen nuevas observaciones y evaluaciones para esclarecer, modificar y fundamentar las suposiciones e ideas.

3.1.1 Enfoque cuantitativo

El presente apartado estudio tomó el enfoque cuantitativo y enumera las siguientes características, según Hernández y cols. (2010):

- El investigador plantea un problema de estudio delimitado y concreto. Sus preguntas de investigaciones versan sobre cuestiones específicas.
- Una vez que se plantea el problema de estudio, se considera lo que se ha investigado anteriormente y se construye un marco teórico, del cual se deriva una o varias hipótesis y se someten a prueba mediante el empleo de los diseños de investigación apropiados. Si los resultados corroboran las hipótesis, se aporta evidencia a su favor.
- Las hipótesis se generan antes de recolectar y analizar los datos.
- La recolección de datos se fundamenta en una medición, se lleva a cabo al utilizar procedimientos estandarizados y aceptados por una comunidad científica. Para que la investigación sea creíble y aceptada por otros investigadores, se debe mostrar que se siguieron tales procedimientos.
- Debido a que los datos son producto de mediciones se representan mediante números y se deben analizar a través de métodos estadísticos.
- Los análisis cuantitativos se interpretan por sus hipótesis y por estudios previos.
- La investigación cuantitativa debe ser lo más objetiva posible. Los fenómenos que se observan no deben ser afectados por el investigador.

- La búsqueda cuantitativa ocurre en la realidad externa al individuo, esto conduce a una explicación sobre cómo se concibe la realidad con esta aproximación a la investigación.

Finalmente la presente investigación se considera cuantitativa porque se apegó a los criterios ya mencionados.

3.1.2. Investigación no experimental

Lo que básicamente se hace en una investigación no experimental, es observar fenómenos tal como se dan en su ámbito natural, para posteriormente analizarlos. En un concepto en general, trata de estudios donde no se hace variar en forma intencional las variables independientes para ver su efecto sobre otras variables. Dentro de estos diseños, no se generan situaciones, sino que se observan situaciones ya existentes, y no son provocadas intencionalmente en la investigación por quien la realiza. Aquí las variables independientes ocurren y no pueden ser manipuladas, no se tiene control directo sobre dichas variables ni se puede influir sobre ellas, porque ya sucedieron, al igual que sus efectos (Hernández y cols.; 2010).

La investigación no experimental tiene alcances iniciales y finales, correlacionales y explicativos. Se da de manera sistemática y empírica.

Dichos autores mencionan que los diseños no experimentales se clasifican por su dimensión temporal o el número de momentos o puntos en el tiempo, en donde se recolectan datos. En otros casos la investigación se centra en:

- Estudiar cómo evolucionan una o más variables o las relaciones entre ellas.
- Analizar los cambios a través del tiempo de un evento, una comunidad, un fenómeno, una situación o un contexto.

Finalmente, los diseños no experimentales se pueden clasificar en transeccionales y longitudinales. Enseguida se explica el que se siguió en el presente trabajo.

3.1.3. Diseño transversal

En este diseño se recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su objetivo es describir variables y analizar su incidencia e interpretación en un momento dado (Hernández y cols.; 2010).

En la presente investigación se utilizó este diseño, ya que se está midiendo la influencia del grado de estrés con los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en alumnos del plantel CONALEP en la ciudad de Apatzingán, Michoacán, en el año 2014, en un momento específico.

A su vez, existen tres tipos de diseños transeccionales: exploratorios, descriptivos y correlacionales-causales. El que esta investigación retomó, se explica enseguida.

3.1.4. Alcance correlacional

Este tipo de estudios pretenden responder a preguntas de investigación, en este caso la pregunta fue: ¿Existe relación significativa entre los niveles de estrés y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios?

Este tipo de estudios tiene como finalidad conocer la relación o grado de asociación que exista entre dos o más conceptos, categorías o variables en un contexto en particular.

La utilidad principal de estos estudios 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 sujetos en una variable. La correlación puede darse de manera positiva o negativa; cuando es positiva significa que los alumnos con valores altos en una variable tenderán también a salir altos en la otra variable; cuando la correlación es negativa, significa que los sujetos con valores altos en una variable, tenderán a salir bajos en la segunda variable (Hernández y cols.; 2010).

La investigación correlacional tiene en gran medida, un valor explicativo, aunque este valor es parcial, ya que el hecho de saber si dos variables tienen relación, esto aporta cierta información explicativa a la investigación.

Los estudios correlacionales evalúan el grado de relación entre las variables, en este caso fueron el estrés y los trastornos alimentarios, se midieron cada uno de ellos para después cuantificar y analizar la vinculación.

3.1.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para la recolección de datos se utilizan instrumentos que son capaces de medir y dar gran información de la variable o variables que se están investigando, para ello, existen dos tipos de instrumentos:

- Los primeros se les da el nombre de instrumentos estandarizados y se caracterizan esencialmente por que poseen uniformidad en las instrucciones para administrarse y calificarse, así como ciclos específicos de desarrollo y reconfirmación.
- Los otros tipos de instrumentos llevan el nombre de no estandarizados y usualmente se generan mediante un proceso menos riguroso y su aplicación es limitada, así como una prueba de un profesor para evaluar el aprendizaje de sus alumnos en una asignatura.

Mertens (2005), señala que los instrumentos de recolección de datos estandarizados pueden aplicarse a cualquier persona del tipo para el cual fue elaborado y el tiempo que se brinda para contestarlo, en ocasiones es flexible y en otras no.

En la actualidad existe una amplia diversidad de pruebas e inventarios desarrollados por diversos investigadores para medir un sinnúmero de variables. En la presente investigación fueron utilizados dos instrumentos para medir las variables de estrés e indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios.

El primer instrumento utilizado fue la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños (CMAS-R), creada por Reynolds y Richmond en el año de 1997; está compuesta por 37 reactivos y fue diseñada para valorar el nivel y naturaleza de la ansiedad en niños y adolescentes en un rango de edad de entre 6 y 19 años, se puede aplicar de manera individual o grupal. El sujeto responde a cada afirmación al encerrar en un círculo la respuesta "SÍ" o "NO", según corresponda.

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

Los datos psicométricos de este instrumento tienen un índice de confiabilidad de 0.80, calculado mediante la prueba alfa de Cronbach. Del mismo modo, para

lograr la validez se utilizaron varias modalidades: de contenido, criterio, concurrente y de constructo.

El segundo inventario en utilizarse en la investigación es la de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2), fue elaborado por David M. Garner (1998).

El EDI-2 esta estandarizado para personas con una edad de 11 años en adelante. Para el proceso de estandarización de dicha prueba se realizaron varios procesos en distintos grupos, tanto en individuos con bulimia y anorexia nerviosa como en personas que no padecen estos trastornos alimentarios.

El EDI-2 cuenta con una confiabilidad de 0.83 calculado por alfa de Crobach y validez de contenido concurrente, de criterio, así como de constructo.

Finalmente este inventario cuenta con once escalas las cuales son: (DT) obsesión por la delgadez, (B) bulimia, (BD) insatisfacción corporal, (I) ineficacia, (P) perfeccionismo, (ID) desconfianza interpersonal, (IA) conciencia interoceptiva, (MF) miedo a la madurez, (A) ascetismo, (IR) impulsividad y, finalmente, (SI) inseguridad.

3.2. Población y muestra

En el presente apartado se delimita de manera detallada la población y la muestra en la cual se realizó la investigación.

3.2.1. Delimitación y descripción de la población

Se define población al conjunto de todos los casos que concuerdan en una serie de especificaciones (Selltiz, citado por Hernández y cols.; 2010).

La presente investigación se llevó a cabo a estudiantes de segundo grado del plantel CONALEP, en el turno matutino, en la ciudad de Apatzingán, Michoacán y se aplicaron a un rango de edad entre 15 y 17 años.

Las características de la población son; de un nivel socio-económico de medio a bajo, un gran porcentaje de estudiantes trabaja para solventar sus estudios, sobre la otra parte, sus padres son los encargados de apoyarlos económicamente en sus estudios.

3.2.2. Proceso de selección de la muestra

Hernández y cols. (2010), mencionan que una muestra es un subgrupo de la población, es un subconjunto de elementos que pertenecen a dicho conjunto.

Básicamente las muestras se clasifican en dos grandes ramas:

En las muestras probabilísticas, todos los elementos de la población tienen las mismas posibilidades de ser elegidos, y se obtienen definiendo las características

de la población y el tamaño de la muestra, y por medio de una selección aleatoria de las unidades de análisis.

El otro tipo de muestra es la no probabilística, aquí la elección de elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con la investigación o de quien hace la muestra, el procedimiento aquí no es mecánico ni con base en fórmulas de probabilidad, sino que depende del investigador y su toma de decisiones (Hernández y cols.; 2010).

Elegir entre una muestra probabilística o una no probabilística depende en gran parte de los objetivos de la investigación, por eso, dentro de la presente investigación se llevó a cabo el tipo de muestra no probabilístico, todo ello a juicio del investigador, con esto no se generalizarán los resultados obtenidos.

3.3 Descripción del proceso de investigación

Inicialmente el tema de estudio para el investigador era conocer los niveles de estrés en relación con el desgaste ocupacional dentro de una empresa, un tema de ámbito laboral. Al paso del tiempo, dentro de su trabajo le llamó la atención un fenómeno que sucedía mucho en la institución donde laboraba: los trastornos alimentarios, por lo cual decidió cambiar la variable del desgaste ocupacional por los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios, ahora en un ámbito educativo.

Ya que se tuvieron las variables a estudiar, se dio paso a investigar trabajos realizados anteriormente, plantear objetivos (general y particulares), hipótesis (de trabajo y nula) y un planteamiento del problema.

Para poder llevar a cabo la investigación de campo se tuvo que pedir una autorización a la institución, en este caso el CONALEP, plantel Apatzingán.

Después de la autorización del proyecto en la institución, se elaboraron los dos primeros capítulos teóricos: el primero sobre la variable estrés y el segundo de los trastornos de alimentación.

Posteriormente se investigó sobre los instrumentos que se aplicarían a los sujetos: CMAS-R y EDI-2.

La aplicación se llevó a cabo en el auditorio del plantel bajo la supervisión de la encargada de la biblioteca. Se aplicaron en forma grupal (25 alumnos aproximadamente) ambos instrumentos, en un tiempo de 35 minutos.

Los sujetos inicialmente recibieron las instrucciones de la aplicación y posteriormente, respondieron los reactivos. El comportamiento de los sujetos investigados fue positivo, debido a que fueron ordenados, disciplinados y atentos a las indicaciones.

Posteriormente, se calificaron los formatos de respuestas para obtener los puntajes totales de cada variable, se siguió al vaciado de datos para calcular las medidas de tendencia central, de dispersión y los índices de correlación.

Finalmente, después de obtener los datos estadísticos se interpretaron los resultados de cada variable y su relación.

3.4 Análisis e interpretación de resultados

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

La presentación de los resultados se estructuró en tres categorías. La primera de ellas se refiere a la variable estrés, la segunda a los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios y la tercera a la correlación de las variables mencionadas.

3.4.1 El nivel de estrés en los alumnos del CONALEP, plantel Apatzingán

Se afirma que el estrés es un proceso psicológico que se origina ante una exigencia del organismo, frente a la cual este no tiene recursos para dar una respuesta adecuada, activando un mecanismo de emergencia consistente en una activación psicofisiológica que permite recoger más y mejor información, procesarla e interpretarla más rápida y eficientemente, y así permitir al organismo actuar de una manera adecuada a la demanda, según Palmero y cols. (2002).

Existen tres enfoques teóricos, de acuerdo con Travers y Cooper (1996): el primero es el estrés como respuesta, los investigadores se han centrado en el estrés como reacción a ciertos estímulos, como lo podría ser una situación o ambiente molesto y la oposición ante esto puede ser fisiológica, psicológica o conductual. Por

otra parte, dentro del estrés como estímulo, los investigadores se han centrado en el estrés como un fenómeno externo al individuo, sin tener en cuenta las percepciones individuales o las experiencias, el estrés es así un agente disruptivo en el ambiente. Finalmente, el estrés como un enfoque interactivo, considera la importancia del modo en que las personas perciben esas situaciones que se les imponen y el modo en que reaccionan ante ellas, por lo tanto, refleja una falta de cohesión entre el individuo y su entorno; es un enfoque de tipo estímulo-respuesta

Respecto a los resultados obtenidos a partir de la aplicación de la prueba CMAS-R se muestran en percentiles, tanto el nivel de ansiedad total como el de las distintas subescalas.

La media aritmética en el nivel de ansiedad total fue de 72. La media es la suma de un conjunto de datos dividida entre el número de medidas (Elorza; 2007).

De igual modo, se obtuvo la mediana, que es el valor medio de un conjunto de valores ordenados: el punto abajo y arriba del cual cae un número igual de medidas (Elorza; 2007), este valor fue de 74.

De acuerdo con este mismo autor, la moda es la medida que ocurre con más frecuencia en un conjunto de observaciones. En cuanto a esta escala, la moda fue de 86.

También se obtuvo el valor de una medida de dispersión, específicamente de la desviación estándar, la cual es la raíz cuadrada de la suma de las desviaciones al cuadrado de una población, dividida entre el total de observaciones (Elorza; 2007). La desviación estándar en este caso fue de 21.

Particularmente, se obtuvo el puntaje de la subescala de ansiedad fisiológica, encontrando una media de 72, una mediana de 82 y una moda representativa de 96. La desviación estándar fue de 24.

Asimismo, en la escala de inquietud/hipersensibilidad se encontró una media de 69, una mediana de 76 y una moda de 53. La desviación estándar fue de 22.

Finalmente, la escala de preocupaciones sociales/concentración se obtuvo una media de 59, una mediana de 62 y una moda de 49. La desviación estándar fue de 29.

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

A partir de los resultados estadísticos obtenidos mediante la aplicación del instrumento, se puede interpretar que el nivel de estrés en esta muestra se encuentra por arriba de los niveles normales, tanto en lo referente a la escala de ansiedad total como en las distintas subescalas, excepto en la que se refiere a preocupaciones

sociales/concentración. Lo anterior indica que las medidas de tendencia central se ubican por encima de los parámetros normales en la escala percentilar.

Asimismo, se puede afirmar que los datos se encuentran con cierta dispersión puesto, las desviaciones estándar encontradas en las distintas escalas son relativamente altas respecto a la medición. Lo anterior indica que no hay homogeneidad en el nivel de estrés de los sujetos investigados.

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

En la escala de ansiedad total, el 69% de los sujetos se ubica por arriba del percentil 70; en la subescala de ansiedad fisiológica, el porcentaje de sujetos es de 72%; mientras que en la subescala de inquietud/hipersensibilidad es de 71%; finalmente, en la subescala preocupaciones sociales/concentración, dicho índices de 53%. Estos resultados se aprecian de manera gráfica en el anexo 2.

Los resultados mencionados anteriormente muestran que la gran mayoría de los sujetos presentan niveles altos de estrés, tanto en la escala de ansiedad total, como en las subescalas de ansiedad fisiológica, inquietud/hipersensibilidad y preocupaciones sociales/concentración.

3.4.2 Indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios

Los trastornos alimentarios son considerados por alteraciones graves de la conducta, la anorexia nerviosa se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales. Las características esenciales consisten en el miedo intenso a ganar peso y una alteración significativa en la percepción de la forma y tamaño del cuerpo; la persona con este trastorno mantiene un peso por debajo del nivel normal mínimo por su edad y talla. Generalmente, la pérdida de peso se consigue mediante una disminución de ingesta total, existen otras formas de perder el peso como la utilización de purgas o el ejercicio excesivo (APA; 2002).

La bulimia nerviosa de acuerdo con Jarne y Talam (2000), es un trastorno que se caracteriza por un modelo de alimentación anormal, con episodios de ingesta voraz, seguido por maniobras para eliminar las calorías ingeridas. Después del episodio, el sujeto se siente de mal humor, triste y con sentimientos de menosprecio y autocompasión; la alimentación puede no ser normal, estar restringida o en un perpetuo ciclo de vómitos o ingestas. Este trastorno tiene mayor incidencia en mujeres de entre 19 y 25 años de edad y de cualquier nivel sociocultural.

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

- 1) En la escala de obsesión por la delgadez se obtuvo una media de 56, una mediana de 58, una moda de 48 y una desviación estándar de 22.
- 2) Asimismo, en la escala de bulimia se obtuvo una media de 66, una mediana de 57, una moda de 47 y una desviación estándar de 20.
- 3) Del mismo modo, en la escala de insatisfacción corporal se obtuvo una media de 55, una mediana de 56, una moda de 57 y una desviación estándar de 20.
- 4) Dentro de la escala de ineficacia, se obtuvo una media de 50, una mediana de 44, una moda de 18 y una desviación estándar de 24.
- 5) Dentro de la escala de perfeccionismo se obtuvo 75 dentro de la media, 82 en la mediana, 86 en la moda y 20 en la desviación estándar.
- 6) Asimismo, en la escala de la desconfianza interpersonal se obtuvo una media de 67, una mediana de 70, una moda de 57 y una desviación estándar de 22.
- 7) En la siguiente subescala, que pertenece a conciencia introceptiva, se obtuvo una media de 63, una mediana de 66, una moda de 57 y por último, una desviación estándar de 26.
- 8) De igual manera, en miedo a la madurez se obtuvo una media de 86, una mediana de 94, una moda de 99 y por último, 18 en la desviación estándar.
- 9) A su vez en el ascetismo el resultado de la media fue de 55, mientras que en la mediana se determinó una puntuación de 59, en la moda 40 y en la desviación estándar, 26.
- 10) En la escala de impulsividad, los resultados arrojados fueron: una media de 61, una mediana de 64, una moda de 35 y una desviación estándar 26.

11) Finalmente, en la escala de inseguridad social, su media fue de 73, mientras que la mediana fue de 78, la moda de 70 y la desviación estándar de 20.

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

A partir de los resultados estadísticos obtenidos mediante la aplicación del instrumento, se puede interpretar que las subescalas de perfeccionismo, miedo a la madurez e inseguridad social se encuentran por arriba de los niveles normales, sin embargo, las subescalas de obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva, ascetismo e impulsividad se encuentran en un parámetro normal, por lo tanto, ninguna de las subescalas se encuentran por debajo de los parámetros normales de la escala percentilar.

Asimismo, se puede afirmar que los datos se encuentran con bastante dispersión, puesto que las desviaciones estándar encontradas en las distintas escalas son altas respecto a la medición. De acuerdo con lo mencionado, no hay mucha heterogeneidad en los niveles de los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios de los sujetos investigados.

Además de presentar los datos de las medidas de tendencia central y desviación estándar, a continuación se presentan los porcentajes de los sujetos que obtuvieron puntajes altos en cada escala, esto es, por arriba del percentil 70. Así, se

ubicarán las escalas en las que hay mayor incidencia de casos preocupantes sobre el problema de trastornos alimentarios.

En la escala de obsesión por la delgadez, el 30% de sujetos se encuentra por arriba del percentil 70; mientras que en la escala de bulimia el porcentaje fue de 42; en la de insatisfacción corporal, el 21%; en la de ineficacia, el 21%; en la de perfeccionismo el 60%; en la que respecta en la desconfianza interpersonal, 50%; en la conciencia introceptiva, 45%; respecto a la del miedo a la madurez, 87%; en la de ascetismo, 34%; en la impulsividad, 45% y finalmente, en la escala de inseguridad social el 56%.

Estos datos se pueden observar gráficamente en el anexo 4.

En función de los datos anteriores se puede afirmar que los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios muestran que la mayoría de los sujetos presentan porcentajes preocupantes en las escalas de perfeccionismo, miedo a la madurez e inseguridad social.

3.4.3 Relación entre el nivel de estrés y los trastornos alimentarios

En la investigación realizada con los alumnos del CONALEP, Plantel Apatzingán, se encontraron los siguientes resultados:

Entre el nivel de estrés y la escala obsesión por la delgadez, existe un coeficiente de correlación de 0.07 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson.

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

Para conocer la relación que existe entre el nivel de estrés y la escala de obsesión por la delgadez, se obtuvo la varianza de factores comunes, en la cual, mediante un porcentaje se indica el grado en que las variables se encuentran correlacionadas. Para obtener esta varianza únicamente se eleva al cuadrado el coeficiente de correlación obtenido mediante “r” de Pearson (Hernández y cols.; 2010).

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

Por otra parte, entre el nivel de estrés y la escala de bulimia existe un coeficiente de correlación de 0.06, de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto permite afirmar que no existe una correlación. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.00, lo que significa que el porcentaje de influencia entre el estrés y la escala de bulimia no llega al 1%.

Por otra parte, entre el nivel de estrés y la escala de insatisfacción corporal existe un coeficiente de correlación de 0.05 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson, esto significa que entre el estrés y dicha escala no existe alguna correlación. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.00, lo que indica que el porcentaje de influencia entre el estrés y la insatisfacción corporal es del 0%.

Otro de los resultados fue que entre el nivel de estrés y la escala de ineficacia existe un coeficiente de correlación de 0.37 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson, esto permite concluir que entre el estrés y esta escala existe una correlación positiva media. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.13, lo que significa que el porcentaje de influencia entre el estrés y la ineficacia es del 13%.

Por otra parte, el nivel de estrés y la escala de perfeccionismo existe un coeficiente de correlación de 0.13 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson, esto significa que entre dichos atributos existe una correlación positiva débil. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.02, lo que significa que el porcentaje de influencia entre el estrés y el perfeccionismo es del 2%.

Asimismo, entre el nivel de estrés y la escala de desconfianza interpersonal existe un coeficiente de correlación de 0.14 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson, esto permite señalar que entre tales variables existe una correlación positiva débil. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.02, lo que significa que entre el estrés y la desconfianza interpersonal el porcentaje de influencia es del 2%.

A la vez, el nivel de estrés y la escala de conciencia introceptiva existe un coeficiente de correlación de 0.28 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson, esto significa que entre dichas variables existe una correlación positiva débil. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.08, lo que significa que entre el estrés y la conciencia introceptiva es del 8%.

Del mismo modo, entre el nivel de estrés y el miedo a la madurez existe un coeficiente de correlación de -0.05 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson, esto significa que entre el estrés y la escala referida no existe alguna correlación. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.00, lo que significa que el porcentaje de influencia entre el estrés y miedo a la madurez no llega al 1%.

Por otra parte, el nivel de estrés y el ascetismo existe un coeficiente de correlación de -0.01 , obtenido con la prueba “r” de Pearson, esto significa que entre el estrés y esta variable, no existe correlación. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.00, lo que significa que entre el estrés y el ascetismo el porcentaje de influencia no llega al 1%.

De igual manera, entre el nivel de estrés y la impulsividad existe un coeficiente de correlación de 0.24 según la prueba “r” de Pearson, esto significa que entre dichos atributos existe una correlación positiva débil. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.06, lo que significa que el porcentaje de influencia entre el estrés y la impulsividad es del 6%.

Finalmente el nivel de estrés y la inseguridad social existe un coeficiente de correlación de 0.25 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson, esto significa que entre el estrés y la inseguridad social existe una correlación positiva débil. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.06, lo que significa que entre el estrés y la inseguridad social, el porcentaje de influencia, es del 6%.

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

En función de lo anterior, se puede afirmar que el nivel de estrés se relaciona de forma significativa con la escala de ineficacia.

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

En función a los resultados, se confirma la hipótesis de trabajo, que afirma que existe relación significativa entre el nivel de estrés y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en los alumnos del CONALEP, plantel Apatzingán, para la escala de ineficacia.

Asimismo se confirma la hipótesis nula para las escalas de obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, perfeccionismo, desconfianza

interpersonal, conciencia introceptiva, miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad y la inseguridad social.

CONCLUSIONES

En la presente investigación se logró corroborar la correlación estadística entre el estrés y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios, particularmente para la escala de ineficacia.

Por otra parte, la hipótesis nula se logró corroborar para los casos del estrés y su relación con las siguientes escalas; obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva, miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad e inseguridad social.

Los objetivos teóricos referidos a la variable estrés, fueron cubiertos con suficiente amplitud en el capítulo 1. Cabe resaltar que una definición que satisfizo del investigador, fue aquella que señala que el estrés es un proceso psicológico que se origina ante una exigencia del organismo, frente a la cual este no tiene recursos para dar una respuesta adecuada, por lo que se activa un mecanismo de emergencia consistente en una activación psicofisiológica que permite recoger más y mejor información, procesarla e interpretarla más rápida y eficientemente, y así permitir al organismo actuar de una manera adecuada a la demanda.

Por otra parte, los objetivos particulares referidos a la naturaleza psicológica, causas y consecuencias de los trastornos alimentarios, fueron tratados de manera sistemática y suficiente en el capítulo 2.

Adicionalmente, el objetivo empírico referido a la medición de la presencia del estrés en la muestra o población estudiada, mediante instrumentos reconocidos en la comunidad científica, se cumplió en términos satisfactorios y ello se explica en el capítulo 3.

A su vez, la segunda variable del presente estudio fue medida en campo de manera objetiva; los resultados se presentan, analizan e interpretan en el capítulo 3.

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

Como hallazgos relevantes, se puede mencionar que la muestra de la cual se obtuvo la información analizada e interpretada, en cuanto al fenómeno del estrés, presenta niveles superiores a lo normal en la mayoría de las escalas, excepto en la de preocupaciones sociales/concentración.

Es oportuno observar que los resultados obtenidos en la presente investigación se refieren exclusivamente a la muestra examinada, es decir, para conocer la presencia de las variables mencionadas en otros sujetos de otra población, pero no incluidos en el presente ejercicio, es necesario hacer indagaciones adicionales.

El presente estudio, con sus resultados de campo, aporta a la ciencia psicológica que hay una relación entre el estrés y los trastornos alimentarios, en el caso de la escala de ineficacia.

Considerando los resultados, se sugiere a la institución determinar un plan de intervención a los estudiantes para el estrés y los trastornos alimentarios, en especial, en la ineficacia.

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.

Amezcuca Caballero, Karla Iveth. (2013)

Relacion entre el estrés y los factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios en el CETIS 27 de Uruapan, Michoacán.

Tesis inédita de la Escuela de Psicología de la Universidad Don Vasco. Uruapan, Michoacán, México.

Andrade Alvarez, María de Jesús. (2012)

Relacion entre el nivel de estrés y los trastornos alimentarios en los alumnos de preparatoria de Uruapan, Michoacán.

Tesis inédita de la Escuela de Psicología de la Universidad Don Vasco. Uruapan, Michoacán, México.

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

Manual de psicopatología.

Editorial McGraw-Hill. España.

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

Psicología clínica.

Editorial PEARSON. España.

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.

Elorza Pérez-Tejada, Aroldo. (2007)

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

Editorial Cengage Learning. México.

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

Hernández Sampieri, Roberto; Fernández-Collado, Carlos; Baptista Lucio, Pilar.
(2010)
Metodología de la investigación.
Editorial McGraw-Hill. México.

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

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

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

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

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

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

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

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

RauschHerscovici, 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. (1996)
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 PsicologíaCientífica.com, 7(9).

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

Cano Vindel, Antonio. (s/f)

“LA NATURALEZA DEL ESTRÉS”

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

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

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

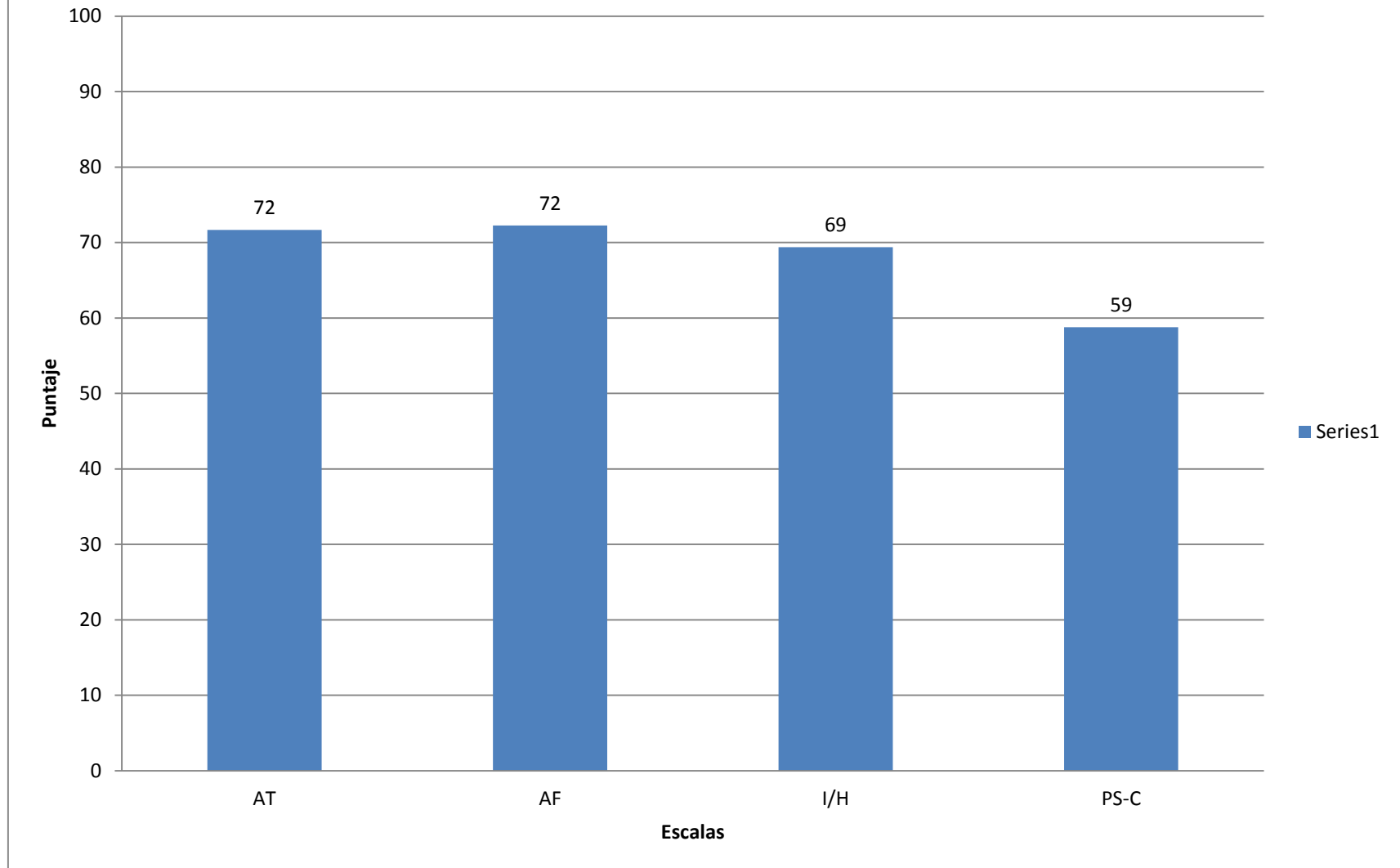
“La anorexia nerviosa como distorsión de la imagen corporal. Programa de prevención desde la educación física escolar en la provincia de Jaén”

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

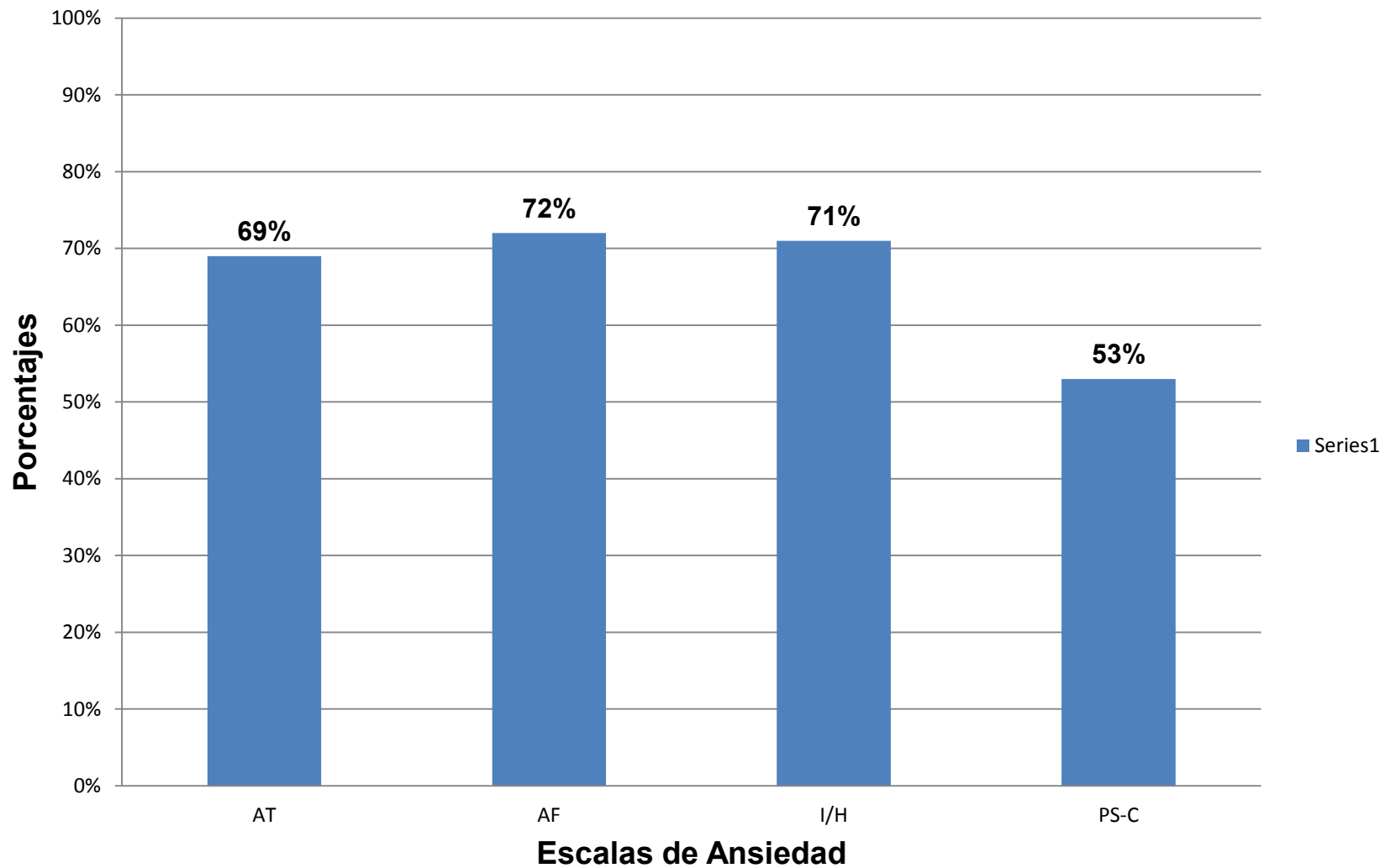
<http://www.rieoei.org/deloslectores/343Zagalaz.pdf>

ANEXO 1

Media aritmética de las escalas de ansiedad

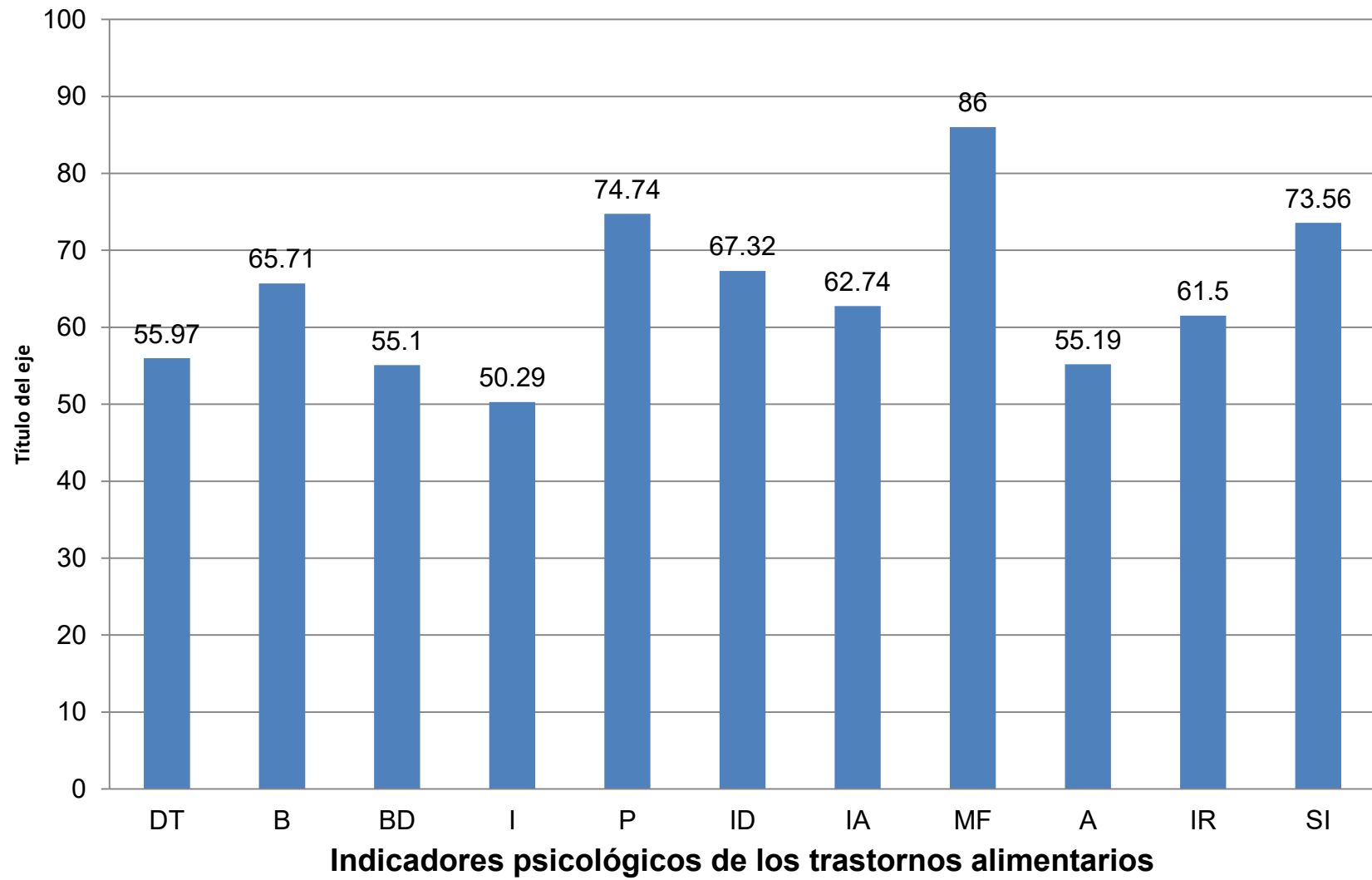


ANEXO 2
Porcentajes de sujetos con puntajes bajos en las escalas de ansiedad

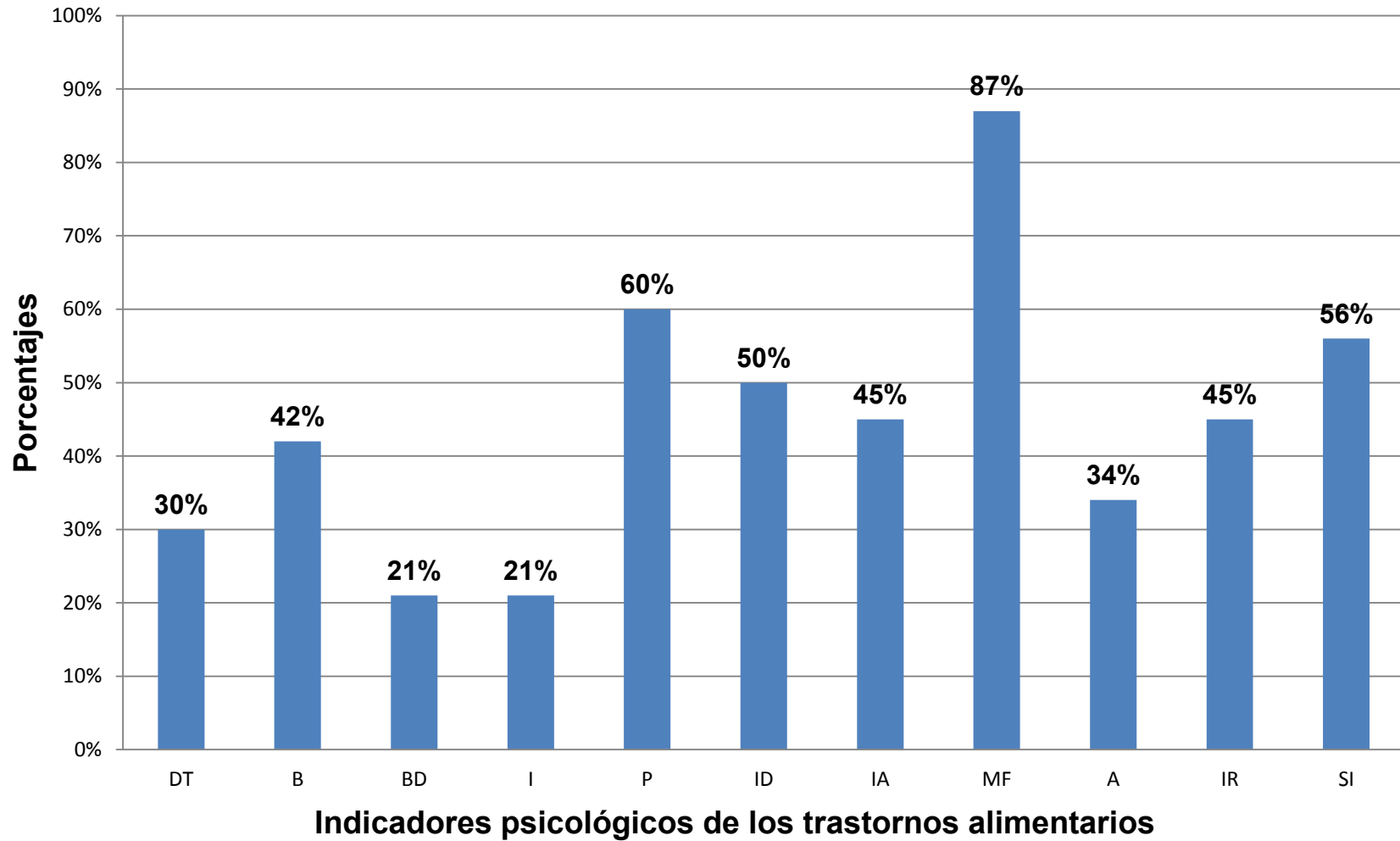


ANEXO 3

Media aritmética de los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios



ANEXO 4
Porcentajes de sujetos con puntajes altos en los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios



ANEXO 5

Correlación entre el estrés y los trastornos alimentarios

