



UNIVERSIDAD DON VASCO, A.C.

INCORPORACIÓN NO. 8727-25 A LA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

**EL ESTRÉS RELACIONADO CON LOS INDICADORES
PSICOLÓGICOS ASOCIADOS A LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS
EN ALUMNOS DEL COLEGIO DE BACHILLERES, PLANTEL
TINGAMBATO, MICHOACÁN**

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

Licenciada en Psicología

Nancy Viridiana Villanueva Martínez

Asesor: Lic. Héctor Raúl Zalapa Ríos

Uruapan, Michoacán, 28 de Agosto de 2012.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos:

Primeramente a **Dios**

por regalarme la dicha de lograr un sueño más
en el trayecto de mi vida.

De manera muy especial a **mis padres**,
Muchas gracias Papá por tu apoyo incondicional,
el coraje que despertaste en mí, fue un impulso
para lograr este último paso, que es parte fundamental
en mi formación académica y profesional.

este proyecto dedicado a ti PAPA.

Gracias Mamá por tu paciencia
y tus palabras de aliento que me ayudaron
a no desistir al logro de este sueño;
mí sueño, mí esfuerzo, mí logro.

Gracias querida familia.

Agradezco también a **mis maestros**

Por su paciencia, dedicación, esfuerzo y apoyo incondicional.

Sin ello, este proyecto

no sería posible verlo realizado

Gracias Profesores y amigos de la Escuela de Psicología de la UDV.

ÍNDICE

Introducción.

Antecedentes	1
Planteamiento del problema	5
Objetivos	6
Hipótesis	7
Justificación	8
Marco de referencia	9

Capítulo 1. Estrés.

1.1. Antecedentes históricos	12
1.2. Tres enfoques teóricos del estrés	13
1.2.1. El estrés como respuesta	13
1.2.2. El estrés como estímulo	14
1.2.3. El estrés como relación persona-entorno	15
1.2.3.1. Conceptualización de estrés	17
1.3. Los estresores	18
1.3.1. Estresores psicosociales: cambios mayores, vitales y cotidianos	19
1.3.2. Los estresores biogénéticos	22
1.3.3. Estresores en el ámbito académico	23
1.4. Procesos del pensamiento que propician el estrés	24
1.5. Los moduladores del estrés.	25
1.5.1. El control percibido	26

1.5.2. El apoyo social	26
1.5.3. El tipo de personalidad: A/B	27
1.5.3.1. Personalidad tipo A y problemas cardiacos	28
1.6. Los efectos negativos del estrés	29

Capítulo 2. Trastornos de alimentación.

2.1. Antecedentes históricos de la alimentación	31
2.2. Definición y características clínicas de los trastornos alimenticios	32
2.2.1. Anorexia nerviosa	33
2.2.2. Bulimia nerviosa	34
2.2.3. Obesidad	35
2.2.4. Hiperfagia	36
2.2.5. Vómitos	36
2.2.6. Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia	36
2.3. Esfera oroalimenticia en el infante	38
2.3.1. Organización oroalimenticia	39
2.3.2. Alteraciones oroalimenticias	40
2.4. Perfil de la persona con trastornos de alimentación	41
2.5. Causas del trastorno alimenticio	43
2.5.1. Factores predisponentes individuales	44
2.5.2. Factores predisponentes familiares	48
2.5.3. Factores predisponentes socioculturales	50
2.6. Percepción del cuerpo en el trastorno alimenticio.	51
2.7. Factores que mantienen los trastornos alimenticios	52

2.8. Trastornos mentales asociados a los trastornos alimenticios	54
2.8.1. Trastornos alimenticios y depresión	55
2.8.2. Trastornos alimenticios y ansiedad	56
2.9. Tratamiento de los trastornos alimenticios	56

Capítulo 3. Metodología, análisis e interpretación de resultados.

3.1. Descripción metodológica	63
3.1.1. Enfoque cuantitativo	63
3.1.2. Investigación no experimental	65
3.1.3. Diseño transversal	65
3.1.4. Alcance correlacional	66
3.1.5. Técnicas de recolección de datos.	66
3.2. Población y muestra	69
3.2.1. Descripción de la población	69
3.2.2. Descripción del tipo de muestreo	69
3.3. Descripción del proceso de investigación	71
3.4. Análisis e interpretación de resultados	75
3.4.1. Variable estrés	75
3.4.2. Indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios	78
3.4.3. Relación entre el nivel de estrés y los trastornos alimentarios.	80
Conclusiones	86
Bibliografía	88
Mesografía	91

Anexos.

INTRODUCCION

En este primer apartado se mencionan los antecedentes que hay hasta la fecha del tema indagado; de igual manera, se desarrolla el planteamiento del problema, se enuncian las hipótesis y objetivos que siguió la investigación. Mediante la justificación se explican los beneficios que se obtendrán de este proceso y en el marco de referencia se hace mención del escenario de estudio y la población examinada.

Antecedentes

En esta parte del documento se definen las variables a investigar, de la misma manera se precisa si ya se han realizado investigaciones del mismo tema, en la institución examinada.

De acuerdo con Caldera y cols. (2007), en tiempos actuales el estrés es un problema que se ha venido presentado con mayor frecuencia debido a la cantidad excesiva de trabajo o la desmesurada presión que se puede sufrir en cualquier situación comprometida. Por mencionar algunas circunstancias, están: la espera en alguna fila, despido del trabajo, discusión con algún ser cercano, padecer alguna enfermedad grave, soportar algún jefe difícil, problemas económicos o de orden sentimental, entre otras.

“El concepto de estrés se remonta a la década de 1930, cuando un joven austriaco de 20 años de edad, estudiante de segundo año de la carrera de medicina en la Universidad de Fraga, Hans Selye, observó que todos los enfermos a quienes estudiaba, indistintamente de la enfermedad que padecían, presentaban síntomas comunes y generales: cansancio, pérdida de apetito, baja de peso, astenia, entre otros síntomas específicos. Esto llamó la atención de Selye, quien denominó al fenómeno ‘Síndrome de estar enfermo’.” (Caldera y cols.; 2007: 79).

El término estrés es de origen anglosajón y significa “tensión”, “presión”, “coacción”. Por lo tanto, se puede definir estrés como “un proceso psicológico que se origina ante una exigencia al organismo, frente a la cual éste 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” (Palmero y cols.; 2002: 424).

Al enfocar la investigación del estrés en los estudiantes, se enunciará una breve definición del estrés académico, entendido como la presión que ejercen en los estudiantes las demandas que exige el ámbito educativo, por decir, la ansiedad de hablar en público o la preparación del examen de alguna materia.

Por su parte, la variable de trastornos alimentarios se puede entender como un desorden del individuo en su alimentación. Los trastornos alimentarios más

conocidos y sobre los que se realizó esta investigación son la anorexia y la bulimia nerviosa.

De acuerdo con Hernández (2006: s/p) “la particularidad de la anorexia y la bulimia radica en su dimensión como actos que llegan a ser irrefrenables para quien los padece, implicando riesgos físicos severos e incluso la muerte. La problemática envuelve a los jóvenes en su estado de angustia e indefensión crecientes, llevándolos a altos riesgos de salud al tiempo de arrastrar a la familia hacia un torbellino de dolor y desesperación”.

Por lo dicho anteriormente y de acuerdo con lo que los autores han mencionado, se entiende que la anorexia nerviosa es un síndrome que afecta a las mujeres adolescentes y en menor grado a los hombres; se manifiesta mediante síntomas como: la falta de apetito, uso de laxantes, provocación del vómito y exageración de ejercicio físico.

Por bulimia nerviosa se puede decir que es el exceso de ingesta de comida acompañado del miedo a engordar, por ello se presenta culpabilidad por haber comido de más, seguido por la provocación de vómito o ingesta de laxantes.

“Los trastornos alimentarios son enfermedades conductuales devastadoras, producidas por una compleja interacción de factores, que pueden influir trastornos emocionales y de personalidad, presiones familiares, una posible sensibilidad genética o biológica y el hecho de vivir inmersos en una cultura en que existe la

contradicción entre la oferta abundante de comida y una obsesión por la delgadez”. (Hernández; 2006: s/p).

Existen algunas indagaciones anteriores donde se estudió la relación del estrés con los trastornos alimentarios, las cuales se exponen enseguida.

Primeramente se menciona a Rodríguez (2011), quien llevó a cabo una investigación en el CETIS No. 27 en alumnos de 4° semestre de la ciudad de Uruapan. Michoacán. Después de aplicar los instrumentos EDI-2 y CMAS-R, llegó a la conclusión de que existe relación significativa entre el estrés y los trastornos alimentarios, principalmente en la escala de conciencia introceptiva.

Toledo (2011), cuya investigación fue realizada en la Escuela Secundaria Técnica No. 85 durante el ciclo escolar 2010-2011 en la ciudad de Uruapan, Michoacán, menciona, por el contrario, que no existe relación significativa entre el estrés y los trastornos alimentarios, ya que de acuerdo con la prueba aplicada (EDI-2), se corroboró que únicamente existe relación entre el estrés y los trastornos alimentarios en las subescalas denominadas perfeccionismo y conciencia introceptiva.

Por lo dicho anteriormente, en el presente estudio se toma mucha importancia respecto a la posible relación de estas variables, ya que el estrés que causan los deberes educativos puede ocasionar que alumnos del Colegio de

Bachilleres, Plantel Tingambato, presenten una inadecuada alimentación y dicha conducta se vincule con un trastorno severo de alimentación.

Planteamiento del problema

La presente investigación cobra importancia dado que en tiempos actuales el estrés es un problema que se está presentando de manera considerable en los jóvenes, específicamente en los alumnos del Colegio de Bachilleres Plantel Tingambato, de acuerdo con observaciones que realizan los maestros de la institución

Al respecto, se señala también como un factor preocupante el hecho de que los jóvenes asuman una conducta negativa hacia su propia salud, específicamente en lo que se refiere a los trastornos alimenticios, los cuales, dicen, podrían ser consecuencia del estrés.

Es por ello que se considera necesario conocer si realmente el estrés es un factor importante para que los jóvenes del Colegio de Bachilleres, Plantel Tingambato, presenten trastornos alimenticios.

Por el momento se desconoce si existe una relación entre dichos fenómenos, ya que hasta la fecha no se han realizado investigaciones del tema en la población mencionada con anterioridad.

Por lo tanto, mediante la presente investigación se pretende responder a la siguiente cuestión: ¿Existe relación entre el estrés y los indicadores psicológicos de los trastornos alimenticios?

Objetivos

Los objetivos son las metas que se persiguen con la investigación, ya que plasman la intencionalidad predefinida; tales enunciados deben encauzar y facilitar la consecución del estudio.

Objetivo general

Establecer la correlación que existe entre el estrés y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en los jóvenes del Colegio de Bachilleres, Plantel Tingambato, Michoacán.

Objetivos particulares

1. Conceptualizar en término estrés.
2. Establecer los indicadores psicológicos del estrés.
3. Analizar los enfoques teóricos del estrés.
4. Determinar el nivel de estrés que presentan los jóvenes del Colegio de Bachilleres, Plantel Tingambato, Michoacán.
5. Definir el concepto de trastornos alimentarios.

6. Identificar las causas de los trastornos alimentarios.
7. Establecer los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios.
8. Valorar el nivel en que se presentan los trastornos alimentarios en los jóvenes del Colegio de Bachilleres, Plantel Tingambato.

Hipótesis

Por hipótesis se entiende que es una explicación tentativa de la realidad estudiada.

Hipótesis de trabajo

Existe correlación significativa entre el nivel de estrés y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios que presentan los jóvenes del Colegio de Bachilleres, Plantel Tingambato, Michoacán.

Hipótesis nula

Entre el nivel de estrés que presentan los jóvenes del Colegio de Bachilleres, Plantel Tingambato, Michoacán y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios, no existe correlación significativa.

Operacionalización de las variables de estudio

El nivel de estrés será comprendido como el resultado que se obtenga producto de la administración de la prueba denominada Perfil de Estrés, del autor Kenneth M. Nowack (2002). La prueba consta de 15 escalas y una más para medir la mentira.

Respecto a los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios, se conceptualizarán operacionalmente con el resultado obtenido en el inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2) del autor David M. Gardner (1998), la cual evalúa los indicadores psicológicos que se encuentran comúnmente asociados a los trastornos alimentarios. Al igual que en el instrumento mencionado anteriormente, este inventario cuenta con los estándares de confiabilidad y validez establecidos por la psicología científica.

Justificación

Este apartado hace referencia a la importancia que tiene esta investigación, tanto para la institución como para la comunidad en general y la psicología.

La presente indagación permitirá conocer si el estrés es la causa de los trastornos alimentarios en los jóvenes del COBAEM. De esta manera, beneficiará a los directivos y maestros en primer lugar, para que de alguna manera brinden apoyo a los alumnos que así lo requieran. En segundo lugar beneficiará a éstos, ya que les

permitirá conocer y aprender los niveles en los que presente el estrés en esta etapa de su vida. Asimismo, alertará a los padres de familia de modo que podrán darse cuenta de qué manera ayudar a su hijo estudiante en caso de que presente algún nivel de estrés relacionado con trastornos alimentarios.

Al campo de la psicología le aportará el conocimiento de identificar la importancia de la relación entre las variables antes citadas, en jóvenes estudiantes, considerando la necesidad de investigar si los quehaceres escolares influyen para que el alumno presente algún grado de estrés.

El presente estudio se relaciona directamente con el campo de acción del psicólogo, porque se vincula directamente con los factores emocionales y afectivos de los trastornos alimentarios relacionados con los niveles del estrés.

Marco de referencia.

En este apartado se dan a conocer los datos generales de la institución en la cual se realizó la investigación.

El Colegio de Bachilleres, Plantel Tingambato, es una institución de nivel medio superior. Se encuentra ubicada en la calle Hidalgo esquina con Oaxaca, Barrio Cuarto de la población de Tingambato, Michoacán; surgió en el año 1985 y su clave es 16ECB0038E.

A ella acuden jóvenes de la misma localidad, así como de las localidades de San Andrés Corú, San Juan Tumbio, La Escondida y Uruapan, principalmente, cuando ya han concluido su educación secundaria o telesecundaria. En ella se atienden jóvenes de recursos económicos medios a bajos, hijos de padres con ocupaciones agrícolas, recolectores frutícolas, albañiles, trabajadores de empresas en la ciudad de Uruapan o Morelia, profesores en los diferentes niveles educativos en la población o región y madres que son amas de casa o algunas con actividades en algún sector educativo o de servicios.

Actualmente el Colegio de Bachilleres está conformado por 330 alumnos quienes cursan los semestres: segundo, cuarto o sexto, así como 21 docentes, algunos con preparación de licenciatura y otros con grado de maestría o doctorado.

La infraestructura que presenta es de cemento, con doce aulas para atender al alumnado, además de un laboratorio para usos múltiples, química-física, laboratorio de inglés y de cómputo, un edificio para dirección, control escolar, supervisión del orden y biblioteca escolar; además, cuenta con tienda escolar y comedores para que los alumnos consuman alimentos en sus espacios de receso, así como una cancha de básquetbol y áreas verdes distribuidas en todo el plantel, cuya superficie total es de casi una hectárea .

Su misión consiste en brindar información integral de nivel medio superior a jóvenes o adultos a través de personal profesional capacitado, con base en un modelo educativo que propicie el desenvolvimiento pleno de las potencialidades del

individuo, para lograr egresados competentes y comprometidos con el desarrollo social.

La visión del COBAEM consiste en ser una institución de nivel medio superior reconocida nacional e internacionalmente por su liderazgo en la formación de individuos, con el auxilio de personal en constante formación, procesos integrales, tecnologías de información y comunicación de vanguardia e infraestructura adecuada, sustentados en una planeación que responda estratégicamente a las necesidades de la población.

Su filosofía radica en actuar siempre con honestidad y compromiso en un ambiente de cooperación y respeto, aportando lo mejor de cada docente para alcanzar la misión del COBAEM.

CAPÍTULO 1

ESTRÉS

En este capítulo se desarrolla la variable de estrés, desde sus orígenes, conceptualización y los factores que intervienen para que el individuo presente algún grado de dicha condición en su vida cotidiana.

1.1. Antecedentes históricos

Se ha mencionado anteriormente que el estrés nace como la inquietud de un joven estudiante de medicina, Hans Selye, en 1930.

De acuerdo con Lazarus y Lazarus (2000), en el siglo XIV la palabra estrés era entendida con el significado de dureza, momentos angustiosos, adversidad o aflicción.

Un análisis realizado por Hooke, influyó en gran medida en la manera de definir la tensión en fisiología, psicología y sociología. Asimismo, el estrés se convirtió en el término para definir una exigencia del entorno sobre un sistema biológico, social o psicológico.

Según Sánchez (2007: 14), “la palabra estrés proviene del latín stringere, que significa presionar, comprimir, oprimir”

Lazarus y Lazarus (2000) refieren que durante la Segunda Guerra Mundial surgió un gran interés por el estrés, porque los soldados muchas veces se desmoronaban emocionalmente con el combate militar; a esta crisis muchas veces se le llamaba “fatiga de combate” o “neurosis de guerra”.

Claude Bernard (mencionado por Sánchez; 2007) descubrió que si bien cualquier cambio externo en el ambiente puede perturbar al organismo, los seres vivos poseen la capacidad para mantener la estabilidad interna aunque se modifiquen las condiciones externas.

Se puede entender que desde épocas anteriores el estrés ha sido un factor de suma importancia, ya que el ser humano, al verse ante una situación preocupante, manifiesta una respuesta deseada ante la situación de presión o tensión, que le permite resolver el problema eficientemente.

1.2. Tres enfoques teóricos del estrés

Existen tres orientaciones teóricas del estrés, de acuerdo con Trianes (2002): como respuesta, como estímulo y el enfoque interactivo.

1.2.1. El estrés como respuesta

El estrés puede entenderse como “la reacción o respuesta ante un estímulo amenazador” (Trianes; 1997: 29).

Fontana (1992) afirma que Selye denominó a la respuesta que se da ante un cambio ambiental, como síndrome general de adaptación, el cual se desarrolla en tres fases: de alarma, de resistencia y de agotamiento. El autor indica que hay tres niveles de respuesta: cognitiva, emocional y conductual.

El área cognitiva presenta decremento en la atención y concentración, aumento de distractibilidad, deterioro de la memoria, velocidad de respuesta impredecible, errores en tareas y deficiente planeación a largo plazo.

Los cambios en el área emocional son: aumento de tensión psicológica (muchas preocupaciones que no se atienden), hipocondría, modificación de rasgos de personalidad, se agudizan deficiencias personales que ya se tenían, hay debilitamiento de restricciones morales, pérdida de autoestima y de presión.

1.2.2. El estrés como estímulo

En este enfoque “se considera el estrés que relaciona la salud y la enfermedad con ciertas condiciones presentes en el entorno externo de individuo” (Travers y Cooper; 1997: 30). El nivel de tensión apreciable y su tipo dependerán del individuo y de la durabilidad y fuerza de la presión aplicada, que puede ser física o emocional, de acuerdo con los autores citados, es decir, influyen las situaciones ambientales molestas que provoquen cambios en el individuo.

Dicho de otra manera, la situación está condicionada por el grado de importancia que una persona le da a una situación estresante, así como el tiempo que la persona le otorga a dicha situación.

1.2.3. El estrés como relación persona-entorno (enfoque interaccionista)

Travers y Cooper (1997), retoman el planteamiento de Pearlin, quien indica que el estrés no es un suceso, sino un proceso complejo, variado y desafiante a nivel intelectual.

En el estrés como una interacción o transacción entre la persona y el entorno, según Cooper (mencionado por Travers y Cooper; 1997), las personas influyen en su entorno y reaccionan ante él. En consecuencia, el estrés es esencialmente el grado de adaptación entre la persona y el entorno.

“La relación persona-entorno que produce el estrés es un desequilibrio subjetivo entre las demandas que recibe la persona y sus recursos para satisfacerlas. Dependiendo del grado de desequilibrio, experimentamos más o menos estrés” (Lazarus y Lazarus; 2000: 282).

Los autores citados mencionan que por debajo del nivel ideal de estrés, la persona siente aburrimiento, y por encima, experimenta demasiada presión.

Por lo dicho anteriormente, se puede afirmar que es indispensable experimentar un grado de estrés en medida que no afecte de manera negativa la salud de la persona.

Travers y Cooper (1997) mencionan cinco aspectos del modelo cognitivo, los cuales son:

1. Valoración cognitiva: la percepción subjetiva de la situación.
2. Experiencia: la familiaridad del sujeto con las circunstancias.
3. Exigencia: las necesidades y deseos de superación del individuo.
4. Influencia interpersonal: la presencia o ausencia de otras personas, ante ello, el individuo reacciona de manera positiva o negativa.
5. Un estado de desequilibrio: aquí tiene lugar el grado en que falta armonía entre la exigencia que se percibe y la capacidad asumida de superar la demanda.

El individuo valora la situación que se le presenta y de ello elige si le da o no la importancia suficiente que le genere algún grado de estrés. Dependiendo si ha vivido una situación igual o semejante, reaccionará de manera positiva o se sentirá amenazado. El sujeto se exigirá el grado de superación que desea obtener de acuerdo con su necesidad y si influyen otras personas que le motiven o desanimen al logro de su meta.

Esto es, la percepción que tiene el individuo ante el estímulo estresante y el grado de importancia que le dé a la situación que se le presenta, condicionará el que experimente o no algún grado de estrés.

1.2.3.1. Conceptualización de estrés

Desde los antecedentes se han venido citando diversas definiciones de estrés, para esta investigación se tomarán en cuenta las siguientes:

El estrés “es una respuesta adaptativa, mediada por las características individuales y/o procesos psicológicos, la cual es al mismo tiempo consecuencia de una acción, situación o evento externo que plantea a la persona especiales demandas físicas y psicológicas” (Ivancevich y Matteson; 1985:23).

El segundo concepto integrador de estrés es el expuesto a continuación (Lazarus, en Trianes;2002:21-22), que incluye cinco componentes:

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

El estrés es la respuesta del individuo, de acuerdo con su necesidad ante una situación.

Ivancevich y Matteson (1985), refieren que la ausencia de estrés es nociva, ya que la vida está rodeada de situaciones que ponen a prueba de la resistencia de la persona, es decir, la capacidad de hacer frente al estrés.

1.3. Los estresores

De acuerdo con Palmero y cols. (2002), cualquier circunstancia que cause un cambio en las rutinas de la vida diaria es causa de estrés, así sea positivo o perjudicial, ambos son estresores.

Lazarus y Cohen (mencionados por Palmero y cols.;2002), hablan de tres tipos de acontecimientos estresantes o estresores psicosociales:

- Los cambios mayores o estresores únicos: los cuales hacen referencia a las modificaciones dramáticas de las condiciones en el entorno de la vida de las personas.
- Los cambios menores o estresores múltiples: afectan a sólo una persona o un pequeño grupo y corresponden a cambios significativos y con trascendencia vital para la persona.

- Los estresores cotidianos o microestresores: hacen referencia a pequeñas molestias o alteraciones en las pequeñas rutinas cotidianas.

De acuerdo con los tipos de estresores que se mencionaron anteriormente, se entiende que en la vida diaria de la persona se presenta algún grado de estrés dependiendo de la situación que se presente y el modo en que sea percibido por ella.

Enseguida se especifican algunas situaciones de los estresores psicosociales en la vida de las personas, tomando de referencia a Palmero y cols. (2002).

1.3.1. Estresores psicosociales: cambios mayores, vitales y cotidianos

Los cambios mayores hacen referencia a las situaciones altamente traumáticas, hechos que pueden ser prolongados u ocurrir de forma sumamente rápida, provocando un efecto traumático en la persona.

Entre las situaciones que causan estos cambios son: ser víctima de violencia o el terrorismo, sufrir importantes problemas de salud que impliquen cirugía mayor o enfermedades terminales, el desarraigo y la migración; asimismo, catástrofes de origen natural, como terremotos, inundaciones o cataclismos.

Una característica relevante en este tipo de estresor es su potencial capacidad para afectar a un amplio número de personas.

Como estresores mayores, se entiende que son los que tardan mas tiempo en superarse o que la persona se resista a enfrentar la situación que le causa estrés, dichas causas están fuera del alcance de las personas, esto es, no puede controlarlas.

Los cambios vitales, por otra parte, son circunstancias que pueden hallarse fuera del control del individuo. Entre ellos pueden mencionarse:

- La vida conyugal: contraer un compromiso matrimonial, las desavenencias de pareja, la separación o la muerte de uno de los miembros.
- La paternidad: ser padre o madre, mantener relaciones difíciles con los hijos o enfermedad de uno de ellos.
- El ámbito económico: como el manejo inapropiado de las finanzas o cambio en el estatus económico.
- El propio desarrollo biológico: la pubertad, el cambio al estado adulto o la menopausia.
- Algunos otros como un embarazo no deseado o una violación.
- Además, en el caso de los niños y adolescentes existen otros factores familiares como: relaciones frías y distantes entre los padres, trastornos somáticos o mentales en los miembros de la familia, así como un débil o insuficiente control paterno, familia adoptiva o pérdida de miembros de la familia nuclear.

Los cambios vitales son estresores que hacen referencia a las situaciones que forman parte de la vida cotidiana de la persona, y pueden presentarse a la hora y en el momento inesperado, provocando alteraciones significativas.

Los estresores cotidianos, por último, son aquellas pequeñas situaciones que pueden irritar o perturbar a la persona en un momento dado, es decir, molestias que se sufren a diario.

Las responsabilidades domésticas, aspectos relacionados con la economía, el trabajo, los problemas ambientales y sociales, el mantenimiento del hogar, la salud, la vida personal y lo relacionado con la familia y los amigos, son situaciones que se incluyen en esta clase de estresores. De manera global, se pueden subdividir en:

- 1) Las contrariedades, las cuales son situaciones que causan malestar emocional o demandas irritantes, es decir, problemas prácticos como la pérdida de un objeto o sufrir un atasco de tráfico, sucesos fortuitos como los fenómenos meteorológicos o la rotura de un objeto, problemas sociales como mantener una discusión o tener problemas familiares.
- 2) Las satisfacciones, por otra parte, se refieren a experiencias o emociones positivas que tienen las características de disminuir o anular los efectos de las contrariedades.

Los estresores cotidianos se perciben en las situaciones diarias que se presentan en vida de la persona, también en este caso influye la actitud con la que se enfrenta cada problemática.

1.3.2. Los estresores biogénicos

Everly (mencionado por Palmero y cols.; 2002) plantea una diferenciación desencadenante del estrés en dos tipos: los psicosociales, mencionados anteriormente y los biogénicos, los cuales son sucesos ambientales reales o imaginarios que configuran las condiciones para provocar la respuesta del estrés. Este tipo de estresores son “los que actúan directamente causando o desencadenando la respuesta del estrés” (Palmero y cols.; 2002: 431). Entre ellos se pueden mencionar:

- Los cambios hormonales en el organismo, como los que ocurren en la pubertad, el síndrome premenstrual en las mujeres, el postparto, la desaparición de la menstruación o menopausia.
- Ingestión de determinadas sustancias químicas.
- Reacción a ciertos factores físicos como los estímulos que provocan dolor, calor y el frío extremo.
- El estrés alérgico.

Los estresores biogénéticos son los factores genéticos que ocurren en la persona y que causan en ella algún cambio importante mediante un episodio de sobreestrés.

1.3.3. Estresores en el ámbito académico

En este apartado se mencionan algunas situaciones que se presentan en el ámbito escolar y que son la causa para que el alumno experimente algún grado de estrés.

Barraza (2005) menciona una serie de factores estresantes que se presentan en el joven estudiante ante situaciones que son parte del quehacer académico, como el hecho de hablar en público cuando se trata de exponer frente al grupo o bien, responder o formular preguntas; el prepararse para un examen, o cuando se le dejan trabajos con un limitado tiempo para la entrega. Los jóvenes universitarios presentan también preocupación por la separación de la casa paterna, el tener que viajar constantemente, asumir responsabilidades económicas, el compartir casa o vivir solo.

Cuando al alumno no logra responder de manera acertada a cuestiones que se le asignan, aun cuando se haya preparado arduamente, se le puede nombrar estrés disfuncional y de ahí se pueden derivar una serie de factores negativos como dolores de cabeza, alteraciones en la piel, del sueño, dificultad para concentrarse o cambios de humor, de acuerdo con Pérez (citado por Barraza; 2005).

Las respuestas más comunes del estrés académico de acuerdo con Hernández, Polo y Poza (retomados por Barraza; 2005) pueden ser: que el alumno se preocupe de más, su respiración se puede alterar, hay realización de movimientos repetitivos, sensación de miedo, malestares estomacales, consumo excesivo de cigarro, alcohol o comida para controlar la tensión, pensamientos o sentimientos negativos, tartamudeo, inseguridad, sentimientos de tristeza, entre otros.

1.4. Procesos del pensamiento que propician el estrés.

Cungi (2007) habla del proceso de distorsión del pensamiento y distingue diversos procesos de cognición. Los primeros son distorsiones cognitivas que, aunque irracionales, son creídas por la persona, tienden a ser reiterativas e impiden evaluar adecuadamente los eventos. Algunas de ellas son las siguientes:

- La inferencia arbitraria: es una conclusión sin pruebas, a menudo estas deducciones son predicciones negativas, como el dar por hecho que los demás hablan o piensan mal de la persona en cuestión.
- La abstracción selectiva: es una inferencia arbitraria particular, que consiste en aislar una información de un contexto para extraer una conclusión que en general agrava el estrés. Por decir, levantarse de mal humor por la mañana y estar de mal humor en el área de trabajo.
- La minimización y la maximización: son errores de evaluación de los otros y de sí mismo, el sujeto tenderá a minimizar sus éxitos y maximizar sus

fracasos, las personas en este proceso tienden a hacer más grandes los problemas y no creer en un logro alcanzado.

- La sobregeneralización: Consiste en extraer conclusiones generales a partir de un solo evento, incluso de un pequeño y único incidente, por ejemplo: asignarse un calificativo a partir de un fracaso, por decir, si una persona se considera inútil, se lo repetirá a sí misma cada que no logre un objetivo.
- La personalización: se refiere al hecho de que la persona se siente responsable de cualquier situación que ocurra a ella o sus allegados. Se personalizan los fracasos o aspectos negativos de las acciones desarrolladas, un ejemplo puede ser cuando una persona se hace responsable del fracaso de algún proyecto.

1.5. Los moduladores del estrés

De acuerdo con Palmero y cols. (2002), los moduladores son factores imprescindibles para determinar y predecir cuál será el curso del proceso de estrés y sus repercusiones sobre la salud. Los autores mencionan que existen moduladores de carácter social, que hacen referencia al apoyo que se puede recibir una persona en dificultades y otros de carácter personal, que son las creencias, competencias, las experiencias y los rasgos de personalidad.

1.5.1. El control percibido

Esta percepción es “entendida como una creencia general sobre el grado en el que uno mismo es capaz de controlar y lograr aquellas metas u objetivos deseados, regulando las dificultades que acaecen en el curso de su consecución” (Fontanie, McKenna y Cheskin,retomados por Palmero y cols.; 2002: 528).

Cascio y Guillén (2010: 188) indican que este control “hace referencia a las expectativas de los sujetos sobre las causas de sus experiencias” y mencionan que hay dos tipos de expectativas: las de control interno, donde la persona cree que lo que ocurre es producto de sus acciones, y control externo, donde cree que lo que le ocurre está determinado por el azar, la suerte u otras personas.

Mediante el control percibido, el sujeto vive el estrés de acuerdo con las experiencias que ha obtenido, y las capacidades que desarrolla para hacer frente a las situaciones estresantes.

1.5.2. El apoyo social

Son las provisiones instrumentales o expresivas, reales o percibidas aportadas por la comunidad, las redes sociales y los amigos íntimos.

Según Palmero y cols. (2002) el apoyo social está relacionado con la salud, es decir, puede aminorar el impacto negativo de los sucesos vitales y otros agentes

estresores, reducir el impacto del estresor y ayudar al sujeto a afrontar la situación estresora.

Mediante el apoyo social, el individuo puede enfrentar una situación estresante de manera menos alarmante, ya que este apoyo beneficiará de una forma significativa en su salud, debido a que el sujeto manifiesta un estado de tranquilidad al sentir un apoyo por parte de personas que le estiman, ya sean familiares o amigos.

1.5.3. El tipo de personalidad: A/B

De acuerdo con Travers y Cooper (1997), se ha descubierto que los estilos de conducta actúan como modificadores de respuesta individual ante el estrés.

Travers y Cooper (1997) mencionan a Van Dijkhuizen y Riche, Friedman y Rosenman, quienes estudiaron los conceptos de personalidad tipo A y tipo B; y encontraron un conjunto de actitudes, reacciones emocionales y modelos de conducta que tenían que ver con pacientes que manifestaban enfermedades debidas al estrés.

Es decir, estos tipos de personalidad están denominados de acuerdo con las reacciones que presenta una persona a situaciones diversas.

1.5.3.1. Personalidad tipo A y problemas cardiacos

De acuerdo con Cascio y Guillén (2010), este tipo de personalidad es caracterizado por la competitividad, la impaciencia y lo hostilidad. Además de que las personas de este tipo, tienden a ser más propensas a padecer de estrés, esto les da como consecuencia la propensión a enfermedades.

Travers y Cooper (1997) mencionan algunos comportamientos que presentan las personas que de Tipo A, los cuales son: hostilidad, agresividad, competitividad, sentido de urgencia, intolerancia, exigencia, tener siempre prisa, una forma de hablar acelerada, movimientos rápidos, sentimientos de culpa o inquietud; igualmente, no les gusta que les impidan superar rápidamente los obstáculos que se encuentran en su camino.

Es decir, los individuos con personalidad de este tipo no se detienen en apreciar las situaciones que suceden en la naturaleza, como un atardecer o la sensación de una brisa fresca; tienden a sentir culpa de hacer nada y pueden llegar a padecer enfermedades más frecuentemente.

Una persona de este tipo, además de sentir fatiga más rápidamente, suele causar malestar a quienes le rodean a causa de la desesperación que presenta para realizar alguna actividad, o por el hecho de que quiera que las conversaciones giren en torno a ella.

1.6. Los efectos negativos del estrés

Ivancevich y Matteson (1985) mencionan una posible relación entre el estrés y algunas afecciones específicas originadas por dicha condición, las cuales se presentan a continuación:

- La hipertensión: en esta condición se comprimen las paredes arteriales aumentando la presión, pero una vez que se pasa la alarma, la presión debe volver a la normalidad; de no ser así, puede permanecer en niveles anormalmente altos.
- Las úlceras: son lesiones inflamatorias en el recubrimiento del estómago o intestino.
- La diabetes: es la deficiencia de insulina, el estrés incrementa el nivel de azúcar en la sangre, demandando incrementos en la secreción de insulina. Si esto es muy frecuente, el páncreas puede verse debilitado.
- Las jaquecas; son el resultado de la tensión muscular. En ocasiones el sentir un dolor intenso causa estrés, lo cual aumenta la duración del malestar.
- El cáncer: se ha demostrado que las respuestas a los estresores traen como consecuencia pequeñas alteraciones bioquímicas en el sistema inmunológico, lo que a su vez puede originar defectos celulares con la potencialidad de convertirse en tumores malignos.

Como se puede constatar hasta aquí, se han mencionado las consecuencias de un grado de estrés muy alto en el individuo; si le es imposible manejar la situación estresante, se genera como consecuencia un malestar para su salud.

CAPÍTULO 2

TRASTORNOS DE ALIMENTACION

En este capítulo se desarrollará la variable de los trastornos alimenticios, para lo cual se mencionan algunos antecedentes y definiciones de algunos trastornos en los cuales estará enfocada esta investigación. De la misma manera, se van a conocer las situaciones que originan en la persona algún tipo de trastorno alimenticio.

2.1. Antecedentes históricos de la alimentación

Primeramente, en este apartado se mencionarán algunos antecedentes desde los primeros indicios de los trastornos alimenticios. Para ello se tomara en cuenta a Jarne y Talarn (2000).

De acuerdo con estos autores, desde las culturas de la antigüedad se presentaban conductas alimentarias desordenadas, ya que en los banquetes se comía de manera desmesurada, lo cual era una demostración de poder; el vómito posterior era un procedimiento usual para volver a comer.

En la cultura cristiana, la restricción alimentaria era un simbolismo religioso, dentro de este marco, el ayuno era una penitencia, expresión de rechazo al mundo y como medio para conseguir un estado espiritual más alto.

Según Jarne y Talarn (2000: 142) “desde los años setenta se tiene una visión más pragmática del problema, ya que se considera que en la génesis del trastorno deben confluír un conjunto de factores encadenados, psicológicos, biológicos y sociales, y se preconizan modelos de tratamiento pluridisciplinarios que aborden los tres núcleos conflictivos de la anorexia: el peso, la figura y los pensamientos alterados”.

En 1979, Russell (referido por Jarne y Talarn; 2000) descubrió un cuadro caracterizado por episodios de ingesta voraz y conductas de purga posteriores que consideraba vinculados a la anorexia nerviosa, a esta conducta le denominó bulimia nerviosa.

En lo mencionado anteriormente se puede dar cuenta cómo desde la antigüedad se han presentado conductas alteradas en la alimentación de las personas, asumiendo creencias de poder, manifestación religiosa, sacrificio, penitencia o autoridad social.

2.2. Definición y características clínicas de los trastornos alimenticios

Es importante conocer la definición de los trastornos alimenticios que se tomarán en cuenta para esta investigación: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y obesidad, de ésta solo se hará mención del concepto, ya que no es considerada como un trastorno psiquiátrico. También se mencionarán algunas características que se presentan en los trastornos.

2.2.1. Anorexia nerviosa

De acuerdo con Jarne y Talarn (2000), la anorexia se caracteriza por un deseo intenso de pesar cada vez menos y miedo a ser obeso. Las personas presentan una intensa restricción alimentaria, ejercicio físico y conductas de purga.

Las características de la anorexia nerviosa, de acuerdo con Jarne y Talarn (2000), son:

- Rechazo a mantener el peso corporal.
- Miedo intenso a ganar peso o estar obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- Alteración en la percepción del peso o la silueta corporales.
- En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea, es decir, ausencia de un mínimo de tres ciclos menstruales.

Existen dos tipos de anorexia nerviosa de acuerdo con Jarne y Talarn (2000), cuyo criterio coincide con el de la APA (2002):

- 1) Tipo restrictivo: donde el individuo no recurre regularmente a grandes ingestas ni a purgas.
- 2) Tipo purgativo: durante el episodio de anorexia nerviosa el individuo recurre regularmente a grandes ingestas o purgas.

En general, la anorexia nerviosa se caracteriza por la preocupación de la persona por subir de peso, así se encuentre por debajo de su peso normal. Esta conducta le llevará a dejar de comer o a realizar ejercicios para mantener la figura.

2.2.2. Bulimia nerviosa

De acuerdo con Jarne y Talam (2000) este trastorno se caracteriza por un modelo de alimentación anormal, con episodios de ingesta voraz seguidos por maniobras para eliminar las calorías ingeridas. La alimentación puede ser restringida o con grandes ingestas, seguidas de vómito.

Las características de la bulimia nerviosa descritas por Jarne y Talam (2000) son:

- Presencia de atracones, que son episodios que se caracterizan por la ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo en cantidades mayores y la sensación de pérdida de control sobre la ingesta de los alimentos.
- Conductas compensatorias con el fin de no ganar peso, como la provocación del vómito, uso de laxantes, diuréticos, ayuno o ejercicio excesivo.
- La autoevaluación, está influida por el peso y la silueta corporal.

La bulimia nerviosa se divide en dos tipos, de acuerdo con Jarne y Talarn (2000), los cuales son:

- 1) Tipo purgativo: dentro del cual, el individuo se provoca regularmente el vómito, o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.
- 2) Tipo no purgativo: el individuo bulímico emplea otras conductas compensatorias inadecuadas, como el ayuno o el ejercicio excesivo.

La bulimia nerviosa se puede entender como un trastorno de alimentación basado en vómitos o ingesta de laxantes a los que el individuo recurre después de comer en exceso y sin control, dicha conducta provoca en la persona sensación de culpabilidad debido a dichas conductas inadecuadas.

2.2.3. Obesidad

Desde la perspectiva de Jarne y Talarn (2000), la obesidad no es considerada con un trastorno psiquiátrico, más bien se trata de un cuadro médico que podría implicar una serie de riesgos para la salud a partir de cierto nivel de peso, por encima del considerado como normal.

“La obesidad consiste en una acumulación excesiva de grasa corporal” (Jarne y Talarn; 2000: 143), puede ser la causante de temor en la persona con sobrepeso y de ahí ser portadora de un trastorno alimenticio.

2.2.4. Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas

De acuerdo con Castillo y León (2005), la hiperfagia hace referencia a la ingesta excesiva de alimentos, como una reacción a acontecimientos estresantes, como duelos, accidentes, cirugías, lo cual da lugar a la obesidad.

2.2.5. Vómitos en otras alteraciones psicológicas

Castillo y León (2005) indican que esta perturbación también es conocida como: vómitos psicógenos o hiperémesis gravídica psicógena. La cual hace referencia a los vómitos repetidos no autoprovocados, como por decir, en el embarazo, en donde factores emocionales pueden facilitar la aparición de vómitos o náuseas recurrentes.

2.2.6. Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia

Este trastorno trata de problemas de conducta que suelen darse en el niño al momento de la comida, de acuerdo con Jiménez (1997).

Según este autor, a este tipo de trastornos infantiles se les puede llamar “problemas alimentarios menores”, los cuales hacen referencia a un conjunto de comportamientos problemáticos relacionados con la alimentación. Algunas de las dificultades que se presentan en este trastorno son:

- Comportamientos disruptivos durante la comida y hábitos alimenticios inadecuados: se refiere a la costumbre del niño por comer de pie, levantándose continuamente; comer sólo con la supervisión de un adulto, o se niega a usar cubiertos.
- Rechazo a alguna clase de comida: entendiéndose como la negación del niño únicamente hacia algún alimento en concreto, el cual puede ser sustituido por otro de características similares.
- Negación a tomar alimentos sólidos: el menor accede a ingerir exclusivamente alimentos líquidos.
- Ingesta de comida mezclada: el chico sólo come los alimentos triturados y con mezcla de sabores.
- Falta de apetito: este problema se manifiesta de dos maneras, ya sea cuando el niño come poco en general, o que la cantidad de comida se considere pequeña cuando ingiere algunos alimentos determinados.
- Tiempo de comida excesivo: emplea más tiempo del estimado en ingerir los alimentos, por lo cual algunas características pueden ser: rechazo a ingerir el alimento que se le ha preparado, negación a pasar de la comida triturada a la sólida, rechazo a comer toda la comida que los padres le asignan, por la presencia de estímulos distractores alrededor.
- Los vómitos: los cuales pueden producirse por rechazo a la comida o en algunas ocasiones, el menor puede usar este método para escapar de alguna situación desagradable para él.

Castillo y León (2005) mencionan otros problemas relacionados con este trastorno en la infancia:

- Pica o alotriofagia: se ingieren sustancias no nutritivas como por ejemplo, tierra o pintura.
- Rumación o mericismo: consiste en la regurgitación repetida de la comida ingerida.
- Potomanía: trata de la ingesta excesiva de líquido, habitualmente agua.

Se puede entender que en el trastorno alimenticio en la infancia se manifiesta mediante varios factores, los cuales llegan a ser considerados con mayor importancia cuando el niño ha superado la edad de presentar algún comportamiento inadecuado. Algunos problemas requieren atención profesional mientras que otros necesitan únicamente un cambio en las costumbres de alimentación por parte de los padres del infante.

2.3. Esfera oroalimenticia en el infante

Desde la perspectiva de Ajuriaguerra (1973), se entiende que la esfera oroalimenticia describe las bases anatómicas que conforman las zonas de alimentación. Dicho autor menciona que, las zonas que rodean el orificio bucal: labios, mucosas intrabucales y lengua, tienen una representación cortical sumamente extensa.

Ajuriaguerra (1973) describe que se trata de una serie de reflejos humanos, el automatismo oroalimenticio de succión y deglución, los cuales aparecen muy tempranamente. Desde el nacimiento del niño se observa ya un reflejo oroalimenticio y una orientación hacia la fuente de excitación. Como reacción oral aparece una de las primeras formas de relación con el mundo externo.

De acuerdo con lo mencionado anteriormente, se puede entender por oroalimenticio el conjunto de movimientos de las zonas bucales al comer, es decir, los movimientos rítmicos del lamido, la masticación, deglución o regurgitación de alimento.

2.3.1. Organización oroalimenticia

Ajuriaguerra (1973) señala que la actividad oral es fuente de satisfacción y biológica necesidad de nutrición, así como también una fuente de contacto hacia la apropiación de un objeto externo. El acto de tetar no responde a la satisfacción que le produce el comer, sino que procura un auténtico placer.

El recién nacido percibe inconscientemente la existencia de un objeto infinitamente bueno, del que se puede lograr el máximo bien y que ese objeto es el pecho materno.

Se entiende que la organización oroalimenticia es la capacidad que un recién nacido adquiere para sentir satisfacción al momento que cumple su necesidad de

comer, es decir, busca el mejor medio que le aproxime al sentimiento de placer de manera instintiva.

2.3.2. Alteraciones oroalimenticias

Una de estas alteraciones puede aparecer desde el primer día de vida, y se le conoce como el nombre de anorexia precoz; los niños presentan poco peso, nerviosismo, pasividad por la comida y algunos meses más tarde son reacios a comer.

La anorexia del segundo semestre aparece entre el quinto y el octavo mes, en esta etapa el menor comienza a suprimir la leche materna. Ajuriaguerra (1973) señala dos tipos de anorexia: la inerte, si el niño no tiene iniciativa ni coopera, en ocasiones no siquiera ingiere la leche o la vomita; en la de oposición, el chico reacciona de manera caracterial ante la comida, con chillidos, agitación, intensa rotación tónica; no quiere comer, hay rechazo, vómitos, métodos de los cuales se vale para rechazar la comida que se le ofrece.

La anorexia compleja, por otra parte, se caracteriza por la intensidad de los síntomas. Al niño no le interesa la comida.

En general, las alteraciones oroalimentarias son conductas alimenticias inapropiadas que se presentan desde el inicio de vida de un ser humano. Desde que un niño es alimentado por su madre utiliza conductas que le ayuden a no acceder a

la alimentación que se le proporciona, ya sean vómitos o algún berrinche que lo justifique para que los padres no le presionen a terminar la comida

2.4. Perfil de la persona con trastornos de alimentación

Costin (2003: 72) señala que “ninguno de los rasgos individuales o características familiares en sí mismos son causas o producen un trastorno de la alimentación, sino que simplemente predisponen a eso. Por lo tanto, es la combinación de algo personal y/o familiar, con otros factores contextuales o de circunstancias vitales de la persona”.

Un trastorno de alimentación está más relacionado con lo que se hace o con las relaciones que sostiene la persona con su entorno social. No es posible describir un perfil adecuado para quien padece de un trastorno de alimentación, ya que se percibe hasta que ya está manifestado.

Costin (2003) indica algunas características individuales y familiares más comunes en las personas afectadas por un trastorno de alimentación:

- Problemas con la autonomía: esto es, jóvenes que viven pendientes de lo que otros esperan de ellos, por lo que se empeñan en dar satisfacción a los demás.
- Déficit en la autoestima: en la mujer actual, la autoestima esta más conectada con factores como la imagen externa, la aprobación del otro, el

cumplir con las expectativas y necesidades de los demás. Por ello, una joven comienza a sentirse insegura por cumplir con las exigencias de la sociedad.

- Camino a la perfección y el autocontrol: para alcanzar la perfección es preciso mantener el cuerpo ideal a cualquier costo, convenciéndose de que si se logra transformar la silueta, se logrará transformarse a sí mismo.
- Miedo a madurar: un trastorno de alimentación se desarrolla por lo general en el periodo que va desde la pubertad, pasando por la adolescencia, hasta la juventud. Esta etapa está rodeada de cambios, entre los más importantes está el físico, en el que la joven comienza a adquirir cuerpo de mujer, de ahí puede presentar negación por el cambio y por el hecho de que se deja la infancia.
- Rasgos familiares: algunos factores que influyen para que un joven presente algún trastorno de alimentación incluyen poca comunicación entre sí, una interrelación pobre, sobreprotección de los padres, expectativas demasiado altas por parte de los padres hacia sus hijos, historias familiares de depresión, alcoholismo o existencia de abuso sexual o físico.

En general, el perfil de la persona con trastorno de alimentación está vinculado con algunas alteraciones que suceden en el transcurso de su vida, ya sean individuales, sociales o familiares. Las jóvenes en etapa adolescente son más

vulnerables a padecer de algún trastorno, ya que prestan demasiada atención a cómo las ven los demás y se preocupan por ser aceptadas por el físico.

2.5. Causas del trastorno alimenticio

Costin (2003) menciona algunos factores que interfieren para que alguien tenga un trastorno de alimentación, aclarando que estos factores hacen a una persona más vulnerable para desarrollar un trastorno de alimentación. Dichos factores pueden ser predisponentes, precipitantes o perpetuantes.

- 1) Predisponer significa preparar con anticipación una cosa para un fin. Es decir, hablar de un factor predisponente significa que hay elementos del contexto sociocultural, las características individuales, del sujeto o en las de su familia.
- 2) Precipitar se refiere provocar la aceleración de algo, un ejemplo puede ser el comienzo de alguna dieta.
- 3) Perpetuar consiste en hacer durar alguna cosa.

Para esta investigación se mencionarán las características de los factores predisponentes, en los que se hace referencia a los socioculturales, individuales y familiares.

2.5.1. Factores predisponentes individuales

Ogden (2005) menciona que los factores individuales que influyen en la conducta de comer, hacen hincapié en el aprendizaje, las creencias, las actitudes y la constitución psicofisiológica de la persona.

Como ejemplos de ello están: el aprendizaje que adquiere el niño desde las primeras etapas de vida mediante el entrenamiento de sus padres, del mismo modo, las costumbres o creencias que le sean inculcadas para determinar los alimentos que se pueden comer, así como las actitudes que la persona presenta ante la comida.

Los alimentos representan aspectos de identidad del sujeto en términos de género, sexualidad, conflictos y autocontrol; comunican amor y poder.

Ogden (2005) presenta una clasificación cultural de la comida de acuerdo con diversos criterios:

- Comida frente a no comida: delimita las sustancias que son comestibles y las que no lo son. Por ejemplo, el trigo es comida, la hierba no lo es.
- Comidas sagradas frente a las profanas: las validadas por las creencias religiosas y las que no lo son.
- Clasificación de comidas paralelas: se indican los alimentos fríos y calientes, cuyo valor varía de una cultura a otra.

- Comida como medicina: se describen los alimentos que se pueden utilizar como remedio de algún problema de salud o evitar ciertos estados.
- Comidas sociales: puede entenderse como la forma de afirmar o desarrollar relaciones, por ejemplo, ofrecer platillos caros o deliciosos.

Ogden (2005: 66) señala que “la comida trasmite el sentido del yo, actúa como medio de comunicación entre individuos y es fundamental para el establecimiento de una identidad”. Dicho significado se presenta de la siguiente manera:

- 1) La comida como afirmación del yo: el alimento actúa como una comunicación de necesidades internas y conflictos internos. Los significados individualizados de la comida están ligados a la identidad de género, la comida representa la sexualidad, los conflictos entre culpabilidad y placer, comer y negación y una expresión de autocontrol.
- 2) Comida y sexualidad: la comida y el sexo suelen destacar la semejanza biológica entre dos actividades, por tratarse en ambos casos de un impulso básico para la supervivencia; ambos pueden ser placenteros e implican una vulnerabilidad al violar los límites corporales normales.
- 3) Comer como conducta de negación: la comida es una fuente de placer, pero con frecuencia no para las personas que tienen la responsabilidad de facilitarla. Las mujeres tienen el control de la comida, pero al mismo tiempo se niegan a sí mismas el placer de comer.

- 4) Culpa que proviene de la comida placentera: tanto la comida como el sexo son al mismo tiempo actividades placenteras, que generan sentimientos de culpabilidad. La comida es un foro para los conflictos entre la culpa y el placer.
- 5) La comida como autocontrol: la dieta se ha convertido en el vehículo perfecto para el autodomínio.
- 6) La comida como interacción social: el alimento es un instrumento corriente de comunicación. Las clases de comestibles y la forma de cocinarlos pueden crear un sentido de identidad de grupo.
- 7) La comida como amor: es el medio mediante el cual las mujeres demuestran amor y preocupación por su familia y amigos, el hecho de preocuparse por la preparación de la comida es un acto de amor.
- 8) La comida que genera placer es poco saludable: un alimento saludable y nutritivo es lo que las madres saben que necesita su familia, sin embargo, viven con el peso de la culpa por la preocupación del peso, las vitaminas y el estado de los dientes.
- 9) La comida refleja relaciones de poder: el reparto de la comida refleja las relaciones de poder y las divisiones sexuales dentro de la familia; las porciones mayores se reservan para los hombres, mientras que los niños y mujeres ocupan posiciones secundarias en la jerarquía familiar. La comida lleva consigo un significado y constituye una forma de comunicación en la interacción de los individuos.

- 10) La comida como identidad cultural; se ha estudiado la comida como cultura, como identidad religiosa, como poder social y como delimitación simbólica entre cultura y naturaleza.
- 11) La comida como identidad religiosa: el hecho de ingerir, preparar y dar los alimentos a los demás se convierte en un medio a través del cual puede comunicarse la santidad dentro de la familia.
- 12) La comida como poder social; las personas poderosas comen bien y son alimentadas bien por otras. La presencia de comida representa un poder social y su rechazo es un arma poderosa para recuperar el control del mundo político.

Ogden (2005) menciona a Orbach para analizar el significado de la esbeltez.

El peso, el exceso de peso y la delgadez tienen un conjunto de significados:

- Control: el significado del tamaño es el control, respecto a la capacidad de dominar el yo como la tendencia de perder el control. El cuerpo delgado significa que la persona tiene el control sobre su estado interno, que es psicológicamente estable y la delgadez es un indicador del orden interno personal.
- Libertad: se ha considerado que la delgadez representa libertad con respecto a la clase social y a la reproducción.

- Éxito: la delgadez representa éxito; Bordo (citado por Ogden; 2005) menciona que la gordura es indicadora de pereza, carencia de disciplina y falta de disposición a cumplir las normas

Como efecto de lo anterior se entiende que los factores predisponentes individuales están ligados a diversas manifestaciones sociales, familiares y culturales, que influyen de manera diversa en las conductas alimentarias de la persona, causando alteraciones negativas.

2.5.2 Factores predisponentes familiares

Rausch (1996: 43) asegura que “cuando algún miembro de la familia desarrolla un trastorno de alimentación, inevitablemente todos los demás están involucrados, aunque no porque sean sus causantes”.

Se señalan algunas características de las familias con un miembro que sufre de trastornos alimenticios:

- Personas procedentes de familias con poca comunicación o incapacidad para resolver conflictos.
- Sobreprotección por parte de los padres.
- Rigidez y falta de flexibilidad para encarar situaciones nuevas.
- Ausencia de límites generacionales.

- Expectativas demasiado altas por parte de los padres.
- Historias familiares que incluyen depresión y alcoholismo.
- Existencia, en el seno de la familia, de abuso sexual y físico.
- Las familias suelen inhibir la agresividad y la hostilidad.
- Los padres incrementan la rivalidad entre los hermanos al compararlos abiertamente.
- Tensión familiar: entendida como una presión por parte de los padres hacia al hijo por mantener el cuerpo deseado, obligando al hijo a establecer alguna dieta que considere adecuada para mantener el cuerpo deseado por sus padres.
- Tensión entre padres e hijos: refiere que los hijos no son libres de expresar sus sentimientos, ya que los padres les prohíben de algún modo reconocer y utilizar sus emociones de manera constructiva.
- Fronteras problemáticas: son las reglas que determinan en cada momento quién participa de cada interacción y de qué modo. De igual manera, se refiere a las diversas reglas de las familias, que en algunas están muy establecidas, al grado de prohibir relaciones sociales a los hijos u otras familias donde cada quien puede hacer lo que quiera.
- Jerarquías alteradas: se trata de las familias donde los hijos asumen la responsabilidad de los adultos.
- Fallas en el control: hay familias que suelen ser controladoras, manteniendo lazos excesivamente estrechos entre sus miembros e inhibiendo el desarrollo de la autonomía; hay otras que evidencian

importantes fallas en el control, es decir, la presencia de desacuerdos entre los padres respecto al control en la crianza de los hijos.

Por lo tanto, se entiende que los factores predisponentes familiares, hablan de las características y consecuencias de las familias para que un joven presente un trastorno de alimentación, es decir, se deben considerar desde los antecedentes familiares hasta la educación, valores y costumbres que establecen los padres a sus hijos.

2.5.3. Factores predisponentes socioculturales

Por principio de cuentas, los factores socio culturales hablan más que nada de lo que exige la sociedad, es decir, las demandas que los medios establecen para que un hombre o mujer cuente con un cuerpo perfecto y por ello sea tomado en cuenta para algún papel importante. Al respecto, Costin (2003) expone los siguientes elementos de presión sociocultural.

- El contexto sociocultural premia la delgadez y tiene prejuicios contra la gordura.
- La sociedad comunica que el papel más importante de la mujer es ser muy atractiva físicamente.
- La presión social por ser mujer es mayor.
- La delgadez es sinónimo de estatus social.

- Existen variados prejuicios contra la obesidad: se cree, erróneamente, que los obesos comen más, que tienen más problemas psicológicos, que la obesidad está asociada con un incremento de mortalidad y que tratamientos con dietas prolongadas son satisfactorios.

Se concluye, según lo planteado en este apartado, que los factores predisponentes socioculturales hacen mención a lo que la sociedad exige a una persona para que esta cumpla con el régimen de cuerpo perfecto, por ello, una persona idealiza la mejor manera de ser aceptada socialmente.

2.6. Percepción del cuerpo en el trastorno alimenticio

Ogden (2005) define la percepción del cuerpo como la imagen corporal que se forma en la mente propia, donde influyen los sentimientos y actitudes personales. La imagen corporal está conformada por dos aspectos: el cognitivo y emocional.

Se consideran, según la autora anterior, tres perspectivas de insatisfacción corporal:

- Imagen corporal deformada: consiste en la percepción de que el cuerpo es más voluminoso, en comparación con la realidad.

- Discrepancia del ideal: esta perspectiva no conlleva la comparación con el volumen real de la persona. Es decir, la persona idealiza el aspecto corporal que le gustaría tener.
- Respuestas negativas del cuerpo: es en general la insatisfacción con el propio cuerpo.

Las mujeres presentan mayor insatisfacción corporal con respecto al estómago, las caderas, los muslos y las nalgas. Los hombres, por su parte, se preocupan por su aspecto físico, la fuerza de su tronco, su condición física y desean un volumen preferido diferente del que percibe; por otra parte, manifiestan su satisfacción con los brazos, espalda pecho y estómago. La insatisfacción corporal se presenta en hombres y mujeres, en todas edades y en grupos diversos en cuanto a su sexualidad, carácter étnico y clase social.

En conclusión, la percepción del cuerpo se entiende como la insatisfacción respecto a que la imagen corporal es percibida de acuerdo con los sentimientos y exigencias de cada persona.

2.7. Factores que mantienen los trastornos alimenticios

Costin (2003) señala algunos factores que tornan perdurables a los trastornos alimenticios:

Las prácticas de control de peso y las dietas, dejan de ser una solución, por el contrario, mantienen el trastorno alimenticio.

La mala alimentación, por otra parte, tiene complicaciones de orden fisiológico, psicológico, cognitivo y social.

- Psicológico: transformaciones anímicas.
- Cognitivo: fallas de concentración, de comprensión y dificultades en el estado de alerta.
- Social: los sujetos presentan aislamiento e incomodidad en la interacción con los otros.
- Fisiológico: cefaleas, hipersensibilidad a la luz, a los ruidos, molestias gastrointestinales, problemas de visión y auditivos, adormecimiento de miembros, calambres, pérdida de cabello, enlentecimiento metabólico y poca tolerancia a los cambios de temperatura.

Cuando la ingesta es menor a la necesaria para el funcionamiento general del organismo, el cuerpo va a quemar menos calorías y se detiene la baja de peso.

Respecto a las obsesiones con las dietas, la privación alimenticia es formadora de hábitos: las personas sometidas a una restricción alimentaria severa desarrollan modos de vincularse con la comida y hábitos de los cuales es muy difícil

escapar. La comida se vuelve una obsesión que enferma, ya que lo adictivo es la dieta y no la comida en sí misma

Hacer dieta es lo que lleva a toda la sintomatología, de la cual se pretende salir con nuevos esfuerzos de control de comida, para esta vez “sí lograrlo” y recuperar el bienestar.

2.8. Trastornos mentales asociados a los trastornos alimenticios

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

La serotonina se ha vinculado con distintos síntomas: variaciones del estado anímico, suicidio, problemas alimentarios, impulsividad y violencia, rasgos de ansiedad y evitación, rasgos obsesivo-compulsivos. Se considera que esta sustancia funciona como un inhibidor general de la respuesta conductual y un modulador de la conducta motriz; su rol puede ser importante en las conductas sociales que involucran agresión y ansiedad.

Una alteración sináptica de las vías centrales serotoninérgicas podría explicar los concurrentes periodos de atracón, impulsividad y depresión en pacientes con patrones alimentarios.

Los trastornos más asociados con los trastornos de alimentación son la depresión y la ansiedad, los cuales se mencionan a continuación.

2.8.1. Trastornos alimenticios y depresión

Jarne y Talarn (2000: 146) expresan que “los trastornos por la alimentación por exceso o por defecto resultan un fenómeno habitual en la totalidad de los trastornos afectivos”

Algunos síntomas que se presentan en los trastornos alimenticios son: la depresión mayor con melancolía, la pérdida ponderal, junto con la persistencia de anorexia.

Sin embargo, Costin (2003: 129) indica que “el trastorno en el estado de ánimo procede inmediatamente al trastorno alimentario, aquellas pacientes con anorexia crónica que no responden a los tratamientos habituales y aquellas pacientes con bulimia nerviosa que presentan rasgos de depresión atípica”

Se esta manera se entiende que la depresión es consecuencia de los trastornos alimenticios, la cual puede presentarse de manera prolongada en la persona que la padece.

2.8.2. Trastornos alimentarios y ansiedad

De acuerdo con Kirschman y Salgueiro (2002), el trastorno de ansiedad precede al trastorno alimentario. En pacientes con anorexia nerviosa, los índices de trastorno de ansiedad son elevados, así como también en los pacientes obesos con trastorno por atracón.

Se entiende que ansiedad es causada por la presencia de un trastorno alimenticio, ya que las personas que manifiestan alguno, ya sea anorexia o bulimia, sienten ansiedad hacia la comida.

2.9. Tratamiento de los trastornos alimenticios

En lo que concierne al tratamiento de la anorexia nerviosa, Jarne y Talam (2000) apoyan el tratamiento multimodal, con un programa de intervención que incluye peso, figura y cognición.

En el mismo sentido, existen diversos tipos de tratamiento:

- Recuperación ponderal: la rehabilitación nutricional y la normalización dietética corrigen las secuelas físicas y psicológicas que la malnutrición perpetúa.
- Tratamiento dietético: se debe partir de unos contenidos calóricos normales o bien, aumentar la cantidad de calorías.

- Tratamiento psicológico: las pacientes mal nutridas y con bajo peso se muestran refractarias a la psicoterapia común, por ello se utiliza la psicoterapia de refuerzo, las técnicas de relajación y las sesiones psicoeducativas para facilitar que la paciente no vea el programa como excesivamente coercitivo.
- Tratamiento farmacológico: se utilizan medicamentos para el tratamiento de los trastornos, entre los de más alta difusión se utilizan los antidepresivos, cuando se presenta depresión en la paciente.

Rausch (1997) menciona que para el tratamiento de este trastorno convergen factores sociales, culturales, familiares, del desarrollo, individuales y biológicos.

Esta autora identifica dos tipos de tratamiento para los trastornos alimentarios:

- 1) Farmacológico: el cual consiste en el empleo de medicamentos, cuyo objetivo es el aumento de peso y modificar la ansiedad o depresión de los pacientes.

Algunos medicamentos que se utilizan para controlar la anorexia pueden traer consigo reacciones negativas para la salud, por mencionar algunas, está la dependencia, la tardía aparición de la menstruación, disminución en la temperatura corporal o llegar a desencadenar bulimia.

Por lo dicho anteriormente, este tratamiento es empleado en pacientes con un trastorno de anorexia grave; de preferencia, se sugiere tratar este padecimiento con una recuperación nutricional.

- 2) Ambulatorio: cuyo tratamiento consiste en la internación por motivos estratégicos y algunas de las condiciones en las que se basa son: se trabaja en equipo, se mantiene mientras la evolución del paciente es la esperada, en la primera entrevista se establece el diagnóstico y de ahí se indica la dieta; el encargado clínico y el terapeuta familiar están en contacto permanente en apoyo a los esfuerzos terapéuticos.

En el tratamiento ambulatorio se establecen pautas sobre la actividad física, estudio, trabajo, vida social, cantidad de cuadras que se pueden caminar diariamente, las cuales son actividades que se manejan de manera cuidadosa con el fin de que el paciente no presente pánico por el aumento de peso, para ello es indispensable la colaboración de la familia.

- 3) La terapia familiar: según Rausch (1997), consiste en la intervención de todos los integrantes de la familia; cada uno da su versión sobre el comienzo de los síntomas del paciente, las estrategias que han dado resultado y las que no; de la misma manera, se pregunta quién es el más preocupado, frustrado, agotado, esperanzado, se indaga cuál es el miembro de la familia más cercano al paciente y cual el más alejado, cómo

era su relación antes de que iniciara el problema y qué quisieran lograr con el tratamiento.

Después se procede a preguntar al paciente sobre la reconstrucción de los hechos, sentimientos, temores, dudas y sobre el método empleado para perder peso. Los padres de familia deben tener la capacidad de apoyarse mutuamente como tales y como cónyuges. El tratamiento debe ser claro, concreto y específico y centrado en el problema del paciente; cada miembro de la familia debe tener claramente especificado su rol.

Jarne y Talarn (2000) refieren pormenores respecto a las indicaciones de hospitalización:

- a) Condiciones físicas: se presentan complicaciones graves como, por ejemplo, infecciones graves, desequilibrios metabólicos, alteraciones cardiovasculares o patología mayor abdominal.
- b) Complicaciones psíquicas: cuando la ansiedad del alimento puede presentarse como estímulo fóbico.
- c) Crisis de las relaciones familiares: se presentan alteraciones con toda la familia, los padres pueden echarse la culpa de la presencia del trastorno, hay rivalidades y todos se ven impotentes ante el conflicto.
- d) Mala respuesta al tratamiento ambulatorio: hay pacientes que fallan en el tratamiento, ya sea por complicaciones médicas o por una insuficiente colaboración del medio familiar.

- e) Tratamiento en hospitales de día: éste es un paso intermedio entre el tratamiento ambulatorio y la hospitalización, ayuda al paciente a estar en sus actividades habituales, así como evitar una hospitalización completa. Facilita las tareas de información e incluye programas de prevención, curso de formación personal, atención permanente y programas de tratamiento más intensivos.

Jarne y Talam (2000) presentan los objetivos terapéuticos para el tratamiento de la bulimia nerviosa, los cuales son:

1. Restablecer pautas nutricionales normales.
2. Recuperación física:
 - a) Estabilización de peso.
 - b) Rehidratación y normalización electrolítica.
 - c) Corrección de anomalías físicas, como reflujo gastroesofágico, erosión de la mucosa digestiva, dilatación gástrica o erosión del esmalte dental.
3. Normalización del estado mental:
 - a) Mejorar el estado de ánimo.
 - b) Tratar posibles trastornos de la personalidad.
 - c) Evitar el abuso de sustancias.
4. Restablecer las relaciones familiares adecuadas:
 - a) Aumentar la participación.
 - b) Acrecentar la comunicación.

- c) Restablecer pautas y roles.
- d) Escapar de los sentimientos de fracaso.

5. Corregir pautas de interacción social alteradas:

- a) Aceptación del trastorno.
- b) Afrontar los fracasos.
- c) Aceptar la responsabilidad.
- d) Vencer la impotencia.
- e) No buscar marcos sociales denigrantes.

Como conclusión respecto al tratamiento de los trastornos de alimentación, se entiende que influyen diversos factores para el adecuado tratamiento de los pacientes con estos padecimientos, por ejemplo, la gravedad en que se encuentre el paciente, así como la dinámica familiar. Para un logro satisfactorio de cualquier trastorno de alimentación, es sumamente indispensable el apoyo de todos los integrantes de la familia en coordinación con el terapeuta, ya que de ello depende un adecuado cumplimiento de las indicaciones nutricionales indicadas.

En algunos casos de anorexia o bulimia nerviosa, el tratamiento puede efectuarse únicamente de manera ambulatoria, es decir, indicaciones establecidas por parte del terapeuta, en las que se establecen las actividades físicas, vida social y alimentación nutricional que debe seguir el paciente. En casos donde los síntomas son más graves, como por ejemplo, que el peso de la paciente sea muy inferior o que presente algún trastorno patológico, es necesaria la hospitalización.

Para dar por terminado un tratamiento, se debe tener la seguridad de que el paciente se ha restablecido de manera favorable tanto en su vida social como en su entorno familiar, además de haber logrado el peso ideal esperado por el terapeuta, para ello ya se ha recuperado la confianza en el paciente mediante el tratamiento psicológico.

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Después de haber presentado en el marco teórico las variables de esta investigación, en este capítulo se presenta el trabajo de campo en cuanto a su metodología, el tratamiento estadístico y la inferencia de los resultados.

3.1. Descripción metodológica

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

3.1.1. Enfoque cuantitativo

De acuerdo con Hernández y cols. (2010), este enfoque parte de una idea, la cual se va delimitando; de ella se derivan objetivos y preguntas de investigación, se revisa literatura y se construye un marco teórico. De las preguntas se establecen hipótesis, se determinan variables, se desarrolla un plan para probar y medir las variables, sucesivamente, se analizan las mediciones obtenidas y se establece una serie de conclusiones respecto a la o las hipótesis de trabajo.

Esta investigación está basada en dicho enfoque, ya que se realizó mediante una recolección de datos que llevó a probar hipótesis establecidas mediante una medición numérica y un análisis de resultados.

Hernández y cols. (2010) mencionan algunas características que definen el enfoque cuantitativo:

- Plantea un problema delimitado y concreto.
- Se construye un marco teórico, es decir, se considera si se han realizado investigaciones anteriormente, de ahí se derivan las hipótesis, se someten a pruebas y se verifica si los resultados corroboran la hipótesis o se descartan y se buscan nuevas explicaciones tentativas.
- La recolección de datos es fundamental, por ello se utilizan procedimientos estandarizados por una comunidad científica.
- Los datos se representan mediante números, por ello deben analizarse a través de métodos estadísticos.
- Los datos generales poseen los estándares de validez y confiabilidad.
- Esta aproximación parte de una idea general aplicada en una situación particular.

Esta investigación es de aproximación cuantitativa, ya que se partió de una idea general hasta llegar a una particular, revisando la literatura de los antecedentes del tema y formulando hipótesis; además, se aplicaron instrumentos de investigación

acreditados para medir las variables de interés, de ahí se recolectaron y analizaron los datos para establecer la validez o descartar las hipótesis.

3.1.2. Investigación no experimental

En los estudios de este tipo “no hacemos variar en forma intencional las variables independientes para ver su efecto sobre otras variables. Lo que hacemos en la investigación no experimental es observar fenómenos tal como se dan en su contexto natural, para posteriormente analizarlos” (Hernández y cols.; 2010: 149).

Es decir, una investigación de esta naturaleza no maneja la manipulación de las variables, se basa en lo que se observa tal y como suceden los hechos en el entorno. Por ello, esta investigación corresponde a dicha clasificación, ya que se analizaron las variables tal como se presentaron en el entorno donde fue llevada a cabo la medición, sin manipular ninguna de las variables.

3.1.3. Diseño transversal

De acuerdo con Hernández y cols. (2010), este diseño hace referencia a la recolección de datos en un solo momento, en un tiempo único, cuyo propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado.

La presente investigación es de diseño transversal ya que la recolección de datos se hizo en un solo momento con la finalidad de analizar la interrelación de las dos variables de interés.

3.1.4. Alcance correlacional

Este concepto describe la relación entre dos o más variables. El propósito del alcance correlacional, de acuerdo con Hernández y cols. (2010) es conocer la relación o grado de asociación o desviación entre dos o más variables en un contexto particular. Es decir, se mide cada una de ellas para después cuantificarlas y analizar la vinculación o separación en el conjunto de individuos estadísticos analizados.

La utilidad de los estudios correlacionales es saber cómo se puede comportar una variable al conocer el comportamiento de la otra. La correlación puede ser positiva, negativa o no presentarse.

3.1.5. Técnicas de recolección de datos

De acuerdo con Hernández y cols. (2010), existen diversas pruebas o inventarios para la recolección de datos, los cuales se dividen en dos tipos: estandarizados y no estandarizados. Los primeros se caracterizan porque poseen uniformidad en las instrucciones para administrarse y calificarse; este tipo de pruebas puede ser aplicado a cualquier clase de persona para la cual fue elaborada, y el

tiempo de aplicación es flexible en ocasiones. Por otra parte, los no estandarizados se generan mediante un proceso menos riguroso y su aplicación es limitada.

En la presente investigación se utilizaron dos pruebas de tipo estandarizado, ya que éstas cuentan con una aceptación científica. Los instrumentos que se utilizaron para medir las dos variables de investigación fueron:

Para la variable de estrés se utilizó la prueba estandarizada denominada Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños, revisada, (CMAS-R), subtitulada “Lo que pienso y siento”, de Cecil R. Reynolds y Bert O. Richmond (1997),

La CMAS-R consta de cinco puntuaciones. La puntuación de ansiedad total se basa en 28 reactivos de ansiedad, los cuales están divididos en tres subescalas: ansiedad fisiológica, inquietud/hipersensibilidad y preocupaciones sociales/concentración. Los nueve reactivos restantes de la prueba son parte de la subescala de mentira.

La subescala de ansiedad fisiológica se compone de 10 reactivos. Está asociada con manifestaciones fisiológicas de ansiedad como dificultades de sueño, náuseas y fatiga. La subescala de inquietud/hipersensibilidad está compuesta de 11 reactivos, está asociada con la preocupación obsesiva, miedo de ser lastimado o aislado emocionalmente. La subescala de preocupaciones sociales/concentración consta de siete reactivos, se concentra en pensamientos distractores y ciertos miedos de naturaleza social o interpersonal. También se encuentra la subescala de

mentira, la cual se compone de nueve reactivos y está diseñada para detectar conformidad o falsificación de respuestas.

Se utilizó la prueba de medición de ansiedad ya que es el indicador principal presente en la presencia de estrés.

Para la medición de la variable trastornos alimentarios se utilizó la prueba estandarizada llamada Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2) cuyo autor es David M. Gardner (1998); se utiliza para evaluar los síntomas que acompañan a la anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN); consta de 11 escalas relevantes en el caso de los trastornos de conducta alimentaria. Está compuesta por 91 elementos a los que se contesta en una escala de seis puntos, donde las personas eligen la opción de respuesta que se acerque a su situación. Dichas opciones son: nunca, pocas veces, a veces, a menudo, casi siempre y siempre.

El EDI-2 representa una manera rápida de detectar sujetos que presenten trastornos de la conducta alimentaria.

Las 11 escalas en las que se divide este instrumento son: obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva, miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad e inseguridad social.

3.2. Población y muestra

En este apartado se definen los términos de población y muestra, para describir las que se retomaron para realizar la presente investigación:

3.2.1. Descripción de la población

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

La población en la que se realizó esta investigación es el Colegio de Bachilleres del Estado de Michoacán, Plantel Tingambato, el cual cuenta con 324 alumnos cursando los semestres 2°, 4° y 6°, de los cuales el 52% son mujeres y el resto, hombres; los alumnos se encuentran entre los 15 a 18 años de edad. El nivel socioeconómico de la mayoría de los estudiantes es bajo, pero cuentan con becas estatales y/o federales, el nivel sociocultural en que se encuentran es de medio a bajo.

3.2.2. Descripción del tipo de muestreo

La muestra es un subconjunto de elementos que pertenecen a ese conjunto definido a sus características, es decir el subgrupo de la población de la cual se recolectan los datos (Hernández y cols.; 2010).

De acuerdo con dichos autores, existen dos tipos de muestra: probabilística, en la cual todos los elementos de la población tienen la misma posibilidad de ser escogidos, a través de una definición muy detallada de la población y una selección aleatoria. La no probabilística es aquella en la que la elección de los sujetos o unidades de análisis no dependen del azar, sino de las características de la investigación, de la intención del individuo o de las circunstancias externas al proceso.

Dentro del muestreo no probabilístico, Kerlinger (2002) describe la muestra intencional como aquella en la que los sujetos son seleccionados en función de las intenciones del investigador y con finalidades distintas a las de generación de resultados. Se pueden dar cuando dentro de una población escolar se elige como muestra a los integrantes de un grupo, un grado escolar o cualquier otra unidad que facilite la recolección de datos.

Esta técnica de muestreo facilita la realización del trabajo de campo, es recomendable para investigaciones de tesis en las que el tiempo y los recursos institucionales son escasos. Sin embargo, es importante indicar que los resultados no se pueden generalizar, sólo mencionar como referencia hacia otros sujetos de la población.

La selección de la muestra se consideró de acuerdo con la población de todo el alumnado del Colegio de Bachilleres Plantel Tingambato, de los que se tomaron a los del segundo semestre. Representan el 38% de la población, con un aproximado

de 125 alumnos; la edad promedio de la muestra tomada es entre los 15 y 16 años, tomando en cuenta que dos de ellos cuentan con 17 y uno con 18.

De acuerdo con esta descripción, se entiende que el muestreo realizado fue de tipo no probabilístico, intencional.

3.3. Descripción del proceso de investigación

La validez de una investigación se sustenta en diversos aspectos, como los instrumentos utilizados, la metodología y los procedimientos llevados a cabo para recabar la información. Es por ello que se hará mención de los procesos seguidos para la recolección, estructuración y análisis de la información.

Se consideró de suma importancia la investigación del tema, ya que actualmente se ha escuchado que el estrés cada vez es más frecuente en los jóvenes de edad estudiantil; de igual manera, el trastorno de alimentación es un factor que preocupa de manera importante tanto a los profesores del Colegio de Bachilleres como a los padres de las jóvenes que pueden llegar a presentar este trastorno, es por ello que se consideró relevante llevar a cabo la presente indagación con el fin de conocer si existe algún tipo de relación entre estos factores.

La manera en que se plantearon los objetivos fue al considerar a la población a la que va dirigida la investigación y el alcance al que se pretendía llegar. De igual

manera, la hipótesis se fijó considerando el resultado que se deseaba obtener al finalizar la investigación.

Se elaboraron dos capítulos teóricos, sobre las variables a investigar. En el primero se desarrolla la variable de estrés; en el segundo se desarrolló la variable de trastornos alimentarios, en donde se especifican los principales trastornos de alimentación: la anorexia y la bulimia nerviosa.

El proceso que se siguió para llegar con la población a estudiar consistió en que primeramente, se habló con el director de la institución para solicitar su consentimiento en la interrupción de algunas clases, a lo que el funcionario no presento ningún inconveniente en la realización del proyecto; sucesivamente, fue preciso ponerse de acuerdo con la prefecta de la institución para no coincidir con algún examen académico, y posteriormente se confirmó con los profesores la hora en la cual se les aplicarían los instrumentos a cada grupo.

El test se aplicó de manera colectiva en una de sus horas de clases; el mismo día para los tres grupos, aunque en distinta hora a cada uno.

La aplicación de las dos pruebas se realizó el mismo día, administrando primeramente la prueba de trastornos alimenticios (EDI-2). Para su aplicación se les fueron leyendo los reactivos a los alumnos, con la finalidad de hacer más rápida la aplicación y que ellos no presentaran hastío, o tuvieran tiempo de pensar demasiado

tiempo en la respuesta con la intención de manipular la prueba. El tiempo aproximado que se empleó en la aplicación fue de media hora.

Después de que se terminó con la aplicación de la EDI-2, se suministró la prueba que mide el nivel de estrés (CMAS-R). Para su aplicación se dio a cada alumno la hoja de preguntas donde vienen las repuestas con dos opciones. Los estudiantes mostraron interés al ver que era más rápida que la anterior, el tiempo estimado que les llevó contestarla fue de veinte minutos, aproximadamente.

El comportamiento de los alumnos durante la aplicación de las pruebas fue de interés en la mayoría de ellos, ya que contestaban en silencio y las dudas que presentaban las hacían en su momento. El día de la aplicación de las pruebas algunos sujetos no se presentaron a clases por razones educacionales o personales.

Para la calificación del instrumento se utilizaron las plantillas indicadas para cada prueba, tomando como referencia para cada una el sexo y la edad de los individuos, después de sumados los puntajes directos se obtuvieron los percentiles de acuerdo con el baremo indicado, se valoró la escala de mentira en la CMAS-R donde se indicaron los rangos; las evaluaciones se eliminaron cuando presentaron puntuaciones mayores a 14 en puntuación natural.

La forma en que se procedió para el análisis de los resultados fue a través de la realización de una matriz de datos, donde se calculó la media, mediana y moda estadística, así como la desviación estándar de cada escala; de igual forma, la

correlación “r” Pearson, la varianza de los factores comunes y el porcentaje de influencia de la escala de los totales de estrés. Con cada escala de los trastornos alimentarios, se obtuvo también los sujetos con resultados altos en cada una de las escalas y el porcentaje que representa cada índice.

Finalmente se procedió a redactar el informe de la investigación de campo.

3.4. Análisis e interpretación de resultados

En el siguiente apartado se expondrán los hallazgos logrados en el trabajo de investigación. En primer plano lugar se mencionarán los referidos a la variable de estrés, y en el segundo apartado se reportaran los resultados de la variable de trastornos alimentarios, para finalmente describir la relación estadística entre las dos variables de estudio, así como su interpretación.

3.4.1. Estrés

De acuerdo con lo señalado por Ivancevich y Matteson (1985), la variable estrés se define como una respuesta adaptativa, mediada por las características individuales y/o procesos psicológicos, la cual es al mismo tiempo consecuencia de una acción, situación o evento externo que plantea a la persona especiales demandas físicas y psicológicas.

Respecto a los resultados percentilares obtenidos en el nivel de ansiedad total como principal indicador del estrés, se encontró una media de 65. La media, de acuerdo con Hernández y cols. (2006) es una medida de tendencia central que muestra la suma de un conjunto de datos, dividida entre el número de medidas.

Adicionalmente, se obtuvo la mediana, que descrita por Hernández y cols. (2006) es la medida de tendencia central que se define como el valor medio de un conjunto de valores ordenados. El valor de la mediana fue de 70.

La moda es la medida que ocurre con más frecuencia en un conjunto de observaciones, de acuerdo con Hernández y cols. (2006). El valor obtenido de la moda fue de 70.

También se obtuvo el valor de una medida de dispersión: la desviación estándar, la cual, de acuerdo con Hernández y cols. (2010) es la raíz cuadrada de la suma de las desviaciones el cuadrado de una población, dividida entre el total de observaciones. El valor obtenido de la medida es de 29.

Respecto a las tres escalas de las que se compone la prueba, los resultados obtenidos fueron:

En la escala de ansiedad fisiológica se encontró una media de 61, una mediana de 62, una moda de 85 y una desviación estándar de 32.

En la escala de inquietud/hipersensibilidad se obtuvieron los puntajes siguientes: una media de 64, una mediana de 75, una moda de 80 y una desviación estándar de 25.

En lo que respecta a la escala de preocupaciones sociales/concentración, los resultados fueron; una media de 59, una mediana de 65, una moda de 26 y una desviación estándar de 30.

En el anexo 1 se muestran de forma gráfica los resultados obtenidos en la media aritmética de cada escala.

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 de cada escala, es decir, por arriba del percentil 70. De esta forma, se identificarán las escalas en las que hay mayor incidencia de casos preocupantes sobre el problema de estrés.

En la escala de ansiedad total, el 46% de los sujetos se ubicaron por arriba del percentil 70; en la escala de ansiedad fisiológica, el 47%; mientras que en la escala de inquietud/hipersensibilidad fue el 53%; por otra parte, en la escala de preocupaciones sociales/concentración el índice fue de 42%.

En función a lo anterior, se observa que en el área donde hay más casos preocupantes es en la escalas de inquietud/hipersensibilidad. Estos datos se pueden observar gráficamente en el anexo 2.

Se puede afirmar entonces que el nivel que presentan los indicadores de ansiedad en el Colegio de Bachilleres, Plantel Tingambato, Michoacán, se encuentran por lo general en un nivel medianamente alto, debido a que las medidas de tendencia central se ubican por arriba del percentil 50. Asimismo los porcentajes de sujetos con altos niveles de ansiedad son preocupantes.

3.4.2. Indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios

De acuerdo con lo señalado por Jarne y Talarn (2000), la anorexia se caracteriza por un deseo intenso de pesar cada vez menos y miedo a ser obeso. Las personas presentan una intensa restricción alimentaria, ejercicio físico y conductas de purga; la bulimia nerviosa se caracteriza por un modelo de alimentación anormal, con episodios de ingesta voraz seguidos por maniobras para eliminar las calorías ingeridas. La alimentación puede ser restringida o consumir en grandes ingestas seguido de vómito.

Respecto a los resultados obtenidos en la prueba EDI-2, se presentan desglosados en las once escalas:

- 1) En la escala de obsesión por la delgadez en los alumnos del Colegio de Bachilleres, Plantel Tingambato, se encontró una media de 52, una mediana de 48, una moda de 48 y una desviación estándar de 20.
- 2) En la escala de bulimia se encontró una media de 59, una mediana de 51, una moda de 41 y una desviación estándar de 19.
- 3) En cuanto a la escala de insatisfacción corporal se obtuvo una media de 57, una mediana de 56, una moda de 26 y una desviación estándar de 21.
- 4) Mientras que en la escala de ineficacia el resultado fue: una media de 57, una mediana de 55, una moda de 55 y una desviación estándar de 21.

- 5) En la escala de perfeccionismo se obtuvieron los resultados siguientes: una media de 61, una mediana de 68, una moda de 76 y una desviación estándar de 24.
- 6) En lo que respecta a la escala de desconfianza interpersonal, los resultados fueron: una media de 74, una mediana de 82, una moda de 93 y una desviación estándar de 22.
- 7) En lo que se refiere a la escala de conciencia introceptiva, se obtuvo una media de 55, una mediana de 59, una moda de 59 y una desviación estándar de 24.
- 8) Mientras tanto, en la escala de miedo a la madurez el resultado fue: una media de 76, una mediana de 86, una moda de 98 y una desviación estándar de 24.
- 9) El resultado que se obtuvo en la escala de ascetismo consistió en una media de 61, una mediana de 61, una moda de 48 y una desviación estándar de 24.
- 10) En la escala de impulsividad se obtuvo como resultado una media de 57, una mediana de 60, una moda de 14 y una desviación estándar de 25.
- 11) Finalmente, en la escala de inseguridad social se encontró una media de 77, una mediana de 81, una moda de 78 y una desviación estándar de 19.

Los resultados de las medias aritméticas de cada escala se encuentran gráficamente en el anexo 3.

Se presentan a continuación los porcentajes de sujetos que obtuvieron puntajes altos en las distintas escalas, es decir, por arriba del percentil 70.

En la escala de obsesión por la delgadez, el 26% de los sujetos salieron por arriba del percentil 70, al igual que en la de bulimia; en la escala de insatisfacción corporal, un 30% salió por arriba de dicho percentil, mientras en la de ineficacia, un 28%; en la de perfeccionismo, el 38%; en la escala de desconfianza interpersonal, un 70%; en la de conciencia introceptiva, el 29%, mientras en la de miedo a la madurez, el 70%; en la de ascetismo, un 41%; en la de impulsividad, el 33%; por último, en la escala de inseguridad social, el 72% de los sujetos superaron el percentil crítico.

En función de lo anterior, se observa que en las áreas donde hay más casos preocupantes son: desconfianza interpersonal, miedo a la madurez e inseguridad social. Estos resultados se muestran en el anexo 4.

De acuerdo con los resultados anteriores, se puede afirmar que los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en los alumnos del Colegio de Bachilleres, Plantel Tingambato, se encuentran en general en un nivel normal, aunque es necesario poner atención en algunos indicadores donde el porcentaje de sujetos con altos porcentajes es elevado.

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

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

Según Rodríguez (2011), existe relación significativa entre el estrés y los trastornos alimentarios en jóvenes de edad escolar, de acuerdo con los resultados obtenidos en alumnos de bachillerato.

Toledo (2011), por su parte, menciona en su investigación que no existe relación significativa entre el estrés y los trastornos alimentarios, ya que de acuerdo con la prueba aplicada (EDI-2), se corroboró que únicamente existe relación en las subescalas denominadas perfeccionismo y conciencia introceptiva.

En la investigación realizada en alumnos del Colegio de Bachilleres, Plantel Tingambato, se encontraron los siguientes resultados:

Entre el nivel de estrés y la escala de obsesión por la delgadez existe un coeficiente de correlación de 0.06 de acuerdo con la prueba de “r” de Pearson. Esto significa que entre dichas variables no hay correlación, de acuerdo con los parámetros de Hernández y cols. (2010).

Para conocer la influencia que existe entre el nivel de estrés y la obsesión por la delgadez se obtuvo la varianza de los factores comunes, donde mediante un porcentaje se indica el grado en que las variables se encuentran correlacionadas. Para obtener la varianza sólo se eleva al cuadrado el coeficiente de correlación obtenida mediante la “r” de Pearson (Hernández y cols., 2010). El resultado de la varianza fue de 0, lo que significa que entre el estrés y la obsesión por la delgadez no hay relación.

Entre el nivel de estrés y la escala de bulimia existe un coeficiente de correlación de 0.21 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson, esto significa que entre tales atributos existe una correlación positiva débil.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.04, lo que significa que entre el estrés y la escala de bulimia hay una relación del 4%, que no resulta significativa. Cabe mencionar que para considerar estadísticamente significativo un porcentaje, debe ser de al menos 10%, según Kerlinger (2002).

Entre el nivel de estrés y la escala de insatisfacción corporal existe un coeficiente de correlación de 0.03 de acuerdo con la prueba de “r” Pearson, lo que denota que entre dichas variables existe una ausencia de correlación.

El resultado de varianza de factores comunes fue de 0, lo que significa que entre el estrés y la insatisfacción corporal no hay una relación.

Entre el nivel de estrés y la escala de ineficacia existe un coeficiente de correlación de 0.25 de acuerdo con la prueba de “r” de Pearson, lo que indica que entre dichos atributos existe una correlación positiva débil.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.06, lo que señala que entre el estrés y la escala de ineficacia hay una relación del 6%.

Entre el nivel de estrés y la escala de perfeccionismo existe un coeficiente de correlación de 0.42 de acuerdo con la prueba de “r” de Pearson. Lo que quiere decir que entre tales variables existe una correlación positiva media.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.18, lo que significa que entre el estrés y la escala de perfeccionismo hay una relación del 18%, que sí es significativa estadísticamente.

Entre el nivel de estrés y la escala de desconfianza interpersonal existe un coeficiente de correlación de 0, de acuerdo con la prueba “r” de Pearson, lo que significa que entre ellas no existe correlación.

Entre el nivel de estrés y la escala de conciencia introceptiva existe un coeficiente de correlación de 0.40, de acuerdo con la prueba de “r” Pearson., lo cual indica que entre estos atributos existe una correlación positiva media.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.16, lo que quiere decir que entre el estrés y la conciencia introceptiva hay una relación del 16%, que se indica como significativa.

Entre el nivel de estrés y la escala de miedo a la madurez existe un coeficiente de correlación de 0.22, de acuerdo con la prueba de “r” de Pearson, esto determina que entre las escalas mencionadas existe una correlación positiva débil.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.05, lo que significa que entre el estrés y la escala de miedo a la madurez hay una relación del 5%.

Entre el nivel de estrés y la escala de ascetismo existe un coeficiente de correlación de 0.33 de acuerdo con la prueba de “r” de Pearson, lo que indica que entre dichas características existe una correlación positiva media.

Mientras tanto, el resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.11, lo que significa que entre el estrés y la escala de ascetismo hay una relación del 11%.

Entre el nivel de estrés y la escala de impulsividad existe un coeficiente de correlación de 0.48 de acuerdo con la prueba de “r” de Pearson, lo que quiere decir que entre dichas escalas existe una correlación positiva media.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.23, lo cual quiere decir que entre el estrés y la escala de impulsividad hay una relación del 23%.

Entre el nivel de estrés y la escala de inseguridad social existe un coeficiente de correlación de 0.32 de acuerdo con la prueba de “r” de Pearson, lo cual significa que entre ellas existe una correlación positiva media.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.10, lo que significa que entre el nivel de estrés y la escala de inseguridad social hay una relación del 10%, que se considera significativa.

Los resultados obtenidos en cuanto a los niveles de correlación entre escalas 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 las escalas de perfeccionismo, conciencia introceptiva, ascetismo, impulsividad e inseguridad social, considerando que según Kerlinger (2002) sólo se puede considerar una relación significativa a partir del 10%.

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

En función de los resultados presentados, se confirma para las escalas de perfeccionismo, conciencia introceptiva, ascetismo, impulsividad e inseguridad social, la hipótesis de trabajo, la cual afirma que existe correlación significativa entre el nivel de estrés y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios que presentan los jóvenes del Colegio de Bachilleres, Plantel Tingambato, Michoacán.

Asimismo, se confirma la hipótesis nula para las escalas de obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, desconfianza interpersonal y miedo a la madurez.

CONCLUSIONES

En el presente estudio se corroboró la hipótesis de trabajo para las escalas de perfeccionismo, conciencia introceptiva, ascetismo, impulsividad e inseguridad social; así como la hipótesis nula para las escalas de obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, desconfianza interpersonal y miedo a la madurez

De acuerdo con el cumplimiento de los objetivos, se concluye de la siguiente manera:

Los objetivos particulares, de naturaleza teórica conceptual, referida al estrés, para saber su definición, los factores que lo condicionan, sus enfoques y los niveles en que se puede presentar, fueron expuestos y cubiertos en el capítulo 1.

Por su parte, los conceptos fundamentales que hacen alusión a la variable de trastornos alimentarios, fueron abordados de manera suficiente en el capítulo 2, donde se analizaron las causas e indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios.

Asimismo, el objetivo de campo en el que se pretendió evaluar el nivel de estrés presente en los alumnos del Colegio de Bachilleres, Plantel Tingambato, se cumplió con la administración de la prueba psicométrica denominada CMAS-R. Es

necesario reiterar que tal nivel se encuentra en un parámetro medio alto, como se expuso en el capítulo 3.

La medición de la variable de trastornos alimentarios se cumplió satisfactoriamente y de ello también se da cuenta en el capítulo 3, donde se encontró que el fenómeno de trastornos alimentarios en la población estudiada está presente en un parámetro normal.

El objetivo general de la investigación, que consistió en establecer estadísticamente la relación entre las variables ya indicadas, se alcanzó como producto de la consecución de los objetivos particulares, así como por medio de la aplicación de dos fórmulas de correlación.

La culminación del presente estudio permite profundizar en el análisis de las variables que se abordaron, dado que los resultados de las investigaciones relacionadas, son variados y por ello, no concluyentes. Se espera que la aportación teórica y metodológica enriquezca el acervo psicológico y contribuya al mejoramiento de la calidad de vida de los sujetos de estudio.

BIBLIOGRAFÍA

Ajuriaguerra, J. (1973)
Manual de psiquiatría infantil.
Editorial Masson. Barcelona.

American Psychiatric Association (APA). (2002)
DSM IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.
Editorial Masson. Barcelona.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Kerlinger, Fred N. (2002)
Investigación del comportamiento.
Editorial McGraw-Hill. México.

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

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

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

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

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

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

Reynolds, Cecil R.; Richmond, Bert O. (1997)
Escala de ansiedad manifiesta en niños (revisada) CMAS-R.
Editorial Manual Moderno. México.

Rodríguez García, Mehida Maheli. (2011)
Relación entre el nivel de estrés y los trastornos alimentarios en los alumnos del
CETIS 27.
Tesis inédita de la Escuela de Psicología de la Universidad Don Vasco, A.C.,
Uruapan, Michoacán, México.

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

Toledo Suárez, Elsa. (2011)
Relación entre estrés y trastornos alimentarios en alumnos de la Secundaria Técnica
85 de Uruapan, Michoacán.
Tesis inédita de la Escuela de Psicología de la Universidad Don Vasco, A.C.
Uruapan, Michoacán, México.

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

Trianes, Victoria. (2002)
Niños con estrés: cómo evitarlo, cómo tratarlo.
Editorial Narcea. México.

MESOGRAFÍA

Barraza Macías, Arturo. (2005)

“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>

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

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

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

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

Hernández García, Mariamparo A. (2006)

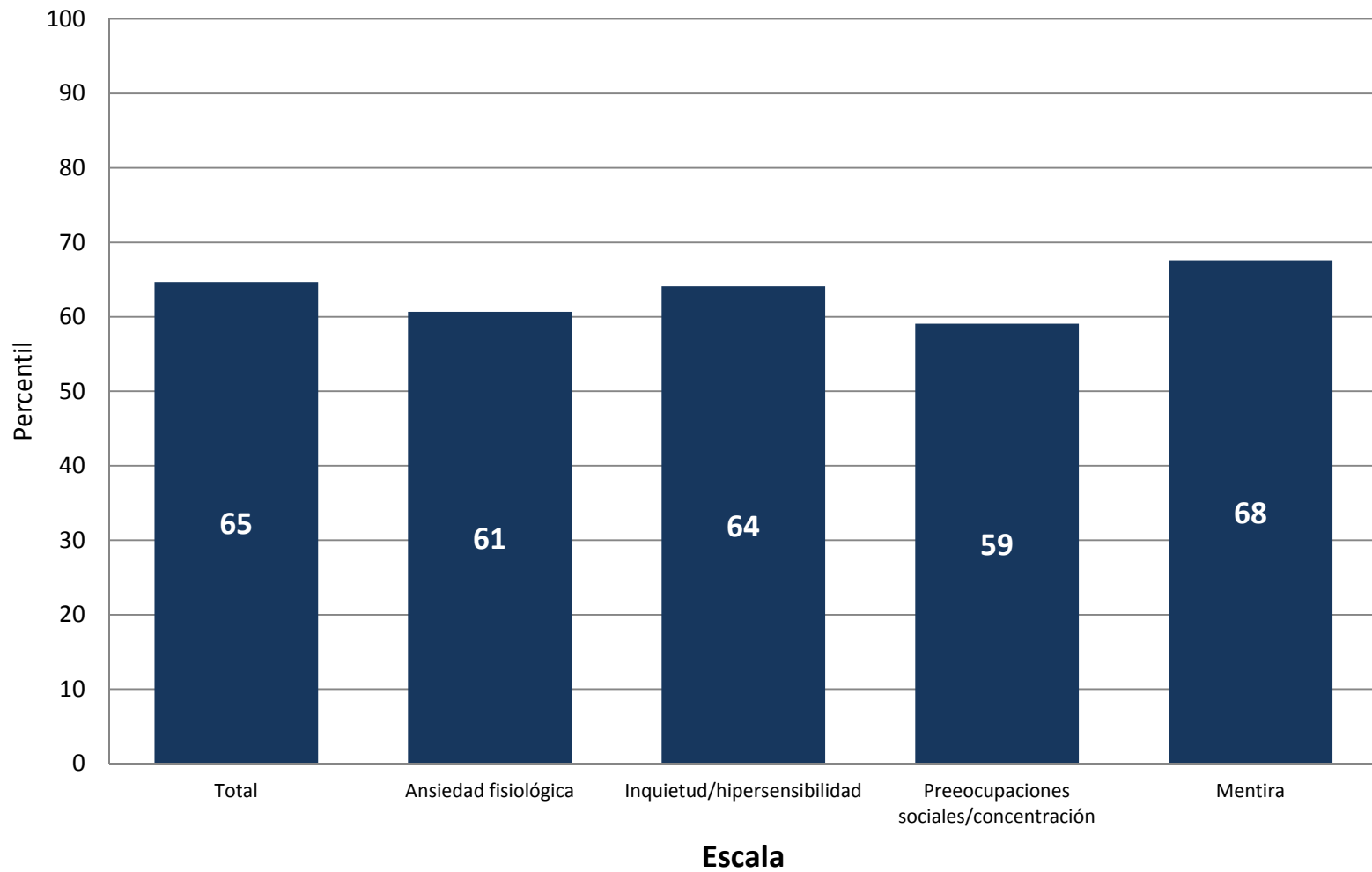
“Las influencias familiar y social en la anorexia y la bulimia, el caso de Saltillo, México”

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

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

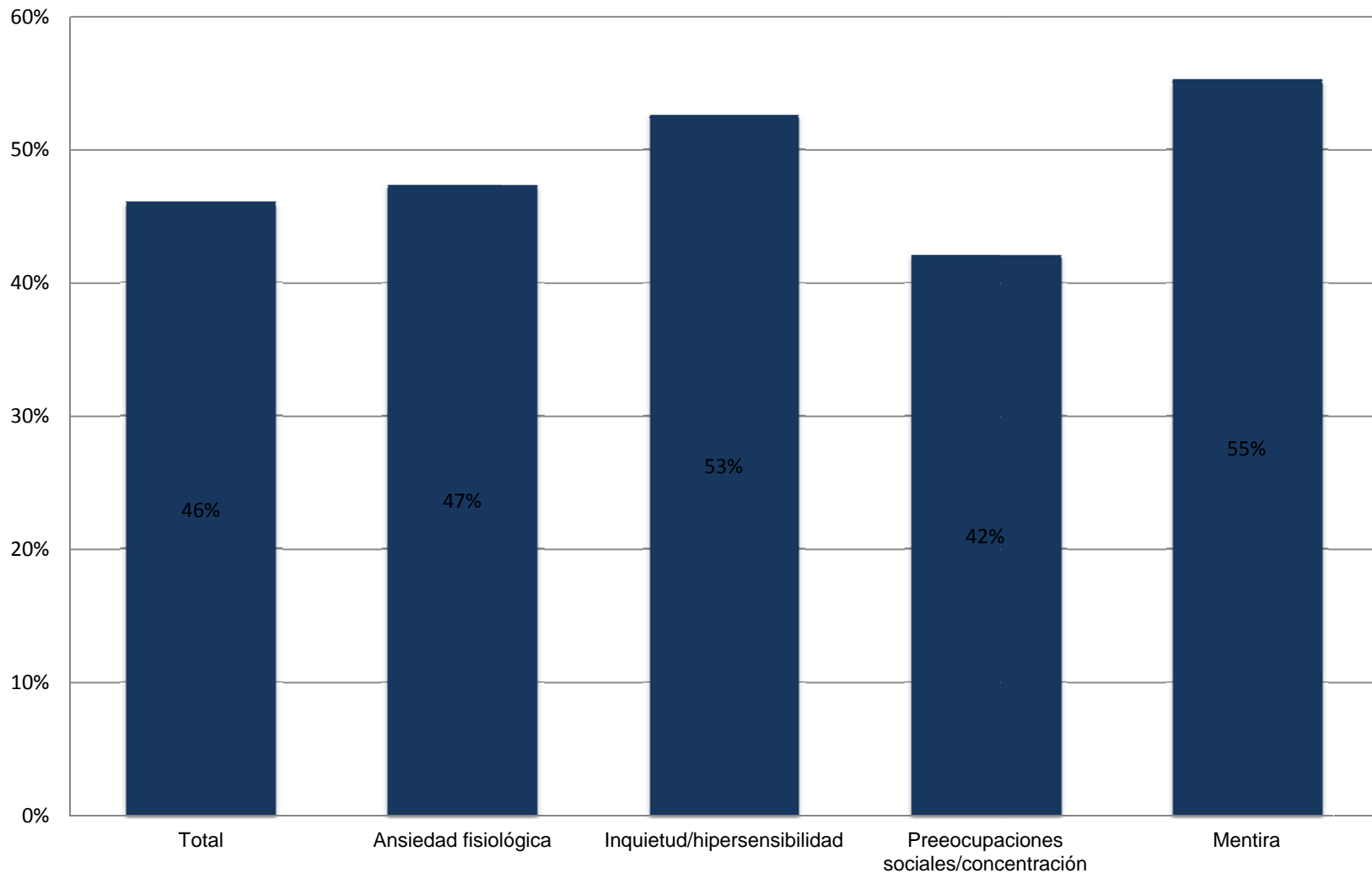
ANEXO 1

Percentiles de Estrés



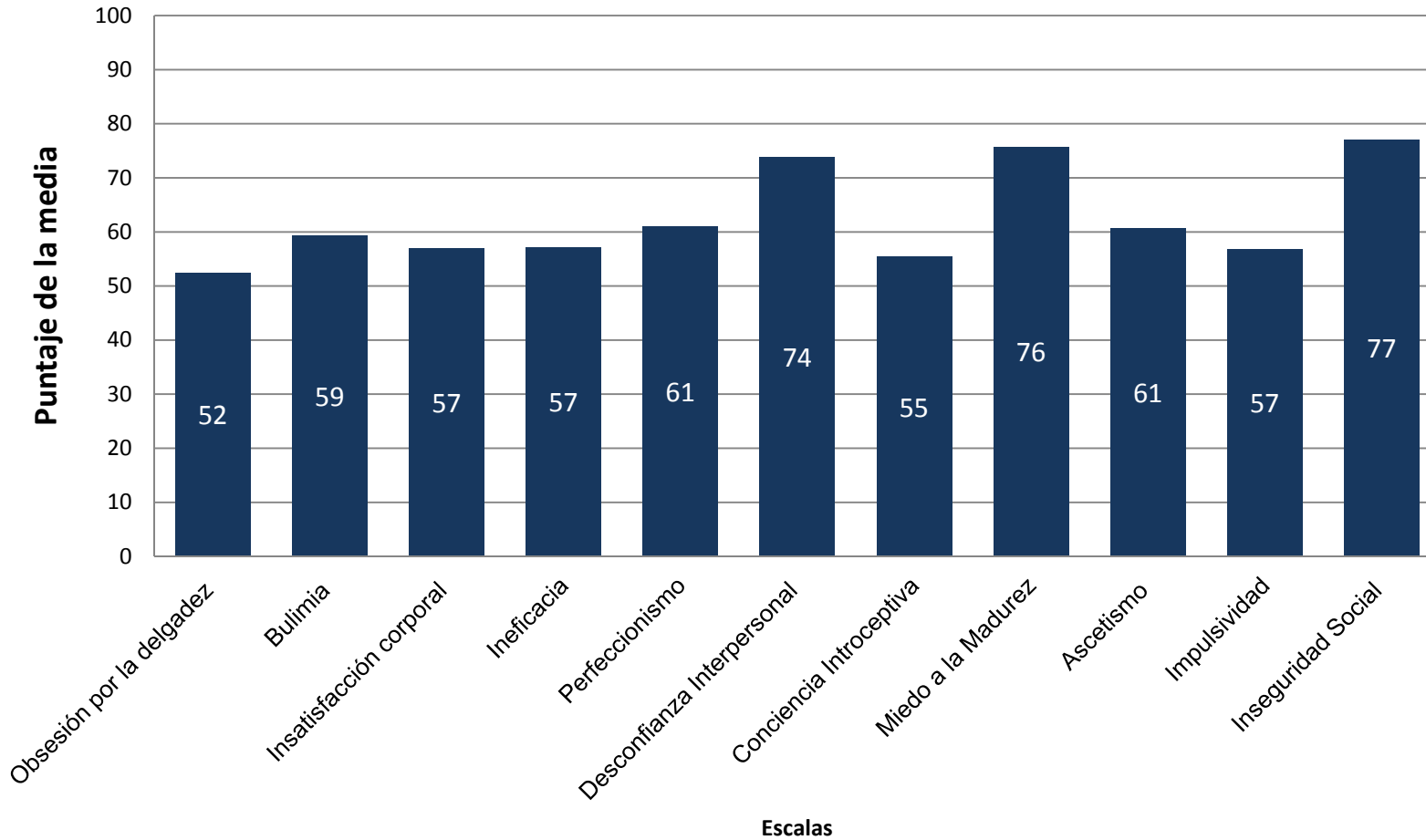
ANEXO 2

Porcentajes de puntajes altos



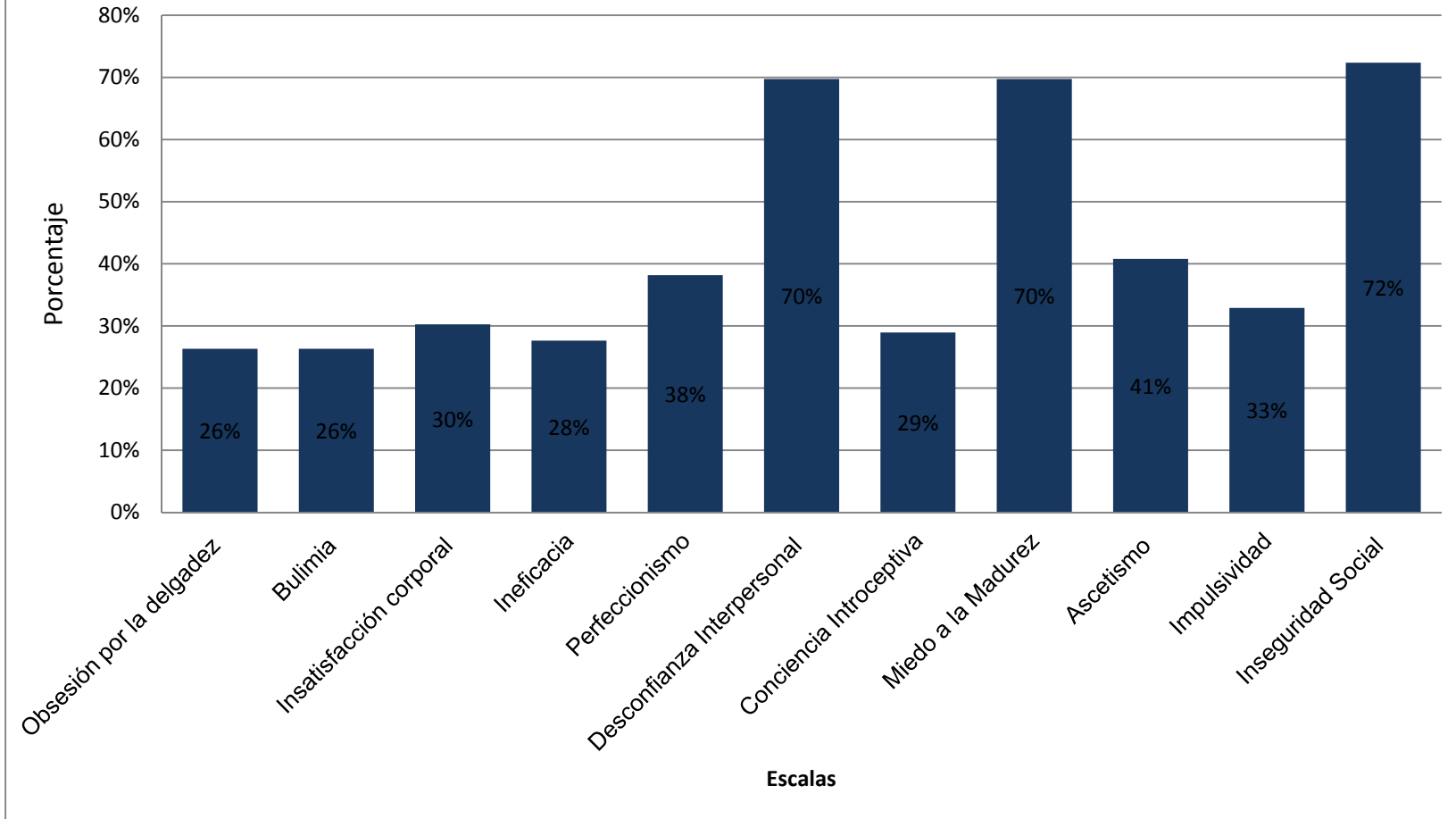
ANEXO 3

Media aritmética de las Escalas de Trastornos Alimentarios



ANEXO 4

Porcentaje los puntajes altos en las Escalas de Trastornos Alimentarios



ANEXO 5

Nivel de correlación entre el Estrés y los Indicadores de los Trastornos Alimentarios

