



**UNIVERSIDAD DON VASCO, A.C.**

INCORPORACIÓN NO. 8727-25 A LA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

***NIVEL DE ESTRÉS Y FACTORES PSICOLÓGICOS ASOCIADOS A  
LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN LA ESCUELA “CASA DEL  
NIÑO”, DE URUAPAN, MICHOACÁN***

**T E S I S**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

Adriana Barragán Sánchez

Asesor: Lic. Héctor Raúl Zalapa Ríos

Uruapan, Michoacán. 20 de enero de 2014.



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

# ÍNDICE

## **Introducción.**

Antecedentes. . . . .	1
Planteamiento del problema. . . . .	4
Objetivos. . . . .	5
Hipótesis. . . . .	7
Operacionalización de las variables. . . . .	7
Justificación . . . . .	8
Marco de referencia. . . . .	9

## **Capítulo 1. El estrés.**

1.1. Antecedentes históricos del estrés . . . . .	12
1.2. Tres enfoques teóricos del estrés. . . . .	14
1.2.1. Estrés como estímulo. . . . .	15
1.2.2. Estrés como respuesta. . . . .	17
1.2.3. Estrés como relación persona-entorno (enfoque interaccionista). . . . .	19
1.3. Los agentes estresores. . . . .	21
1.3.1. Estresores psicosociales: cambios mayores, menores y cotidianos. . . . .	22
1.3.2. Estresores biogénicos. . . . .	24
1.3.3. Estresores en el ámbito académico. . . . .	25
1.4. Procesos del pensamiento que propician el estrés. . . . .	26
1.5. Los moduladores del estrés . . . . .	28
1.5.1. El control percibido . . . . .	28

1.5.2. El apoyo social. . . . .	29
1.5.3. El tipo de personalidad: A/B. . . . .	31
1.5.3.1. Personalidad tipo A y problemas cardíacos. . . . .	33
1.6. Los efectos negativos del estrés. . . . .	34

## **Capítulo 2. Trastornos de alimentación.**

2.1. Antecedentes históricos de la alimentación. . . . .	36
2.2. Definición y características clínicas de los trastornos alimenticios. . . . .	38
2.2.1. Anorexia nerviosa. . . . .	39
2.2.2. Bulimia nerviosa. . . . .	41
2.2.3. Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas. . . . .	44
2.2.4. Vómitos en otras alteraciones psicológicas. . . . .	44
2.2.5. Trastorno por atracón. . . . .	44
2.2.6. Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia. . . . .	45
2.3. Esfera oroalimenticia en el infante. . . . .	48
2.3.1. Organización oroalimenticia. . . . .	48
2.3.2. Alteraciones de la esfera oroalimenticia. . . . .	49
2.4. Perfil de la persona con trastornos de alimentación. . . . .	50
2.5. Causas del trastorno alimenticio. . . . .	52
2.5.1. Factores predisponentes individuales. . . . .	53
2.5.2. Factores predisponentes familiares. . . . .	55
2.5.3. Factores predisponentes socioculturales. . . . .	56
2.6. Percepción del cuerpo en el trastorno alimenticio. . . . .	57
2.7. Factores que mantienen los trastornos alimenticios. . . . .	60

2.8.	Trastornos mentales asociados a los trastornos alimenticios.	61
2.9.	Tratamiento de los trastornos alimenticios.	64

### **Capítulo 3. Metodología, análisis e interpretación de resultados.**

3.1.	Descripción metodológica . . . . .	67
3.1.1.	Enfoque cuantitativo. . . . .	68
3.1.2.	Investigación no experimental. . . . .	69
3.1.3.	Diseño transversal . . . . .	70
3.1.4.	Alcance correlacional. . . . .	70
3.1.5.	Técnicas de recolección de datos. . . . .	71
3.2.	Descripción de la población y muestra . . . . .	73
3.2.1.	Descripción del proceso de selección de la muestra. . . . .	74
3.3.	Descripción del proceso de investigación. . . . .	75
3.4.	Análisis e interpretación de resultados. . . . .	78
3.4.1.	El nivel de estrés en los alumnos de la Escuela Secundaria Casa del Niño . . . . .	78
3.4.2.	Indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios. . . . .	81
3.4.3.	Relación entre el nivel de estrés y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios. . . . .	84
	Conclusiones. . . . .	90
	Bibliografía . . . . .	92
	Mesografía. . . . .	95
	Anexos.	

# INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo se expone el análisis de la relación entre el nivel de estrés y factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios, en una escuela secundaria del sector privado. Como tarea inicial, se muestran enseguida los elementos contextuales necesarios.

## **Antecedentes**

El estrés es un tema que en la actualidad se presenta frecuentemente en los diferentes aspectos de la vida diaria, por lo que es muy común escuchar que las personas se encuentran estresadas, o que cierta situación les ha provocado estrés.

El concepto de estrés se importó para la psicología por el fisiólogo canadiense Selye, y se definió como una “reacción o respuesta del individuo (cambios fisiológicos, reacciones emocionales y cambios conductuales), como un estímulo (capaz de provocar una reacción de estrés) y como una interacción entre las características del estímulo y los recursos del individuo” (Cano; s/f, en [www.ucm.es](http://www.ucm.es)). De esta forma se considera al estrés como una consecuencia ante los factores ambientales y la forma en que el sujeto puede afrontarlos.

Por otra parte, un tema que también está afectando notablemente a la sociedad son los trastornos alimentarios, ya que en los medios de comunicación continuamente se presentan diferentes casos relacionados con estos trastornos.

De acuerdo con Zagalaz y cols. (2002), los trastornos alimentarios son trastornos de la conducta relacionados con la alimentación, o desórdenes del comer, de la ingesta, entre estos se encuentran: trastorno nocturno de alimentación, pica, comedores compulsivos, y los más graves: anorexia y bulimia.

En esta investigación se abordan los factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios entre ellos: la obsesión por la delgadez, la bulimia y la insatisfacción corporal.

Para Way, la anorexia es una adicción, en la que ser delgado es la obsesión y perder peso es la forma en que se satisface. Por otra parte, Toro y Vilardell, respecto a la bulimia, caracterizan a estas pacientes por comer de forma compulsiva, y después de alimentarse, provocarse el vómito, con la finalidad de mantenerse delgadas (citados por Zagalaz y cols.; 2002).

Para involucrarse con los temas de estrés y trastornos alimentarios, es conveniente primero rescatar los estudios que se han realizado respecto a estas variables.

Se encontró una investigación realizada por Juárez (2012), cuyo objetivo fue encontrar la correlación que existe entre el estrés y los trastornos alimentarios, en los alumnos de preparatoria del Centro de Estudios Científicos y Tecnológicos del Estado de Michoacán (CECYTEM), en Ixtlán de los Hervores, Michoacán. Se utilizó un enfoque cuantitativo, de tipo no experimental, con un estudio transversal y un alcance de investigación correlacional. Se aplicó a una muestra de 139 alumnos de preparatoria (67 hombres y 72 mujeres), con una edad entre 15 y 20 años. Empleando como técnica de medición la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños, subtitulada “Lo que pienso y siento” (CMAS-R), instrumento que evalúa en tres niveles: ansiedad fisiológica, inquietud/hipersensibilidad y preocupaciones sociales/ concentración; así como el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI 2), que mide en once escalas. En los resultados se comprobó que la relación que existe entre el estrés y los trastornos alimentarios, no es estadísticamente significativa en las subescalas: obsesión por la delgadez, insatisfacción corporal, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, miedo a la madurez y ascetismo de la prueba EDI 2, respecto a la subescala de ansiedad total, tomada como indicador principal del estrés, de la prueba CMAS-R. La relación que existe es estadísticamente significativa solo en las subescalas de bulimia, ineficacia, conciencia introceptiva, impulsividad e inseguridad social.

Otra investigación sobre el estrés y los trastornos de la conducta alimentaria, la efectuaron Behar y Valdés (2009), en Santiago de Chile, con estudiantes de la Universidad de Valparaíso y pacientes del Hospital del Salvador y de la Universidad de Playa Ancha. El objetivo consistió en comparar características psicológicas y



conductuales, y la exposición a situaciones importantes de estrés en mujeres con y sin trastornos alimentarios, correlacionando estrés y sintomatología alimentaria. Se usó una muestra de 50 pacientes con trastornos alimentarios y 50 universitarias sin estas patologías, de entre 15 y 43 años de edad. Se utilizaron como instrumentos de medición la escala de Autoevaluación del Estrés (SRRS), el Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40), el Inventario de Desórdenes Alimentarios (EDI) y el Cuestionario de la Silueta Corporal (BSQ). Los resultados indicaron que las mujeres con TAC presentaron mayores niveles de estrés, especialmente conflictos familiares y cambios de hábitos, durante el año anterior al diagnóstico. El estrés en pacientes se relacionó positivamente con perfeccionismo y el Cuestionario de la Silueta Personal; mientras que en las estudiantes se relacionó con el Inventario de Desórdenes Alimentarios, particularmente con la sensación de inutilidad y el temor a madurar; respecto al Test de actitudes Alimentarias, con la conciencia introceptiva y la insatisfacción corporal.

### **Planteamiento del problema**

En la actualidad, el tema del estrés es algo muy común en cualquier lugar, principalmente, porque una significativa parte de la sociedad cumple con un rol múltiple y se realizan diversas actividades en un tiempo limitado, lo que resulta exhaustivo en la vida diaria del individuo. Anteriormente el estrés era un problema que se mostraba solo en adultos, sin embargo, hoy en día se sabe que incluso los niños ya presentan esa condición.

Por otra parte, se encuentran también otros elementos que están afectando directamente a la sociedad, como son los trastornos alimentarios, pues es un problema que se está presentando cada vez con mayor frecuencia y que afecta principalmente a las adolescentes.

Asimismo, se considera necesario investigar acerca de la relación que existe entre el estrés y los trastornos alimentarios, para determinar si realmente el estrés puede estar involucrado con este tipo de perturbaciones, ya que por lo regular se asocian a otros factores.

Además, las variables que se pretenden investigar han sido escasamente estudiadas en conjunto; se han realizado diversas aportaciones de estas, pero de forma independiente o con otra variable.

En cuanto al estudio de dicha investigación en el Colegio Casa del Niño, se considera conveniente, ya que no se ha realizado ningún proyecto de este tipo, por lo que se desconoce si los alumnos pudieran estar presentando algún tipo de estrés o algún factor psicológico relacionado con los trastornos alimentarios.

## **Objetivos**

Según Rojas, (citado por Hernández y cols.; 2010), los objetivos sirven como una guía de estudio durante todo el proceso de investigación, por lo que deben ser

claros y posibles de lograr empíricamente. Para el presente estudio, se plantearon los siguientes.

### **Objetivo general**

Analizar la relación que existe entre el nivel de estrés y los factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios, en los estudiantes de primer grado de la Escuela Secundaria Casa del Niño, de Uruapan, Michoacán.

### **Objetivos particulares**

1. Conceptualizar el término estrés.
2. Definir el concepto de trastornos alimentarios.
3. Distinguir los tipos de trastornos alimentarios.
4. Identificar las causas del estrés.
5. Medir los factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios que presentan los estudiantes de primer grado de la Escuela Secundaria Casa del Niño.
6. Evaluar el nivel de estrés que presentan los estudiantes de primer grado de la Escuela Secundaria Casa del Niño.

## **Hipótesis**

En este apartado se señala lo que se pretende comprobar, las explicaciones siguientes se presentan como una posible respuesta a la pregunta de investigación, con base en la bibliografía que ha sido consultada.

### **Hipótesis de trabajo**

El estrés se relaciona significativamente con los factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios que presentan los alumnos del Colegio Casa del Niño.

### **Hipótesis nula**

El estrés no se relaciona significativamente con los factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios que presentan los alumnos del Colegio Casa del Niño.

## **Operacionalización de las variables**

En este apartado, se describen de forma concreta los indicadores que se tomaron en cuenta para la evaluación de las variables.

Para la variable estrés, se tomó como indicador de su presencia, el puntaje normalizado que arrojó la administración del test psicométrico: Escala de Ansiedad

Manifiesta en Niños, subtitulada “Lo que pienso y siento” (CMAS-R), diseñada por Reynolds y Richmond (1997).

En la segunda variable, para medir los factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios, se tomaron los indicadores psicológicos obtenidos del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2), elaborada por Garner (1998).

## **Justificación**

Esta investigación se considera relevante para tener más conocimiento acerca de estas variables, debido a que se sabe que el estrés puede afectar notablemente el rendimiento de las personas. De igual forma, los trastornos alimentarios pueden repercutir de manera negativa en los individuos, pudiendo incluso causar la muerte.

También se considera conveniente conocer la relación que existe entre el estrés y los factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios, ya que comúnmente estos suelen relacionarse con otros factores, por lo que si se encontrara correlación entre estas variables, podría ayudar a prevenir la aparición de este tipo de perturbaciones.

El presente estudio beneficiará directamente a los estudiantes de la Escuela Secundaria Casa del Niño, ya que a partir de las pruebas aplicadas pudo conocerse si los alumnos presentan algún nivel de estrés, indicador psicológico asociado algún

trastorno alimentario, o alguna relación entre ambos, que pudiera estar afectando su calidad de vida; asimismo, se beneficiarán los padres de familia, porque a partir de los resultados, podrán tomar las medidas necesarias para enfrentar dicha situación. De esta manera, también los profesores se verán favorecidos, ya que de acuerdo con el resultado obtenido en sus alumnos, podrán crear estrategias más específicas de mejora con los estudiantes que así lo requieran.

En la psicología, se espera que este estudio pueda servir para futuros investigadores que deseen indagar sobre este tema, para retomar antecedentes y proporcionar información concisa sobre las variables. La investigación se relaciona directamente con el campo de acción del psicólogo, porque es el profesionista indicado para realizar las pruebas psicométricas, también porque es quien interviene en casos que involucran dichas variables.

### **Marco de referencia**

La presente investigación se realizó en la Escuela Secundaria Casa del Niño, que se encuentra ubicada en la Calle del Niño 11, de la colonia Casa del Niño, con código postal 60090, en Uruapan, Michoacán. La escuela es una institución educativa católica, fundada por el Padre José Ochoa Gutiérrez, el 8 de diciembre de 1954, cuenta también con los niveles de preescolar, primaria y preparatoria. La misión del plantel consiste en ser una institución comprometida en la formación integral mediante la calidad en el servicio, donde se promuevan y cultiven los valores de la Sagrada Familia, como son: la responsabilidad, la oración, el trabajo, la sencillez, el silencio, la

solidaridad, el respeto, la tolerancia, la honradez y la fraternidad. Su visión radica en consolidar la oferta educativa de formación integral centrada en el modelo de la Sagrada Familia, donde sus maestros y alumnos sean promotores de su propio desarrollo y vivan en mejora continua.

La secundaria atiende a una población que cuenta con una edad de entre 15 y 18 años, quienes hacen un total de 472 alumnos en los tres grados, de los cuales gran parte pertenece a la clase media y media baja, mientras que solo una mínima a la clase alta. Existen alumnos de diferentes colonias de Uruapan, incluso de poblados la meseta purépecha como: San Juan Nuevo, San Lorenzo, Charapan, entre otros; también están inscritos estudiantes de diferentes religiones, incluyendo no creyentes.

Este centro educativo cuenta con aproximadamente 30 profesores, entre ellos: Licenciados en Derecho, en Teatro, en Diseño Gráfico, en Ciencias de la Educación, en Pedagogía, en Enseñanza del Idioma Inglés, en Humanidades, en Matemáticas y en Educación Física, así como Ingenieros Agrónomos.

La infraestructura se encuentra distribuida de la siguiente forma (accediendo por la entrada principal): en la parte media se localiza el patio, al centro de este el jardín con una plataforma, y en los extremos laterales se ubican dos edificios: uno de lado izquierdo y otro en el derecho, en este último están los salones de tercer grado de secundaria y el dispensario "Tata Vasco" y al final de la planta baja, la biblioteca y la cooperativa; mientras que al inicio del edificio izquierdo se ubican las oficinas del área administrativa: secretariado, diseño de la comunicación gráfica, dirección,

contaduría, trabajo social y departamento psicopedagógico, después se encuentran las aulas de secundaria en ambas plantas, con un total de 16 grupos de secundaria, 4 de cada grado, con 40 alumnos cada uno. Al final del edificio se localiza el laboratorio y área de cómputo en planta baja. Alrededor del jardín están distribuidas las canchas deportivas: al frente dos de voleibol, a la derecha una de futbol y atrás, dos de basquetbol.

También hay talleres de banda de guerra, música, teatro, danza y artes visuales. Además, se cuenta con una capilla y un auditorio para las presentaciones de la comunidad educativa.

Para esta investigación se tomaron tres grupos de primer grado, con 40 alumnos cada uno.



# CAPÍTULO 1

## EL ESTRÉS

En este capítulo se exponen los principales elementos del estrés como variable: su concepto, los enfoques bajo los cuales se ha estudiado, los tipos de agentes estresores y los moduladores de esta condición; finalmente, se analizan los efectos negativos del estrés.

### 1.1. Antecedentes históricos del estrés

A pesar de que el estrés podría considerarse un tema de actualidad, en los siguientes apartados se presentan algunas referencias, en las que se puede observar que es un término que se usó desde la antigüedad.

“La palabra estrés proviene del latín *stringere*, que significa presionar, comprimir, oprimir. Posteriormente este término empezó a utilizarse en la física y la metalurgia para referirse a la fuerza que se aplica a un objeto y mediante el cual es posible deformarlo o romperlo” (Sánchez; 2007: 14).

En el siglo XVII, el físico y biólogo Hooke, a partir de intentar diseñar estructuras metálicas que pudieran soportar grandes cargas, logró observar que la capacidad de los metales de resistir cargas es como la de los humanos para soportar el estrés. Además determinó la forma de conceptualizar al estrés, al definirlo como una exigencia

del medio ambiente, ya sea en un ámbito psicológico, social o biológico (citado por Lazarus y Lazarus; 2000).

Por otra parte, Bernard, médico francés, comprobó que a pesar de que los cambios del medio ambiente pueden afectar al organismo, los seres vivos pueden controlar su medio interno, debido a que la genética de estos organismos proporciona los recursos necesarios para afrontar cualquier demanda.

Ampliando las investigaciones de Bernard, el fisiólogo Cannon propuso el término homeostasis para referirse a los cambios fisiológicos que logran mantener estable el medio interno; el autor resalta que el sistema nervioso controla la homeostasis, a través de la adrenalina que produce el cerebro por las glándulas suprarrenales ante una agresión, en el que operan también cambios cardiovasculares para desplegar su defensa. Asimismo, destacó que las emociones originadas de los acontecimientos imprevistos pueden provocar reacciones de ataque o fuga.

Otro investigador en esta área, fue el científico Selye, quien identificó el “síndrome general de adaptación” que hace referencia a una reacción fisiológica normal del organismo, provocada por algún estímulo en la cual el individuo se prepara para enfrentarse o huir (citado por Sánchez; 2007).

Según Lazarus y Lazarus (2000), en la Primera Guerra mundial se definían a las crisis emocionales desde un enfoque neurológico, creyendo que la causa era el estruendo de los proyectiles; sin embargo, en la Segunda Guerra mundial, se empezó

a estudiar desde una perspectiva psicológica, y la llamaban neurosis de guerra o fatiga de combate.

Al finalizar la guerra, se identificó también el estrés en otros ámbitos de la vida diaria en que podía ocasionar alteraciones psicológicas, por lo que el interés en este tema progresó en los años sesenta.

En la historia reciente, se ha concluido que el estrés es benéfico en cantidades moderadas, porque sirve como estímulo para realizar diversas tareas, pero en cantidades elevadas puede afectar de forma negativa en la vida de las personas.

Finalmente, el 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 o psicológicas” (Ivancevich y Matteson; 1985: 23).

## **1.2. Tres enfoques teóricos del estrés**

En esta parte de la investigación se muestran las tres formas distintas que se utilizaron para definir el estrés, así como la descripción respectiva.

Travers y Cooper (1997), retomando el punto de vista de Kasl, mencionan que existen tres formas de conceptualizar el estrés: como respuesta, como estímulo y como interacción. En el presente apartado se explica brevemente cada uno de ellos.

El estrés como respuesta se refiere a la reacción fisiológica, psicológica o conductual derivada de estímulos desagradables, como un ambiente molesto; mientras en el estrés como estímulo, se percibe el estrés como un suceso externo a la persona, sin importar sus experiencias. Por último, el estrés como enfoque interactivo, comprende la forma en como el sujeto percibe el ambiente y la forma de reaccionar ante este, se trata de un enfoque estímulo-interpretación-respuesta.

### **1.2.1. Estrés como estímulo**

En el siglo V a.C., Hipócrates (retomado por Travers y Cooper; 1997) pensaba que el medio ambiente determinaba las características de salud y enfermedad, por esto, las situaciones ambientales incómodas provocan cambios significativos en la persona, que dependen del nivel de estrés, la presión y el periodo de tiempo que se presente, ya que si este se prolonga, puede provocar reacciones de ansiedad y estrés. Por ello, como lo señala Fisher, el estrés es de tipo ambiental y puede ser físico o psicológico.

Por otra parte, se asume que hay estímulos potencialmente estresantes, como el ambiente, la economía, de tipo social (como el racismo), psicológica (como la depresión) o los desastres naturales.

Selye (citado por Travers y Cooper; 1997) argumenta que no se puede referir al estrés como algo positivo o nocivo, ya que se trata de un término neutro, en el cual solo se describe la reacción del individuo.

Además, afirma que el estrés también sirve como estimulante para realizar ciertas actividades, por eso menciona dos tipos: el estrés positivo o “eustrés”, el cual ayuda en la superación, y el estrés en negativo o “distrés”, que no puede controlarse y puede causar daño. Asimismo, identifica cuatro tipos de estrés por los que puede pasar el individuo: hiperestrés, exceso de estrés; hipoestrés, bajo estrés; eustrés, estrés favorable y distrés, estrés perjudicial.

De acuerdo con Ivancevich y Matteson(1985), en la vida diaria el individuo se enfrenta constantemente a situaciones de estrés, sin embargo, aunque muchas de ellas terminan en distrés, otras desembocan en eustrés. Este autor señala que esta última modalidad es necesaria en la vida, y que en ocasiones parte del distrés que se enfrenta es ausencia de eustrés.

Selye creó el termino eustrés, el cual proviene del griego *eu*, que significa bueno, y se refiere al estrés favorable o que produce un resultado positivo.

Travers y Cooper (1997) señalan que cada persona tiene un nivel de tolerancia que es superable, pero cuando este se rebasa, puede traer daños temporales o permanentes.

Asimismo, agregan que aun cuando un individuo puede enfrentarse de forma constante a presiones, controlándolas adecuadamente, puede ser suficiente una situación insignificante para romper el equilibrio.

### **1.2.2. Estrés como respuesta**

Se sabe que cierto nivel de estrés es benéfico, porque aporta interés a la vida, motivación y objetivos claros, sin embargo, cuando se rebasan estos niveles se deteriora el desempeño, se agota la energía psicológica y se genera sentimiento de inutilidad.

El estrés como respuesta, hace referencia a la reacción que presenta la persona a partir de un estímulo desagradable, en la que la respuesta puede presentarse en tres niveles: psicológico, fisiológico y conductual (Travers y Cooper; 1997).

Por su parte, Selye (citado por Fontana; 1992) identificó tres fases de respuesta en el “síndrome de adaptación general”, el cual popularizó como una forma de reacción ante el estrés. Las fases son: la reacción de alarma, la etapa de resistencia y la de agotamiento, las cuales se expresan en el siguiente párrafo.

En la fase de alarma, la persona se coloca en posición alerta y se prepara para la siguiente etapa, que es la de resistencia, en la que se enfrenta al estrés, sin embargo, si esta se prolonga demasiado, se produce la tercera etapa, que es la de agotamiento, en la que ocurre un daño debido a que la capacidad de resistencia del individuo no es suficiente para enfrentarla.

De acuerdo con este autor, a pesar de que en un inicio el proceso del síndrome de adaptación general se trató de un modelo biológico, también resultó importante en el aspecto psicológico, ya que la persona al enfrentar el estrés primero realiza una evaluación cognitiva, seguido de un enfrentamiento, que correspondería a la etapa de resistencia, y finalmente, si la etapa de resistencia se amplía más que la capacidad de la persona para resistir, se llega a una etapa de colapso psicológico.

Por esta razón, las fases psicológicas pueden coincidir con las fisiológicas, ya que al sentirse físicamente mal debido al estrés, también hay una incomodidad psicológica y viceversa.

Fontana (1992) identifica además algunos síntomas que distinguen a las personas que han alcanzado o están a punto de pasar a la fase de colapso del síndrome de adaptación general, y los divide en tres: los cognoscitivos, que están relacionados con el conocimiento; los emocionales, referentes a los sentimientos; y los conductuales, que involucran tanto los aspectos emocionales como los cognoscitivos.

En los cognoscitivos existe dificultad de concentración, hay una disminución del periodo de esta; se deteriora la memoria a corto y largo plazo, disminuye el recuerdo y el reconocimiento, incluso familiar; hay una reducción en la velocidad de respuesta, al intentar compensarla puede llevar a tomar decisiones apresuradas; se da un aumento en la frecuencia de errores y se presenta distractibilidad (se pierde la secuencia de lo que se está diciendo).

Mientras que en los emocionales, aumenta la hipocondría, a los malestares reales se agregan las enfermedades imaginadas; hay un aumento de tensión, disminuye la capacidad de relajación y se presentan cambios en los rasgos de personalidad, las personas permisivas pueden volverse autoritarias y viceversa.

En los conductuales, se presenta desinterés y disminución de entusiasmo, las metas importantes y los pasatiempos se olvidan; hay además alteraciones del sueño, la persona presenta dificultad para mantenerse dormida por más de cuatro horas; se incrementan los problemas del habla (tartamudez), y pueden aparecer amenazas de suicidio.

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

En la actualidad, Pearlin y cols. (citado por Travers y Cooper; 1997) definen al estrés como un proceso en el que se involucra tanto el estímulo, como la respuesta, puesto que ha pasado, de considerarse equivalente uno de estos términos, a ser un concepto que relaciona ambos.

Algunos investigadores que trabajan con modelos relacionales definen al estrés como “una interacción o transacción entre la persona y su entorno” (Travers y Cooper; 1997: 32), en la cual las personas influyen en dicho entorno y reaccionan ante este, así pues, puede decirse que el estrés es el grado en que se adaptan los individuos a su medio ambiente. Por lo tanto, el escenario no se considera estresante por sí mismo, sino la relación entre ambos (persona-entorno), puesto que lo importante es la forma



como la persona lo percibe. De esta manera, el estrés aparece en el momento en que los estímulos estresores superan la capacidad de la persona para resistirlos, así lo señalan Travers y Cooper (1997).

Dichos autores indican además que el proceso interrelacional, está conformado por aspectos cognitivos. En esta investigación se describen cinco de ellos: la valoración cognitiva, que se refiere a la percepción subjetiva que tiene la persona de la situación; la experiencia, en la que la percepción depende de la familiaridad que tenga el sujeto con dicha situación; la exigencia, que incluye la demanda y la capacidad objetiva y subjetiva; la influencia interpersonal, donde la percepción depende de la presencia de otras personas; y el estado de desequilibrio, en la que hay una inestabilidad entre la percepción y la exigencia.

Por último, desde un concepto integrador del estrés, se define mediante las características siguientes: “existencia de una demanda, percepción de esa demanda como amenaza, pérdida o daño, el sujeto no dispone de recursos suficientes, presencia de emoción negativa y peligro de inadaptación o desajuste psicológico” (Lazarus y Lazarus; 2002: 21-22).

### **1.3. Los agentes estresores**

En esta parte se indican y describen los diferentes tipos de condiciones que pueden propiciar un ambiente de estrés.

Según Every, “los estresores son sucesos medioambientales reales o imaginarios que configuran las condiciones para elicitarse la respuesta de estrés” (referido por Palmero y cols.; 2002: 431).

En los siguientes subtemas, se abordará la taxonomía de los estresores, sin embargo, debido a que la mayoría de estos es de tipo psicosocial, se han clasificado de acuerdo con el cambio que producen en las condiciones de vida.

Palmero y cols. (2002), se refieren al estrés como un cambio, ya sea favorable o negativo, debido a que cualquier suceso que cambia el estilo de vida es generador de estrés, incluso una situación imaginaria.

Para Lazarus y Folkman, “el estrés es una relación particular entre la persona y el entorno, que es evaluado por esta como amenazante o desbordante de sus recursos, y que pone en peligro su bienestar. Estas características del entorno o estímulos generadores de estrés se han considerado generalmente como acontecimientos con los que tropieza la persona, acontecimientos que implican cambios en las rutinas de la vida cotidiana de las personas” (referidos por Palmero y cols.; 2002: 425).

Lazarus y Cohen (citado por Palmero y cols.; 2002) distinguen tres tipos de sucesos estresantes psicosociales, en función de la intensidad de los cambios producidos en las condiciones de vida: cambios mayores, menores y cotidianos.

Además de estos, también se encuentran los estresores biogénicos, que afectan la actividad fisiológica sin que medie un proceso cognitivo.

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

Los estresores psicosociales se han clasificado en función de la intensidad de los cambios en: mayores, menores y microestresores. En los siguientes párrafos se describen estos tipos de estresores, con base en Palmero y cols. (2002).

Los cambios mayores comprenden cambios extremadamente drásticos en el estilo de vida de las personas, como enfermedades terminales, catástrofes naturales u otras circunstancias de consecuencias traumáticas. Son estresores únicos que generalmente afectan a una cantidad considerable de personas.

En los cambios menores, se involucran situaciones que no dependen del control del individuo, así como otras que se relacionan estrechamente. Debido a que en el transcurso de la vida, las personas se enfrentan a una serie acontecimientos que les producen cambios significativos, estos cambios, a diferencia de los mayores, ocurren específicamente a una persona o a un grupo pequeño, y tienen una trascendencia vital.

Entre las características que presentan los microestresores se encuentran: un cambio ambiental, una situación impredecible, un estado de incertidumbre o una ambigüedad de la situación.

Los principales desencadenantes de estrés que producen cambios significativos son: la vida conyugal, que incluye el matrimonio, problemas de pareja, divorcio o muerte del consorte; la paternidad, que involucra ser padre, tener dificultades con los hijos, o enfrentar la enfermedad de un hijo; situaciones ambientales, como cambio de lugar de residencia o en el estatus económico; también otros tipos, como una violación o un embarazo no deseado; finalmente, en los niños y adolescentes, factores familiares como relaciones distantes con los padres o pérdida de miembros de la familia nuclear.

Los estresores cotidianos o microestresores, son acontecimientos que podrían considerarse de poca relevancia, pero que se presentan continuamente, como discutir con la pareja o convivir con un fumador.

Kanner y cols. (retomados por Palmero y cols.; 2002) mencionan que los microestresores que afectan a la persona, están relacionados con las responsabilidades domésticas, la salud, la vida personal, el trabajo, entre otras. Los autores distinguen dos tipos de estresores cotidianos: las contrariedades y las satisfacciones.

En los primeros pueden considerarse como problemas prácticos que ocurren en la vida diaria y causan incomodidad emocional, como extraviar alguna pertenencia o encontrarse en medio de un intenso tráfico; mientras que las satisfacciones

comprenden emociones agradables que pueden contrarrestar los efectos de las contrariedades.

### **1.3.2. Estresores biogénicos**

Aunque en la vida diaria predominan los estresores psicosociales, también se encuentran los biogénicos, que intervienen provocando la situación de estrés, ya que actúan directamente, de forma neurológica.

Entre los estresores biogénicos se encuentran los cambios hormonales que se producen en la pubertad, debido a que el adolescente está cambiando; el síndrome premenstrual, por el desequilibrio originado entre estrógenos y progesterona; el postparto, a causa del cambio drástico en los niveles de hormonas; la menopausia, por la disminución en el nivel de estrógenos; la ingesta de sustancias químicas como anfetaminas, nicotina, cafeína y por último, reacciones alérgicas, ya que la alergia produce estrés como una forma de defensa del sistema inmunológico para enfrentar las amenazas del cuerpo (Palmero y cols.; 2002).

### **1.3.3. Estresores en el ámbito académico**

Los estresores en el área académica están presentes frecuentemente, puesto que los alumnos de forma continua se enfrentan a una serie de escenarios que pueden resultar incómodos.

En los estresores del ámbito académico, Polo y cols. (citados por Barraza; 2003) identifican la resolución de un examen, exponer un tema, exceso de responsabilidad, ambiente físico desagradable, competitividad o conflictos entre compañeros, participación en clase, tiempo límite para realizar actividades, exceso de trabajo académico, evaluación y tipo de trabajo que se solicita.

De igual manera, también se encuentran otros estresores que aparecen con el ingreso a la universidad, como dejar la casa familiar, tener que viajar, compartir casa o vivir solo, enfrentar responsabilidades académicas, sociales y económicas.

Por otra parte, se dice que el estrés académico es disfuncional cuando resulta imposible reaccionar de la forma que se quisiera, y de acuerdo con Pérez (citado por Barraza; 2003), cuando la fase de alarma se prolonga por más tiempo se desencadenan algunos malestares, como dolor de cabeza, alteraciones del sueño, dificultad para concentrarse, cambios de humor, entre otros.

Hernández y cols. (referidos por Barraza; 2003) identifican diversas reacciones ante el estrés académico: preocupación, rápido latido del corazón, respiración dificultosa, movimientos estereotipados, miedo, molestias estomacales, fumar o beber demasiado, pensamientos desfavorables, temblor de alguna parte del cuerpo,

dificultad para expresarse verbalmente, inseguridad, dificultad para tragar y ganas de llorar.

#### **1.4. Procesos del pensamiento que propician el estrés**

Aquí se menciona cómo las formas de pensamiento pueden generar situaciones de estrés, asimismo, se describen algunos de esos pensamientos.

Ellis (citado por Powell; 1998) afirma que las personas se ven afectadas psicológica y emocionalmente ante la presencia de un estímulo, son influidas por su forma de pensar y no por la situación en sí. Asimismo, el autor señala algunas ideas que muestran frecuentemente las personas dañadas de forma emocional y psicológica; entre ellas se encuentran:

1. La necesidad de tener la aprobación y el afecto de todos: entre más intenta la persona conseguir este propósito, mayor es su ansiedad, puesto que las personas pueden lograr la felicidad sin obtener la aprobación de todo el mundo; se trata de una idea irracional, ya que el objetivo es imposible de alcanzar.
2. Querer lograr la perfección en todos los ámbitos, con la intención de ser mejor que los demás: esto solo incita a realizar una exhaustiva labor, y tener miedo constante al fracaso.
3. No poseer control de la felicidad personal: creer que esta depende de las situaciones externas, lo que es también una irracionalidad, ya que la

felicidad o infelicidad, está en función de la percepción que se tenga de la situación.

4. La conducta de la actualidad: suponer que ha sido determinada por las experiencias pasadas, creer que es imposible superar las situaciones del pasado.
5. Pensar que solo hay una solución para cada problema, si no se encuentra resulta devastador, ya que genera tanta ansiedad, de modo que es más difícil resolver los problemas.
6. Preocupación constante sobre las situaciones peligrosas que pudieran ocurrir, consiguiendo incluso incitar dicha situación. El miedo suele exagerar los eventos desagradables.
7. Necesidad de dependencia total, querer tener siempre a alguien para apoyarse.
8. Los acontecimientos de la vida personal tienen que resultar exactamente como se han planeado, para que no sea catastrófico, esta situación incita al fracaso.
9. Creencia de que evadir las responsabilidades, es mejor que enfrentarlas, ignorando que al evitarlas se originan mayores dificultades.
10. Se posee habilidad para juzgar la responsabilidad y conciencia de los demás. Se imagina que ciertos individuos son malos y deben ser castigados.
11. Las personas se deben preocupar mucho por los problemas de los demás, esta situación causa autodestrucción.



## **1.5. Los moduladores del estrés**

Las personas, para enfrentar el estrés, utilizan diferentes recursos que pueden ser personales o sociales, estos incluyen características de la situación y las propias del individuo.

Los moduladores son un conjunto de factores que influyen en el estrés, prediciendo el curso del proceso del estrés y sus consecuencias sobre la salud, dichos moduladores pueden presentarse aunque la persona no esté expuesta a situaciones de estrés, afectando en la mayoría de las veces, sin embargo, cuando hay condiciones estresantes, los moduladores pueden ser capaces de determinar los elementos del estrés y las consecuencias, ya sean benéficas o perjudiciales.

Existen moduladores de carácter social, como el apoyo que puede recibir una persona en situaciones desagradables, así como aquellos de carácter personal, como las creencias y los rasgos de personalidad (Palmero y cols.; 2002).

### **1.5.1. El control percibido**

La influencia del estrés sobre el organismo, depende principalmente de la magnitud de la situación y del control que se tenga de esta.

Para Fontaine y cols. (retomados por Palmero y cols.; 2002), la percepción de control se refiere a la capacidad de control que cada persona cree poseer, sobre ciertas

metas u objetivos deseados, regulando las dificultades que pudieran aparecer durante este proceso.

Fernández (citado por los mismos autores) expresa que el control percibido puede influir directamente en la conducta, de esta manera, cuando una persona cree tener dominio sobre cierta situación, aunque no sea así, la sola creencia protege al individuo de los efectos negativos del estrés.

Cabe mencionar que el control percibido puede ser interno o externo. En el primero, lo que ocurre a la persona es producto de sus propias acciones, mientras que en el control externo, lo que sucede al sujeto depende de otros, del azar o de la suerte. Las personas con control externo no toman medidas para evitar el impacto negativo del estrés y tienen más problemas de salud.

Además, un estudio comprueba que el control percibido está determinado por la información y su procesamiento (Palmero y cols.; 2002).

### **1.5.2. El apoyo social**

El apoyo social se ha definido como “las provisiones instrumentales o expresivas, reales o percibidas, aportadas por la comunidad, las redes sociales y los amigos íntimos” (Cascio y Guillén; 2010: 189).

Palmero y cols. (2002) argumentan que el apoyo social disminuye el estrés, asimismo, se ha demostrado que un nivel bajo de apoyo social está asociado con la

presencia de enfermedades físicas o psicológicas. Además de ello, el apoyo social está relacionado con la salud en aspectos como: eliminar o reducir el impacto del estresor, ayudando a enfrentar la realidad y amortiguando la situación de estrés.

En general, la implicación de la persona con el entorno social, resulta benéfico para esta, ya que refuerza su autoestima y mejora su salud física y mental. Se ha confirmado que tener relaciones familiares y maritales satisfactorias, ayudan al funcionamiento del sistema inmune.

Por su parte, Cascio y Guillén (2010), a partir de la idea de que el estrés surge de un desequilibrio que se percibe entre demandas y recursos, señalan que el apoyo social es una fuente de recursos para hacer frente a las demandas, y exponen dos formas en que el apoyo social funciona sobre el estrés y la salud: el efecto directo y el indirecto.

En el apoyo social como efecto indirecto, los estresores sociales únicamente tienen efectos negativos cuando la persona tiene poco apoyo social, pero sin estresores sociales, el apoyo social no contribuye al bienestar, solo protege a las personas de los efectos negativos del estrés. Del mismo modo, el apoyo puede reducir la percepción de amenaza de los estresores, redefinir la propia capacidad de respuesta y evitar la presencia de estrés.

Por otro lado, en el apoyo social como efecto directo, el apoyo promueve la salud y el bienestar personal, independientemente del nivel de estrés, esto es, cuanto

mayor apoyo haya, existirá menor malestar psicológico, y entre menos apoyo social, se tendrá mayor malestar psicológico.

### **1.5.3. El tipo de personalidad: A/B**

En el presente apartado se explican dos tipos de personalidad, con base en Travers y Cooper (1997), que pueden relacionarse con el desencadenamiento de estrés, que en este caso se refiere a uno de estos tipos, el cual se indica posteriormente.

El tipo de personalidad se obtiene mediante el empleo de técnicas de gran escala (cuantitativas) y entrevistas personales a profundidad. El estilo de conducta, como lo mencionan Ivancevich y Matteson (1985), es uno de los aspectos más estudiados, que puede intervenir en el estrés.

Se ha encontrado que los estilos de conducta modifican la respuesta personal ante el estrés. Friedman y Rosenman (mencionados por Ivancevich y Matteson; 1985) investigaron ambos estilos: el tipo A y el tipo B, y señalaron que el primero se trata de un conjunto de actitudes, reacciones emocionales y estilos de conducta, que se relacionan con pacientes que presentaron enfermedades causadas por el estrés. Es por esto que se halló una estrecha relación entre la conducta del tipo A y los malestares cardíacos.

De esta forma, el tipo A se entiende como una forma del individuo para enfrentarse a cierta situación, actuando como mecanismo de defensa ante las demandas personales y ambientales.

Los cardiólogos Friedman y Rosenman encontraron que sus pacientes con enfermedades coronarias compartían un patrón de conducta similar, el denominado tipo A, el cual involucraba impulsividad, intolerancia, desinterés por los eventos sociales, competitividad, escasa asistencia al médico, hostilidad, falta de tiempo para realizar ejercicio y agresividad.

Entre las características que identifican al estilo de personalidad A, se encuentran: impaciencia frente al ritmo de los acontecimientos, apresuran la manera de hablar de los demás, dicen las últimas palabras de la frase con mayor velocidad que las primeras, realizan actividades rápidamente como caminar y comer, efectúan más de dos tareas a la vez (actividad polifásica); además, suelen mantener los puños cerrados, hacer girar la conversación en torno a ellos, presentar sensación de culpabilidad al tomarse un descanso, organizar más labores en menos tiempo, y no se sienten atraídos por los de su mismo estilo, no identifican las situaciones agradables que ocurren durante el día, y tienen un sentido de urgencia todo el tiempo (Ivancevich y Matteson; 1985).

También se localiza el tipo de personalidad B, que se puede identificar porque estas personas no poseen los rasgos del tipo A, no sufren debido a la urgencia, efectúan reacciones de forma pausada, disfrutan de la convivencia social, hay gusto

por brindar y recibir afecto, son pacientes, saben escuchar, dedican tiempo al ocio recreativo y pueden relajarse sin sentirse culpables.

#### **1.5.3.1. Personalidad tipo A y problemas cardiacos**

La gran mayoría de investigadores, han afirmado que los individuos de personalidad A, experimentan cantidades altas de estrés. En este sentido, mientras la persona tipo B busca lograr metas sin crear daños físicos y psicológicos, la de tipo A sí se encuentra involucrada en estos fenómenos.

En estudios que se han efectuado respecto al tipo A, y la enfermedad de las coronarias relacionadas con el estrés, se ha encontrado en un estudio realizado a finales de los años cincuenta, primero, que setenta pacientes habían sufrido una enfermedad cardiaca y el 77% pertenecían al tipo A, que el patrón de conducta fue más predominante en los jóvenes, donde los hombres de tipo A experimentaron seis veces más la incidencia de enfermedades cardiacas con respecto a los del tipo B (Ivancevich y Matteson; 1985).

De esta manera, se dice que los individuos de tipo A, por su tipo de conducta, aumentan su probabilidad a estresarse, a su vez que reducen la resistencia al estrés, al negarse a relajarse; en otras palabras, los de tipo A causan estrés por sí mismos al exponerse a estresores que sus contrarios del tipo B evaden.

## 1.6. Los efectos negativos del estrés

Algunas de las consecuencias negativas del estrés son las enfermedades originadas a partir de un estilo de vida que involucra constantemente a este.

Las enfermedades causadas por estrés o enfermedades de adaptación, “son consecuencia del intento imperfecto de nuestro cuerpo por hacer frente a la amenaza planteada por uno o más agentes externos” (Ivancevich y Matteson; 1985: 106).

Las respuestas de adaptación tienen como objetivo mantener o restaurar la homeostasis. En los siguientes párrafos, se muestran algunas enfermedades que están asociadas a los niveles de estrés, según el planteamiento de Ivancevich y Matteson (1985).

- La hipertensión: en esta enfermedad, la sangre fluye a través de las arterias a presión alta, la forma en que responde el cuerpo al estrés es comprimiendo las paredes arteriales y aumentando la presión.
- Las úlceras: son lesiones en el estómago o intestino, causadas por las variaciones de cortisona, la cual aumenta durante los periodos de estrés.
- La diabetes: es una enfermedad que implica deficiencias de insulina, la cual regula el nivel de azúcar en la sangre; el estrés aumenta el nivel de azúcar.
- Las jaquecas: que resultan de la tensión muscular, la cual aumenta en periodos de estrés.

- El cáncer: en esta enfermedad, las células cancerígenas se producen constantemente en el organismo, pero son destruidas por el sistema inmunológico antes de que causen problemas; debido al estrés, se producen alteraciones en el sistema inmunológico, que lo afectan impidiendo que realice su función correctamente.

Sin embargo, también el rendimiento en el aspecto académico se puede ver afectado a causa de un estrés negativo, debido a que, como lo menciona Barraza (2003), se requiere de más tiempo para aprender, y puede ocurrir un bloqueo ante las evaluaciones académicas, sin importar si tiene el conocimiento o no. Este planteamiento y otros relativos a la segunda variable de investigación, se exponen en el capítulo siguiente.



## **CAPÍTULO 2**

### **TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN**

En el presente capítulo se explica, como segunda variable de investigación, los trastornos alimentarios que existen, los factores que los generan y la sintomatología que manifiestan. Además de ello, se examinan los factores que propician su permanencia y los tratamientos que se emplean para solucionar dicha problemática.

#### **2.1. Antecedentes históricos de la alimentación**

En este apartado se menciona cómo los trastornos de la conducta alimentaria estaban presentes desde la antigüedad, en diferentes culturas, y manifestados en distintas religiones.

Retrocediendo a otras épocas, se puede encontrar que los desórdenes de la conducta alimentaria son en realidad un problema que se ha presentado desde tiempos anteriores.

Puesto que anteriormente, como lo describen Jarne y Talarn (2000), en los banquetes en donde las personas se alimentaban de forma desmesurada, existía principalmente un carácter de tipo social, para demostrar poder, además de una intención simbólica sagrada. Cabe mencionar que en estos banquetes, vomitar era un acto común cuya objetivo consistía en volver a comer.

Del mismo modo, en la cultura cristiana, la abstención de alimentos también estuvo relacionada con el simbolismo sagrado, ya que los primeros cristianos ayunaban como una forma de penitencia, como rechazo hacia el mundo y como un medio para obtener un mayor estado espiritual.

Sin embargo, no todos los casos comprendían acciones de penitencia y sacrificio, también se presentaron algunos de carácter clínico, pues se ha encontrado información del siglo XVII donde se describen casos de desnutrición, causados por la restricción de alimentos.

Los asuntos que se presentaban en la antigüedad eran muy similares a los que se detectan actualmente, solo ha ido cambiando la interpretación de las causas de la enfermedad.

Las teorías iniciales sugerían un desorden de origen panhipopituitario, después se impusieron las hipótesis psicológicas de tipo psicoanalítico. Desde los años setenta, se tiene una visión más amplia que va más allá de la religión, ya que se considera que el origen del trastorno se debe a un conjunto de factores relacionados: psicológicos, biológicos y sociales; a la vez, se recomiendan tratamientos pluridisciplinarios que incluyan los tres núcleos conflictivos de la anorexia: el peso, la figura y los pensamientos alterados.

En 1979, Russell descubrió episodios de ingesta voraz y conducta de purga, en pacientes que anteriormente habían sufrido anorexia nerviosa, la cual denominó bulimia nerviosa, lo que representó una indeseable evolución de la anorexia.

## **2.2. Definición y características clínicas de los trastornos alimenticios**

Los trastornos alimenticios, primeramente se pueden definir según el DSM IV-TR (APA; 2002), como alteraciones graves de la conducta alimentaria. En este apartado se describen algunos de estos trastornos, entre ellos la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, que se caracterizan por la alteración de la percepción corporal en forma y peso.

El tema de la obesidad no se incluye en estos trastornos alimentarios, ya que a diferencia de la anorexia y la bulimia, aquella se considera una alteración médica y no psiquiátrica.

La obesidad se define como la acumulación excesiva de grasa corporal. A pesar de que en otras épocas se consideraba un símbolo de salud, belleza y posición social, en la actualidad no es así, pues la salud y la apariencia física se asocian a un cuerpo delgado.

Cabe mencionar que en la obesidad, además de los riesgos para la salud, también se incluyen cuestiones estéticas y sociales, que pueden provocar problemas

psicológicos, por lo que la obesidad debería de tratarse de un enfoque multidisciplinario.

Generalmente se acepta que las personas obesas comen en exceso, y la psicología ha tratado de explicar esta conducta, logrando identificar que estas personas presentan problemas de personalidad que compensan comiendo más y que los excesos se deben a su ansiedad.

De acuerdo con Castillo y León (2005), los trastornos más frecuentes de la conducta alimentaria son la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, sin embargo, existen también otras alteraciones del comportamiento alimentario que pueden presentarse comúnmente.

### **2.2.1. Anorexia nerviosa**

La anorexia, según Belloch y cols. (1995), significa literalmente falta de apetito, sin embargo, cuando se habla de anorexia nerviosa, se sabe que no sucede así, sino lo contrario: la persona tiene hambre pero no come, piensa constantemente que alimentos son los más adecuados para no engordar, y presenta un deseo incontrolable de continuar adelgazando, aun cuando ya ha perdido peso considerablemente.

Las características principales de la anorexia nerviosa, de acuerdo con el DSM IV-TR (APA; 2002), consisten en mantener un peso corporal por debajo del nivel normal, un miedo intenso a ganar peso y una alteración significativa de la percepción

del cuerpo; comúnmente la pérdida de peso la obtienen a través de la disminución de la ingesta total.

Otras características de la anorexia que se añaden, mencionadas por Belloch y cols. (1995), consisten en establecerse cierto peso y adelgazar más para evitar cualquier aumento no previsto; cuando han conseguido perder peso continúan disminuyendo la cantidad de calorías, realizan ciertos rituales, como cortar la comida en trozos muy pequeños o esconderla, y compensan su restricción de alimentos bebiendo agua en exceso. Otras veces usan anfetaminas, laxantes o se provocan el vómito.

Por otra parte, Jarne y Talam (2000) señalan que en la anorexia nerviosa además, se presentan alteraciones cognitivas y conductuales:

En las alteraciones cognitivas se encuentran distorsiones de este tipo, trastornos de la imagen corporal y alteraciones introceptivas, puesto que en la anorexia nerviosa se presentan pensamientos distorsionados con respecto a la comida y el peso; del mismo modo, tienen alteraciones de percepción de su propio cuerpo, donde evalúan erróneamente la dimensión de este.

Mientras tanto, las alteraciones conductuales se desencadenan una vez que las personas comienzan la restricción de alimentos: la familia empieza a identificar conductas de rechazo hacia la comida, asimismo, también se presentan vómitos

frecuentes e hiperactividad, ya que las anoréxicas dejan de utilizar medios de transporte y realizan diversas actividades, la mayor parte del tiempo a pie.

Durante los episodios de anorexia nerviosa pueden presentarse atracones o purgas, los cuales pueden clasificarse de acuerdo con el DSM IV-TR (APA; 2002), en dos tipos:

El restrictivo, donde las personas regularmente no realizan purgas ni atracones, sino lo contrario, hacen dietas, ayunan o realizan ejercicio intenso. Por otra parte, el tipo compulsivo/purgativo, en el cual, como su nombre lo indica, las personas frecuentemente realizan atracones o purgas, se provocan el vómito o utilizan laxantes.

Además, se identifica la anorexia nerviosa atípica, que Castillo y León (2005) refieren al cuadro clínico de anorexia nerviosa, aunque falla en alguno de los signos o síntomas característicos de este trastorno.

### **2.2.2. Bulimia nerviosa**

El término bulimia proviene de las raíces griegas *bus*, que significa buey y *limos*, que significa hambre; de esta manera, se define como hambre desmesurada. En 1987 el DSM-III-R le añade el calificativo “nerviosa”, después de haberse reconocido el término bulimia, ya que anteriormente se conoció con otros nombres, entre ellos el síndrome de delgado-gordo, bulimarexia y síndrome del caos dietético (citado por Belloch y cols.; 1995).

La bulimia nerviosa es un trastorno caracterizado por una alimentación anormal, que incluye episodios de ingesta voraz, seguidos de conductas compensatorias y sentimientos de culpa (Jarne y Talarn; 2000).

El término que se utiliza en inglés para definir la ingesta voraz es *binge eating*, y significa embriaguez, el cual se refiere al consumo rápido de grandes cantidades de comida, con poca o ninguna satisfacción.

Según el DSM IV-TR (APA; 2002), las principales características de la bulimia nerviosa son los atracones y métodos compensatorios no apropiados con la finalidad de no subir de peso. Se define al atracón como “el consumo a lo largo de un periodo corto de tiempo de una cantidad de comida muy superior a la que la mayoría de los individuos comerían” (APA; 2002: 559).

Los atracones por lo general se realizan a escondidas, se caracterizan por la rápida ingesta de comida, y comúnmente terminan con dolor abdominal; estas comilonas suelen desencadenarse de situaciones estresantes, después de dietas estrictas y sentimientos relacionados con el peso y la figura corporal.

Cabe mencionar que muchas personas con este trastorno utilizan diferentes métodos para compensar los atracones, el más frecuente es provocarse el vómito (con los dedos u otros instrumentos); otros métodos pueden ser los de purga, en los cuales se utilizan laxantes y diuréticos.

Del mismo modo, estas personas pueden estar sin comer varios días, y realizar ejercicio físico intenso, con el propósito de compensar la ingesta de alimento realizada durante los atracones.

De acuerdo con Belloch y cols. (1995), la bulimia nerviosa en general, se caracteriza por la falta de control sobre la ingesta, preocupación excesiva por la imagen corporal y conductas dirigidas al control de peso. Estos periodos de bulimia pueden acompañarse con episodios de ingesta normal, dietas extremas o ayunos.

Además de ello, en este trastorno se distinguen dos tipos para determinar la presencia o ausencia de métodos de purga utilizados de forma compensatoria durante los atracones: los de tipo purgativo y no purgativo.

En los purgativos, se presenta provocación del vómito, uso de laxantes, diuréticos y enemas; mientras en los de tipo no purgativo, se usan técnicas no adecuadas como ayuno o ejercicio físico intenso, pero no se usan laxantes, diuréticos ni enemas.

Por último, Castillo y León (2005), distinguen la bulimia nerviosa atípica, la cual se usa para los casos de bulimia nerviosa que no cumplen con todos los síntomas o signos que caracterizan dicho trastorno.

### **2.2.3. Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas**



También conocida como hiperfagia psicógena, se trata de un término obtenido del CIE-10, que se refiere a la “ingesta excesiva como una reacción a acontecimientos estresantes y que da lugar a la obesidad. Duelos, accidentes, intervenciones quirúrgicas y acontecimientos emocionalmente estresantes pueden dar lugar a una ‘obesidad reactiva’, en especial en pacientes predispuestos a la ganancia de peso (Castillo y León; 2005: 225).

Sin embargo, este trastorno debe diferenciarse de los casos donde el paciente presenta obesidad, o cuando esta es resultado del uso de fármacos.

#### **2.2.4. Vómitos en otras alteraciones psicológicas**

También se conoce con el nombre de vómitos psicógenos e hiperémesis gravídica psicógena. En este se pueden presentar vómitos frecuentes, sin ser provocados, en cuadros disociativos; la hipocondría y el embarazo pueden facilitar la aparición de dichos síntomas (Castillo y León; 2005).

#### **2.2.5. Trastorno por atracón**

Este trastorno, citado también por las autoras anteriores, se define como la aparición de atracones recurrentes, sin tener control de estos, y sin conductas compensatorias, en las cuales las personas comen rápido y sin apetencia. Cabe mencionar que después de dichos atracones, las personas sienten culpabilidad, disgusto y depresión.

### **2.2.6. Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia**

El CIE-10 (citado por Castillo y León; 2005) los define como trastornos que ocurren por lo regular en la infancia y en la niñez, en los cuales el niño rechaza la comida y tiene conductas cualitativamente anormales durante el proceso alimenticio.

Por otra parte, es importante señalar que para su diagnóstico, es necesario descartar una enfermedad orgánica; así como evitar confundirlos con pequeños caprichos que normalmente se presentan en la infancia.

En el presente se describen diferentes tipos de trastornos que pueden presentarse durante esta etapa, de acuerdo con Jiménez (1997):

- Comportamientos disruptivos durante la comida y hábitos alimentarios inadecuados: se refieren a todas las conductas que dificultan la formación de hábitos alimenticios adecuados, entre ellos: comer de pie o levantarse continuamente de la silla, negarse a utilizar cubiertos o comer solo si a la vez el menor está jugando.
- Rechazo de alguna clase de comida: esta situación puede considerarse normal, y puede ocurrir por varias razones, entre ellas el olor, el sabor, o la dificultad para ingerir tales alimentos. Sin embargo, en el problema debe diferenciarse si el rechazo del niño es solo hacia cierto alimento que puede ser sustituido, o si su rechazo es tan amplio que puede dañar su salud.

- Negación a tomar alimentos sólidos: en este tipo, el niño se niega a tomar los alimentos en estado sólido, puede darse hacia todos los alimentos de este tipo o solo hacia algunos, y accede únicamente a ingerir los de consistencia líquida. Si se prolonga este tipo de alimentación durante mucho tiempo, puede provocar anomalías en dientes y encías, entre otras. Por lo que se considera importante, como lo señalan Illingworth y Lister (referidos por Jiménez; 1997), que la introducción de alimentos sólidos se efectuó entre los 7 y los 10 meses de edad.
- Ingesta de comida mezclada: se refiere a comer exclusivamente los alimentos que estén triturados y mezclados, debido a que los padres o personas que se encargan de la alimentación del niño con anterioridad lo enseñaron a dicho proceso, con la intención de que comiera alimentos sólidos o simplemente lo hiciera de forma más rápida; es por ello que el niño no acepta el sabor propio de cada alimento.
- Falta de apetito: en la mayoría de los casos no existe tal problema, es solo que hay ciertos períodos en los cuales los niños presentan mayor o menor apetencia; y cuando este se presenta es porque en general el niño come poco.
- Tiempo de comida excesivo: es el más frecuente, las razones de comer tan lento, en general, suelen ser por rechazo a la comida que se les ha preparado, por negarse a dejar la comida triturada y tener que comer algo sólido, por rechazo a todas las comidas que los padres proporcionan o, simplemente, debido a distractores.
- Los vómitos: este problema se da con menor frecuencia, pero suele ser más alarmante, debido a que se relaciona con una enfermedad física; los vómitos

pueden generarse como un rechazo a la comida, o como un rechazo a cierta situación; en el caso de los niños, comúnmente se trata de la escuela, en ambos casos el niño logra escapar de cierta situación y aprende que es una forma de obtener lo que quiere.

Castillo y León (2005) añaden además otros tipos de trastornos que se presentan durante la infancia:

- Pica o alotriofagia: se refiere a la ingesta persistente de sustancias no nutritivas (tierra, tabique, hielo, entre otras). Se considera anormal cuando aparece después de los 18 meses. Puede tratarse de otro síntoma en niños con trastorno psiquiátrico grave (autismo, retraso mental, entre otros), sin embargo, también puede presentarse en niños con inteligencia normal y continuar en la adolescencia. En los adultos, puede aparecer en casos de psicosis, retraso mental y demencias. Las consecuencias más frecuentes son infecciones por parásitos, obstrucción intestinal e intoxicaciones por plomo.
- Potomanía: Se trata de la ingesta de líquidos en exceso, frecuentemente agua. Los pacientes con este trastorno muestran signos histéricos, también puede presentarse en personas con anorexia nerviosa. Es importante también distinguirla de la diabetes insípida, en la que existe una alteración en la neurohipófisis.

### **2.3. Esfera oroalimenticia en el infante**

Ajuriaguerra (1973) señala que en el desarrollo humano desde muy temprano se presenta el reflejo oroalimenticio, que se refiere a movimientos de succión labial ante la presencia de un estímulo en la zona oral, como el contacto de los dedos o la fuente de alimento. A este reflejo otros autores lo conocen como reflejo de búsqueda o focalizador.

### **2.3.1. Organización oroalimenticia**

La reacción oroalimenticia es una de las primeras formas de relación con el mundo exterior, aun cuando la madre todavía no es objeto amado, sino una fuente de alimento que satisface la necesidad biológica, se considera también una fuente de contacto, en la cual puede apropiarse de un objeto externo, que consiste en tomar y dejar un objeto con la boca, como juego de labios. Durante un tiempo, la boca será el único medio de apropiarse de los objetos.

De acuerdo con los psicoanalistas, la boca se considera una zona erógena y la succión, un acto autoerótico, al cual se acompaña el ansia de apropiarse de los objetos. El niño ve en las personas una fuente de alimento y en la imaginación se une a este al comerlo, haciéndolo parte de sí mismo.

Muchos autores prestan especial interés al tipo de alimentación durante la infancia, puesto que se piensa que la succión aparece en las primeras emociones y es el inicio de sus primeras fantasmagorías.

Ajuriaguerra (1973) señala que brindar alimentación a un niño no solo es un acto nutritivo, sino una actitud de entrega de la madre, ya que durante este proceso el niño encuentra una posición cómoda, tierna y un olor especial, en el que satisface además del hambre, todas las necesidades.

Además, la comida es un acto social, de tipo rutinario, donde la familia participa, respetando un horario y que se lleva a cabo como una obligación. El comer significa alimentarse, sentir placer y crecer.

### **2.3.2. Alteraciones de la esfera oroalimenticia**

Ajuriaguerra (1973), identifica dos tipos de alteraciones oroalimenticias: la anorexia esencial precoz y la del segundo semestre.

- La anorexia esencial precoz: es muy rara, puede aparecer desde el primer día de nacido o en las primeras semanas. De constitución neuropática, se presenta en niños de poco peso, nerviosos o muy despiertos. En un inicio se expresan pasivos a la comida y después de unos meses no quieren comer.
- La anorexia del segundo semestre: es la más frecuente, se produce después de quitarse la leche, se da entre el quinto y el octavo mes, y se distinguen dos tipos: la inerte, cuando no hay iniciativa por parte del niño, no ingiere o vomita lo poco que come; y la de oposición, en la que el niño utiliza diferentes métodos para rechazar totalmente la comida, muestra

agitación, llanto o vómitos, como una forma de manifestar su personalidad; durante este proceso se efectúa una relación madre-niño, ya sea de aceptación o rechazo.

Los casos más graves de anorexia, en su mayoría, responden a un conflicto en la relación con la madre.

La anorexia de la segunda infancia, aunque suele seguir a la de la primera, también se presenta en niños que se han alimentado normalmente durante el primer año, y que aparece por ciertos rituales de comida en el ambiente familiar, ya sea por oposición a la rigidez paterna o por elegir caprichosamente la comida.

#### **2.4. Perfil de la persona con trastornos de alimentación**

Costin (2003) señala que resulta complejo describir el perfil de una persona con trastornos de alimentación, puesto que su conducta se observa una vez que ya tiene este trastorno, y este afecta la personalidad a tal grado que es difícil distinguir entre los rasgos característicos ya establecidos y los generados a partir del trastorno.

A pesar de esta dificultad, se mencionan algunas características que se presentan frecuentemente en las personas con trastornos de la alimentación:

- Problemas con la autonomía: estas personas presentan dificultad para funcionar de forma independiente de la familia, constantemente se preocupan

por cumplir las expectativas del exterior, lo que genera inseguridad e ineficacia personal, es decir, dificultad para resolver conflictos y tomar decisiones de índole personal. Estas dificultades pueden desencadenar un trastorno alimentario, puesto que la persona toma su cuerpo de forma simbólica, representándolo como signo de autonomía, control, eficacia personal e identidad al hacer dietas y bajar de peso.

- Déficit en la autoestima: la autoestima se define como el grado en que un individuo se acepta a sí mismo. En la sociedad, para las mujeres la autoestima está relacionada con la apariencia y la aprobación de los demás; a partir de dicha valoración, estas personas pueden presentar una baja autoestima, haciendo que el peso y la figura se conviertan en algo necesario para subir su autoestima.
- Camino a la perfección y el autocontrol: en este tipo de personas es frecuente, debido a que la sensación de ineficacia las hace exigentes. Esto se demuestra también en el peso corporal, ya que piensan que para alcanzar la perfección es necesario tener un cuerpo ideal a cualquier precio, además de que disminuyendo el peso del cuerpo, tienen sensación de poder, quizá como forma de compensar la impotencia que sienten para manejar conflictos.
- Miedo a madurar: debido a que en la adolescencia se presentan diversos cambios de tipo físico, sexual, emocional, y social, los trastornos por lo general se desarrollan en esta etapa. Y puesto que en el aspecto físico hay normalmente un aumento de peso, algunos jóvenes con este tipo de trastorno se niegan a aceptar que el cuerpo ya no pertenece a la infancia, por lo que tratan de evitarlo.



- Rasgos familiares: en las personas con trastornos por lo general hay poca comunicación, sobreprotección, falta de límites e incapacidad para resolver conflictos.

## **2.5. Causas del trastorno alimenticio**

En este apartado, más que tratar los factores como causa del trastorno, se enfoca en observarlos simplemente como factores que hacen a una persona más vulnerable de desarrollarlos, como lo señala Costin (2003).

De esta manera, se describe que una persona es más vulnerable a desarrollar un trastorno alimentario, cuando existe una serie de factores individuales, familiares y socioculturales, predisponentes (preparados con anticipación). Del mismo modo, la insatisfacción personal unida a un evento estresante en una etapa importante de la vida, precipita (acelera) el problema. Asimismo, la perpetuación (perduración) del trastorno se relaciona con los efectos fisiológicos y emocionales que provoca el trastorno alimenticio por sí mismo.

### **2.5.1. Factores predisponentes individuales**

Las teorías psicológicas, como lo indica Ogden (2005), exploran los factores individuales que influyen en la conducta de comer; resaltan: el aprendizaje, las creencias, las actitudes y la constitución psicofisiológica de la persona.

Es por ello, que durante el presente se examina la representación de los alimentos en aspectos de identidad de la persona de acuerdo con el género, sexualidad, conflictos y autocontrol, así como una forma de comunicar amor y poder. A partir de esto, Helman (citado por Ogden; 2005) identifica cinco formas de clasificación de las comidas:

1. Comida frente a no comida: distingue los objetos comestibles de los que no lo son.
2. Comidas sagradas frente a profanas: diferencia las comidas que son aceptadas por las religiones de las que no.
3. Clasificación de comidas paralelas: señala que los alimentos pueden ser fríos o calientes (no depende de la temperatura sino del valor simbólico que se le otorga y puede variar dependiendo de la cultura), de forma que la salud depende del equilibrio entre estos.
4. Comida como medicina y viceversa: distingue la separación entre ambos, puesto que mientras algunos se evitan durante ciertos procesos, otros se usan para aliviar enfermedades.
5. Comidas sociales: describe la forma social de la comida, como una forma de relacionarse, demostrar estatus o crear identidad.

“La comida transmite el sentido del yo, actúa como medio de comunicación entre individuos y es fundamental para el establecimiento de una identidad cultural” (Ogden; 2005: 66), lo cual se detalla en los siguientes puntos:

- La comida proporciona información sobre la identidad personal, comunica necesidades y conflictos internos.
- Ciertos alimentos se relacionan con el sexo y la sexualidad, ya que en ambos casos se trata de un impulso básico para sobrevivir y ambos son placenteros.
- A pesar de que son las mujeres quienes tienen el control de la comida (al prepararla), se niegan a sí mismas el placer de comer, debido a que están conscientes de que deben permanecer delgadas.
- La comida representa conflictos entre el placer y la culpa, puesto que después de ingerir alimentos dulces que representan placer, aparecen sentimientos de culpa y vergüenza.
- El alimento demuestra el autocontrol o la pérdida de este control, ya que al querer seguir cierta dieta, se emplea dicho control.
- La comida es una técnica de comunicación interpersonal, como la familia.
- El alimento es una forma de demostrar el amor y preocupación por los seres queridos.
- La comida puede ser fuente de conflicto para las mujeres, puesto que desean proporcionar a sus hijos y/o esposos alimentos saludables y por otra parte, quieren agradecerles y cocinarles lo que a ellos les gusta.
- Los alimentos pueden representar relaciones de poder, dependiendo de la cultura; en otras épocas se acostumbraba que los hombres comieran más como símbolo de este poder.
- Las comidas son una manera de comunicar la identidad cultural de una persona, ya sea religiosa o social.

- Los alimentos son fundamentales en el establecimiento de la identidad religiosa, pues a través de este puede comunicarse la santidad en el ámbito familiar.
- La comida es un símbolo de estatus social y el rechazo una arma para recuperar el control del mundo político.

### **2.5.2. Factores predisponentes familiares**

Las personas más vulnerables a desarrollar trastornos alimentarios, según Costin (2003), son las que provienen de familias con poca comunicación, baja tolerancia, incapacidad para resolver conflictos, sobreprotección por parte de los padres, inflexibilidad para enfrentar situaciones nuevas, falta de límites generacionales, expectativas de padres a hijos demasiado altas, antecedentes de alcoholismo y depresión, abuso sexual o físico, padres que comparan a los hermanos, alto nivel de tensión familiar o elevada tensión entre padres e hijos.

Además de lo anterior, como señala Rausch (1996) los sujetos provenientes de familias con fronteras (estas determinan la forma de participación de cada integrante) problemáticas, ya que si son confusas, producen intromisión física y mental en el espacio del otro; por el contrario, si son muy rígidas, los integrantes de la familia se muestran inflexibles para adaptarse a los cambios.

Del mismo modo, también influye si en las familias hay jerarquías alteradas, esto es, los hijos son quienes están a cargo de las funciones que les corresponden a

los padres, o las reglas son impredecibles. Por último, si existen fallas en el control, el cual se relaciona con el desacuerdo de los padres.

### **2.5.3. Factores predisponentes socioculturales**

En el contexto sociocultural, de acuerdo con Costin (2003), se premia a la delgadez, y por el contrario se tienen prejuicios contra la gordura, de esta manera, se considera que la delgadez es sinónimo de belleza; debido a que constantemente se expresa que lo más importante de la mujer es ser atractiva físicamente. También es sinónimo de estatus social.

La sociedad proyecta que además de un cuerpo perfecto, la mujer debe tener una carrera brillante, desempeñarse socialmente de manera fluida y crear un matrimonio perfecto, donde también debe ser una madre perfecta.

Al no cumplir con estas expectativas, hay sensación de fracaso y disminuye la seguridad y la confianza en sí misma.

Además existen otros prejuicios que inducen a la confusión del control de peso, como la idea de que las dietas prolongadas tienen buenos resultados, que los obesos lo son porque comen más, que estos tienen más problemas psicológicos o su estado está relacionado con un aumento de mortalidad.

## **2.6. Percepción del cuerpo en el trastorno alimenticio**

Jarne y Talarn (2000), señalan que las características psicopatológicas que presentan las personas con trastornos de la conducta alimentaria son trastornos de la imagen corporal.

La imagen corporal se define como la “representación diagramática del propio cuerpo en la conciencia” (Jarne y Talarn; 2000: 144).

Otra definición que complementa la primera, es la asociada al área emocional, la cual indica que la imagen corporal se refiere a los sentimientos y actitudes hacia el propio cuerpo, de esta manera, se localizan dos aspectos que constituyen la imagen corporal: el cognitivo y el emocional; en el primero se asocia la percepción propia de la dimensión del cuerpo, y en el emocional, el sentimiento que provoca la propia percepción, que incluye la satisfacción o insatisfacción de esta.

Cabe mencionar que las personas con este tipo de trastorno presentan insatisfacción con su propio cuerpo, relacionadas a una baja autoestima.

Además de lo anterior, la alimentación provoca cambios en el tamaño y la forma corporal, lo que puede generar preocupación, como lo señala Ogden (2005), y una forma de ello es la insatisfacción corporal.

Este autor cita un concepto de la insatisfacción corporal que ha surgido de algunas investigaciones, este hace referencia a una percepción deformada sobre el tamaño corporal, donde el cuerpo se percibe más voluminoso de lo que es en realidad.

Asimismo, identifica tres enfoques de la insatisfacción corporal: la estimación deformada del tamaño corporal, la discrepancia del ideal, y las respuestas negativas al cuerpo.

En un estudio realizado a personas con trastornos alimentarios, se encontró que este tipo de sujetos presentan mayor percepción deformada, que los que no tienen un trastorno de este tipo.

Otro aspecto de la insatisfacción corporal es la discrepancia del ideal, en el cual siempre existe una discordancia entre lo que la persona es, y lo que quisiera lograr, debido a que nunca está conforme con su percepción.

Por último, la tercera forma de insatisfacción se muestra en los sentimientos y pensamientos negativos hacia el propio cuerpo, los cuales surgen como inconformidad entre el volumen real y el volumen ideal.

En conclusión, la insatisfacción corporal se define como “una discrepancia entre la percepción que tiene el individuo del volumen de su propio cuerpo y su volumen real; como la discrepancia entre la percepción de su volumen real y el volumen ideal

o, simplemente, como unos sentimientos de disconformidad con el volumen y la forma corporales” (Ogden; 2005: 100).

En una investigación realizada a grupos diversos, se encontró que tanto hombres como mujeres presentan preocupación por su insatisfacción corporal; del mismo modo, esta preocupación se presenta en todas las edades, sin importar género, clase social, sexualidad o grupo étnico.

También los factores sociales y psicológicos pueden originar la insatisfacción personal; ya que esta proviene de contextos sociales, como los medios de comunicación, pues estos hacen publicidad a través de la representación de mujeres delgadas; así como de la cultura y la familia, debido a que las madres descontentas con su propio cuerpo, pueden transmitir esa sensación a sus hijas; asimismo, se origina por factores psicológicos, como las creencias de logro que tienen los padres respecto a sus hijos, pues se ha encontrado que los trastornos alimentarios pueden ser una respuesta a esta presiones de los padres.

## **2.7. Factores que mantienen los trastornos alimenticios**

En este apartado se mencionan los factores perpetuantes de los trastornos alimenticios y sus complicaciones en diversas áreas.

De acuerdo con Costin (2003), los factores que mantienen el problema de los trastornos alimentarios son las inapropiadas prácticas para el control de peso y las



obsesiones con las dietas; las cuales debido a la inadecuada alimentación generan complicaciones de orden fisiológico, psicológico, cognitivo y social, mismas que se describen a continuación.

En las complicaciones de tipo psicológico, se encuentran las transformaciones anímicas que pueden incluir: ansiedad, depresión, desmotivación, cambios abruptos de humor, obsesividad, intolerancia, irritabilidad, entre otros. Mientras en el aspecto cognitivo, se puede presentar falta de concentración, dificultad en la comprensión y en el estado de alerta. En el área social, se manifiestan estados de aislamiento e incomodidad en la interacción con otros. Por último, en lo fisiológico, muestran cefaleas, hipersensibilidad a la luz y a los ruidos, molestias gastrointestinales, problemas visuales y auditivos, calambres, pérdida de cabello, metabolismo lento, y poca tolerancia a los cambios de temperatura.

En general, se presenta un enlentecimiento general de todas las funciones corporales, debido a que cuando la ingesta es menor a la necesaria para el funcionamiento del organismo, el cuerpo quema menos calorías, y no hay disminución de peso.

Costin (2003), además señala que la privación alimentaria es formadora de hábitos, las personas que se someten a una restricción alimentaria severa desarrollan hábitos con la comida de los que es muy difícil salir, la comida se convierte en una obsesión que enferma, en donde lo adictivo no es la comida en sí misma, sino la dieta, ya que la dieta es lo que produce toda la sintomatología.

## **2.8. Trastornos mentales asociados a los trastornos alimenticios**

En esta parte se describen las distintas enfermedades psiquiátricas que están relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria.

Según Jarne y Talam (2000), los trastornos alimentarios se presentan prácticamente en todos los trastornos psicopatológicos, donde su aparición comúnmente es episódica y fugaz, y está ligada a la enfermedad de base, estos autores describen los siguientes tipos de trastornos mentales en donde se presentan.

### **1) Trastornos de la alimentación en la esquizofrenia**

Las alteraciones alimentarias en las psicosis esquizofrénicas son muy frecuentes, debido a que la ausencia de contacto con el medio que caracteriza a dicho trastorno esquizofrénico, provoca negación a ingerir alimentos. También es frecuente esta negación a causa de la idea delirante que tienen los pacientes de ser envenenados.

Además, la esquizofrenia crónica, puede provocar alteraciones alimentarias aberrantes como la coprofagia o la ingesta de productos no alimentarios.

### **2) Trastornos de la alimentación en las depresiones**

Los trastornos de la alimentación son comunes en los trastornos afectivos, tal es el caso de las depresiones melancólicas delirantes, en donde los pacientes con ideas delirantes de ruina, no comen porque su mala situación económica se los impide, mientras en los delirios nihilistas no comen porque piensan que no tiene caso si de todas formas morirán.

En el síndrome de Cotard, donde se mezclan la idea delirante nihilista y la hipocondría, los pacientes expresan que no comen porque sus órganos están podridos o vacíos por dentro.

### 3) Trastornos de la alimentación en la manía

“En la fase aguda de la manía, los pacientes pueden pasar mucho tiempo sin tener la necesidad de alimentarse o, por el contrario, solicitar una gran cantidad de comida. Aunque la ingesta sea normal y no hagan uso de ella. Comen un poquito de aquí y otro de allá sin acabar ningún plato, como sucede con la mayoría de sus actividades, lo cual comporta una ingesta caótica y desordenada” (Jarne y Talam (2000: 146).

### 4) Trastornos de la alimentación en las fobias

Los trastornos fóbicos en general no se relacionan con ningún trastorno alimentario, a excepción de las fobias que incluyen la alimentación.

Respecto a la alimentación, el paciente a partir de una situación traumática, desarrolla una fobia, donde aparecen las conductas de evitación y ansiedad anticipatoria, puede ser fobia a tragar por miedo a asfixiarse y morir, incapacidad de ingerir líquidos o sólidos, o ambos, o fobia a un alimento en concreto.

#### 5) Trastornos de la alimentación en la ansiedad

No existe trastorno alimentario específico relacionado con el síndrome ansioso, solo alteraciones por ausencia o exceso.

El trastorno ansioso agudo, puede presentarse con pérdida de apetito de intensidad moderada, y en el crónico, la pérdida de apetito se mantiene, y puede llegar a tener repercusiones en el peso considerables.

#### 6) Trastornos de la alimentación en el trastorno obsesivo-compulsivo

El trastorno obsesivo-compulsivo no tiene que incluir trastornos de la alimentación, al menos que la patología esté dirigida a esta área.

El obsesivo-compulsivo puede mostrar una forma de alimentación demasiado lenta, donde escogen los alimentos con mucha meticulosidad. También las ideas de suciedad y contaminación también pueden afectar en los hábitos alimenticios.

## 2.9. Tratamiento de los trastornos alimenticios

De acuerdo con Jarne y Talarn (2000), se utiliza un tratamiento integral que incluye peso, figura y cognición, y puede brindarse de forma hospitalaria o ambulatoria.

El tratamiento para la anorexia comprende:

- Recuperación ponderal: puesto que la rehabilitación nutricional repara las secuelas físicas y psicológicas producidas por la malnutrición.
- Tratamiento dietético: la terapia se inicia con una dieta normal, dicho tratamiento puede incluir alimentación por sonda ante la negativa de comer, pero solo debe usarse como un recurso terapéutico.
- Tratamiento psicológico: en las etapas más graves de la enfermedad, se utiliza psicoterapia de refuerzo, técnicas de relajación y sesiones psicoeducativas, las cuales ayudan al paciente a no percibir el programa demasiado restrictivo, facilitando la intervención psicoterapéutica.
- Tratamiento farmacológico: es utilizado como apoyo para efectuar las técnicas psicológicas, así como para tratar la psicopatología asociada a la anorexia nerviosa, en especial la depresión. De acuerdo con Rausch (1997), el empleo de fármacos tiene pocos beneficios para la anorexia, por lo que el uso de estos se ha limitado; se han usado para aumentar de peso, corregir la acción de los neurotransmisores involucrados en el desorden y modificar la ansiedad o depresión de los pacientes.

El tratamiento en la bulimia, según Jarne y Talarn (2000), consiste en:

1. Restablecer unas pautas nutricionales normales.
2. Recuperación física: que incluye estabilizar el peso, rehidratar y corregir anomalías físicas como reflujo gastroesofágico, desgaste de esmalte dental entre otros.
3. Normalización del estado mental: mejorando el estado de ánimo, tratando trastornos de la personalidad, evitando abuso de sustancias y corrigiendo el estilo cognitivo erróneo.
4. Restablecer relaciones familiares adecuadas: aumentando la participación y comunicación, restableciendo pautas y roles.
5. Corregir las pautas de interacción social alteradas: aceptando el trastorno, afrontando los fracasos, aceptando la responsabilidad, venciendo la impotencia, y evitando marcos sociales denigrantes.

Finalmente se encuentra la Terapia familiar, la cual se utiliza para ambos trastornos. En la actualidad, de acuerdo con Rausch (1997), la familia del paciente con anorexia nerviosa o bulimia nerviosa, toma un papel muy importante en el tratamiento, puesto que el paciente no es el único que padece las consecuencias de dicho trastorno, sino que las familias comúnmente presentan preocupación y sus integrantes se muestran impotentes, inquietos, desesperados, e incluso fastidiados, es decir, que ningún miembro se muestra indiferente; por lo que se considera que la conducta de la familia puede ayudar a aminorar los síntomas y promover soluciones saludables.



## CAPÍTULO 3

### METODOLOGÍA, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

En este apartado se expone la estrategia metodológica, donde se corrobora de forma consecutiva una de las dos hipótesis; asimismo se efectúa el análisis e interpretación de los hallazgos de campo.

#### 3.1 Descripción metodológica

La investigación metodológica comprende una serie de procesos sistemáticos y empíricos, la cual se ha dividido en dos rutas que se usan en la búsqueda de conocimiento: el enfoque cuantitativo y el cualitativo. En ambos se utilizan procesos empíricos generalizados, por lo que la definición de la investigación es la misma, utilizando cinco características relacionadas entre sí (Hernández y cols.; 2010: 4):

1. “Llevan a cabo la observación y evaluación de fenómenos.
2. Establecen suposiciones o ideas como consecuencia de la observación y evaluación realizadas.
3. Demuestran el grado en que las suposiciones o ideas tienen fundamento.
4. Revisan tales suposiciones o ideas sobre la base de las pruebas o del análisis.
5. Proponen nuevas observaciones y evaluaciones para esclarecer, modificar y fundamentar las suposiciones e ideas; o incluso para generar otras”.



### **3.1.1. Enfoque cuantitativo**

El enfoque cuantitativo de acuerdo con Hernández y cols. (2010), utiliza la recolección de datos para comprobar hipótesis basadas en la medición numérica y el análisis estadístico, las cuales sirven para determinar patrones de conducta y comprobar teorías.

En la presente investigación se utilizó un enfoque cuantitativo, debido a que los resultados se obtuvieron a partir de la medición de las variables, las cuales se representaron a través de cantidades, mediante un análisis estadístico.

La investigación cuantitativa incluye un conjunto secuencial de procesos, en donde cada etapa precede a la siguiente, como se muestra a continuación:

1. Se plantea un problema de estudio específico.
2. Se revisa la literatura que se ha investigado con anterioridad, para realizar la parte teórica, la cual se construye a partir de las hipótesis.
3. Las hipótesis se someten a prueba a través del uso apropiado de diseños de investigación.
4. Se miden las variables que se incluyen en las hipótesis, con la intención de recolectar datos, dicha recolección se realiza usando procedimientos estandarizados y aceptados de forma científica.
5. Los datos se representan con números, debido a que provienen de mediciones, por lo tanto, deben analizarse de forma estadística.

6. Se realiza la interpretación del análisis cuantitativo, a partir de las hipótesis y la teoría.
7. La investigación se presenta lo más objetivamente posible, evitando afectar los fenómenos estudiados.
8. Se pretende generalizar los resultados a una población mayor.
9. Se construyen y demuestran las teorías.
10. Se sigue un proceso con los estándares de validez y confiabilidad, por lo tanto, las conclusiones serán generadoras de conocimiento.

### **3.1.2. Investigación no experimental**

Esta investigación es de tipo no experimental, puesto que no se manipuló ninguna de las variables: los trastornos alimentarios ni el estrés de los estudiantes, solamente se midieron en su situación normal.

La investigación no experimental, según Hernández y cols. (2010), se trata de estudios realizados en los que no se manipulan intencionalmente las variables, sino que se observan los fenómenos en su ambiente natural.

Asimismo, Martens, citado por los mismos autores, señala que la investigación no experimental es adecuada para aquellas variables que no pueden, o no deben ser manipuladas.

Lo anterior debido a que en ciertas ocasiones los experimentos no son éticos, ya que podrían dañar a los sujetos, en la salud por ejemplo; en otros casos, resulta complejo realizar dichos experimentos o simplemente, es imposible la manipulación.

### **3.1.3. Diseño transversal**

En la presente, se usó un diseño de tipo transversal, denominado también transeccional, debido a que la aplicación de las pruebas utilizadas con los estudiantes del Colegio Casa del Niño, se realizó en una ocasión específica, y de acuerdo con Hernández y cols. (2010), este tipo de diseño es una investigación que recolecta datos en un tiempo único, con la intención de medir las variables, analizando su presencia y relación en un solo momento.

Además, estos diseños pueden comprender varios grupos de personas, objetos, indicadores, situaciones o eventos.

### **3.1.4. Alcance correlacional**

La finalidad de estudiar un alcance de tipo correlacional, de acuerdo con el mismo autor, es conocer la relación que existe entre dos o más variables en una situación específica; lo que sería útil para saber cómo se puede comportar una variable, al conocer el comportamiento de otra variable relacionada.

En este caso se investigó la relación entre el nivel de estrés y los trastornos alimentarios en los estudiantes del Colegio Casa del Niño. La correlación puede ser positiva, negativa, o simplemente no encontrarse.

La correlación positiva indica que altos puntajes en una variable, mostrarán también altos valores en la otra; mientras, en la correlación negativa, altos valores en una variable presentarán bajos valores en la otra; por otra parte, si no existe correlación entre las variables, no seguirán un patrón sistemático entre sí.

Por otra parte, es importante destacar que en la mayoría de las variables correlacionadas, las mediciones se realizan con los mismos sujetos, ya que no es racional relacionar mediciones de una variable con ciertas personas y mediciones de otra variable con diferentes sujetos, si la finalidad es establecer una correlación.

Por último, se indica que la investigación correlacional tiene un valor explicativo parcial, puesto que, encontrar relación entre dos variables, solo aporta cierta información explicativa.

### **3.1.5. Técnicas de recolección de datos**

Las técnicas, según Hernández y cols. (2010), se refieren a las estrategias específicas que pretenden recabar información concreta de la población estudiada.

En esta investigación se utilizaron técnicas cuantitativas, en las cuales se usaron pruebas estandarizadas y se manejaron medidas numéricas para representar los fenómenos investigados.

Las pruebas estandarizadas se refieren a las desarrolladas para medir distintas variables, las cuales tienen un estilo propio de procedimiento, codificación e interpretación. Los tests psicométricos son técnicas estandarizadas basadas en investigaciones estadísticas, las cuales garantizan la confiabilidad y validez en la medición (Hernández y cols.; 2010).

En la presente, se utilizaron dos instrumentos específicos: la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños (CMAS-R), y el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2). La primera fue elaborada por Reynolds y Richmond en 1997, consta de 37 reactivos y fue diseñada para valorar el nivel de ansiedad en niños y adolescentes entre 6 y 19 años, este instrumento puede aplicarse de manera individual o grupal, y el sujeto responde a las afirmaciones contestando sí o no. Este test arroja la puntuación de ansiedad total, la cual se divide en cuatro subescalas: ansiedad fisiológica, inquietud/hipersensibilidad, preocupaciones sociales/ concentración y mentira. Este recurso, según sus datos psicométricos, tiene un índice de confiabilidad de 0.80 calculado mediante la prueba alfa de Cronbach; asimismo, para la validez se usaron las modalidades: de contenido, de criterio, concurrente y de constructo.

El EDI-2 fue creado por David M. Garner en 1998, esta prueba fue estandarizada para sujetos de 11 años de edad en adelante. Para dicho paso se

hicieron diferentes procedimientos en distintos grupos: tanto para las personas con anorexia y bulimia nerviosa, como en las que no presentan estos trastornos.

Dicho inventario comprende once escalas: obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción personal, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva, miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad e inseguridad social.

Esta prueba cuenta con una confiabilidad de 0.83 en el alfa Crobach, así como validez de contenido, concurrente, de criterio y constructo.

### **3.2. Descripción de la población y muestra**

En este apartado se expone la descripción de la población y muestra, utilizadas para esta investigación.

La población según Selltiz, “es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones” (referido por Hernández y cols.; 2010: 303).

En la presente indagación, la población estudiada fueron los estudiantes del Colegio Casa del Niño, de Uruapan Michoacán, quienes cursan la educación secundaria, y cuya edad oscila entre los 11 y 15 años, siendo un total de 480 alumnos, de los cuales 160 representan cada grado, distribuidos en cuatro salones. Los

estudiantes son en su mayoría de un nivel socio-económico medio, de los cuales una gran parte profesa la religión católica.

En este estudio se tomó una muestra de la población arriba indicada. Por muestra se entiende un subgrupo de la población del cual se recolectan datos, es decir, un subconjunto de elementos que pertenecen a dicha población.

La muestra que se tomó para esta indagación estuvo conformada por los alumnos que cursan el primer grado de secundaria, los cuales tienen una edad entre 11 y 13 años, se utilizaron tres grupos de 40 alumnos cada uno.

### **3.2.1. Descripción del proceso de selección de la muestra**

El muestreo, por su parte, de acuerdo con los autores referidos, puede ser probabilístico y no probabilístico. La muestra probabilística se refiere a aquella en la que todos los elementos de la población tienen la misma posibilidad de ser escogidos. Por otra parte, en las de tipo no probabilístico, la elección de los sujetos no depende del azar, sino de las características de la investigación, de la intención del investigador o las circunstancias externas al proceso.

El presente estudio se hizo con una muestra no probabilística, ya que para la elección de tales sujetos se tomó en cuenta el grado escolar, y no cuestiones del azar.

Otros autores señalan que la muestra puede ser también intencional, la cual se define como “aquella en la que los sujetos son seleccionados en función de las

intenciones del investigador y con finalidades distintas a las de la generalización de los resultados” (Kerlinger; 2002: 254).

Por lo anterior, en esta investigación el proceso de selección de la muestra se puede considerar que fue de forma intencional, puesto que se eligieron los grupos de primer grado, debido a que el personal de la institución indicó que podrían ser los más predispuestos a realizar con mayor seriedad la prueba.

### **3.3. Descripción del proceso de investigación**

Para la elaboración de esta investigación, primero se eligieron las variables, se optó por el estrés y trastornos alimentarios, porque se consideran problemas frecuentes en la sociedad, y con el propósito de conocer si existe relación entre estas variables.

Una vez elegidas las variables, se indagó sobre las investigaciones realizadas con anterioridad con respecto a estos temas, lo cual se muestra en los antecedentes.

Para iniciar esta investigación se procedió a plantear el problema de investigación, posteriormente se enumeraron los objetivos, en donde se expresan diferentes puntos que se pretendían alcanzar, así como los posibles resultados que podrían obtenerse a través de las hipótesis.



Asimismo, se prosiguió con la operacionalización de las variables, donde se mencionan los indicadores que se tomaron en cuenta para evaluar las variables, seguido con la justificación, que expresa las razones para realizar el presente estudio, y el marco de referencia, en el que se describe el lugar donde se efectuó esta investigación.

Por otra parte, en el marco teórico, se redactó el capítulo 1, en el cual se describió de forma teórica la variable estrés, incluyendo antecedentes, definición, tipos de agentes estresores, entre otros. De la misma manera, se elaboró capítulo 2, con la segunda variable, donde además de la definición, se plantea un perfil, factores predisponentes y tratamiento para los trastornos alimentarios.

Para realizar la investigación de campo, se solicitó personalmente una autorización en la Escuela Secundaria Casa del Niño; una vez obtenida, se aplicaron las pruebas a tres grupos de primer grado, realizadas en horas de clase, y de forma colectiva, es decir, por grupo. Durante la aplicación de dicho instrumento los alumnos mostraron disposición e interés, pero también inquietud y/o confusión respecto a algunas palabras cuyo significado desconocían.

Para calificar el instrumento, se procedió a utilizar la plantilla indicada para cada test, de esta forma se obtuvieron los puntajes, y una vez conseguidos estos, se calcularon los percentiles de acuerdo con el baremo.

Los datos anteriores se vaciaron en una hoja electrónica de cálculo, donde se registró el puntaje derivado en cada una de las subescalas, y a partir de las cuales se obtuvieron las medidas de tendencia central, de dispersión, y los índices de correlación, mediante las funciones correspondientes del programa Excel.

Finalmente, a partir de esta información se realizó el análisis estadístico e interpretación, como se muestra en el siguiente apartado.

### **3.4. Análisis e interpretación de resultados**

Una vez planteada la descripción metodológica y de la población investigada, se procederá en este apartado a presentar el análisis de los resultados obtenidos, así como la interpretación que se hace a partir de ellos.

#### **3.4.1. El nivel de estrés en los alumnos de la Escuela Secundaria Casa del Niño**

El estrés, como se presenta en el capítulo 1, 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 o psicológicas” (Ivancevich y Matteson; 1985: 23).

Asimismo, Travers y Cooper (1997) consideran tres formas de definir el estrés: como respuesta, como estímulo y como interacción.

El estrés como respuesta, es referido a la reacción fisiológica, psicológica o conductual producida por estímulos desagradables; mientras en el estrés como estímulo, se percibe el estrés como un suceso externo a la persona; finalmente, el estrés como enfoque interactivo, se refiere a la forma como el sujeto percibe el ambiente y la forma de reaccionar ante este fenómeno.

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

La media en el nivel de ansiedad total fue de 60. La media de acuerdo con Elorza (2007) se refiere a la suma de un conjunto de datos, dividida entre el número de medidas.

De la misma manera se obtuvo la mediana, que es el valor medio de un conjunto de valores ordenados. Este valor fue de 61.

Según el mismo autor, la moda es la medida que ocurre con más frecuencia en un conjunto de datos. En este caso la moda fue de 58.

También se obtuvo el valor de una medida de dispersión, particularmente la desviación estándar, que es la raíz cuadrada de la suma de las desviaciones al cuadrado de una población, dividida entre el total de datos. El valor obtenido en la escala de ansiedad total es de 26.

De igual manera, se obtuvo el puntaje de la subescala de ansiedad fisiológica, encontrando una media de 57, una mediana de 57 y una moda representativa de 43. La desviación estándar fue de 27.

Asimismo, en la escala de inquietud/hipersensibilidad se encontró una media de 64, una mediana de 67 y una moda de 69. La desviación estándar fue de 24.

Finalmente, en la escala de preocupaciones sociales/concentración se obtuvo una media de 54, una mediana de 57 y una moda de 9. La desviación estándar fue de 28.

En el anexo 1 se muestran gráficamente los resultados de la media aritmética de cada una de las subescalas mencionadas con anterioridad.

A partir de los resultados estadísticos obtenidos mediante la aplicación del CMAS-R, se puede interpretar el nivel de estrés que presentan los alumnos de la muestra estudiada, se encuentra en lo general dentro de los rangos normales, aunque con tendencia hacia los niveles altos. Lo anterior con base en los valores mostrados en las medidas de tendencia central.

Asimismo, se puede observar, de acuerdo con los puntajes de la desviación estándar, que los datos son muy heterogéneos, es decir, el nivel de estrés en los alumnos que formaron parte de la muestra de estudio, es muy variable.

Con la finalidad de mostrar un análisis más detallado, a continuación se presentan los porcentajes de los sujetos que obtuvieron puntajes altos en cada subescala, es decir, superiores al percentil 70.

En la escala de ansiedad total, el 38% de los sujetos se ubican por arriba del percentil 70; en la escala de ansiedad fisiológica, el porcentaje es de 35; mientras que en la subescala de inquietud/hipersensibilidad es de 39%; por último, en la subescala de preocupaciones sociales/concentración es de 34%. Estos resultados se observan de forma gráfica en el anexo 2.

Los resultados mencionados anteriormente expresan que más de un tercio de la población presenta porcentajes preocupantes de nivel de estrés en todas las subescalas.

#### **3.4.2. Indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios**

De acuerdo con lo señalado por la APA (2002) y presentado en el capítulo 2, los trastornos alimentarios se definen como alteraciones graves de la conducta alimentaria. Castillo y León (2005) expresan además que los trastornos más frecuentes de la conducta alimentaria son la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, pero que también hay otras alteraciones del comportamiento alimentario que ocurren con frecuencia.

La anorexia, según Belloch y cols. (1995), literalmente se refiere a falta de apetito, pero se sabe que no ocurre así en la anorexia nerviosa, porque la persona sí tiene hambre, pero no come, únicamente piensa qué alimentos comer para no engordar y bajar de peso constantemente, a pesar de ya haber adelgazado mucho.

Por otra parte, la bulimia nerviosa, según Jarne y Talarn (2000), es un trastorno que se caracteriza por una alimentación anormal, donde se realizan episodios de ingesta voraz, seguidos de conductas compensatorias y sentimientos de culpa.

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

- 1) En la escala de obsesión por la delgadez se obtuvo una media de 64, una mediana de 59, una moda de 44 y una desviación estándar de 26.
- 2) Asimismo, en la escala de bulimia se obtuvo una media de 60, una mediana de 51, una moda de 47 y una desviación estándar de 18.
- 3) En la escala de insatisfacción corporal se presentó una media de 58, una mediana de 56, una moda de 56 y una desviación estándar de 26.
- 4) De igual forma, en la escala de ineficacia se presentó una media de 65, una mediana de 67, una moda de 44 y una desviación estándar de 26.
- 5) Mientras tanto, en la escala de perfeccionismo la media fue de 66, la mediana de 76, la moda de 76 y la desviación estándar de 25.
- 6) Por otra parte, en la escala de desconfianza interpersonal, se obtuvo una media de 66, una mediana de 66, una moda de 52 y una desviación estándar de 26.
- 7) En la escala de conciencia introceptiva se obtuvo una media de 55, una mediana de 58, una moda de 31 y una desviación estándar de 30.

- 8) Asimismo, se cuantificó una media de 67, una mediana de 72, una moda de 77 y una desviación estándar de 24, en la escala de miedo a la madurez.
- 9) De igual forma, se calculó una media de 54, una mediana de 54, una moda de 22 y una desviación estándar de 30, en la escala de ascetismo.
- 10) Mientras que en la escala de impulsividad, la media fue de 64, la mediana de 66, la moda de 60 y la desviación estándar de 25.
- 11) Por último, en la escala de inseguridad social, la media fue de 68, la mediana de 78, la moda de 19 y la desviación estándar 29.

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

En función de los datos anteriores se puede afirmar que los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en esta muestra, se encuentran dentro de los rangos normales, pero con cierta tendencia hacia los niveles altos, esto a partir de las medidas de tendencia central obtenidas.

Por otra parte, respecto a la desviación estándar encontrada, se puede decir que los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en los estudiantes de primer grado de secundaria, presentan índices muy variables.

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



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

En la escala de obsesión por la delgadez, el 44% de los sujetos se encuentra por arriba del percentil 70; en la escala de bulimia, el porcentaje fue de 27%; en la de insatisfacción corporal, el 36%; en la de ineficacia, el 44%; en la de perfeccionismo, el 52%; en la que respecta a la desconfianza interpersonal, el 49%; mientras en la confianza introceptiva, 43%; en la que se refiere al miedo a la madurez, el 55%; en la de ascetismo, 36%; en la de impulsividad, 45% y finalmente, en la escala de inseguridad social, el 55%.

Estos datos se pueden observar de manera gráfica en el anexo 4.

De acuerdo con lo anterior, se puede deducir que aproximadamente la mitad de los estudiantes presenta indicadores psicológicos preocupantes de los trastornos alimentarios.

### **3.4.3 Relación entre el nivel de estrés y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios**

Behar y Valdés (2009) han investigado la relación que se da entre los trastornos alimentarios y el estrés, como se menciona al inicio de esta investigación; en sus resultados concluyen que las mujeres con trastornos alimentarios presentaron

mayores niveles de estrés, principalmente en conflictos familiares y cambios de hábitos, durante el año anterior al diagnóstico.

En la investigación realizada en los estudiantes del primer grado de la Escuela Secundaria Casa del Niño, se encontraron los siguientes resultados:

Entre el nivel de estrés y la escala de obsesión por la delgadez, existe un coeficiente de correlación de 0.16, de acuerdo con la prueba “r” de Pearson.

Esto significa que entre el estrés y la escala de obsesión por la delgadez existe una correlación positiva débil, de acuerdo con la clasificación de correlación que plantean Hernández y cols. (2010)

Para conocer la relación que existe entre el nivel de estrés y la escala de obsesión por la delgadez, se obtuvo la varianza de factores comunes ( $r^2$ ), que mediante un porcentaje indica el grado en que las variables se encuentran correlacionadas. Para obtener esta varianza únicamente se eleva al cuadrado el coeficiente de correlación obtenido mediante la “r” de Pearson.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.03, lo que significa que entre el estrés y la obsesión por la delgadez hay una relación del 3%.

Por otra parte, entre el nivel de estrés y la escala de bulimia existe un coeficiente de correlación de 0.40, de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre dichas variables existe una correlación positiva media.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.16, lo que significa que entre el estrés y la escala de bulimia hay una relación del 16%.

Entre el estrés y la escala de insatisfacción corporal se encontró una correlación de 0.21, por lo que se puede afirmar que entre el estrés y esta escala hay una correlación positiva débil.

Al obtener la varianza de factores comunes se encontró un puntaje de 0.04, lo que implica una relación estadística del 4%.

La correlación encontrada entre el estrés y la escala de ineficacia fue de 0.36, por lo que puede decirse que entre dichas características hay una correlación positiva media.

La varianza de factores comunes fue de 0.13, lo que significa que entre el estrés y la ineficacia existe una relación del 13%.

El coeficiente de correlación entre el estrés y la escala de perfeccionismo es de 0.44, por lo que se considera que existe una correlación positiva media.

En la varianza de factores comunes se encontró un puntaje de 0.20, lo que significa que entre el estrés y la escala de perfeccionismo hay una relación del 20%.

Entre el estrés y la escala de desconfianza interpersonal se encontró una correlación de 0.23, lo que implica que existe una correlación positiva débil.

Al obtener la varianza de factores comunes se obtuvo un puntaje de 0.05, es decir, entre el estrés y esta escala hay una relación del 5%.

Asimismo, entre la escala de conciencia introceptiva y el estrés se encontró una correlación de 0.46, lo que equivale a una correlación positiva media.

En la varianza de factores comunes el puntaje resultó 0.21, lo que implica que entre el estrés y la escala de conciencia introceptiva existe una relación del 21%.

Por otra parte, entre el estrés y la escala de miedo a la madurez, la correlación es de 0.20, que corresponde a una correlación positiva débil.

De igual manera, la varianza de factores comunes es de 0.04, que representa una relación del 4% entre el estrés y la escala de miedo a la madurez.

El coeficiente de correlación entre el estrés y la escala de ascetismo resultó al igual que en la anterior, de 0.20, lo que implica una correlación positiva débil.

De igual forma, la varianza de factores comunes entre el estrés y esta escala fue de 0.04, que equivale a una relación del 4%.

Entre el estrés y la escala de impulsividad se obtuvo una correlación de 0.33, que representa una correlación positiva media.

Al obtener la varianza de factores comunes el resultado es 0.11, lo cual implica una relación del 11% entre el estrés y la impulsividad.

Por último, entre el estrés y la escala de inseguridad social se obtuvo un puntaje de 0.23, por lo que puede afirmarse que entre estas existe una correlación positiva débil.

El puntaje en la varianza de factores comunes es de 0.05, lo que significa que entre el estrés y esta escala hay una relación del 5%.

Cabe señalar que para considerar una relación como estadísticamente significativa, el porcentaje de relación entre variables debe ser al menos del 10%.

A partir de lo anterior, se puede afirmar que el nivel de estrés se relaciona de forma significativa con las escalas de: bulimia, ineficacia, perfeccionismo, conciencia introceptiva e impulsividad.

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

Los coeficientes de correlación presentados se pueden observar gráficamente en el anexo 5.

En función de los resultados presentados, se confirma la hipótesis de trabajo, que afirma que existe una relación significativa entre el nivel de estrés y los factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios que presentan los estudiantes de primer grado de la Escuela Secundaria Casa del Niño; esto para las escalas de bulimia, ineficacia, perfeccionismo, conciencia introceptiva e impulsividad.

Sin embargo, para las escalas de obsesión por la delgadez, insatisfacción corporal, desconfianza interpersonal, miedo a la madurez, ascetismo e inseguridad social, se confirma la hipótesis nula.

## CONCLUSIONES

Una vez analizada la información tanto del marco teórico como de los datos de campo, se pueden presentar las conclusiones generales del estudio.

Respecto a los objetivos particulares, los cuales hacen referencia a los aspectos teóricos de la variable estrés, es decir, su definición, los tipos de agentes estresores, los procesos del pensamiento y tipos de personalidad relacionados con el estrés, así como los moduladores de esta variable y efectos negativos, se alcanzaron en el desarrollo del capítulo número uno.

A su vez, el objetivo empírico referido a la evaluación de tal variable en la muestra de los alumnos del Colegio Casa del Niño, se logró mediante la aplicación de la prueba denominada Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños (CMAS-R). Los resultados obtenidos se muestran con detalle en el capítulo 3.

Por otra parte, en el capítulo 2 se presentan de forma teórica los objetivos particulares correspondientes a la segunda variable del presente estudio, es decir, a los factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios.

La medición de tal variable, con sus diferentes subescalas, se muestra detalladamente en el capítulo 3.

Los resultados de los objetivos anteriores permitió lograr satisfactoriamente el objetivo general que guio la presente investigación: analizar la relación que existe entre el nivel de estrés y los factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios.

Con los dichos resultados alcanzados se corrobora la hipótesis de trabajo en los casos de la correlación entre el estrés y las subescalas: bulimia, ineficacia, perfeccionismo, conciencia introceptiva e impulsividad. En contraparte, se corrobora la hipótesis nula en los casos de la correlación entre el nivel de estrés y las subescalas denominadas: obsesión por la delgadez, insatisfacción corporal, desconfianza interpersonal, miedo a la madurez, ascetismo e inseguridad social.

Como principales hallazgos de esta investigación, se puede mencionar que una significativa parte de la población estudiada muestra niveles altos de estrés; asimismo, en los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios, aproximadamente la mitad de los alumnos presenta algún tipo de perturbación.

A partir de este estudio y una vez presentados sus resultados, se puede sugerir continuar investigando con estos temas, específicamente en causas y tratamiento, principalmente preventivo.



## BIBLIOGRAFÍA

Ajuriaguerra, J. (1973)

Manual de psiquiatría infantil.

Editorial Masson. Barcelona.

American Psychiatric Association (APA). (2002)

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

Editorial Masson. Barcelona.

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

Manual de psicopatología.

Editorial McGraw-Hill. España.

Cascio Pirri, Andrés; Guillén Gestoso, Carlos. (2010)

Psicología del trabajo.

Editorial Ariel. Barcelona.

Castillo S., María Dolores; León E., María Teresa. (2005)

Trastornos del comportamiento alimentario: anorexia y bulimia nerviosa.

Editorial Formación Alcalá, S.L. España.

Costin, Carolyn. (2003)

Anorexia, bulimia y otros trastornos de la alimentación: diagnóstico, tratamiento y prevención de los trastornos alimentarios.

Editorial Diana. México.

Elorza Pérez-Tejada, Aroldo. (2007)

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

Editorial Cengage Learning. México.

Fontana, David. (1992)

Control del estrés.

Editorial Manual Moderno. México.

Garner, David M. (1998)

Inventario de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2).

TEA Ediciones. Madrid.

Hernández Sampieri, Roberto; Fernández-Collado, Carlos; Baptista Lucio, Pilar. (2010)

Metodología de la investigación.

Editorial McGraw-Hill. México.

Ivancevich, John; Matteson, Michael. (1985)

Estrés y trabajo.

Editorial Trillas. México.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## MESOGRAFÍA

Barraza Macías, Arturo. (2003)

“Características del estrés académico de los alumnos de educación media superior”.  
Revista Psicología Científica.com, 7(9).

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

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

“Estrés y trastornos de la conducta alimentaria”.

Revista Chilena de Neuro-psiquiatría.

[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-92272009000300002](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272009000300002)

Cano Vindel, Antonio. (s/f)

“LA NATURALEZA DEL ESTRÉS”

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

[http://www.ucm.es/info/seas/estres\\_lab/el\\_estres.htm](http://www.ucm.es/info/seas/estres_lab/el_estres.htm)

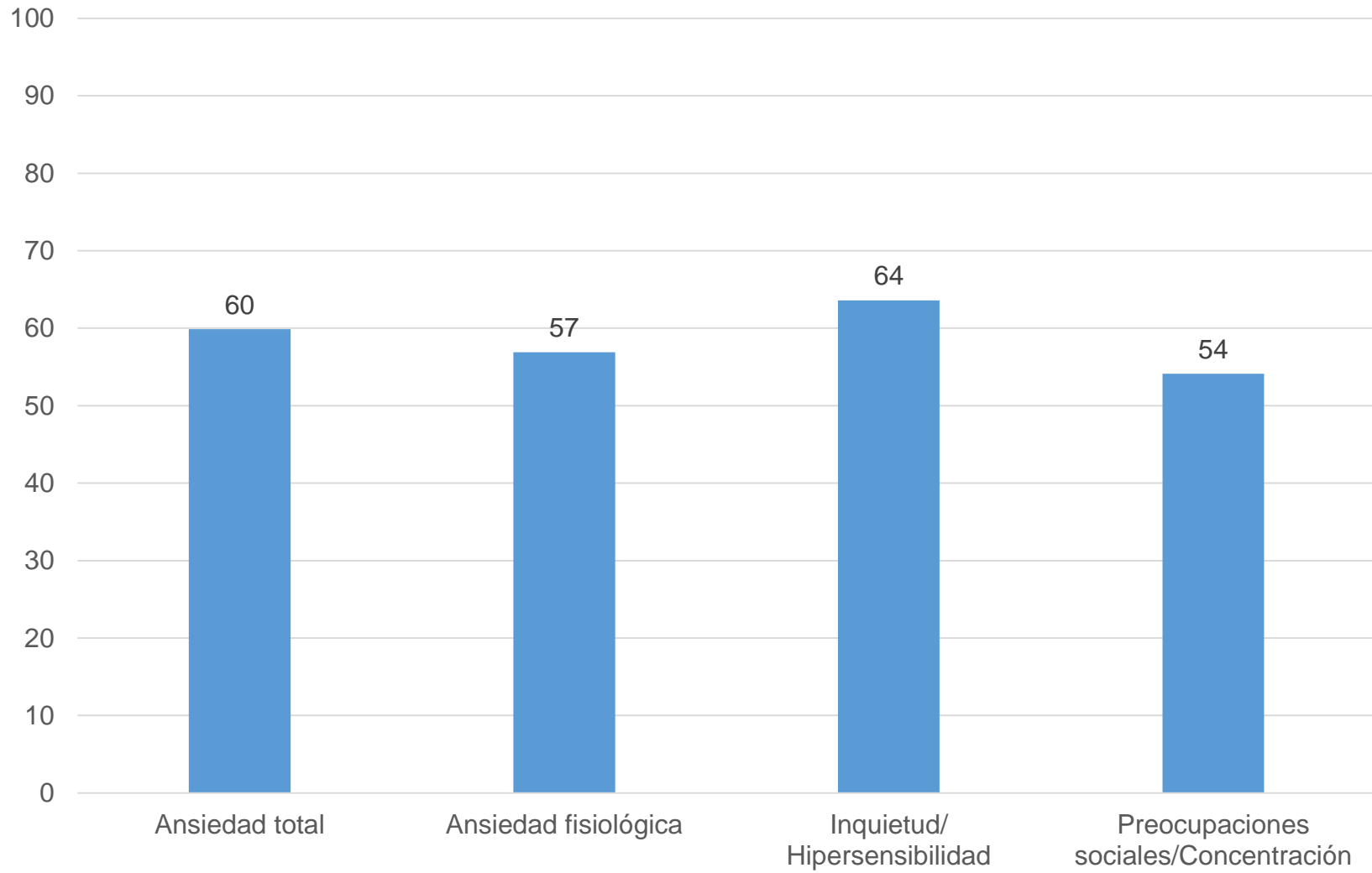
Zagalaz Sánchez, Ma. Luisa; Romero Granados Santiago; Contreras Jordán Onofre R. (2002).

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

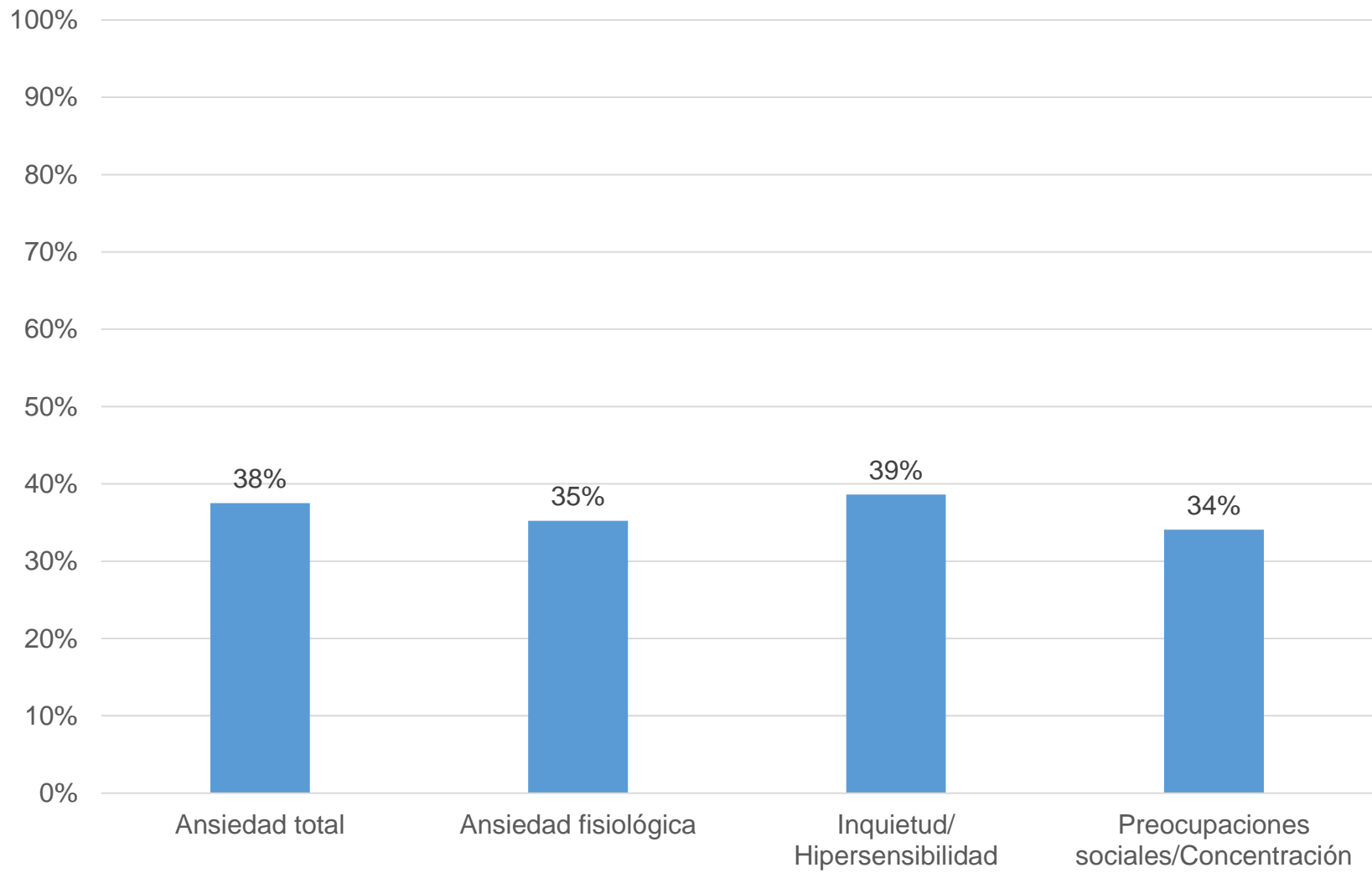
OEI-Revista Iberoamericana de Educación (ISSN: 1681-5653).

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

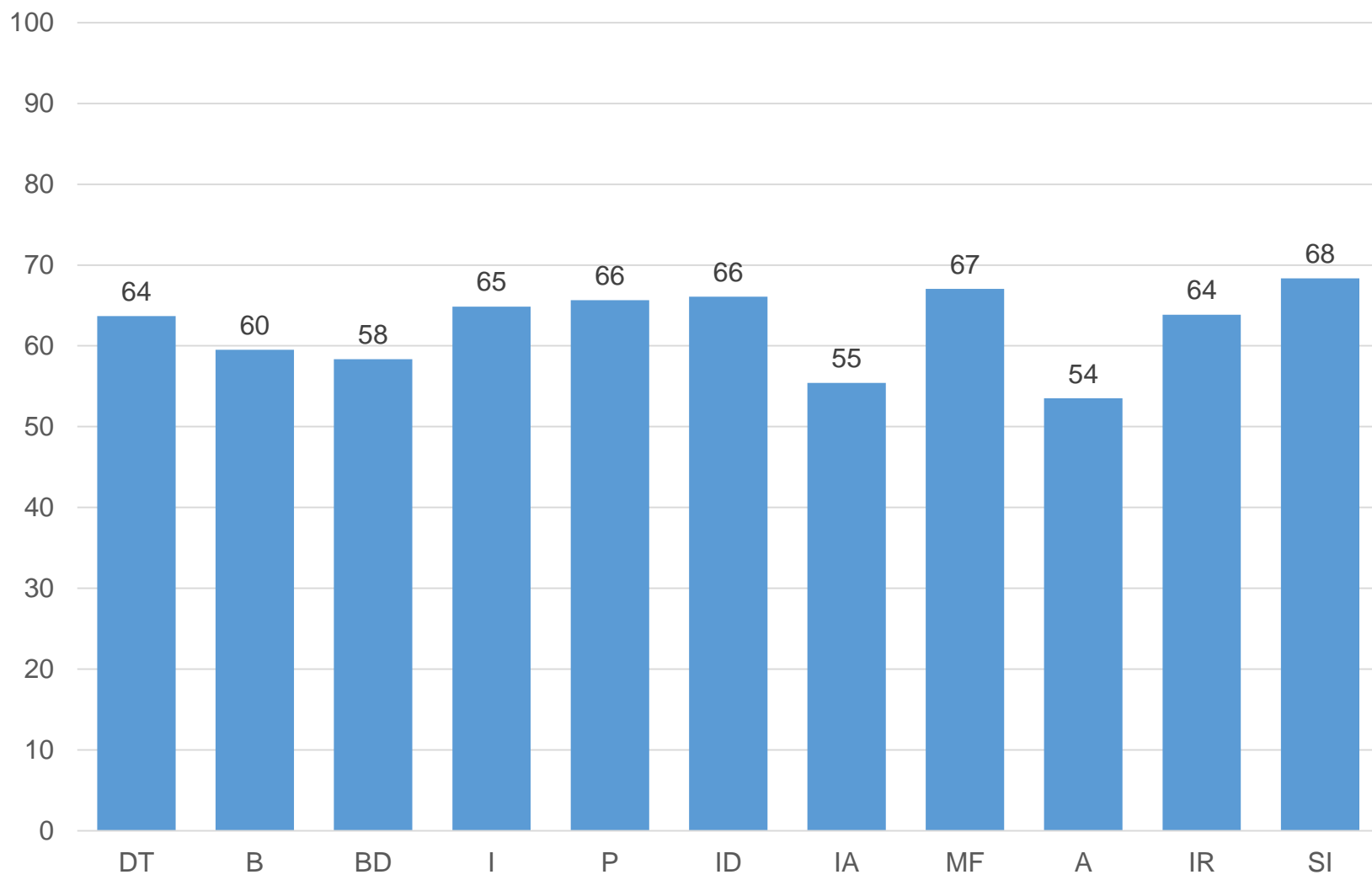
**ANEXO 1**  
**Media aritmética de las escalas de ansiedad**



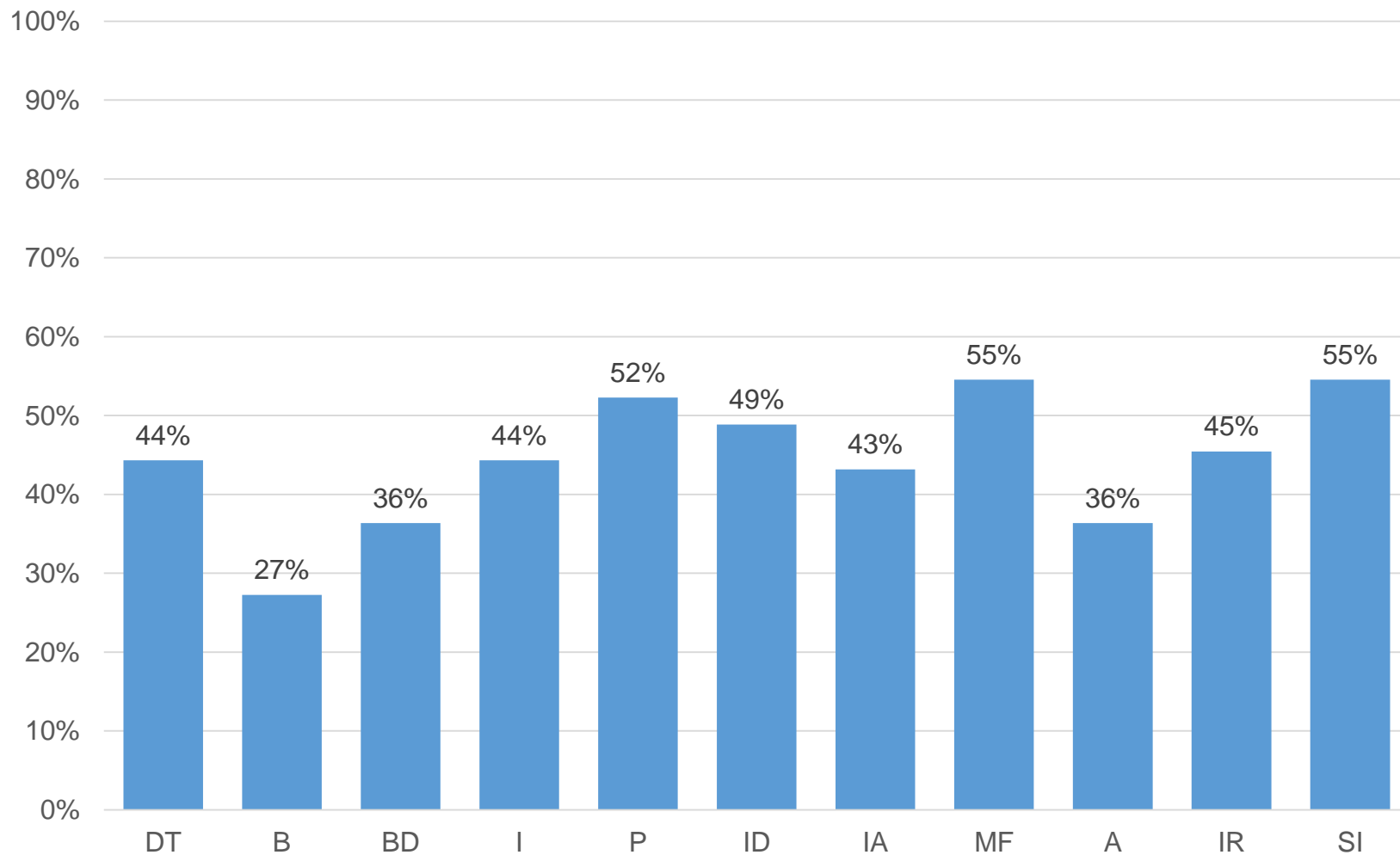
**ANEXO 2**  
**Porcentaje de sujetos con puntajes preocupantes en las escalas de ansiedad**



**ANEXO 3**  
**Media aritmética de las escalas de trastornos alimentarios**



**ANEXO 4**  
**Porcentaje de sujetos con puntajes preocupantes en los indicadores de trastornos alimentarios**





**ANEXO 5**  
**Correlación entre el nivel de estrés y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios**

