



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

INCORPORACIÓN N° 8727-25 A LA

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**ESCUELA DE PSICOLOGÍA**

*INDICADORES PSICOLÓGICOS ASOCIADOS A LOS TRASTORNOS  
ALIMENTARIOS EN RELACIÓN CON EL NIVEL DE ESTRÉS EN  
NIÑOS DE PRIMARIA*

**TESIS**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**Ana Karina Guerrero López**

Asesor: Lic. José de Jesús González Pérez

Uruapan, Michoacán. A 7 de Septiembre de 2015.



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

# ÍNDICE

## **Introducción.**

Antecedentes. . . . .	1
Planteamiento del problema. . . . .	5
Objetivos. . . . .	6
Hipótesis. . . . .	7
Operacionalización de las variables. . . . .	8
Justificación. . . . .	9
Marco de referencia. . . . .	11

## **Capítulo 1. El estrés.**

1.1. Antecedentes históricos del estrés. . . . .	17
1.2. Tres enfoques teóricos del estrés. . . . .	20
1.2.1. Estrés como estímulo. . . . .	20
1.2.2. Estrés como respuesta. . . . .	21
1.2.3. Estrés como relación persona-entorno. . . . .	23
1.3. Los estresores. . . . .	26
1.3.1. Estresores psicosociales. . . . .	27
1.3.2. Estresores biogénicos. . . . .	30
1.3.3. Estresores académicos. . . . .	31
1.4. Procesos de pensamiento que propician el estrés. . . . .	33
1.5. Los moduladores del estrés. . . . .	37

1.5.1. El control percibido. . . . .	38
1.5.2. El apoyo social. . . . .	38
1.5.3. El tipo de personalidad: A/B. . . . .	39
1.5.3.1. Personalidad tipo A y problemas cardíacos. . . . .	41
1.6. Los efectos negativos del estrés. . . . .	43

## **Capítulo 2. Los trastornos alimentarios.**

2.1. Antecedentes históricos de la alimentación. . . . .	46
2.2. Definición y características clínicas de los trastornos alimentarios. . . . .	49
2.2.1. Anorexia nerviosa. . . . .	49
2.2.2. Bulimia nerviosa. . . . .	55
2.2.3. Obesidad. . . . .	58
2.2.4. Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas. . . . .	59
2.2.5. Vómitos en otras alteraciones psicológicas. . . . .	59
2.2.6. Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia. . . . .	59
2.3. Esfera oroalimenticia en el infante. . . . .	64
2.3.1. Organización oroalimenticia. . . . .	64
2.3.2. Alteraciones en la esfera oroalimenticia. . . . .	66
2.4. Perfil de la persona con trastornos alimentarios. . . . .	69
2.5. Causas del trastorno alimentario. . . . .	71
2.5.1. Factores predisponentes individuales. . . . .	72
2.5.2. Factores predisponentes familiares. . . . .	75
2.5.3. Factores socioculturales. . . . .	79
2.6. Percepción del cuerpo en el trastorno alimentario. . . . .	81

2.7. Factores que mantienen los trastornos alimentarios.	84
2.8. Trastornos mentales asociados a los trastornos alimentarios.	86
2.9. Tratamiento de los trastornos alimentarios.	89

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

3.1. Descripción metodológica.	92
3.1.1. Enfoque cuantitativo.	93
3.1.2. Investigación no experimental.	94
3.1.3. Diseño transversal.	95
3.1.4. Alcance correlacional.	95
3.1.5. Técnicas de recolección de datos.	96
3.2. Población y muestra.	98
3.3 Descripción del proceso de investigación.	100
3.4. Análisis e interpretación de resultados.	104
3.4.1 Nivel de estrés en los alumnos.	104
3.4.2 Indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios.	107
3.4.3 Relación entre el nivel de estrés y los trastornos alimentarios.	110
Conclusiones.	115
Bibliografía	117
Mesografía	120
Anexos.	

# INTRODUCCIÓN

La presente investigación está dirigida hacia el estudio del estrés y los trastornos alimentarios; posteriormente se determinará si existe relación entre ambas variables dentro del contexto de una escuela primaria, en la ciudad de Uruapan, Michoacán.

## **Antecedentes**

La palabra estrés es de origen anglosajón y significa tensión, presión o coacción. Actualmente el término es empleado de forma indiscriminada para referirse a una amplia gama de experiencias como el nerviosismo, cansancio, agobio, tensión u otras sensaciones similares.

La noción en el campo de la psicología sobre el concepto de estrés fue introducida en 1930, cuando Hans Selye, estudiante de la carrera de medicina en la Universidad de Praga, descubrió que un grupo de pacientes, indistintamente de la enfermedad que padecieran, compartían una sintomatología común que consistía en cansancio, pérdida de apetito, baja de peso y debilidad, entre otros síntomas. A dicho fenómeno observado le llamó "Síndrome de estar enfermo".

Posteriormente, en una investigación de postdoctorado, Selye realizó experimentos de ejercicio físico extenuante en ratas de laboratorio, dicho desgaste

provocaba en los animales elevación de las hormonas suprarrenales como ACTH, adrenalina y noradrenalina, la atrofia del sistema linfático, así como la aparición de úlceras gástricas. A esta triada de secuelas, Selye la denominó en primera instancia “estrés biológico”; después, simplemente lo llamó “estrés”. El autor concluyó que varias enfermedades en los seres humanos resultaban de un prolongado estrés en los órganos, el cual era desencadenado por agentes físicos nocivos, demandas de carácter social y las amenazas del entorno.

Por otro lado, las conductas alimentarias anormales encuentran su origen en diversas características biológicas, psicológicas, familiares, sociales y/o culturales del sujeto. En el caso de una mujer, en Santa Catarina, en el siglo XIV, la manifestación de amor a Jesucristo era posible mediante la renuncia a los placeres del mundo, como ayunar durante largos períodos. En 1689, Richard Monton descubre lo que podría documentarse como el primer caso de anorexia.

En 1870, Lasagne, con base en los estudios de Monton, expone por primera vez el término de “anorexia histérica”, y no fue hasta 1969 que Gutting denominó a dicha enfermedad como se conoce actualmente, bajo el nombre de “anorexia nerviosa”.

Esta afección es definida como el rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor normal, de acuerdo con la talla y edad.

Otro de los trastornos alimentarios más importantes por su incidencia, es la bulimia nerviosa, cuyo término proviene del griego “bulimy” y significa hambre excesiva o “hambre de buey”. Esta anomalía de la alimentación consiste en la ingestión episódica y compulsiva de grandes cantidades de alimento en un corto período de tiempo. Los primeros hallazgos relacionados con la bulimia, se remontan a una costumbre romana, que consistía en demostrar el gusto hacia una comida ingiriéndola en grandes cantidades, para después eructar y expulsarla a través del vómito. Fue en el año 1979, cuando en Estados Unidos se documentó el primer caso de bulimia como una situación médica.

En los últimos tiempos, los trastornos alimentarios aparecen con mayor frecuencia alrededor de todo el mundo, despertando el interés de diversas investigaciones, de las cuales afortunadamente México no ha sido la excepción.

Ruiz y Cols. (2004) llevaron a cabo un estudio llamado “Trastornos alimentarios en hombres y mujeres adolescentes deportistas y no deportistas pertenecientes al servicio de rehabilitación ortopédica del Centro Nacional de Rehabilitación”, cuyo objetivo era detectar si la práctica deportiva aeróbica es un factor de riesgo para desarrollar trastornos alimentarios. La población seleccionada fueron 100 adolescentes, sexo indistinto, cuyas edades oscilaban entre los 15 y 20 años, 50 de los cuales realizaban práctica deportiva aeróbica, mientras que los otros 50 no la efectuaban. Para la investigación se aplicó el Inventario de Trastornos de la Alimentación, Escala MD, conformado por 33 reactivos. Los datos arrojados no

mostraron una diferencia significativa entre el grupo de adolescentes deportistas y el de las no deportistas.

En el año 2009, Behar y Valdés realizaron una investigación bajo el nombre “Estrés y trastornos de la conducta alimentaria”, que consistía en comparar las características psicológicas y comportamentales compatibles con los trastornos alimentarios entre grupos de sexo femenino con la patología, con aquellas que no la padecían, así como comparar cuantitativa y cualitativamente la exposición a situaciones estresantes en ambos grupos.

La muestra estuvo constituida por 100 mujeres, 50 eran pacientes a las que se diagnosticaron trastornos alimentarios, con una edad promedio de 22 años; el otro grupo eran 50 estudiantes universitarias con una edad promedio de 21 años, sin patología alimentaria. A cada joven se le administró una entrevista estructurada, se les aplicaron las pruebas EAT-40, EDI, el Cuestionario de la Figura Corporal y la Escala de Autoevaluación de Estrés. La conclusión fue que las mujeres con problemas alimentarios experimentaron mayores niveles de estrés que precedieron el inicio del trastorno, así como también se detectó que estas desarrollan conductas específicas y un perfil psicológico distintivo en comparación con las mujeres que no presentan patologías alimenticias.

El problema de trastornos alimentarios no se reduce a las poblaciones de individuos adolescentes o adultos, sino que también se presenta en niños, por ello es necesario investigar en una muestra infantil la relación entre el nivel de estrés y los

indicadores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios. El Colegio Educare es el lugar ideal para llevar a cabo el estudio, ya que los padres de familia se han acercado a los directivos para expresarles su preocupación respecto a la alimentación de sus hijos.

### **Planteamiento del problema**

El estrés es un proceso psicológico natural en el ser humano, gracias a él los individuos pueden permanecer en un estado de alerta atendiendo los diversos estímulos que se presentan en el medio ambiente, sin embargo, las condiciones y exigencias actuales que acompañan la vida cotidiana generan alteraciones en los niveles de estrés, que repercuten de manera significativa en la salud y en el bienestar emocional de la población.

Los niveles inadecuados de estrés aparecen en cualquier sector social, desde niños hasta personas de la tercera edad, sin importar nivel socioeconómico, sexo u ocupación. Por ello, es primordial ocuparse del tema, ya que es uno de los principales fenómenos que determinan la conducta del individuo.

Dentro de la actividad diaria del sujeto, los hábitos alimentarios son esenciales, pues satisfacen una necesidad vital del hombre y si llegan a distorsionarse, afectan inevitablemente el organismo y con ello, la conducta y estabilidad psicológica.

Una ingesta anormal puede estar ampliamente relacionada con niveles inadecuados de estrés, pero es importante indagar, analizar y comprobar sobre dicha relación en un contexto real.

A pesar de que en las últimas décadas se ha revisado la relación entre el estrés y los trastornos alimentarios, la mayor parte de las investigaciones van dirigidas a adolescentes y mujeres, dejando de lado la población infantil. Los niños que van de los 10 a los 12 años están sometidos a niveles altos de estrés y la sociedad no ha prestado la debida atención a este problema.

Los alumnos del Colegio Educare presentan patrones de alimentación diversos; la presión ejercida por la escuela, la familia y la relación con los pares, va modificando sus hábitos alimentarios. Es por ello que se han seleccionado 100 estudiantes de tres grados distintos, cuarto, quinto y sexto, para recolectar datos objetivos y establecer una respuesta a la siguiente cuestión: ¿Se relacionan los indicadores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios con el nivel de estrés que presentan los niños de primaria de 10 a 12 años, del Colegio Educare, de Uruapan, Michoacán?

## **Objetivos**

En el siguiente apartado se exponen los objetivos establecidos que establecen los logros pretendidos en esta investigación.

## **Objetivo general**

Determinar la relación que existe entre los indicadores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios y el nivel de estrés en los alumnos de 10 a 12 años del Colegio Educare.

## **Objetivos particulares**

1. Conceptualizar el término estrés.
2. Describir las causas y consecuencias del estrés desde la perspectiva de diferentes teorías.
3. Definir los principales trastornos alimentarios.
4. Identificar los indicadores psicológicos asociados con los trastornos alimentarios.
5. Cuantificar mediante pruebas psicológicas objetivas, el nivel de estrés en los niños de 10 a 12 años del Colegio Educare.
6. Evaluar la presencia de indicadores psicológicos asociados con los trastornos alimentarios en los alumnos de 10 a 12 años del Colegio Educare.

## **Hipótesis**

Las hipótesis a continuación redactadas son los supuestos sobre los cuales se guía el trabajo de la investigadora.

### **Hipótesis de trabajo**

Existe correlación significativa entre los indicadores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios y el nivel de estrés en los alumnos de 10 a 12 años, del Colegio Educare, de Uruapan, Michoacán.

### **Hipótesis nula**

No existe correlación significativa entre los indicadores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios y el nivel de estrés en los alumnos de 10 a 12 años, del Colegio Educare, de Uruapan, Michoacán.

### **Operacionalización de las variables**

Los resultados obtenidos mediante la aplicación de la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños (CMAS-R), creada por Reynolds y Richmond (1997), fueron los indicadores del nivel de estrés que presentan los sujetos investigados. La prueba CMAS-R, además de brindar la puntuación de ansiedad total ofrece las puntuaciones de cuatro subescalas, las cuales son:

- Ansiedad fisiológica.
- Inquietud-hipersensibilidad.
- Preocupaciones sociales-concentración.

- Mentira.

Respecto a la variable trastornos alimentarios, la prueba psicométrica utilizada para detectarla, fue el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI 2) del autor David M. Gardner (1998), el cual está conformado por 11 escalas que representan los principales síntomas que normalmente acompañan a la bulimia nerviosa y a la anorexia nerviosa: obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva, miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad e inseguridad social.

### **Justificación**

La presente investigación se relaciona directamente con el campo de acción del psicólogo, porque es cada vez más numerosa la población infantil propensa a desarrollar patrones anormales de alimentación.

Los niños se desenvuelven actualmente en un contexto saturado de información, competencia y exigencias que incrementan el nivel de estrés. Estudiar la relación que esta situación tiene con los trastornos alimentarios, aporta datos de relevancia a todos aquellos profesionales, padres de familia y personas en general, involucradas a fomentar el crecimiento integral del infante.

La presente investigación beneficiará en primera instancia a los directivos del Colegio Educare, pues les proporcionará un sondeo basado en datos objetivos sobre

el nivel de estrés que presentan sus alumnos, para con ello generar una conciencia de innovación sobre el modelo de enseñanza establecido, que consista principalmente en orientar a los docentes a fin de detectar, corregir y prevenir los agentes estresores que afecten la estabilidad psicológica del niño. También servirá de invitación a los padres de familia, a examinar y modificar situaciones perjudiciales que el niño vive en el hogar, pues el nivel inadecuado de estrés aparece también como producto de dinámicas familiares patológicas.

La investigación aporta datos sobre la presencia de indicadores psicológicos asociados con los trastornos alimentarios, lo cual permitirá que tanto padres de familia como profesionales ocupados en la educación básica, identifiquen situaciones de riesgo en la calidad de alimentación que están recibiendo los niños de la ciudad de Uruapan, tanto en la escuela como en casa, y brindar con esto la oportunidad de corregir, mediante campañas multidisciplinarias, los hábitos de alimentación inadecuados, así como prevenir su aparición.

Dentro del campo de investigación psicológica, este estudio servirá como punto de partida para la comprensión de la influencia del estrés en los trastornos alimentarios, proporcionando con ello una base teórica para futuras investigaciones en el área de psicología y nutrición. Proporciona además un respaldo objetivo que puede inducir a los sectores educativos, los profesionales de los mismos y los padres de familia, a prestar atención hacia la problemática.

## **Marco de referencia**

La institución educativa en la cual se desarrolló esta investigación es el Colegio Educare, cuya clave de trabajo es 16PPR0387V, perteneciente a la zona escolar 208, sector 22, del municipio de Uruapan, Michoacán, bajo el acuerdo de incorporación N° PPR030804.

El colegio labora durante el turno matutino como una institución privada y laica, cuyo objetivo es brindar un espacio en donde el niño pueda participar de manera activa de acuerdo con su propio proceso de desarrollo, poniendo a su alcance los recursos y las experiencias necesarias que le permitan ir construyendo su aprendizaje de una manera significativa y responsable. Además de contar con una guía que lo apoye en este proceso de auto aprendizaje, para proporcionarle confianza, seguridad en sí mismo y en los otros.

La misión de la escuela consiste en “ser una comunidad educativa en la que cada situación sea una experiencia de aprendizaje que permita a sus integrantes crecer como personas y vivir responsablemente en el mundo”. La visión de la institución se orienta a “ofrecer servicios de educación primaria de la más alta calidad, contando siempre con las instalaciones y los programas más adecuados y funcionales que a los alumnos les permita obtener un elevado nivel académico, promoviendo la comprensión lectora y el razonamiento lógico matemático, así como la mejora continua tanto en el servicio como en la superación profesional y el crecimiento personal de todos los que conforman la escuela”.

Los fundamentos educativos del Colegio Educare son:

- La formación de valores.
- El trabajo en equipo.
- El interés genuino por los demás.
- Respeto por las diferencias.
- Capacidad para enfrentar los retos del mundo (requerimientos cognoscitivos, desarrollo de habilidades, inteligencia emocional, comprensión del proceso).
- Traducir las situaciones cotidianas en experiencias de aprendizaje.

La escuela está ubicada al sur de la ciudad de Uruapan, en una zona conocida como “La Pintera”, atrás del centro comercial Soriana, a una cuadra del Paseo de la Revolución. La dirección del inmueble es Privada Camino a la Fundición # 55, colonia El Pinalito, Código Postal 60190. Se dispone de un terreno de 1,500 metros cuadrados, de 50 metros de frente hacia la calle con 30 metros de fondo. La propiedad está circundada por un muro perimetral de tres metros de altura.

En la mitad del terreno (750 metros cuadrados), se encuentra el edificio de tres plantas que incluye:

- Área de estacionamiento de 81 metros cuadrados.
- Pasillo de acceso de cuatro metros de ancho.

- Patio cívico de 200 metros cuadrados, más 70 metros de corredor anexo.
- Área de recepción.
- Oficina de la dirección (36 metros cuadrados) equipada con dos escritorios, cuatro sillas, archivero, librero, mesa para el teléfono y un baño para maestras.
- Dos sanitarios para niñas (uno de ellos en la planta baja, equipado con cinco retretes y cuatro lavamanos, y el otro en el tercer piso, con dos retretes y un lavamanos).
- Dos sanitarios para varones (el de la planta baja equipado con cuatro retretes, cuatro mingitorios y tres lavamanos; el de la planta alta cuenta con un retrete, un mingitorio y un lavamanos).
- 13 aulas de 45 metros cuadrados, equipadas con 25 mesas y sillas individuales, escritorio, silla y tres libreros de madera para el material.
- Sala de computación y biblioteca. Cuenta con 14 computadoras, una copiadora, proyector, pizarrón blanco y libros para estas áreas.
- Un gimnasio de 90 metros cuadrados equipado con rampas, vigas, colchonetas, espejos, pelotas, aros, pañoletas, bastones, costales, además de equipo de sonido y a música necesaria para este fin.
- Escaleras de dos metros de ancho, huella de 35 cm. y altura de 18 cm.
- Papelería y bodega con cinco estantes, en donde se encuentra el material necesario para trabajar, además de un exhibidor de uniformes.

Todas las aulas cuentan con luz y ventilación natural y artificial. En la otra mitad del terreno (750 metros), se encuentra el jardín, área de comedor y área de juegos con arenero.

El Colegio Educare comenzó a funcionar como jardín de niños a partir del mes de agosto de 1998, pero tiene sus inicios desde el año de 1995 como centro de estimulación temprana, denominado Kid's Gym, para niños desde 3 meses, hasta 4 años de edad, trabajando únicamente dos sesiones de una hora por semana. Gracias a los resultados favorables y a petición de los padres de familia, se decidió abrir un espacio que brindara a los infantes la posibilidad de trabajar los aspectos más importantes para su desarrollo, así que se emprendió un proyecto educativo multidisciplinario en colaboración con maestros, psicólogos y pedagogos. A partir del año 2001 se comenzó a elaborar el proyecto de la primaria, con el objeto de darle continuidad al trabajo comenzado en preescolar. Primeramente se adquirió el terreno, después se continuó trabajando en el proyecto profesional, hasta que finalmente a partir del ciclo escolar 2003-2004, se inauguró la escuela bajo el nombre de "Colegio Educare". El jardín de niños actualmente se denomina "Juega y Aprende".

El ciclo escolar 2012-2013 es el décimo ciclo escolar de la institución. Actualmente cuenta con dos grupos por grado, de primero a sexto, que suman un total de 244 alumnos, de los cuales 128 son hombres y 116son niñas.

La población a la que atiende son niños cuyas edades van desde los 5 hasta los 13 años, de nivel socioeconómico medio alto y alto, la mayoría de nacionalidad mexicana, con un número reducido de extranjeros. El colegio Educare se caracteriza por tener entre sus alumnos, estudiantes con discapacidades de aprendizaje diversas, como autismo, retraso intelectual, síndrome de Down, retraso psicomotor, déficit de atención e hiperactividad. Para dicha situación cuenta con la ayuda de “monitores”, que son personas encargadas de hacer adaptaciones curriculares correspondientes a las necesidades especiales de cada niño.

El personal que labora actualmente en la escuela suma un total de 22 personas distribuidas de la siguiente manera:

Una Directora Administrativa (Lic. en Contaduría), una Directora Académica (Lic. en Pedagogía), 12 maestras titulares (todas con Lic. en pedagogía), dos maestros de inglés (con diplomados en dicho idioma), una maestra de computación (Lic. en Psicología Educativa y Diplomado en Informática) y un profesor de educación física (Entrenador de Tae Kwon Do), una asistente académica (pasante de Psicología), una persona responsable del aseo (con certificado de secundaria) y un velador (con certificado de primaria). Todo el personal tiene contrato individual de trabajo, y cuentan con prestaciones mayores a las de ley.

El personal tiene poca rotación, ya que existe un ambiente laboral agradable y de confianza. La mayoría de las personas que trabajan en la escuela, ingresan primero de asistentes, y cuando se gradúan y adquieren la experiencia necesaria, se

les da la oportunidad de tomar grupo, lo que les permite seguir desarrollándose profesionalmente, además de motivarlas a continuar en la escuela.

# CAPÍTULO 1

## EL ESTRÉS

Durante el desarrollo del primer capítulo teórico de esta investigación, se abordarán los aspectos más esenciales sobre el concepto de estrés, que van desde los antecedentes históricos del término, los diferentes enfoques desde los cuales se ha estudiado, la descripción de los estresores más comunes, los procesos de pensamiento que propician el estrés y los moduladores del mismo, así como los efectos negativos que este fenómeno tiene sobre el ser humano.

### **1.1. Antecedentes históricos del estrés.**

Lo que ahora se conoce como estrés, es un mecanismo existente de manera innata en los seres humanos; la sobrevivencia y la adaptación del organismo a través de diversos períodos ha sido posible gracias a ello, sin embargo, el concepto tal como se emplea ahora es una expresión relativa a los últimos siglos.

La palabra estrés fue utilizada coloquialmente mucho tiempo antes de que tuviera una repercusión importante en el campo de la psicología, desde épocas anteriores a los hallazgos de Selye, quien observó en un grupo de enfermos una sintomatología común a la que denominó estrés. Este término ya se empleaba de una forma indistinta para aludir a situaciones de tensión, pues su etimología se

desprende del latín “stringere” que significa presionar, comprimir u oprimir(Sánchez; 2007).

Corría el siglo XVII cuando el físico y biólogo Robert Hooke se dio a la tarea de diseñar puentes capaces de soportar cargas pesadas y fenómenos naturales como sismos o ventiscas, para lo cual tuvo que estudiar las propiedades de distintos metales y las posibles adversidades que estos tendrían que resistir. A pesar de que el trabajo de Hooke estuvo destinado al campo de la ingeniería, el análisis que llevó a cabo repercutió en el área de las ciencias humanas, pues el papel que los puentes desempeñan al soportar las cargas, es análogo al que tiene el ser humano al tolerar la presión del entorno, mientras que la capacidad de resistencia de los metales, equivale a los recursos que cada individuo posee para afrontar el estrés (Lazarus y Lazarus; 2000).

Con base en este planteamiento, el médico francés Claude Bernard demostró que cada ser vivo está preparado genéticamente para enfrentar las contingencias que el contexto inmediato diariamente le presenta, sin embargo, recalcó que a pesar de que el medio ambiente perturbe el organismo, este mantiene una estabilidad interna. Por consiguiente, el proceso de sobrevivencia se deriva de una constante interacción entre el medio externo que rodea al organismo y la capacidad interna biológica de este para afrontarlo; la estabilidad interna le otorga al individuo una vida independiente. En el año de 1922, Walter Bradford Cannon bautizó a dicha condición orgánica bajo el nombre de “homeóstasis”, pero no fue hasta los estudios científicos de Hans Selye, realizados en la década de 1930, que el tema adquirió una relevancia

significativa. Primeramente, este investigador identificó una serie de reacciones fisiológicas comunes en sus pacientes, a las que nombró “Síndrome general de adaptación”, después estudió de cerca la vida del salmón y su conducta innata al momento de desovar, y tras diferentes experimentos en animales definió al conjunto de respuestas no específicas del organismo frente a las demandas del exterior como estrés (Sánchez; 2007).

Durante la Primera Guerra Mundial, las condiciones de vida sometían a la población a constantes crisis emocionales, los soldados en combate no podían desempeñarse: algunos se desmoronaban por completo en el campo de batalla, mientras que otros desarrollaban trastornos que los incapacitaban a continuar; el interés por adquirir conocimientos sobre la selección de hombres adecuados para los cargos militares desató un interés elevado por estudiar los fenómenos llamados “fatiga de combate” o “neurosis de guerra”, que no eran más que los efectos negativos de niveles inadecuados de estrés.

Según Lazarus y Lazarus (2000), después de la guerra, la conciencia sobre el estrés se volvió amplia, lo cual permitió identificarlo en diferentes sectores de la vida cotidiana, tales como la escuela, el crecimiento, el matrimonio o una enfermedad. En las décadas de los sesentas y setentas del siglo XX, todos los estudios se centraron en las consecuencias perjudiciales del estrés, sin embargo, en la actualidad se le reconoce como una respuesta natural, no dañina, sino adaptativa, para la cual cada individuo tiene una vulnerabilidad distinta, pues está provisto de sus propios

mecanismos para resistirlo. Los efectos negativos solamente aparecen cuando el sujeto se enfrenta a un gran número de estresores en un corto intervalo de tiempo.

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

La palabra estrés, en su traducción apegada a la lengua, significa presión o tensión, sin embargo, al momento de tratar de definirlo y comprenderlo, existen diferencias fundamentales que se han postulado principalmente en tres puntos de vista teóricos: el primero de ellos es aquel que describe el estrés como una presión externa al sujeto, un estímulo del ambiente; el otro enfoque se deriva de la perspectiva del estrés como tensión, en otras palabras, sostiene que es un estado que experimenta el ser vivo y que desemboca en una respuesta; finalmente, hay un tercer planteamiento que fusiona el papel del medio ambiente como facilitador de estresores y el organismo como intérprete de los mismos (Travers y Cooper; 1996). Dichos enfoques teóricos se exponen detalladamente a continuación.

### **1.2.1. Estrés como estímulo**

“Hipócrates pensaba que el contexto determinaba la salud y enfermedad de los individuos” (Goodell y cols., citados por Travers y Cooper; 1996: 30), a partir de dicho modelo de pensamiento se concibe el estrés como una variable independiente, es decir, que se presenta externa a las condiciones del sujeto y surge cuando el contexto genera características ambientales molestas, ya sean físicas o psicológicas (Fisher, referido por Travers y Cooper; 1996).

Holmes y Rahe (citados por Travers y Cooper; 1996: 31) afirman que “la metodología de estudio de este enfoque es mecanicista, centrada principalmente en la identificación y clasificación de los estímulos considerados como estresores, entre los que se mencionan: presiones ambientales, sociales, psicológicas, económicas y desastres naturales”. Por lo tanto, el objetivo sobre el que se centra es estudiar las diversas fuentes del estrés.

De acuerdo con los autores referidos, cada individuo posee un nivel de tolerancia a las presiones generadas por el contexto, que puede ser superado, y a pesar de que cada día se somete a estresores, finalmente serán las características del estímulo las que determinen si el sujeto puede resolverlos exitosamente o colapsarse. Selye (citado por Travers y Cooper; 1996) propuso una clasificación, en la cual, al conjunto de estímulos estresores que fomentaban el crecimiento y la adaptación, lo llamó “eustrés” o estrés positivo, mientras aquellos estímulos dañinos y perjudiciales al organismo los nombró “distrés”, o estrés negativo.

### **1.2.2. Estrés como respuesta**

Travers y Cooper (1996) afirman que este punto de vista es contrario al enfoque anterior, ya que considera al estrés como una variable dependiente, es decir, aparece después de la presencia de un estímulo amenazador o desagradable. En otras palabras, sería el estado de tensión que conduce al sujeto a tener una reacción psicológica, física y conductual.

Cuando Hans Selye identificó el Síndrome General de Adaptación, formuló un modelo de respuesta dividido en tres fases: “El organismo se alerta (reacción de alarma), se desencadena la actividad autónoma (la etapa de resistencia) y si esta actividad dura demasiado, se produce el daño y ocurre el colapso (la etapa de agotamiento)” (referido por Fontana; 1992:11).

Cuando los individuos se enfrentan a un estresor, existe una pausa durante la cual someten el estímulo a una valoración, de la que se deriva una respuesta cognitiva, emocional y conductual. El carácter positivo o negativo de una reacción varía de un sujeto a otro, en este contexto, el estrés es una función adaptativa que prepara los mecanismos del ser humano para responder adecuadamente ante las amenazas y exigencias, por ende, provoca diversos efectos sobre la vida de la persona.

Según Fontana (1992), los efectos cognitivos son aquellos que repercuten sobre el pensamiento y el conocimiento de la persona; si se presenta un carga de estrés excesivo, trae consigo dificultades para mantener la concentración y atención, aumento de la distractibilidad, deterioro de la memoria a corto y largo plazo, reducción en la velocidad de respuesta, aumento de errores en la vida cotidiana, deterioro en la organización a largo plazo, se pierde la objetividad, disminuye la capacidad de crítica y observación, hasta que finalmente los pensamientos se vuelven irracionales, delirantes y confusos.

Mientras que en el área emocional se produce una disminución en la capacidad de relajarse, aumenta la tensión física y psicológica, aparecen enfermedades imaginarias, hay cambios bruscos y empeoran los rasgos negativos de personalidad, se debilita el control de los impulsos o el sujeto se vuelve exageradamente rígido, de igual manera, se deprime mientras surgen fuertes sentimientos de desvalorización.

Los efectos conductuales generales de un estrés inadecuado incluyen el aumento de problemas del habla, disminución en el interés y entusiasmo, se dejan de lado las metas y pasatiempos, hay ausentismo en las actividades diarias, es más probable el consumo de drogas, aparecen la fatiga y descenso en los niveles de energía, alteraciones del sueño, rechazo al cambio, se delegan culpas y responsabilidades a otros, se solucionan problemas superficialmente, surgen la exhibición y excentricidad e incluso pueden existir amenazas de suicidio.

De acuerdo con Fontana (1992), en el enfoque teórico de estrés como respuesta, el sujeto solamente puede sufrir efectos dañinos si se somete con frecuencia a un gran número de adversidades o si no tiene los medios suficientes para responder adecuadamente a lo que se presenta.

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

El tercer punto de vista teórico del estrés supera la oposición de los dos enfoques antes expuestos, pues más que concebirlo como un estímulo o como una

respuesta, se le da el valor de un proceso complejo en el que intervienen varias condiciones y elementos que lo determinan. “Estos teóricos admiten que las personas influyen en su entorno, y reaccionan ante él. En consecuencia, el estrés es esencialmente el grado de adaptación entre la persona y el entorno” (Travers y Cooper; 1996: 32)

El modelo de la perspectiva de estudio interaccionista es dinámico y relacional, pues percibe el entorno como una fuente potencial de exigencias reales, y reconoce que el ambiente por sí mismo no es estresante, sino la evaluación que el sujeto hace a partir de su personalidad: sus experiencias, sentimientos y emociones son lo que define a una experiencia como estresante.

Travers y Cooper (1996) afirman que el estrés aparece cuando el estímulo supera la capacidad que el sujeto posee para resistirlo. El enfrentamiento a la situación deberá resolverse con la adaptación del individuo a su entorno.

El enfoque interaccionista propone cinco procesos cognitivos importantes que participan en el estudio del estrés:

- Valoración cognitiva: la percepción subjetiva del estímulo que guía hacia la experiencia
- Experiencia: se refiere a la familiaridad que el individuo tiene con la situación, la calidad de interacciones anteriores con ella, éxitos, fracasos y aprendizajes derivados.

- Exigencia: percepciones de las demandas reales o percibidas, determinadas por las necesidades del sujeto, deseos y nivel de estimulación.
- Influencia interpersonal: implica la presencia o ausencia de otras personas que influyen la interpretación del estímulo.
- Un estado de desequilibrio: pérdida de armonía que se genera entre la exigencia que se observa y la capacidad percibida del individuo para superarla.

Lazarus y Lazarus (2002) retoman el modelo interaccionista, y lo desglosan secuencialmente: en primer lugar existe una demanda en el ambiente; el sujeto interpreta ese requerimiento bajo los criterios de amenaza, pérdida o daño; si el sujeto no dispone de recursos suficientes, aparece una emoción negativa que trae consigo una inadaptación psicológica.

A pesar de que el enfoque persona-entorno podría parecer el más completo, no se puede afirmar que sea el correcto, antes bien, los tres son complementarios y descriptivos de lo que es el proceso de estrés en su totalidad. Es por ello que con base en las teorías expuestas anteriormente, se definiría al estrés como una reacción del ser humano ante la pérdida del equilibrio, tras la aparición de un estímulo que se ha percibido como una presión física o emocional en función de las características del individuo.

La Organización Mundial de la Salud conceptualiza el estrés como “el conjunto de reacciones fisiológicas que preparan al organismo para la acción” (referida por Palmero y cols.; 2002:424).

A manera de cierre, el presente planteamiento resulta oportuno: “Desde una perspectiva actual, podemos definir el estrés como un proceso psicológico que se origina ante una exigencia al organismo, frente a la cual este no tiene recursos para dar una respuesta adecuada, activando un mecanismo de emergencia consistente en una activación psicofisiológica que permite recoger más y mejor información, procesarla e interpretarla más rápida y eficientemente, y así permitir al organismo actuar de una manera adecuada a la demanda” (Palmero y cols.; 2002:424).

### **1.3. Los estresores**

Cualquier estímulo que rompa el equilibrio de un sujeto y traiga consigo un cambio en la rutina se le conoce como estresor, incluso aquellos que no constituyen exigencias reales, sino desprendidas de la imaginación, son agentes de estrés y se conocen con el nombre de preocupaciones.

Palmero y cols. (2002) señalaron que los cambios negativos no son los únicos que inducen al ser humano a estados de tensión y presión, los positivos o que traen efectos agradables para la persona, también generan estrés. Toda aquella situación a la que se enfrenta un individuo y que requiere de su energía, puede llamarse estresor.

Existen diferentes taxonomías para el estudio de los estresores en función del tipo de cambios que desencadenan en la vida, y se pueden dividir principalmente en dos: los psicosociales y los biogénicos; ambos se explican a continuación.

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

Los estresores psicosociales son aquellos que se presentan con mayor frecuencia en la vida y son también los que propician una parte significativa del aprendizaje emocional, afectivo, cognoscitivo y motivacional.

El bienestar psicosocial de un individuo viene modelado desde dentro, sin importar las limitaciones que le suponga el mundo externo. Sin embargo, cuando el sujeto desempeña sus funciones como un ser social, entra en contacto con un gran número de situaciones estresantes, las cuales se encuentran divididas en tres grupos, según la intensidad de cambios que representan en la vida de un individuo.

De acuerdo con la clasificación planteada por Palmero y cols. (2002), los cambios mayores o estresores únicos son especialmente los cataclismos, esto es, sucesos extremadamente drásticos que repercuten dramáticamente en las condiciones de sobrevivencia de un gran número de personas, como las guerras, los desastres naturales, el terrorismo o las epidemias. A pesar de que se caracterizan por afectar a grandes poblaciones, pueden también ser experimentados por una sola persona, pues la capacidad perturbadora del acontecimiento no depende del número

de individuos a los que perjudique. La consecuencia común de los estresores únicos es la aparición de traumas que pueden mantenerse de forma prolongada.

Los cambios menores o estresores múltiples, son aquellos que afectan a una sola persona o una población pequeña. Se relacionan con sucesos fuera de control del sujeto que son altamente significativos y de trascendencia vital para él. En este grupo entrarían acontecimientos relacionados principalmente con:

- La vida conyugal: como contraer compromiso matrimonial, la vida en pareja, el divorcio, separación o la muerte del cónyuge.
- La paternidad: ser padre o madre, cuidado y educación de los hijos, relaciones complicadas padre-hijo, muerte o enfermedad de un hijo.
- Las relaciones interpersonales: desacuerdos o interacciones difíciles con amigos, vecinos, socios, jefe y conocidos.
- El ámbito laboral: acontecimientos en el trabajo, escuela o tareas domésticas, como estar jubilado, en paro o presentar bajas calificaciones.
- El ámbito económico: problemas financieros, rendimiento inadecuado de los ingresos o cambios en el estatus económico.

Otros acontecimientos vitales importantes serían los problemas legales, ser encarcelado o detenido, cambios emocionales biológicos como los que aparecen en la menopausia o en la adolescencia, procesos quirúrgicos, enfermedades crónicas,

embarazos no deseados; o bien, ser víctima de violencia, como un secuestro, persecución o violación.

Palmero y cols. (2002) describen un último grupo de clasificación que pertenece a los estresores cotidianos o microestresores, en los que se incluyen todas aquellas molestias y alteraciones que se generan en la rutina diaria. No son acontecimientos trascendentales, pues aunque en el momento requieren la atención del individuo, finalmente representan un sufrimiento poco relevante; sin embargo, por su frecuencia, son los que participan más activamente en el proceso de adaptación. Cuando un microestresor aparece, implica una novedad en el contexto, el sujeto cae en un estado de incertidumbre debido a falta o exceso de información para tomar decisiones, lo que puede generar una inhibición de las habilidades para afrontar la situación.

Existen dos tipos de estresores cotidianos: las contrariedades, que se refieren a demandas irritantes del medio, problemas prácticos que alteran los planes, organización y expectativas del sujeto, tales como la pérdida de un objeto, discusiones, mal clima o un atasco en el tráfico; y las satisfacciones, que son situaciones positivas que generan emociones capaces de oponerse a las contrariedades.

### 1.3.2. Estresores biogénicos

Existen estresores que afectan directamente el proceso de activación fisiológica, sin involucrar procesos psicológicos, pues el estímulo no conduce a valoraciones cognitivas-afectivas ya que actúa de forma inmediata sobre los procesos neurológicos desencadenantes del estrés (Palmero y cols.; 2002).

Entre los estresores biogénicos se encuentran:

- Los cambios hormonales en diferentes etapas de la vida: el inicio de la menstruación y el desarrollo genital en la pubertad y la adolescencia, el desajuste hormonal postparto, al igual que el climaterio o pérdida del ciclo menstrual, que aparece en las mujeres adultas durante la menopausia.
- La ingestión de sustancias químicas como la cafeína, la nicotina, las anfetaminas o la teobromina.
- La reacción a situaciones físicas desagradables o dolorosas.
- Estrés alérgico, que resulta como una reacción orgánica de defensa del organismo ante el medio ambiente. Las alergias son fuentes considerables de estrés que requieren grandes cantidades de energía por parte del sistema inmunológico para sobrellevarlas.

### 1.3.3. Estresores en el ámbito académico

La presente investigación se desenvuelve en el marco de referencia de una institución escolar, por ello, se vuelve fundamental describir cuáles son los estresores que inciden con más frecuencia en el contexto académico.

Barraza (2005) señala como fuentes de estrés en los estudiantes:

- La sobrecarga académica o exceso de responsabilidades delegadas, ya sean tareas complicadas, trabajos obligatorios o un elevado número de materias por aprobar.
- Realización de exámenes o evaluaciones.
- Exposiciones de trabajo frente a grupo u obligación de participar, preguntar, responder u opinar durante el desarrollo de las clases.
- Problemas con maestros o conflictos con los compañeros.
- La competitividad entre alumnos.
- Tiempo limitado para entregar trabajos.
- Falta de incentivos.
- Un ambiente físico desagradable.

El estrés académico no es del todo negativo, pues gracias a él, los estudiantes pueden potenciar su desempeño, sin embargo, se vuelve disfuncional cuando inhibe las reacciones del sujeto, de modo que le impide responder de la manera deseada

para la cual se había preparado. Un estado de alerta prolongado frente a las demandas escolares deriva en múltiples manifestaciones somáticas como dolores de cabeza, problemas gástricos, alteraciones en la piel, problemas del sueño, falta de atención, cambios de humor e inquietud (Pérez, referido por Barraza; 2003)

Hernández y cols. ( citados por Barraza; 2003) reconocen 12 tipos de respuestas relacionadas con el estrés académico:

1. Preocupación.
2. Taquicardia.
3. Movimientos torpes y repetitivos o cuerpo paralizado.
4. Miedo.
5. Molestias estomacales.
6. Fumar, beber o comer demasiado.
7. Pensamientos y sentimientos negativos.
8. Temblor en manos y piernas.
9. Tartamudeo o dificultad para expresarse verbalmente.
10. Inseguridad.
11. Boca seca y dificultades en la ingestión.
12. Ganas de llorar.

El estrés académico excesivo debilita el rendimiento del alumno, pues ocasiona que este aprenda con dificultad y que además, se bloquee en el momento de una evaluación, a pesar de tener los conocimientos requeridos.

Como conclusión de este subtema, se reconoce que la amplia gama de estímulos positivos y negativos que acompañan inevitablemente la vida diaria del sujeto, ponen a prueba su capacidad para resistirlos. Las condiciones actuales por las que atraviesa la sociedad están saturadas de estresores, que conducen a los seres humanos a explotar cada vez más sus cualidades de adaptación al cambio en todas las esferas de interacción, ya sea la familia, la escuela, el trabajo u otras. El éxito obtenido al afrontar los estresores se refleja en el bienestar físico y psicológico de la persona.

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

Los seres humanos en numerosas ocasiones distorsionan los estímulos del ambiente, generando interpretaciones confusas, irracionales o incluso perjudiciales. Ellis (referido por Powell;1998: 92) considera que “el pensamiento ilógico y la deformación de ideas proviene desde las creencias y enseñanzas adquiridas en la infancia temprana, pues el contexto no afecta a los individuos, sino la forma en la que estos lo interpretan. La perpetuación de los pensamientos negativos adquiridos en la niñez es la causa de una infelicidad constante a lo largo de la vida”.

Ellis (retomado por Powell; 1998) presenta 11 pensamientos irracionales y potencialmente dañinos que facilitan la presencia de niveles inadecuados de estrés en las personas:

1. Se debe obtener el amor y la aprobación de todas las personas de la comunidad, especialmente de las que son más importantes para el individuo: este objetivo es inalcanzable, lo que genera una grave insatisfacción y sensación de fracaso, pues nadie es capaz de obtener la aprobación y amor universales. A pesar de que el deseo de ser aceptado y querido, siempre va a estar presente, el sujeto debe saber que no necesita el cariño y el consentimiento de todo el mundo para poder ser feliz.
2. Se debe ser perfectamente competente y exitoso en todo logro para considerarse una persona valiosa: este pensamiento genera temor al fracaso, esfuerzo excesivo y complejo de inferioridad. Cada persona tiene su área de oportunidad y cuando emprenda una tarea, debe ser porque le motiva, le interesa y le satisface hacerlo, no para ser mejor que los demás.
3. La felicidad esta bajo el control completo de las circunstancias externas: esta idea es una forma de evadir desafíos y la responsabilidad de los propios actos. Una persona racional sabe que de ella depende su felicidad, porque viene de adentro, de la forma en la que se percibe el mundo.
4. Las experiencias pasadas determinan la conducta presente. No es posible erradicar la influencia del pasado: volver a aprender es complicado, los seres humanos mantienen hábitos de los cuales les resulta difícil desligarse, sin embargo, no es imposible. Una actitud pasiva implica aceptarlas circunstancias como una forma de evadir el desafío, pero una persona con

un pensamiento racional sabe que el pasado puede superarse, que su ser es mayor que el problema.

5. Existe una solución perfecta para cada problema, si no se encuentra, será devastador: esta forma de pensamiento impide que la persona crezca con los errores, ya que fracasar es también una forma de aprender. Entre más se esfuerce alguien por encontrar una solución perfecta para sus problemas, más difícilmente podrá resolverlos, pues se termina por elegir la opción menos factible.
6. Las situaciones peligrosas o temibles causan una gran preocupación en el sujeto, quien cree que debe estar preparado siempre para lo peor: este pensamiento irracional tiende a dificultar la evaluación objetiva de un peligro real; la expectación ante las calamidades es tan amplia, que cuando una de ellas sucede, el individuo no tiene una reacción acertada. Una persona racional sabe que las preocupaciones no ayudan, así que invierte su energía en decisiones que prevengan una tragedia y lucha contra sus temores.
7. Se debe tener alguien más fuerte que sí mismo en quien apoyarse: esta idea irracional es el punto de partida de las relaciones dependientes en las que quedan anuladas la autodeterminación y la expresión libre de la persona, de manera que queda a merced del otro. Alguien sin este pensamiento se considera autosuficiente para cuidarse a sí mismo, para tomar sus propias

decisiones, responsabilidades y para aceptar la ayuda cuando realmente la requiera, sin ceder el control de su vida a nadie.

8. Si el curso de los eventos no ocurren según se ha planeado, será catastrófico: las tareas no siempre saldrán como se espera, de modo que una persona con este tipo de idea vive constantemente en frustración e insatisfacción; siempre es necesario improvisar sobre aquello que modificó los planes, sin perder de vista las metas.
9. Es más fácil evitar dificultades y responsabilidades que enfrentarlas: es más desgastante estar postergando responsabilidades que no agradan tanto al sujeto, que enfrentarlas; por el contrario, es mucho más estimulante sobrellevarlas y sacarlas adelante.
10. Hay personas malas, perversas o infames, que deben ser castigadas: esta distorsión del pensamiento genera en el sujeto la creencia de que puede juzgar sobre las conciencias de los demás, sin tomar en cuenta que lo que pudiera parecer perjudicial, es una situación relativa.
11. Hay que preocuparse demasiado por los problemas de los demás: esta idea no solamente es destructiva por hacer propios los conflictos ajenos, sino porque termina con una empatía sana y la vida propia pasa a ser menos importante. Debe ayudarse lo que más se pueda, y si esto no es posible, la persona no debe aferrarse a ello.

El medio ambiente por sí mismo es un campo de acción neutro. La perspectiva del mundo generada por los pensamientos subjetivos, puede determinar un matiz positivo o negativo a las experiencias. Los once puntos expuestos afectan principalmente una respuesta adecuada ante la resolución de estresores, además de limitar ampliamente la posibilidad de vivir feliz y en armonía.

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

Cada individuo tiene un estilo de afrontamiento determinado ante la presencia de un agente estresor. Al respecto, “existe una serie de factores que influyen considerablemente en el estrés, los denominados moduladores, es decir factores imprescindibles para determinar y predecir cuál será el curso del proceso de estrés y sus repercusiones sobre la salud” (Palmero y cols.; 2002: 527).

Los moduladores de la respuesta al estrés pueden venir desde el interior del sujeto, tal es el caso de las creencias, las competencias o los rasgos de personalidad; pero existen otros de carácter externo, como el apoyo que una persona recibe, en un momento difícil, de los individuos que le rodean, o bien, las pautas culturales que predisponen en sus miembros la apreciación de las fuentes de estresores.

A lo largo de la vida, los modulares del estrés estarán siempre presentes y sus consecuencias pueden ser tanto positivas como nocivas en situaciones adversas.

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

De acuerdo con Palmero y cols. (2002), el impacto del estrés sobre el organismo depende esencialmente de la magnitud de la fuente y el grado de control que esta pueda ejercer sobre el sujeto. La percepción de control es aquella creencia general que el individuo tiene sobre su capacidad para controlar una determinada dificultad para lograr un objetivo deseado.

“El control percibido predispone la reacción y la conducta del ser humano, el hecho de creer que se tiene controlada una situación, aunque no sea real, protege al individuo de los efectos negativos del estrés.” (Alloy y Abramson, referidos por Palmero y cols.; 2002:528).

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

Palmero y cols. (2002) definen el apoyo social como los recursos aportados por otros al individuo con el fin de reducir el impacto negativo del estrés. Si el apoyo social es escaso, el sujeto se vuelve más vulnerable a las enfermedades físicas y mentales.

El apoyo social funciona reduciendo el impacto del estresor, ayudando al prójimo a enfrentar la situación para atenuar la experiencia de estrés si esta se ha producido, a dicho mecanismo se le conoce como “buffering effects” o efectos de amortiguación. La integración de sujeto a redes sociales trae consigo ganancias

significativas, pues representa mayor oportunidad en la superación de eventos adversos, además de mejorar la autoestima y la salud (Palmero y cols.; 2002).

De acuerdo con Cascio y Guillén (2010), se han supuesto dos mecanismos principales para entender el modo de acción del apoyo social.

- La hipótesis del efecto indirecto o protector: la cual sostiene que cuando las personas están expuestas a estresores sociales, estos solamente repercuten si el apoyo de la comunidad es bajo, pues este protege al individuo y lo ayuda a disminuir la percepción de amenaza. Esta explicación plantea también que sin estresores sociales, el apoyo social no influye en el bienestar de la persona.
- La hipótesis del efecto directo o principal: afirma que el apoyo social fomenta la salud y el bienestar, independientemente de la presencia de estresores, es decir, a mayor apoyo social, menor malestar psicológico y viceversa.

En definitiva, el ser humano es un ente social, que si se sabe apoyado por los demás, refuerza y complementa los recursos que posee para tener éxito frente a la vida cotidiana y las situaciones difíciles que pueden llegar a suceder en ella.

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

La valoración cognitiva que un sujeto hace sobre situaciones de estrés, está influenciada por los estilos de conducta que matizan la respuesta de este frente al

evento adverso. Existe una clasificación conformada por dos grandes grupos: la conducta o personalidad Tipo A y la de Tipo B.

Los individuos cuya personalidad es del tipo A, manifiestan impaciencia ante el ritmo en que se presentan los acontecimientos; hablan, comen y se mueven rápidamente; enfatizan explosivamente sus expresiones, arrebatan las palabras y hacen girar el tema de conversación en torno a ellos y sus intereses, tratan de realizar dos o más tareas a la vez, mantienen gestos y tics nerviosos, se sienten culpables e inquietos ante la idea de relajarse, tienen poco interés por las relaciones sociales y no se sienten atraídos por personas con su misma tipología de personalidad, pues tienden a fortalecer sus sentimientos competitivos y hostiles (Travers y Cooper; 1996).

Al contrario, los sujetos pertenecientes al Tipo B, reaccionan de forma pausada ante los estímulos, se permiten el tiempo que sea necesario para llevar a cabo sus actividades sin dejar de lado un espacio para el ocio recreativo. Son pacientes con los demás, los escuchan sin interrupciones, se interesan por la convivencia social, además de que les agrada dar y recibir afecto.

Se puede apreciar que en el tipo A de personalidad, está enfatizada la relación con el estrés, mientras que en la personalidad B la exposición a estresores aparece en un nivel mínimo. “Los tipos B pueden tener en todos los sentidos, metas trazadas como los del tipo A; pueden estar tan deseosos de éxito y logros como ellos. La diferencia estriba en que la persona de tipo B busca la satisfacción de estas

necesidades de tal forma que no crea los estragos psicológicos y físicos a los que se encuentra sujeto el tipo A” (Ivancevich y Matteson; 1985: 203).

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

El estilo conductual tipo A es el que se encuentra más ampliamente relacionado con niveles inadecuados de estrés y, por ende, con dolencias somáticas. Como ya se ha mencionado anteriormente, un nivel excesivo de estrés repercute fuertemente en la salud, desencadenando una serie de malestares y enfermedades orgánicas.

De acuerdo con Ivancevich y Matteson(1985), en la década de los 50 del siglo pasado, los cardiólogos Friedman y Rosenman notaron en sus pacientes con problemas coronarios un patrón de personalidad común, que se caracterizaba por rasgos de hostilidad, agresividad, competitividad y un sentido de urgencia crónico hacia el tiempo, que son características esenciales de la personalidad tipo A.

Las investigaciones sobre estrés se han basado la mayor parte en este estilo conductual, predominantemente los estudios dirigidos a las enfermedades coronarias. Ivancevich y Matteson (1985) mencionan una investigación llevada a cabo en la década de los sesenta en la que el grupo de estudios WCGS inició una evaluación en más de tres mil empleados cuyas edades se encontraban entre los 39 y 59 años, de 11 compañías distintas, en busca de personalidades tipo A. Al principio del estudio ninguno de los miembros de la población seleccionada padecía

enfermedades coronarias, anualmente eran recolectados datos sobre sus condiciones de vida, además de ser examinados por cardiólogos independientes a la investigación. A los dos años y medio, setenta participantes habían sufrido una enfermedad cardíaca y el 77% de estos pertenecían a la personalidad tipo A; de acuerdo con las observaciones, los más propensos a pertenecer al tipo A eran los empleados más jóvenes de 39 a 49 años y presentaban más incidencia que los del tipo B para desarrollar enfermedades cardíacas.

Transcurridos cuatro años y medio, ya se había incrementado el número de enfermos del corazón a 133, manteniendo un fuerte vínculo con los patrones de conducta del grupo A. En 1975 apareció el último reporte, después de 8 años de seguimiento, quedando una suma final de 257 enfermos cardíacos, los cuales estaban conformados por un número doble de tipo A sobre los de personalidad tipo B.

El estilo conductual tipo A no es igual a estrés, pero la esencia de los comportamientos que se clasifican en ella sí mantienen una mayor carga de tensión en el individuo, facilitando la aparición de padecimientos coronarios. Un mismo sujeto puede poseer rasgos de personalidad tanto tipo B como tipo A, pero las demandas ambientales pueden hacer más predominante uno de los dos estilos conductuales en determinado momento.

## 1.6. Los efectos negativos del estrés

Una de las consecuencias negativas de los niveles inadecuados de estrés es el desarrollo de diversos padecimientos orgánicos, conocidos como enfermedades de adaptación (Ivancevich y Matteson; 1985).

“Las enfermedades originadas por estrés o enfermedades de adaptación, no son el resultado directo de algún agente externo (como por ejemplo una infección); 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).

Los padecimientos relacionados con la adaptación, no surgen por la acción directa de un estímulo, sino por el intento del cuerpo por resistirlo para mantener su homeóstasis. Selye (referido por Ivancevich y Matteson; 1985) planteó que los sufrimientos de adaptación más comunes incluyen enfermedades del corazón y los vasos sanguíneos, enfermedades del riñón, artritis reumatoide, enfermedades inflamatorias de piel y ojos, alergias, enfermedades nerviosas y mentales, disfunciones sexuales, así como enfermedades metabólicas y digestivas, que implican la resistencia del cuerpo en general.

Ivancevich y Matteson (1985) enumeran y describen los cinco padecimientos que consideran más estrechamente ligados con el estrés:

1. La hipertensión: es una enfermedad en la que la sangre fluye por las arterias a presión elevada. Cuando un cuerpo se expone a estresores, se comprimen las paredes arteriales, aumentando la presión, esta disminuye cuando se termina la fase de alarma.
2. Las úlceras: son lesiones en estómago e intestino, generadas por niveles elevados de cortisona que aparecen ante la presencia del estrés.
3. La diabetes: es una enfermedad ocasionada por la insuficiencia de insulina, por lo que el paciente es incapaz de absorber suficiente azúcar de la sangre. El estrés incrementa los niveles de azúcar mientras vuelve deficiente el trabajo de la insulina. Si el estrés no decrece, la deficiencia de esta sustancia se vuelve permanente.
4. Las jaquecas: es una tensión muscular derivada de una prolongada exposición a estresores.
5. El cáncer: es la enfermedad de adaptación más controvertida y agresiva. Las células mutantes están siempre en el cuerpo, pero el sistema inmunológico las elimina antes de que puedan crecer. Sin embargo, los niveles inadecuados de estrés debilitan el trabajo inmunológico, entorpeciendo su trabajo, es ahí cuando las células patógenas logran convertirse en tumores malignos.

Es importante aclarar que la causa de las enfermedades de adaptación no siempre es el estrés.

La presencia constante de estresores negativos o distrés, puede ser altamente perjudicial para los seres humanos, sin embargo, no hay que olvidar que el estrés es

inherente a la sobrevivencia; en sí, es un fenómeno neutro, no es negativo por sí mismo, lo que sería realmente dañino es tener una ausencia total de él. Selye propuso el nombre de “eustrés” para referirse a todas aquellas respuestas positivas desencadenadas por el estrés.

El eustrés es vital, de hecho el distrés puede surgir por ausencia de aquel en la vida cotidiana de un individuo. La salud del sujeto solamente puede expresarse en una regularización exitosa entre ambas polaridades del fenómeno examinado, procurando siempre un incremento de los niveles de eustrés sobre los de distrés.

## **CAPÍTULO 2**

### **LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS**

El segundo capítulo de esta investigación tiene como objetivo describir todo lo referente a la variable de trastornos alimentarios; comenzando por los primeros hallazgos históricos, así como definición y características específicas de las principales anomalías relacionadas con la ingesta, incluyendo causas, factores desencadenantes y estragos. Además, se definen los aspectos fundamentales de la alimentación en los niños y se brinda un perfil para identificar a las personas que padecen trastornos de la alimentación a través de una descripción detallada de las patologías involucradas.

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

La ingesta de diversos alimentos conforma una de función humana esencial. El cuerpo requiere que se le proporcione comida con una cierta regularidad en un período de tiempo determinado para que el individuo pueda sobrevivir. La alimentación existe desde que el primer ser vivo pobló el planeta, sin embargo, a lo largo de la historia surgieron ciertos desarrollos sociales acompañando el proceso, que le dieron a la comida un amplio carácter psicológico.

De acuerdo con Jarne y Talarn (2000), desde épocas antiguas ya existían conductas patológicas en los rituales de alimentación. Se creía que comer excesiva y

desmesuradamente daba al sujeto un atributo de poder y un simbolismo sagrado. Durante los banquetes, los participantes vomitaban con el afán de comer más.

Sin embargo, había culturas como la cristiana, en la cual la privación de los alimentos era lo que daba un fuerte simbolismo religioso. El ayuno era visto como una penitencia para pagar por los pecados y alcanzar con ello una armonía espiritual más elevada.

Jarne y Talarn (2000) mencionan a Catalina de Siena como la anoréxica más famosa de la historia, nacida en 1347 bajo una rigurosa educación religiosa, desde los siete años rechazó la comida y en la adolescencia solamente se alimentaba de hierbas y pan.

La posibilidad de que hubiera sujetos capaces de sobrevivir sin alimento, más allá de religiosos rigurosos, despertó la curiosidad de la sociedad, la cual enfocó su atención en el tema. Existen varios documentos elaborados en el siglo XVII donde se respaldan diferentes casos de inanición.

En 1667, la joven Marthe Taylor de Derbyshire llamó la atención cuando presentó un cuadro clínico muy peculiar, conformado por amenorrea y vómitos; no solamente los doctores, sino hasta nobles y clérigos acudían a observarla.

En 1873, Gull en Londres y Lassège en París, hicieron descripciones completas de cuadros clínicos anoréxicos similares a los de hoy en día, a los cuales

les atribuían un origen psicógeno. Las primeras teorías encontraban cómo causas de esta problemática una afección panhipopituitaria, los enfoques posteriores eran más psicológicos y no simplemente orgánicos. Pero fue en la década de 1970 cuando se determinó que las causas del trastorno son un conjunto de factores psicológicos, biológicos y sociales encadenados. Gracias a esta teoría multidisciplinar se desprendieron tratamientos que abordaron los tres núcleos conflictivos de la anorexia: el peso, la figura y los pensamientos alterados (Jarne y Talarn;2000).

Según estos autores, Rusell, en el año de 1979, denominó bulimia nerviosa a un cuadro clínico vinculado con la anorexia, caracterizado principalmente por episodios de ingesta voraz y conductas de purga.

Según la clasificación del DSM IV, la obesidad no se contempla dentro de los trastornos psiquiátricos como la anorexia y la bulimia, sino que se considera solamente un cuadro médico que podría representar daños en la salud.

Incluso hubo una época en la historia en la cual el sobrepeso tenía una connotación positiva, pues era signo de belleza, posición social y salud; actualmente la situación es totalmente diferente: los estereotipos de belleza se han modificado, además de que han surgido diversas investigaciones donde se comprueba que la obesidad se vincula a muchas enfermedades. Ahora la salud y un aspecto físico agradable están relacionados con la esbeltez.

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

Cuando la alimentación de un individuo presenta patrones anormales de ingesta, acompañados por pensamientos relacionados con la insatisfacción corporal en un tiempo prolongado, se puede hablar de la presencia de un trastorno. La imagen corporal está conformada por todos aquellos sentimientos que experimenta el sujeto hacia su propio cuerpo; si estos son negativos, hay la posibilidad de que aparezca alguna de las patologías descritas a continuación.

### **2.2.1 Anorexia nerviosa**

De acuerdo con el DSMIV-TR (APA; 2002), la anorexia nerviosa es aquel trastorno que se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal dentro de los valores considerados como normales de acuerdo con la edad y talla correspondientes. Dentro de los síntomas principales se menciona un miedo intenso a ganar peso corporal, una distorsión significativa en la percepción de la forma y el tamaño del cuerpo y en el caso de las mujeres postpuberales cese de la menstruación o amenorrea.

Aunque el término anorexia literalmente quiere decir falta de apetito, no significa la ausencia de este, pues los pacientes anoréxicos siguen teniendo hambre: en cambio, todos sus pensamientos están relacionados con la comida, la preocupación por los alimentos idóneos y el rechazo de aquellos que pueden

hacerlos engordar, de manera que inhiben su hambre mediante dietas restrictivas (Belloch y cols.; 1995).

Jarne y Talarn (2000) describen, con referencia a la epidemiología de la enfermedad, que el grupo de riesgo ha incrementado en los últimos 50 años, debido al tipo de información, educación y “cultura del cuerpo” que están recibiendo los jóvenes a nivel mundial. La población sobre la que incide a patología se sitúa especialmente en Europa, Estados Unidos y Canadá, en donde existe una prevalencia general del 1.6 por cada 100,000 habitantes, una cifra alarmante comparada con la década de los sesentas en la que apenas alcanzaba del 0.24 al 0.45 por cada 100,000 habitantes.

La anorexia nerviosa está claramente relacionada con la población femenina, pues entre el 90 y 95% de los pacientes son mujeres, situadas entre el final de la infancia, la adolescencia y el inicio de la juventud. Los estratos socioculturales en los que aparecen más casos son el nivel medio alto y alto, sin embargo, en las últimas décadas la distribución de la enfermedad se ha vuelto más extensa, perjudicando a otros sectores socioeconómicos, pues si se incluye la disponibilidad de alimentos con los que cuenta la persona de acuerdo con sus posibilidades económicas, la clase baja contribuye a la generalización de la patología.

De acuerdo con Belloch y cols. (1995) la anorexia también guarda una estrecha relación con las profesiones en las cuales se sobrevalora la delgadez, tales como la gimnasia o el modelaje.

Jarne y Talarn (2000) afirman que la población que padece anorexia nerviosa comúnmente está integrada por personas con rendimiento intelectual alto, perfeccionistas, que suelen tener éxito en sus estudios y en las que se desarrolla una fuerte necesidad por la autoexigencia y el deseo de agradar a los otros.

“El desarrollo de las sociedades occidentales tiene muchos puntos en común, programas educativos similares, intereses culturales comunes (moda, música, cine, etc.); que la hace igualmente sensible delante de la presión cultural y de los estereotipos culturales: «la cultura de la delgadez y el éxito a través de una figura atractiva».” (Jarne y Talarn; 2000:150).

Para que un paciente pueda ser diagnosticado con anorexia tiene que cumplir con los siguientes criterios, de acuerdo con el CIE-10 (referido por Castillo y León; 2005):

- Pérdida significativa de peso; en caso de los prepúberes, no pueden ganar masa corporal como normalmente lo harían al crecer.
- La pérdida de peso es provocada por el mismo paciente, quien evita el consumir alimentos que cree que engordan, además de recurrir a vómitos autoprovocados, la purga intestinal, ejercicio excesivo y/o consumo de diuréticos o fármacos anorexígenos.
- Distorsión de la imagen corporal, pues a pesar de ser muy delgado, sigue temiendo a la obesidad y a la flacidez de las formas corporales.

- Hay trastorno endócrino generalizado, en caso de la mujer se manifiesta con amenorrea y en los hombres con pérdida del interés y la potencia sexual. También puede haber alteraciones metabólicas de la hormona tiroidal, anomalías en la secreción de insulina y concentraciones elevadas de cortisol.
- Si el inicio de la anorexia es anterior a la pubertad, tanto hombres como mujeres conservan cuerpos no desarrollados e infantiles (Jarne y Talarn; 2000).

La anorexia se divide en dos tipos, el tipo restrictivo y el purgativo. De acuerdo con el DSM IV-TR (APA; 2002) el tipo restrictivo es aquel en el cual el individuo no recurre a grandes ingestas o purgas, adelgaza a través de dietas y ejercicios extenuantes; mientras que en el tipo purgativo o anorexia bulímica, el individuo hace lo contrario: recurre a grandes ingestas o purgas, que consisten en vómitos autoinducidos o el abuso de laxantes.

De acuerdo con Belloch y cols. (1995), las anoréxicas restrictivas presentan personalidades más perfeccionistas y rígidas, en cambio, las de tipo purgativo son más impulsivas y presentan conductas adictivas.

Dentro del curso de la anorexia nerviosa, existen alteraciones cognitivas que consisten principalmente en distorsiones, trastornos de la imagen corporal y alteraciones interperceptivas. Los pensamientos irracionales son en función de la comida, el peso y la figura, pues las jóvenes enfermas se niegan a estar obesas y renunciar al éxito y aceptación personal al perder la delgadez. Son mujeres

susceptibles a la información proporcionada por los medios de comunicación, pierden la identidad a cambio de adecuarse al estereotipo femenino considerado como estándar de belleza. Ser delgada representa para ellas perfección, autocontrol y virtud, otorgándole una importancia tal que los límites del peso nunca se encuentran bien definidos y les obliga a estar buscando siempre pesar menos, sin acatar la gravedad de su estado de salud.

Las alteraciones cognitivas características les impiden disfrutar de los alimentos, pues creen que todos se convierten en grasa dentro de su cuerpo, sin discernir el valor calórico que realmente pueden llegar a tener. Después de las alteraciones cognitivas, se desencadenan ciertos patrones de conducta anormales. (Jarne y Talarn; 2000)

La primera alteración conductual observable es la adopción de una dieta restrictiva; el rechazo a los alimentos ocurre a escondidas, sin embargo, cada vez se vuelve más progresivo y evidente. Como la dieta no parece suficiente, la anoréxica aprende a vomitar y comienza a usar laxantes y diuréticos. Conforme pasa el tiempo aumenta su actividad corporal, pasa el día entero sin sentarse, caminando y llevando a cabo trabajos físicos en gimnasios o fuera de ellos (Jarne y Talarn; 2000).

Según Jarne y Talarn (2000) uno de los aspectos más sobresalientes de la anorexia es que va acompañada de altos niveles de ansiedad, provocados por el miedo a engordar, que podrían tratarse auténticamente de una fobia, la valoración crítica del cuerpo y la pérdida de autoestima. La anorexia nerviosa también se

encuentra relacionada con trastornos de la esfera afectiva como la depresión, manifestaciones de tristeza, aislamiento, llanto, incapacidad para experimentar placer, sentimientos de culpa, minusvalía y fracaso.

Dentro de las repercusiones físicas se encuentran pacientes extremadamente delgadas, con la piel seca y fría, extremidades azuladas, cabelleras frágiles y poco pobladas, uñas quebradizas, dentadura maltratada, alteraciones cardíacas; problemas gastrointestinales severos como estreñimiento, náuseas o pesadez; daños neurológicos, en vista y memoria, abdomen hundido, hemorroides, funciones renales anormales y lesiones ulceradas en el dorso de la mano, causadas por el uso de los dedos para provocar el vómito (Jarne y Talarn; 2000).

Belloch y cols. (1995) señalan signos tales como la hipotermia, edemas, bradicardias, hipotensión, demacración progresiva y problemas óseos como la osteoporosis. El curso de la anorexia es crónico y casos severos, resulta mortal. Si el paciente no recibe una atención especializada o a tiempo para estabilizar su peso, los estragos de la desnutrición son irreversibles, el cuerpo se colapsa y muere, sin embargo, la segunda causa de deceso en la anorexia es el suicidio, pues el enfermo se encuentra en un estado emocional catastrófico, tanto que le es preferible arrebatarle la vida.

### **2.2.2 Bulimia nerviosa**

“El síndrome bulímico es un trastorno que se caracteriza por un modelo de alimentación anormal, con episodios de ingesta voraz seguidos por maniobras para eliminar las calorías ingeridas. Después del episodio, el sujeto se siente malhumorado, con tristeza y sentimientos de autocompasión o menosprecio” (Jarne y Talam; 2000: 164)

La palabra bulimia se deriva del griego “bus” y “limus”, que en conjunto significa hambre de buey, por lo tanto, se hace referencia a un hambre desmesurada, es decir, una necesidad impulsiva, irrefrenable e imperiosa por alimentarse.(Belloch y cols.; 1995).

De acuerdo con la APA (2002) y el DSM IV-TR, la bulimia nerviosa es un trastorno de la alimentación que consiste en atracones y métodos de compensación para no ganar peso. El atracones el consumo de una cantidad anormal de comida en un período corto de tiempo, es decir, el sujeto come más de lo que cualquier otro comería en un lapso inferior a dos horas. Los alimentos con más tendencia a ser consumidos en los atracones son aquellos que contienen un alto valor calórico; quien la padece se siente avergonzado por su conducta y tiende a ocultarla.

Según Jarne y Talam(2000),la bulimia nerviosa aparece con mayor frecuencia en mujeres occidentales de 19 a 25 años, de cualquier nivel socioeconómico.

Para que un sujeto pueda ser diagnosticado con esta patología debe cumplir con los criterios establecidos por el CIE-10 (Castillo y León; 2005), que son:

- Presencia de atracones caracterizados por ingestas anormales y excesivas, así como la sensación de una pérdida de control sobre la comida.
- Conductas compensatorias inapropiadas para evitar ganar peso, tales como el vómito, uso de laxantes, diuréticos o ejercicio excesivo.
- Los atracones y conductas compensatorias deben manifestarse mínimo dos veces por semana por lo menos, durante tres meses.
- “La autoevaluación está relacionada con críticas hacia la silueta y peso corporal.” (APA; 2002:563).

La bulimia se divide en dos tipos, de acuerdo con la clasificación que aparece en el DSM IV-TR (APA; 2002): el primero es el purgativo, en el cual el enfermo se provoca regularmente el vómito y utiliza laxantes, diuréticos o enemas de forma excesiva; la forma más común de vomitar es introduciendo los dedos a la boca, sin embargo, puede volverse un acto reflejo. El segundo tipo es el no purgativo, en el que el individuo busca otros métodos inapropiados de compensación, como el ayuno o ejercicio excesivos; no usa laxantes o diuréticos, ni vomita.

El bulímico padece un temor a engordar, se preocupa obsesivamente por la comida, sin embargo, existe un deseo irresistible e imperante de ingesta. Su preocupación principal es la pérdida de control sobre su hambre. El desorden en la

conducta alimentaria lo refleja en otros aspectos de la vida, pues a diferencia de la alimentación ordenada y previsible que se da en la anorexia, aquí predominan los patrones desordenados e imprevisibles. Los atracones ocurren según el estado de ánimo del individuo y la disponibilidad de la comida, las conductas de purga también son irregulares (Jarne y Talarn; 2000).

De acuerdo con Jarne y Talarn (2000), en la bulimia nerviosa, de igual manera que en la anorexia, existen alteraciones cognitivas que comprenden pensamientos irracionales y destructivos sobre los alimentos, peso y figura, principalmente el rechazo a la obesidad. Los atracones generan en el paciente profundos sentimientos de fracaso, por lo que rediseña sus dietas de acuerdo con sus miedos y deseos.

Dentro de las manifestaciones físicas más importantes de la bulimia, se encuentran la fatiga, irritabilidad, distensiones abdominales con estreñimiento, pérdida del esmalte dental, edemas en extremidades, abrasiones en el dorso de la mano provocadas por el vómito, complicaciones cardiovasculares y alteraciones endocrinas; las bulímicas pueden llegar a tener una menstruación regular, pero es frecuente que aparezcan irregularidades e incluso amenorrea (Jarne y Talarn; 2000).

Belloch y cols. (1995) describen entre las complicaciones generadas por el vómito y el uso de laxantes, la depleción de los niveles de pérdida del potasio o hipocaliemia, infecciones urinarias, arritmias cardíacas, rigidez muscular, daño renal y crisis epilépticas. A pesar de que la bulimia es una enfermedad grave, tiene un índice bajo de mortalidad, los pacientes no fallecen por desgaste físico ni por

suicidio. “Estos datos indican que probablemente la BN, en comparación con la AN, tenga una naturaleza episódica con remisiones y recaídas” (Belloch y cols.; 1995:542).

### **2.2.3. Obesidad**

“Aunque se confunde la mayor parte de las veces con exceso de peso, hay que indicar que la obesidad se define como una excesiva acumulación de tejido adiposo en el conjunto corporal, un contenido graso mayor del 35 por 100 en las mujeres y 30 por 100 en los hombres” (Van Itallie y Margie, referidos por Belloch y cols.; 1995:544).

La obesidad a pesar de no ser reconocida como un trastorno en el DSM IV-TR, cada vez se demuestra más su papel dañino en el ser humano, ya que representa riesgos serios en la salud como la hipertensión, hiperlipemia, intolerancia a los carbohidratos, diabetes *mellitus*, trastornos cardiovasculares, problemas pulmonares y renales, mayores complicaciones quirúrgicas, dificultades durante el embarazo, dolores en articulaciones y alteraciones del sueño, como la apnea (Jarne y Talarn; 2000).

Una persona obesa come de forma excesiva, lo cual ha derivado en diversas teorías que tratan de explicar un patrón de personalidad relacionado con la sobre ingesta del sujeto, sin embargo, dichas posturas son en general confusas y contradictorias. Un modelo plantea que las personas obesas tienen problemas de

personalidad que alivian o compensan comiendo excesivamente, otros consideran la ansiedad como factor determinante, siendo la alimentación una respuesta a tensiones emocionales no específicas, como síntoma de patología mental y adicción a la comida (Jarne y Talarn; 2000).

#### **2.2.4 Hiperfagia en otras alteraciones**

De acuerdo con Castillo y León (2005), la hiperfagia es una ingesta excesiva que funciona como respuesta ante diversos agentes estresores, lo que da lugar a la obesidad. Situaciones complicadas en la vida de una persona como duelos, accidentes e intervenciones quirúrgicas, pueden producir una obesidad reactiva, que se conoce también como hiperfagia psicógena.

#### **2.2.5 Vómitos en otras alteraciones psicológicas**

Se les conoce como vómitos psicógenos o hiperémesis gravídica psicógena, ocurren de forma repetida, no son autoprovocados, pueden aparecer durante problemas de hipocondría o situaciones emocionales complicadas durante el embarazo(Castillo y León; 2005)

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

La infancia es la etapa en la que el individuo establece la relación con su entorno y adopta conductas que le permiten funcionar con base en ello, la

alimentación forma parte de este conocimiento del mundo. Sin embargo, pueden aparecer ciertas distorsiones que se alejan de lo que es una ingesta normal en el niño.

Para detectar los trastornos alimentarios en esta etapa, es importante discernir entre caprichos o el disgusto hacia ciertos alimentos que son frecuentes y comunes en los infantes (Castillo y León; 2005).

Palmer y cols. (citados por Jiménez; 1997) proponen una clasificación de las alteraciones alimentarias en los niños de la siguiente manera: problemas de conducta a la hora de comer, hábitos dietéticos inadecuados; negación a tomar múltiples alimentos, mantenimiento en la boca de las comidas trituradas durante un período excesivo; demora o dificultad para tragar, succionar o masticar. Las causas posibles de tales conductas problemáticas alimentarias se deben a un entrenamiento inadecuado de hábitos alimenticios, disfunciones neuromotrices, la presencia de algún obstáculo estructural que impida conductas alimentarias convenientes o la existencia en el niño de una anomalía genética o médica.

Según Jiménez (1997), los comportamientos disruptivos y hábitos alimentarios inadecuados que presentan los infantes, son principalmente el comer de pie o la costumbre de levantarse de la silla continuamente, jugar al mismo tiempo, negarse a utilizar los cubiertos y resistencia a comer solo, cuando ya tiene edad para hacerlo.

Es importante señalar que todas estas conductas son normales en ciertas etapas del niño, pero se vuelven inapropiadas conforme crece. Cuando los padres carecen de suficientes conocimientos respecto a los hábitos alimentarios, es probable que toleren y refuercen conductas problemáticas en los hijos.

El rechazo a ciertos alimentos es un comportamiento común en cualquier etapa de vida. Es normal que el sujeto no sienta agrado ni deseo hacia toda la comida, sin embargo, puede volverse perjudicial cuando rechaza toda una gama completa de alimentos que son benéficos para su salud. Los niños rechazan con frecuencia los alimentos sólidos, mantienen durante mucho tiempo comida triturada, negándose a tragarla, con lo que devienen problemas dentales y de encías.

Cuando el niño está recibiendo comida triturada, es muy probable que se acostumbre a la mezcla de sabores y que le cueste trabajo aceptar el sabor de cada platillo por separado, debido a que los padres, al momento de triturar la comida generalmente combinan a la vez todos los alimentos que consideran que el niño debe comer (Jiménez; 1997).

Después del primer año de vida, los padres se enfrentan a otro problema alimentario, que es el decrecimiento del apetito en el infante, tiempo en el cual la mayor parte de los niños lucen delgados, pues solamente ganan alrededor de dos kilogramos anualmente.

Una diferencia significativa entre los adultos y los niños es que estos últimos emplean más tiempo para comer, pero cuando el lapso invertido es excesivo, se trata realmente de un problema de la conducta alimentaria. La tardanza al comer puede deberse a alguna de las razones expuestas anteriormente: rechazo a la comida, negación a masticar o distractores alrededor, que impiden centrar la atención en la ingesta. (Jiménez; 1997).

Otro problema, aunque no muy común, son los vómitos, que pueden ocurrir como una reacción ante una molestia psicológica, por ejemplo, el asistir a la escuela (Jiménez; 1997).

Cuando un problema alimentario en la niñez aparece y se mantiene, existen dos tipos de variables implicadas en ello: las extrínsecas y las intrínsecas. De acuerdo con Jiménez (1997), de las primeras, las más comunes son:

- El refuerzo social: es la atención que recibe el niño cuando lleva a cabo conductas inadecuadas. El adulto puede reaccionar de forma negativa, sin embargo, esto no debilita el comportamiento, al contrario: el infante aprende que cada que realice la conducta obtendrá atención.
- Consecuencias materiales reforzantes: paradójicamente, mientras el adulto intenta terminar con una conducta, a la vez facilita los medios materiales para reforzarla, como la consecución de un juguete o el permiso para ver televisión, que le son otorgados al niño a cambio de que coma.

- Observación de la conducta: el niño aprende de otros que están a su alrededor, conductas inadecuadas alimentarias, porque ha observado que al otro sujeto que las ejecuta le funcionan para recibir atención o consecuencias materiales.

Dentro de las variables extrínsecas también se incluyen todos aquellos distractores involucrados a la hora de la comida.

Las variables intrínsecas son las que tienen una relación directa con la comida y el rechazo hacia sus características naturales.

- El olor: el niño se niega a probar el alimento porque le resulta desagradable su aroma.
- El sabor: siente rechazo hacia todo el sabor del platillo o hacia algún ingrediente que lo conforma, es necesario identificar el elemento de desagrado para que el rechazo no sea generalizado.
- Comodidad: cuando la comida no es atractiva para el niño o le molesta masticarla, existe rechazo hacia los alimentos.
- Inapetencia: es un desgano ante la comida, niños que comen sin hambre porque nunca tienen apetito, debido a que los padres continuamente les están dando de comer (Jiménez; 1997).

Los problemas alimenticios menores no son graves por sí mismos, pero si no se detectan y se corrigen, pronto traen consigo problemas y conductas desagradables. Las medidas a seguir por los padres son comprobar la existencia real de un problema, descartar que se deba a complicaciones médicas, detectar la conducta problemática y sus variables, para que un experto intervenga acertadamente sobre la erradicación del problema alimentario.

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

La actividad motriz que involucra labios, mucosas intrabucales y lengua en el proceso de alimentación, tiene una representación cortical importante. Estos movimientos rítmicos como el lamido, masticación, succión, deglución o regurgitación, se le conoce como automatismos de oroalimentación y constituyen el núcleo de la esfera oroalimenticia, es decir, del carácter de vida y la relación madre e hijo respecto a la ingesta.

#### **2.3.1. Organización oroalimenticia**

Los mecanismos de succión y deglución aparecen desde el nacimiento como un movimiento reflejo en donde el sujeto busca una fuente oral excitante, gracias a esa exploración establece las primeras formas de relación con el mundo externo, aunque no se trata todavía de una relación objetal auténtica, pues la madre aún no puede convertirse en el objeto amado, cumple únicamente la función de proporcionar alimento y placer (Ajuriaguerra; 1973).

Splitz (referido por Ajuriaguerra; 1973) señala que el infante pasa por fases de conducta ante el pecho materno. A la semana de nacido, el bebé busca sensibilidad profunda y equilibrio, esto lo logra girando su cabeza hacia el pecho de la persona que le tiene en brazos; al segundo mes, solamente identifica la presencia de la comida cuando tiene hambre; antes de los tres meses responde ante la presencia del adulto que le va alimentar, es decir, ya identifica un agente externo, y puede fijar los ojos en la madre mientras succiona su pecho. Hasta los dos años el niño verá a la madre separada del alimento, como un objeto de amor.

Desde que Freud planteo su teoría psicosexual, sostuvo que la alimentación en el bebé cumple con dos funciones: saciar el apetito propiciado por una necesidad de nutrición y otorgar un placer erótico oral. El acto de tetar es un auténtico placer, el niño descubre que se excitan su boca y labios hasta cuando succiona su propio dedo, y busca fuentes de placer oral, pues esta parte de su cuerpo es una auténtica zona erógena. El niño se apropia de los objetos a través de la boca (Ajuriaguerra; 1973).

La teoría de K. Abraham (señalada por Ajuriaguerra; 1973) divide la etapa oral en dos fases: la primera, en la que se busca el placer de la succión, y la fase posterior a la salida de los dientes, en la que surge el deseo de morder y de herir los objetos, a lo que se conoce como sadismo oral.

A pesar de que la relación madre-hijo que se da a través de la lactancia, se considera importante que no existen pruebas tangibles de que aquellos sujetos que

fueron alimentados desde pequeños con biberones, tengan alguna alteración en la personalidad.

El destete es un período difícil y significativo en la esfera oroalimenticia, pues genera la sensación en el niño de haber perdido al objeto amado; si se produce a una edad más temprana de lo adecuado, los sujetos mantienen una fuerte tendencia a chupar su pulgar, pues prevalece una noción de hambre.

Ajuriaguerra (1973) propone que el proceso de alimentación funciona bajo dos mecanismos: el hambre y el apetito. La primera es la pulsión somática que produce la privación de alimento, mientras que el apetito es el deseo de comer. Después del destete, el infante comienza a superar el hambre meramente orgánica por un deseo de alimentos específicos. Cuando la madre alimenta su hijo no solamente realiza un acto orgánico de nutrición, sino la entrega de sí misma. Todas las expresiones y el contacto que surjan mientras el niño es amamantado, satisfacen más allá de un hambre, cubren ansias y necesidades emocionales y afectivas.

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

La relación objetal madre-hijo de la esfera oroalimenticia, determina las relaciones del niño con el entorno, de modo que una ruptura en dicha relación puede generar alteraciones en el sujeto. Si la madre es ansiosa o tiene rasgos de personalidad rígidos o perturbadores al amamantar al infante o efectúa el destete

cuando este es muy pequeño, puede traer graves consecuencias en el desarrollo de su hijo.

Ajuriaguerra (1973) describe las siguientes anomalías:

La anorexia del recién nacido o anorexia precoz es una alteración con poca incidencia, aparece desde el primer día o en las primeras semanas, también puede presentarse de forma más frecuente en el segundo semestre de vida. Al principio los infantes muestran una actividad pasiva ante la comida y después son totalmente renuentes a probar alimento. Este cuadro aparece en niños nerviosos, con poco peso y muy despiertos.

Este tipo de anorexia se divide en dos tipos: la inerte, que es cuando el niño carece de iniciativa para comer, pues ni siquiera coopera para ingerir la leche; y la de oposición, cuando hay un enfrentamiento con la madre, pues el menor llora, se agita, grita o incluso vomita ante la presencia de comida. Romper la relación con el alimento es la mayor expresión de rebeldía en un niño que experimenta rechazo o un conflicto en la interacción con el adulto (Ajuriaguerra; 1973).

L. Kreisler (citado por Ajuriaguerra; 1973) distingue dos tipos de anorexia: la simple, caracterizada por un rechazo transitorio hacia ciertos alimentos sin perder el hambre, y la compleja, en la cual el niño no manifiesta interés alguno por la comida.

“La anorexia de la segunda infancia suele seguir a la de la primera, pero también suele darse en niños que se han alimentado con normalidad en su primer año y cuyos mecanismos de rechazo son causados tras cierta ritualización de su comida en el ambiente familiar” (Ajuriaguerra; 1973: 186).

La anorexia en la segunda infancia surge como una reacción ante regímenes estrictos paternos, donde se satura al niño de alimentos o se le obliga a ingerir comida que no le apetece.

Otra alteración grave que puede surgir en una deficiente organización de la esfera oroalimenticia, es la polidipsia, también conocida como neurosis de la sed, la cual consiste en una imperiosa e impulsiva necesidad de beber acompañada de un estado mental histérico. Se origina fácilmente en los enfermos de diabetes mellitus, diabetes insípida nefrogénica o diabetes insípida idiopática, también puede surgir por la potomanía (Ajuriaguerra; 1973).

La potomanía es una necesidad excesiva por ingerir líquidos, la bebida favorita es el agua. Si los niños carecen de ella en un estado potable, son capaces de beber agua sucia o la propia orina, con el objetivo de inducir saciedad. Las personas que presentan este cuadro clínico no tienen problemas de coeficiente intelectual, incluso se adaptan rápidamente a las circunstancias y sus conductas de absorción son llevadas a cabo generalmente a escondidas. Para diagnosticarse deberá hacerse una prueba de deshidratación, es necesario diferenciarla de cualquier tipo de diabetes. (Ajuriaguerra; 1973).

Durante la infancia, los niños tienden a llevarse todo a la boca como parte de la exploración del mundo, no importa que se trate de objetos no comestibles, como tierra, papel o jabón. Esta conducta es conocida como pica o alotriofagia, se considera normal antes de los 18 meses de edad, pero en edades más avanzadas es un signo de retraso mental o algún trastorno psicológico. Las complicaciones que trae consigo la pica son infecciones estomacales, intoxicaciones, obstrucción intestinal e incluso envenenamiento (Castillo y León; 2005).

Como se ha descrito anteriormente, la esfera oroalimenticia determina las relaciones que el sujeto establece con su comida a lo largo de la vida, el aspecto nutritivo de este proceso abarca también una amplia gama de respuestas emocionales. En este escenario, la madre debe procurar una relación de calidad para que las alteraciones en la conducta alimentaria sean menos probables en la vida de su hijo.

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

A pesar de que es difícil determinar cuáles son los rasgos de personalidad predisponentes en el paciente, en comparación con los rasgos adquiridos cuando el trastorno ya se ha instalado, es posible determinar un perfil con base en los aspectos en común observados como las bases de cualquier trastorno alimentario.

Costin (2003) enumera y describe las siguientes características como inherentes en los sujetos que presentan trastornos alimentarios:

1. Problemas con la autonomía: se refleja en sujetos apegados a la familia o a cualquier otro patrón externo, ansiosos por cumplir los ideales de sus padres, con una fuerte necesidad de complacer a los otros, pendientes de las opiniones ajenas. Tienen poca seguridad para desarrollar pensamientos y planes personales, pues temen no ser aceptados por el medio que les rodea, lo que genera la sensación de ineficacia personal. Muchas veces el trastorno se origina porque hay un cambio en el entorno, por ejemplo puede ser un cambio de residencia o de escuela. Cuando la persona entra en contacto con nuevas dinámicas de socialización, encara su deseo de agradar a los demás, se vuelve vulnerable y presenta problemas adaptativos que culminan en una pérdida de la identidad.
2. Déficit en la autoestima: cada persona guarda un concepto sobre sí mismo, el grado de aceptación de ello se define como autoestima. Cuanto menos parecido sea la imagen real al ideal que la persona ha formado, aparece la baja autoestima. El ideal se construye con base en parámetros exteriores, de modo que cuando el sujeto siente que no encaja en dichas expectativas, se concentra en su físico y en una necesidad de triunfo y aceptación. La baja autoestima es la base de la distorsión corporal.
3. Camino a la perfección y al autocontrol: el sufrimiento y la sensación de ineficacia vuelve a los pacientes exigentes e inconformes, ya que sin importar lo que hagan, nunca están satisfechos con su imagen. Paradójicamente, el perfeccionismo refuerza la inseguridad y vuelve imposible la aceptación del

cuerpo, pues obsesiona al enfermo en la búsqueda de la silueta y el peso ideal, estableciendo objetivos cada vez más inalcanzables.

4. Miedo a madurar: los trastornos alimentarios aparecen, en la mayoría de los casos, durante la pubertad o en la adolescencia, dos etapas que representan una serie de cambios físicos, sexuales, emocionales y sociales significativos. La juventud es el paso a la madurez, sin embargo, los sujetos que desarrollan los trastornos alimentarios temen a ello, prefieren estancarse en la infancia y rehúyen entrar al mundo adulto.

Los cuatros aspectos descritos por Costin (2003) funcionan como las bases de personalidad que vuelven propenso a un sujeto a desarrollar trastornos alimentarios. La autovaloración negativa, los cambios de la adolescencia y una profunda inestabilidad emocional, son puntos clave para dañar la salud emocional y física de los individuos, al punto de hacerlos perder su identidad y adoptar conductas anómalas de ingesta.

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

Hay ciertas condiciones en la personalidad de cada sujeto, en la dinámica familiar que le rodea y en la sociedad en la que convive, que en conjunto conforman un campo factible para desarrollar trastornos alimentarios.

Actualmente, los adolescentes y los adultos no adoptan las dietas en su vida como una forma de prevenir problemas de colesterol ni cómo métodos de salud, sino porque los cánones de belleza a nivel global asignan a la delgadez atributos como el éxito, el amor y la aceptación.

Costin (2003) afirma que existen diversos factores que pueden desarrollar un trastorno alimentario; una combinación de estos, más que ser una causa determinada, es un detonante de la vulnerabilidad del sujeto para adoptar una ingesta anómala.

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

Existen ciertas características personales que influyen en la conducta alimentaria, de acuerdo con las creencias, aprendizajes, actitudes y constitución fisiológica. La elección de la comida no es solamente una cuestión biológica para saciar una necesidad, sino un acto forjado por significados sociales. Los alimentos representan aspectos de la identidad del sujeto en términos de género, sexualidad, conflictos y autocontrol (Ogden; 2005).

Helman (referido por Ogden; 2005) plantea cinco sistemas de clasificación de la comida:

- Comida frente a no comida: señala la distinción entre aquellos alimentos comestibles de los que no lo son, es decir, el pan es comida, el papel no lo es.

- Comidas sagradas frente a las profanas: la diferencia reside en el valor asignado que le dé una creencia religiosa, por ejemplo, los rumiantes son sagrados para los judíos, mientras que consideran profanos los productos de cerdo.
- Clasificación de comidas paralelas: indica que alimentos se comen fríos y cuáles se comen calientes. En el plano de la salud, las enfermedades calientes se tratan con alimentos fríos y viceversa. El que un alimento se considere frío o caliente depende sobre todo, del valor que le adjudica la cultura, no por su temperatura.
- Comida como medicina, medicina como comida: ciertos alimentos son utilizados como remedios para aliviar malestares, mientras que se evitan otros.
- Comidas sociales: la alimentación es una forma de afirmar relaciones sociales, simbolizar estatus y riqueza, representar la identidad de un grupo y desarrollar patrones tradicionales de desayuno, comida y cena.

La comida es un medio a través del cual se comunican varios significados, asimismo, transmite el sentido del yo, de modo que representa la identidad personal.

“Los significados individualizados de la comida están, pues, íntimamente ligados a la identidad de género y a la idea de ser mujer. En particular, la comida representa la sexualidad, los conflictos entre culpabilidad y placer, comer y negación y una expresión de autocontrol.” (Ogden; 2005:67).

Con frecuencia, la publicidad de los alimentos tiene mensajes eróticos, esto se debe a que los alimentos se relacionan con el sexo y la sexualidad en la mayor parte de las culturas y en distintas épocas. Hay ciertos platillos que se consideran como afrodisíacos e incitadores del acto sexual, por ejemplo, la carne se ve en muchas sociedades como un estimulador erótico. La asociación entre sexo y comida se debe a que ambos procesos marcan la sobrevivencia, perpetúan la vida y son placenteros.

La comida es también un campo abierto a los conflictos personales, sobre todo cuando el individuo se niega a comer por cambiar su imagen corporal. La preocupación por la comida vuelve la alimentación un acto displacentero, especialmente para las mujeres. Los alimentos altos en carbohidratos se relacionan con el placer, pero al mismo tiempo, con la culpabilidad, por ser los que más aumentan la masa corporal. De acuerdo con la sociedad actual, un sujeto define su autocontrol según lo que coma, de modo que si alguien se excede en su alimentación, esto representa una pérdida del autocontrol. Las dietas se han convertido en el método principal de contención, sin embargo, desencadenan una auténtica obsesión en las personas (Ogden; 2005).

La hora de la comida es un espacio de interacción social, un momento de reunión familiar o fraternal. Los alimentos que se consumen y la forma de cocinarlos definen la identidad de un grupo. La alimentación es un acto de amor, darle de comer a una persona es un símbolo de cariño, incluso el tipo de alimento que se proporciona expresa afecto si se ajusta a los gustos personales de quien va a comer, sin embargo, la familia no siempre puede guiarse por la complacencia de los

miembros para definir su alimentación, sino que también dichos platillos tienen que ser saludables, pues muchas veces las dietas preferidas son las que contienen alimentos con poco valor nutrimental (Ogden; 2005).

La comida determina también relaciones de poder en la familia. Según la cultura, se cree que el hombre dominante debe comer primero y mejor; en otras, se considera que hombres y mujeres tienen que comer al mismo tiempo; según la cultura y las organizaciones jerárquicas familiares, así funciona la distribución de alimentos. Ogden (2005) sostiene que la comida representa la identidad cultural, pues en ella se plasman las creencias religiosas propias del individuo, esto implica la prohibición y la consagración de ciertos platillos según la cultura, así como el poder social, pues se considera que las personas con un buen estatus económico comen bien. Dejar de alimentarse marca también un símbolo social de aceptación, como someterse a dieta para adelgazar, o de manifestación, por ejemplo, una protesta a través de una huelga de hambre.

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

Cuando una persona presenta síntomas de un trastorno alimentario, es difícil determinar si la familia es víctima o causa del problema. El enfermo no es el único afectado sino todos los que le rodean, especialmente los parientes, sin embargo, puede ser que las interacciones en el hogar hayan determinado la aparición del trastorno (Rausch; 1996).

Los antecedentes de alcoholismo y depresión en familiares, son factores de riesgo, aunque todavía no se ha establecido si ello se debe a una predisposición genética o si es por la transmisión de actitudes y creencias (Rausch; 1996).

“Algunos estudios muestran que las opiniones y los juicios de los padres, respecto del tamaño de las diversas zonas del cuerpo, influyen en el paciente, y podrían condicionar la evolución de su trastorno. Hay familias en las cuales la valoración personal depende en gran medida del aspecto físico, y con frecuencia este valor es transmitido de generación en generación” (Rausch; 1996:50).

Las familias con una comunicación deficiente suelen inhibir la agresión y la hostilidad, enseñan a sus integrantes a ocultar los problemas y por ende, a no poder enfrentarlos. Las interacciones son rígidas, los miembros son incapaces de expresar lo que sienten y tienen que adivinar uno a otro lo que les pasa, a esto se le conoce como “evitación del conflicto” y da como resultado hijos que desarrollan perfiles aptos de sujetos con trastornos de alimentación. Rausch (1996) sostiene que las pacientes bulímicas y las anoréxicas de tipo purgativo, tienen significativamente mayor conflicto y peor relación emocional con ambos progenitores, mientras que en las anoréxicas restrictivas existe más apego y cohesión familiar, especialmente con la madre.

Un problema familiar que actúa como factor predisponente son las fronteras problemáticas. Las fronteras son las reglas que le dan espacio a cada integrante y determinan el modo de su interacción; si estas son difusas, se producen intrusiones físicas y mentales en el espacio de otro; si la dinámica familiar se mantiene de reglas

inflexibles e implícitas, entonces estas, pese a las condiciones de sus integrantes, permanecen estáticas e impiden la libre expresión, limitándolos a no poder reconocer sentimientos y necesidades propios (Rausch; 1996).

Los padres de las pacientes bulímicas, principalmente, coinciden en ser dominantes y con expectativas altas de éxito social y académico sobre sus hijas, además de realizar comparaciones constantes con los hermanos. Los progenitores son depresivos, rígidos, con excesiva autodisciplina y distancia emocional, lo que desencadena mucha tensión entre padres e hija (Rausch; 1996).

Las familias controladoras tienen su base en padres que no pueden ponerse de acuerdo respecto a las pautas de crianza en los hijos. Las anoréxicas reaccionan con sumisión ante este modelo familiar, mientras que las bulímicas y anoréxicas del tipo purgativo lo hacen con hostilidad. Generalmente hay alianza entre la paciente y uno de los progenitores, dejando al otro excluido. Cuando la familia impide la autonomía de los hijos, estos descargan toda su ansiedad en la comida, ya que consideran que es lo único sobre lo que pueden ejercer control (Rausch; 1996).

Por otra parte, existen los padres que no saben adoptar su posición de autoridad, pues temen que al poner límites, los hijos los quieran menos, dando como resultado sujetos incapaces de resistir las frustraciones que al enfrentarse al mundo real, pueden desarrollar también trastornos alimentarios al no ajustarse a las expectativas sociales (Rausch; 1996).

Hay familias en las cuales las reglas son variables, cambian de un día para otro, generando confusión en los hábitos alimentarios de los integrantes. En otros hogares, los hijos toman decisiones aunque tengan una corta edad, son ellos quienes eligen el horario de la comida, lo que se va a comer, quedando a cargo de las determinaciones de los adultos y alterando totalmente la jerarquía familiar (Rausch; 1996).

La familia uniparental también es un factor predisponente, ya sea que su condición se deba a la muerte de un progenitor o a la total separación de este. Generalmente, en este tipo de dinámica familiar, el progenitor encargado asume todas las responsabilidades, desarrollando un vínculo sobreprotector con los hijos y generando una gran presión en los mismos (Rausch; 1996).

Los hermanos de pacientes anoréxicas y bulímicas mantienen una fuerte rivalidad con ella, la cual tienden a sobrellevar en secreto. Incluso en las últimas décadas, se ha generado una situación novedosa de madres con personalidad adolescente que compiten contra sus hijas, lo que genera fuertes problemas en la aceptación del aspecto corporal de las jóvenes y una situación difícil de enfrentar, pues la rivalidad con la madre les genera síntomas y sufrimientos que optan por ocultar (Rausch; 1996).

Si la persona con trastorno alimentario tiene una vida de pareja, generalmente se basa en relaciones pasivas y poco conflictivas, pues exigen cambios al otro, quien

los acepta sin contradecir ni criticar, hasta que es necesario enfrentar el problema (Rausch; 1996).

“Cuando alguien en una familia desarrolla un trastorno alimentario, suele generar un estrés que agrava o bien oculta las dificultades previas.” (Rausch; 1996:65).

### **2.5.3. Factores socioculturales**

Costin (2003) expone los resultados arrojados por una encuesta llevada a cabo en el año 1994 por la Clínica de Trastornos de la Alimentación, en Canadá, en la cual se encontró que el 90% de las mujeres presenta insatisfacción con su cuerpo respecto a la delgadez, demostrando con ello que el peso tiene un papel sobrevalorado en la autoestima y en la felicidad de las personas.

Los productos dietéticos, las revistas con información sobre cómo adelgazar y los anuncios publicitarios con modelos extremadamente delgadas, son productos clave de éxito en las ventas.

“El contexto sociocultural premia la delgadez y tiene prejuicios contra la gordura. Si bien esto es reciente, va en aumento en los últimos treinta años. Es importante recordar que cuando hablamos de ‘un cuerpo ideal o espectacular’ estamos refiriéndonos no a un ideal de salud y bienestar, sino de moda imperante en

ese determinado momento. El ideal de belleza ha ido cambiando según las épocas y es diferente en las distintas sociedades” (Costin; 2003:59).

A principios del siglo pasado, los cánones de belleza eran totalmente opuestos al modelo de delgadez aceptada en la actualidad: la publicidad estaba enfocada en fomentar que las mujeres ganaran peso, lo que ahora se consideraría un cuerpo robusto era entonces un modelo de sensualidad y estética. El problema radica que entre el modelo ideal y la realidad cada vez hay más discrepancia (Costin; 2003).

De acuerdo con lo señalado por Costin (2003), la presión social atañe al atractivo físico la totalidad del individuo, desencadenando una preocupación excesiva por la comida y la figura. Los jóvenes se valoran solamente a sí mismos de acuerdo con el grado de aceptación.

La persona que desarrolla un trastorno alimentario se obsesiona a tal grado con los alimentos, que lejos de acercarse a los logros que la sociedad promete con la delgadez, su estabilidad emocional se deteriora, impidiendo un adecuado desempeño laboral, escolar y social.

La mujer desarrolla sentimientos de culpa y fracaso más frecuentes que los hombres, si no se ajusta a las expectativas y al estereotipo esperado y exigido por los medios de comunicación, lo cual tiene graves repercusiones sobre la seguridad, la aceptación de los recursos reales y la integración (Costin; 2003).

“Y así es como *manipular el peso* se convierte en la actividad central de muchas jóvenes (y también sigue siéndolo en mujeres adultas), que quedan sin las energías necesarias para afrontar los verdaderos desafíos de la vida cotidiana, en esa etapa de crecimiento.”(Costin; 2003:64)

En suma, la industria de productos dietéticos se fortalece, la ropa de moda se confecciona especialmente para gente muy esbelta, los medios de comunicación agreden al televidente y lo manipulan para sentirse inconforme con lo que ve en el espejo y lo que la sociedad espera que sea (Costin; 2003).

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

El tipo de alimentación que tenga un individuo se refleja en su figura, este es el motivo principal que produce una preocupación excesiva por el peso. La imagen corporal es el concepto sobre el propio cuerpo, la falta de aceptación de dicha idea, genera insatisfacción corporal.

Ogden (2005) afirma que la insatisfacción corporal se mide a través de tres perspectivas distintas:

- Deformación del tamaño corporal: la insatisfacción corporal puede derivarse de una percepción anormal y exagerada del tamaño del cuerpo, pues lo ven más voluminoso de lo que realmente es. Los sujetos con trastornos

alimentarios muestran una clara distorsión perceptiva sobre los individuos no clínicos.

- Discrepancia del ideal: la insatisfacción corporal en este criterio se produce por la diferencia entre la percepción corporal que se tiene y el cuerpo que se desea tener.
- Respuestas negativas al cuerpo: el sujeto tiene sentimientos y cogniciones negativos y de disconformidad sobre su cuerpo, de acuerdo con las comparaciones con otros y las experiencias que ha tenido.

Las preocupaciones del peso y la forma son más frecuentes en las mujeres, además de que tienden a hablar más de ello que los hombres. Las partes del cuerpo hacia las que hay más inconformidad en el sexo femenino son el estómago, la cintura, las caderas, los muslos y las nalgas. En los varones, la preocupación está dirigida hacia la fuerza del tronco y la condición física, las partes que más les generan inquietud son los brazos, pecho, espalda y abdomen.

Ogden (2005) señala que la población con mayor insatisfacción corporal son los jóvenes estudiantes, sin embargo también puede manifestarse significativamente en niños y en personas de la tercera edad, cabe mencionar que estos últimos admiten formas más voluptuosas debido a que en su juventud los estereotipos no eran tan delgados.

La sexualidad también interviene en la percepción del cuerpo, las mujeres lesbianas tienen un mayor índice de aceptación corporal que las heterosexuales. En

cambio, en los hombres que son homosexuales es mayor la insatisfacción corporal que presentan, si se compara con los varones heterosexuales.

Ogden (2005) señala la importancia del carácter étnico en la insatisfacción corporal, sin embargo, este criterio no está bien definido. Afirma que hay estudios en donde las mujeres blancas presentan mayor inconformidad que las negras o asiáticas, pero hay otros que plantean lo contrario, e incluso los que afirman que no hay una diferencia étnica significativa. También se ha relacionado mayor asociación de la insatisfacción corporal con las clases sociales altas, aunque puede encontrarse en cualquier sector poblacional.

Las causas de la insatisfacción corporal más importantes, según Ogden (2005), son las siguientes:

- Los medios de comunicación: son un agente trascendental en la aparición de la insatisfacción corporal, debido al número elevado de mensajes que emiten relacionados con la delgadez y la constante exhibición de sujetos delgados.
- La cultura: la insatisfacción corporal puede surgir por la influencia del carácter étnico y la clase social, o cuando un grupo intenta asimilar los elementos culturales de otro.

- La familia: la insatisfacción corporal puede surgir de un modelo familiar donde la madre insatisfecha corporalmente comunica la sensación de descontento a sus hijos.

Las consecuencias de la insatisfacción corporal radican principalmente en la adopción de conductas específicas para modificar el peso, como la adopción de dietas y rutinas de ejercicio extenuantes; se ha confirmado que el motivo principal por el que una persona acude a deportes de mantenimiento, es el deseo de modificar su figura más que por salud. Las dietas son más frecuentes en mujeres, mientras que el ejercicio excesivo se presenta sobre todo en varones. Hay una minoría sobre todo en la población femenina que opta por una medida más rápida de cambio corporal: la cirugía estética (Ogden; 2005).

La insatisfacción corporal es la base de los trastornos alimentarios, ya que cuando la persona se siente descontenta con su peso y figura, comenzará a tomar patrones anormales de ingesta y pensamientos cada vez más distorsionados, que terminarán por desembocar en una patología.

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

Así como existen factores que influyen en la aparición de los trastornos alimentarios, también se pueden identificar los elementos que provocan el mantenimiento de dichos trastornos.

Costin (2003) define perpetuar como perdurar, dar a las situaciones una duración extensa, eterna. La dieta es el factor perpetuante de los trastornos alimentarios por excelencia.

El deseo de perder peso conduce a los sujetos a someter su alimentación a una constante de subalimentación, lo que repercute negativa y gradualmente en su estado ánimo y en su cuerpo.

Las transformaciones anímicas de las dietas consisten en una visión pesimista sobre la propia persona, sobre el futuro y sobre las posibilidades de pensar o actuar distinto. Los pensamientos obsesivos inducen a despertar sensaciones de depresión y descontrol, regresión e inseguridad, adopción de comportamientos autodestructivos, irritabilidad e intolerancia, asco hacia la comida y abandono de las actividades placenteras (Costin; 2003).

Cuando se fracasa en el seguimiento de la dieta, los sujetos se sienten culpables y tratan de compensar su falta, aquí nacen los perfiles de bulimia nerviosa; en cambio, si la dieta alcanza el objetivo, se establecerán nuevas metas, desarrollando cuadros clínicos de anorexia nerviosa. Las dietas dificultan la concentración, la comprensión y el estado de alerta (Costin; 2003).

La subalimentación daña también al individuo en el área social, los aísla y los hace sentir incómodos en la interacción con otros, además de marcar una disminución en el interés amoroso y sexual (Costin; 2003).

Físicamente, las dietas originan cefaleas, hipersensibilidad a la luz y el ruido, molestias gastrointestinales, problemas de visión y audición, adormecimiento de miembros, pérdida de cabello, desarrollo de vello por todo el cuerpo, metabolismo lento, poca tolerancia al frío, bradicardia, taquicardia y debilidad muscular.

Paradójicamente, en las restricciones calóricas, entre menos coma el sujeto menos adelgaza, pues el cuerpo deja de quemar calorías, ya que las pocas que absorbe las retiene para obtener la energía básica para vivir (Costin; 2003).

La deficiente alimentación siempre tendrá consecuencias negativas, independientemente de que se baje de peso o no. Las obsesiones con las dietas pueden volverse un estilo de vida y afectar de forma indefinida la estabilidad de un individuo. La deprivación alimentaria es un hábito y en la mayor parte de los casos, el perder peso no los acercará al ideal de belleza al que aspiran (Costin; 2003).

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

Cuando se habla de una patología, generalmente viene acompañada de otras alteraciones mentales, que funcionan como la base y la forma del trastorno. A este fenómeno se le conoce con el nombre de comorbilidad. Los trastornos mentales que acompañan o que tienen dentro de sus características ingestas anormales son la esquizofrenia, la manía, las fobias, la obsesión y compulsión, la ansiedad y la depresión (Butcher y cols.; 2007).

- Trastornos alimentarios asociados con la esquizofrenia

La presencia de trastornos alimentarios en sujetos con psicosis esquizofrénica es elevada. El estado de desconexión con el mundo real en el que se encuentra el paciente, marca un rechazo hacia la comida. Hay tales ideaciones delirantes respecto a los alimentos, que se niega a probarlos; por ejemplo, puede llegar a creer que están envenenados. En la esquizofrenia cronicada pueden aparecer alteraciones alimentarias, como el consumo de objetos no comestibles (Jarne y Talarn; 2000).

- Trastornos alimentarios asociados con la manía

En algunas fases de la manía, los pacientes pueden durar un largo tiempo sin alimentarse o al contrario, pueden ingerir cantidades excesivas de comida o manifestar la pica (Jarne y Talarn; 2000).

- Trastornos alimentarios asociados con las fobias

En los trastornos de alimentación, el miedo irracional más fuerte es a engordar, lo que provoca que se presenten conductas de evitación y ansiedad frente a la presencia de alimentos. Jarne y Talarn (2000) hablan de la existencia de fobias hacia alimentos específicos, ya sea a deglutir líquidos o sólidos.

- Trastornos alimentarios asociados con el trastorno obsesivo-compulsivo

En este caso se presentan patrones de alimentación anormales que pueden consistir en una meticulosidad exagerada en la selección de alimento o bien, una ingesta rápida y compulsiva. Las ideas de contaminación y suciedad modifican los hábitos alimenticios (Jarne y Talarn; 2000).

- Trastornos alimentarios asociados con la depresión

La alimentación deficiente o excesiva puede surgir y acompañarse por problemas afectivos. Las conductas anormales de ingesta pueden surgir en cuadros clínicos de depresión y melancolía, en la que los pensamientos negativos se apoderan de la persona, haciéndola creer que no vale la pena comer o que se enferma al hacerlo y la contraparte, están quienes piensan que necesitan comer en exceso para compensar las sensaciones de vacío (Jarne y Talarn; 2000).

- Trastornos alimentarios asociados con la ansiedad

La ansiedad parece haber acompañado a los pacientes en la mayor parte de su vida, pues esta es incluso diagnosticada de manera previa a la aparición del problema alimentario. La ansiedad que se experimenta frente a la comida lleva al sujeto a la inhibición o la impulsividad del apetito. Por ejemplo, en el trastorno por atracón, la ansiedad juega un papel dominante, y en la preocupación por el peso y la

imagen corporal siempre hay fuertes manifestaciones de estados ansiosos. (Kirschman y Salgueiro; 2002).

## **2.9. Tratamiento de los trastornos alimentarios**

Los métodos correctivos de los trastornos alimentarios son complejos, y cubren una amplia demanda de variables físicas y psicológicas que van desde modificar los hábitos de alimentación, hasta los pensamientos y entornos facilitadores.

Rausch (1997) sostiene que el tratamiento de la anorexia es multimodal, ya que abarca los aspectos de peso, figura y cognición distorsionados.

El tratamiento de la anorexia debe entonces cubrir entonces las áreas: biológica, emocional, afectiva y familiar, según resulten afectadas, ya sea a través de la combinación del tratamiento farmacológico y dietético, terapia cognitiva-conductual y familiar.

En la terapia conductual se busca controlar un comportamiento observable, así como los estímulos que le preceden y le siguen, el modelo está orientado a reforzar positivamente la recuperación del peso. Tanto los refuerzos positivos como los negativos deben ser personalizados a cada paciente. En modelo cognitivo-conductual hay un enfoque más completo que incluye pensamiento, emoción y comportamiento manifiesto, y tiene como propósito inducir al paciente a evaluar la

validez de sus creencias, a fin de identificar y corregir los pensamientos distorsionados (Rausch; 1997).

El modelo sistémico es uno de los más efectivos en el tratamiento de los trastornos alimentarios, se enfoca sobre la reestructuración de la dinámica familiar y la transferencia entre sus miembros. La terapia de familia concibe el núcleo familiar como un sistema biopsicosocial, donde se cumplen necesidades físicas y afectivas, el funcionamiento de la misma se evalúa en la medida que dichas necesidades se cumplan. Cuando aparecen patrones de dinámicas familiares disfuncionales, desestructuradas, inflexibles o sobreprotectoras, se hablaría entonces de un punto de abordaje para tratar al paciente con trastorno alimentario. La familia es un punto clave en la recuperación del enfermo, ya que hace posible o dificulta el proceso.

La intervención farmacéutica en el tratamiento de la anorexia, suele ser innecesaria, incluso poco benéfica. Los ensayos con estimulantes de apetito, más que ayudar al paciente, lo mantienen en un estado de sedación y mayor aislamiento, además de que desarrolla patrones de ingesta excesiva que lo hacen aumentar rápidamente de peso. A pesar de que ciertos medicamentos pueden modificar el rechazo hacia a los alimentos en primera instancia, después repercuten gravemente en la salud, desencadenando afecciones cardiovasculares, hipotalámicas, cutáneas y neurológicas (Rausch; 1997).

El tratamiento ambulatorio es la forma deseada de llevar acabo la recuperación, pues es preferible para el paciente superar su problema en el medio de

interacción natural, especialmente en el núcleo familiar antes que ser internado en un hospital. Un tratamiento exitoso debe arrojar los siguientes resultados en el paciente: estado nutricional normal, recuperación del eje hipotálamo-hipófisis-gonadal, establecimientos de hábitos alimentarios adecuados e integración a la vida familiar, social, educacional, laboral y sexual (Rausch; 1997).

Con estos planteamientos concluye el capítulo sobre trastornos alimentarios y, en consecuencia, el marco teórico. En el capítulo siguiente se exponen los pormenores metodológicos que permitieron la conclusión exitosa del presente estudio,

## **CAPÍTULO 3**

### **METODOLOGÍA, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

En la historia de la ciencia, el conocimiento de los fenómenos se ha llevado a cabo mediante diferentes métodos de investigación. Se entiende por investigación, según Hernández y cols. (2010), al conjunto de procedimientos críticos, sistemáticos y empíricos que sirven para estudiar distintas variables.

A lo largo de este capítulo se describirán las características específicas que definen las estrategias de trabajo realizadas en la presente investigación para llegar a sus objetivos.

La segunda parte de este título, presenta los resultados obtenidos en la aplicación de las pruebas psicométricas sobre la muestra, así como el análisis e interpretación de las mismas.

#### **3.1. Descripción metodológica**

Esta investigación sobre el estrés y los indicadores de trastornos alimentarios partió del enfoque cuantitativo de estudio, con base en estrategias del diseño transversal y del tipo no experimental, para obtener información. Buscó la correlación entre ambas variables mediante la aplicación de dos pruebas estandarizadas que

evaluaron la situación actual respecto al tema de los alumnos de primaria del Colegio Educare, en la ciudad de Uruapan, Michoacán.

### **3.1.1. Enfoque cuantitativo**

De acuerdo con Hernández y cols. (2010), la investigación cuantitativa es aquella cuyo proceso de estudio se caracteriza por ser secuencial y probatorio. Primeramente se definen las variables, en este caso es el estrés y los indicadores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios; después se postulan hipótesis de trabajo para indagar una correlación entre las variables, se construye un marco teórico basado en literatura y bibliografía referente a los dos temas y finalmente, se buscan los instrumentos psicométricos adecuados para medir el grado en que aparecen ambas variables en una población determinada. El enfoque cuantitativo busca datos objetivos, medibles, sin necesidad de sujetarse a un criterio de interpretación por parte del investigador, en vez de ello, conlleva a un análisis estadístico. El material psicométrico es estandarizado, gracias a ello se detectan ambas variables mediante indicadores numéricos normalizados.

Los aspectos fundamentales del enfoque cuantitativo son(Hernández y cols.; 2010):

1. El planteamiento de un problema de estudio concreto y delimitado.
2. La construcción de un marco teórico y el planteamiento de hipótesis.
3. Recolección de datos mediante un proceso estandarizado.

4. Los resultados obtenidos se analizan a través de métodos estadísticos.
5. La investigación cuantitativa debe ser lo más objetiva posible, sin permitir que deseos, creencias y tendencias influyan en el investigador.
6. Los estudios cuantitativos siguen un patrón estructurado, sistemático y predecible.
7. La meta principal es la construcción o demostración de teorías.
8. El enfoque cuantitativo se basa primeramente en la lógica y en el razonamiento deductivo.
9. Pretende generalizar los resultados encontrados de una muestra, a una población.
10. La búsqueda cuantitativa se lleva a cabo en la realidad externa al sujeto, es decir, debe representar objetivamente el fenómeno, como un objeto de estudio autónomo, apreciable para todos; no cómo una percepción subjetiva, sino como algo demostrable y comprobable en el exterior.

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

“Podría definirse como la investigación que se realiza sin manipular deliberadamente las variables” (Hernández y cols.; 2010: 149).

En un experimento, el investigador crea un contexto con la intención de evaluar la aparición y curso de un fenómeno determinado. En cambio, en este estudio, tanto el estrés como los indicadores asociados a los trastornos alimentarios

fueron medidos mediante la aplicación de test psicométricos en el contexto natural de los sujetos seleccionados, por ello, se considera de tipo no experimental cuantitativa.

### **3.1.3. Diseño transversal**

El diseño transversal de la investigación se refiere a la obtención de datos en un tiempo único, es decir, no se pretende conocer la evolución del fenómeno a través de los días, meses o años, sino se busca captar su presencia en el momento justo de la aplicación del instrumento de medición. Es decir, los niveles de estrés detectados son los que el sujeto vive en el presente y los indicadores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios identificados son aquellos que actualmente rigen la conducta de ingesta del sujeto (Hernández y cols.; 2010).

### **3.1.4. Alcance correlacional**

“Este tipo de estudios tiene como finalidad conocer la relación o grado de asociación que exista entre dos o más conceptos, categorías o variables en un contexto particular” (Hernández y cols.; 2010: 81).

La presente investigación parte de la pregunta ¿Se relacionan los indicadores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios, con el nivel de estrés que presentan los niños de primaria de 10 a 12 años, del Colegio Educare, de Uruapan, Michoacán? Dicha premisa de estudio determina que la finalidad de este trabajo es conocer qué tanto se implican entre sí ambas variables. No asume una causalidad,

sino el grado en qué se involucran dos fenómenos dentro de la población seleccionada. La correlación resultante puede ser positiva o negativa (Hernández y cols.; 2010).

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

Los datos cuantitativos fueron obtenidos a través de la aplicación de pruebas estandarizadas. Estas son definidas por Hernández y cols. (2010) como aquellas que tienen su propio procedimiento de aplicación, codificación, e interpretación, y se encuentran disponibles como fuentes de investigación y conocimiento. Hay algunas que miden habilidades y aptitudes, mientras que otras, llamadas proyectivas, identifican rasgos de personalidad.

La variable estrés fue medida en la población seleccionada mediante la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños (CMAS-R), la cual fue diseñada para infantes y adolescentes de 6 a 19 años, por Reynolds y Richmond en el año de 1997. Las subescalas que mide son: ansiedad total, ansiedad fisiológica, preocupaciones sociales/concentración e inquietud/hipersensibilidad. El Índice de confiabilidad de la prueba es de 0.80, calculado mediante el coeficiente alfa de Cronbach. Para su validez, se utilizaron varios procedimientos de verificación, como lo son la validez de contenido, de criterio, concurrente y de constructo.

Por otro lado, la identificación de los indicadores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios se llevó a cabo a través del Inventario de Trastornos de la

Conducta Alimentaria (EDI 2) del autor David M. Gardner (1998), el cual está conformado por 11 escalas que representan los principales síntomas que normalmente acompañan a la bulimia nerviosa y a la anorexia nerviosa.

- Obsesión por la delgadez.
- Bulimia.
- Insatisfacción corporal.
- Ineficacia.
- Perfeccionismo.
- Desconfianza interpersonal.
- Conciencia introceptiva.
- Miedo a la madurez.
- Ascetismo.
- Impulsividad.
- Inseguridad social.

La confiabilidad es de 0.83 calculada mediante el coeficiente alfa de Cronbach. Para determinar su validez se utilizaron los criterios de validez de contenido, de criterio, concurrente y de constructo; aplicada en una población de adolescentes y jóvenes a partir de baremos de 11 a 18 años, en adolescentes sin trastornos de alimentación.

## **3.2. Población y muestra**

En el presente apartado se definen y explican las características relativas a los sujetos sobre quienes se efectuó la investigación de campo.

### **3.2.1. Delimitación y descripción de la población**

De acuerdo con Selltiz (referido por Hernández y cols.; 2010), la población es el conjunto de todos los casos que se adaptan y se ajustan a una serie de características, mientras que la muestra es una selección representativa de las condiciones de dicha población.

Respecto a la población examinada, El Colegio Educare es una comunidad educativa que cuenta con los niveles de enseñanza preescolar, primaria y secundaria en la ciudad de Uruapan, Michoacán. Actualmente su población total es 345 alumnos, de los cuales 244 pertenecen a la escuela primaria, que es el sector específico sobre el que se basa ésta investigación.

La población del Colegio Educare, en primaria, consta de 128 varones y 116 mujeres, cuyas edades van de los 6 hasta los 13 años de edad.

La mayor parte de los niños pertenecen un sector socioeconómico alto, en donde las probabilidades de carecer de alimento son nulas, sin embargo, eso no

garantiza la presencia de hábitos alimentarios correctos, por lo tanto, es una población apta para el estudio.

Los niveles de estrés en los niños resultan un dato interesante, debido a que el nivel académico del colegio les exige constantemente resultados positivos, así como el mayor esfuerzo que el alumno pueda entregar, tanto en tareas curriculares como en actividades culturales y/o deportivas.

### **3.2.2. Proceso de Selección de la muestra**

La unidad de análisis está conformada por niños de 10 a 12 años, pertenecientes a los grados de quinto y sexto, se escogieron ambos estratos de escolaridad debido a los rangos de edad permitidos en las pruebas psicométricas.

Los tests se aplican de forma indistinta tanto hombres como mujeres de cuatro grupos diferentes: 5° A, 5° B, 6° A y 6° B. Los alumnos que quedan excluidos de la aplicación son los que rebasan los 12 años de edad y los que padecen un retraso mental, pues el lenguaje elevado, abstracto y reflexivo de los tests, es inadecuado para su comprensión.

El tipo de muestra seleccionada para esta investigación es no probabilística, conformada por 80 individuos, pues no todos los sujetos tienen la misma posibilidad de ser elegidos para la aplicación de las pruebas psicométricas.

“En las muestras no probabilísticas, la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o de quien hace la muestra.” (Hernández y cols.; 2010: 176).

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

Las exigencias de la vida moderna generan niveles dañinos de estrés en la población, afectando la conducta y bienestar del individuo. Al igual, las modas, las dinámicas familiares y de grupo, así como la postura cultural frente al peso, desencadenan distorsiones en los hábitos alimentarios y en la personalidad del sujeto, originando así, problemas relacionados con la comida.

Ambos fenómenos, latentes en el contexto actual, representan una preocupación para la psicología clínica y son el motor que impulsó el presente trabajo de investigación, pues a pesar de que en las últimas décadas se han abordado ambos temas, aún está vigente el interés por encontrar una relación real entre los niveles inadecuados de estrés y la existencia de indicadores que prescriben la aparición de trastornos alimentarios en los individuos.

La pregunta de investigación fue el punto de partida para plantear el problema ¿Se relacionan los indicadores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios, con el nivel de estrés que presentan los niños de primaria de 10 a 12 años, del Colegio Educare, de Uruapan, Michoacán?

A partir de dicho cuestionamiento se indagaron los antecedentes de investigación relacionados con ambos temas, con base en ello, se delimitó la problemática a abordar y se expusieron las razones por las cuáles debía realizarse este proyecto. Se establecieron concretamente las variables a investigar, y tras un intervalo de observación se eligió el lugar y la población donde se llevaría a cabo el trabajo de campo. Fue necesario mantener una comunicación constante con la directora del plantel para que fuera autorizada la investigación, y obtener así los datos del marco de referencia y el permiso para la aplicación posterior de las pruebas psicométricas.

Una vez definidos los aspectos anteriores, se establecieron los objetivos a alcanzar con base en las expectativas, así como las hipótesis de trabajo esperadas.

El marco teórico es el sostén que permite al investigador conocer las características esenciales de las variables que pretende encontrar en el trabajo empírico. La búsqueda se llevó a cabo en diferentes fuentes bibliográficas y virtuales, posteriormente se seleccionó aquella información que era clara, confiable y precisa sobre ambos temas, desde los antecedentes históricos, definiciones, tipos y clasificaciones, hasta posibles tratamientos y pronósticos. El sustento teórico sirvió como guía y referencia para seleccionar los test psicométricos que medirían acertadamente el estrés y los indicadores de trastornos alimentarios en la población deseada.

Dentro del trabajo de campo, el Colegio Educare fue el lugar escogido previamente, hubo apertura tanto en los directivos, como en los maestros, pues es una institución que promueve el desarrollo integral de sus alumnos, brindando oportunidades para aplicar sus conocimientos a diferentes profesionales de la educación, psicología, neurología, medicina y nutrición.

Las pruebas aplicadas fueron el CMAS-R, para medir el estrés, y el EDI 2, para identificar los trastornos alimentarios. Se pidió permiso para cuatro días de administración de los tests. Se seleccionó como muestra a los estudiantes de los últimos grados, 5º y 6º, por encontrarse en el rango de edad permitido por la prueba EDI-2.

Por día se aplicaron ambos tests psicométricos en un solo salón: primero fue en el grupo de 5º A, después 5º B, luego 6º A y finalmente, 6º B. el número total de alumnos era de 82, de los cuáles una niña con síndrome de Down y un niño con retraso mental no participaron, debido a la dificultad que les representa comprender el lenguaje de las pruebas.

La administración de los test se llevó a cabo de forma colectiva, se pidió a los alumnos mantener su lugar ordenado, sin ningún material, salvo un lápiz de color para seleccionar la respuesta. Se les aclaró que no se trataba de un examen, por lo tanto, no había respuestas acertadas o erróneas; se les invitó a contestar en silencio, no burlarse ni criticar, ser sinceros y prestar toda la atención posible.

Las preguntas tanto del EDI-2 como del CMAS-R fueron leídas en voz alta frente al grupo, con el fin de llevar un ritmo en la contestación que no excediera la hora y media que se había autorizado.

En los cuatro salones se aplicaron los test a la primera hora, para que los estudiantes no se encontraran cansados. Los alumnos de los grupos de 5º estuvieron más propensos a distracciones, a veces reían ante las preguntas, hubo un salón en el que un niño no paró de hablar y decía sus respuestas en voz alta; mientras que en sexto, los niños comentaban las preguntas que les resultaban polémicas en voz baja, pero no hubo interrupciones ni distractores mayores.

Se calificaron 80 pruebas utilizando las plantillas que vienen incluidas en los manuales; del total, 8 fueron dadas de baja por presentar una puntuación T mayor a 13 puntos en la escala de Mentira del test CMAS-R. El vaciado de datos se llevó a cabo en el programa computacional Excel. Los valores utilizados para el análisis estadístico fueron los puntajes convertidos en percentiles.

Tanto en los valores del CMAS-R como del EDI-2 se obtuvieron las medidas de tendencia central y de dispersión, finalmente, se calcularon los índices de correlación para determinar la presencia o ausencia de una relación entre ambas variables. A continuación se expone el análisis estadístico y la interpretación de resultados, así como las conclusiones a las que se llegaron con base en los datos obtenidos.

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

La estadística es un método esencial dentro de una investigación cuantitativa, pues asigna a los resultados un carácter objetivo, permitiendo organizar y recolectar datos de forma sistemática y acertada, para facilitar la interpretación de los mismos (Elorza; 2007).

Los puntajes de las pruebas aplicadas a la muestra representan el trabajo empírico de la investigación y han sido sometidos a un análisis, con la finalidad de reconocer mediante un índice de correlación estadístico, la existencia o ausencia de una relación entre el estrés y los indicadores de trastornos alimentarios, para ello es necesario presentar los resultados arrojados en cada variable y finalmente, llegar a una conclusión sobre la correlación encontrada, determinando el carácter positivo o negativo de la misma, en caso de presentarse.

#### **3.4.1 Nivel de estrés en los alumnos**

Actualmente se reconoce el estrés como un proceso psicológico provocado por una exigencia que se presenta al organismo misma que inicia un mecanismo de emergencia, consistente en una activación psicofisiológica que permite recolectar más y mejor información, procesarla e interpretarla rápida y eficazmente para otorgar al individuo la capacidad de responder de forma adecuada a la demanda. (Palmero y cols.; 2002)

El análisis estadístico de los resultados obtenidos en las 72 pruebas en total, implicó el cálculo de las medidas de tendencia central para identificar los resultados más representativos de la muestra. La medición del estrés en la población seleccionada se llevó a cabo mediante la aplicación de la prueba CMAS-R. Según Elorza (2007), la media es la suma de un conjunto de datos, dividida entre el número de medidas, en la cual el nivel de ansiedad total detectado es de 67.

La mediana es el valor medio de un conjunto de valores ordenados: el punto abajo y arriba del cual cae un número de medidas (Elorza; 2007). La mediana obtenida es de 73.

La medida central conocida como moda es aquella que ocurre con más frecuencia en un conjunto de observaciones (Elorza; 2007). La moda dentro de esta escala es de 83.

Este análisis estadístico evaluó también el grado de variación del conjunto de valores obtenidos, identificando la principal medida de dispersión, la desviación estándar. Se conoce como desviación estándar a la raíz cuadrada de la suma de las desviaciones al cuadrado dividida entre el total de datos (Elorza; 2007). La desviación estándar en la escala de ansiedad total es de 23.

En la segunda escala, llamada ansiedad fisiológica, los datos analizados arrojaron una media de 67, una mediana de 68, una moda de 57 y una desviación estándar de 23.

Asimismo, en la escala de inquietud/hipersensibilidad la media encontrada fue de 71, la mediana de 78, la moda de 79 y una desviación estándar de 23.

Finalmente, la escala de preocupaciones sociales/concentración presentó una media de 54, una mediana de 57, una moda de 27 y una desviación estándar de 27.

En el anexo 1 quedan representadas gráficamente las medias aritméticas de las 4 escalas.

A partir de los datos analizados estadísticamente, se puede interpretar que los niveles de estrés en los niños son elevados, pues las medidas de tendencia central se ubican en puntajes superiores al 50, especialmente la escala de inquietud/hipersensibilidad que supera el percentil 70, lo cual expresa que esta característica relacionada con el estrés es la más significativa.

Con el fin de mostrar un análisis más detallado, a continuación se presentan los porcentajes de los sujetos que obtuvieron puntajes altos.

En la escala de ansiedad total, el 54% de los sujetos se ubica por arriba del percentil 70; en la escala de ansiedad fisiológica, el porcentaje de sujetos es del 49%; en la de inquietud/hipersensibilidad, el 65% de los sujetos presentan puntajes altos, mientras que en la de preocupaciones sociales/concentración, un 38% superó el percentil 70.

Los resultados mencionados anteriormente indican que a pesar de que la escala inquietud/hipersensibilidad es la que posee mayor número de puntajes altos, las otras demuestran la existencia de sujetos con niveles elevados de estrés. Hay casos específicos que podrían considerarse como puntajes alarmantes y para los cuáles sería importante una atención individual.

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

Los trastornos alimentarios principales son la anorexia y la bulimia. De acuerdo con el DSM IV-TR (APA; 2002) la anorexia nerviosa es aquel trastorno en el que prevalece un rechazo a mantener el peso corporal dentro de los valores considerados como normales, de acuerdo con la edad y talla correspondientes.

“El síndrome bulímico es un trastorno que se caracteriza por un modelo de alimentación anormal, con episodios de ingesta voraz seguidos por maniobras para eliminar las calorías ingeridas. Después del episodio, el sujeto se siente malhumorado, con tristeza y sentimientos de autocompasión o menosprecio” (Jarne y Talarn; 2000: 164).

La variable fue medida empíricamente mediante el test EDI-2. A continuación se presentan los datos estadísticos relevantes de cada subescala.

En la escala DT (obsesión por la delgadez) se obtuvo una media de 62, una mediana de 60.5, una moda de 48 y 23 de desviación estándar.

Mientras que en la escala B (bulimia) la media es de 67, la mediana de 67, la moda de 41 y una desviación estándar de 22.

La tercera escala, BD (insatisfacción corporal), arrojó una media aritmética de 60, una mediana de 59, una moda de 14 y su desviación estándar fue de 27.

La escala I (ineficacia) tiene una media aritmética de 65, una mediana de 68.5, una moda de 32 y una desviación estándar de 25.

Asimismo, en la escala P (perfeccionismo) se obtuvo una media de 62, una mediana de 69, una moda de 69 y su desviación estándar es de 27.

La sexta escala, IA (desconfianza interpersonal), presenta una media aritmética de 70, una mediana de 73, una moda de 73 y una desviación estándar de 22.

En el parámetro ID (confianza introceptiva) se encontró una media de 57, una mediana de 59, una moda de 59 y una desviación estándar de 30.

La octava escala, MF (miedo a la madurez), tiene una media de 81, una mediana de 87.5, una moda de 72 y una desviación estándar de 20.

En los valores de A (ascetismo), la media aritmética calculada es de 51, con una mediana de 48, una moda de 48 y la desviación estándar de 30.

La penúltima escala, IR (impulsividad), arrojó puntajes de 51, 41, 14, y 29, de acuerdo con la media, mediana, moda y desviación estándar, respectivamente.

Finalmente, en la escala SI (inseguridad social) la media es de 71, la mediana de 78, la moda de 67 y la desviación estándar de 21.

En el anexo 3 se muestran gráficamente las medias aritméticas de cada una de las escalas.

Además de las medidas de tendencia central y de dispersión, el análisis estadístico expone también los porcentajes de los sujetos que obtuvieron puntajes altos en cada escala, con el fin de identificar los indicadores que anticipan el desarrollo de un trastorno alimentario.

En la escala obsesión por la delgadez, el 42% de los sujetos se encuentra por arriba del percentil 70; en la escala bulimia, el porcentaje fue de 46%; en el parámetro insatisfacción corporal hubo un 44%; en la escala ineficacia, el 50% de sujetos tiene puntajes altos; en la de perfeccionismo, el 42%; en la desconfianza interpersonal, el 60%; en conciencia introceptiva hubo un 38%; en la escala miedo a la madurez, el 82% superó el percentil crítico; mientras que en ascetismo, solamente el 28%; en impulsividad, el 31% y por último, en inseguridad social, el 57% de los sujetos obtuvo puntajes altos. Los resultados son expuestos visualmente en el anexo 4.

Con base en los puntajes y porcentajes descritos anteriormente, se puede afirmar que hay dos escalas preocupantes en la muestra, que son las de desconfianza interpersonal y miedo a la madurez, lo que indica que existe un sentimiento general de alienación en los sujetos, hay desinterés por establecer relaciones íntimas, además de una incapacidad para expresar emociones (Gardner; 1998). El miedo a la madurez es la escala con una calificación más alta, se afirma que la mayor parte de los individuos que componen la muestra experimentan el deseo de regresar a la infancia y evitar los cambios biológicos y psicológicos que trae consigo la adultez (Gardner; 1998).

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

Al ser el estrés “el conjunto de reacciones fisiológicas que preparan al organismo para la acción” (Palmero y cols.; 2002:424) y al considerarse los niveles elevados de este como inadecuados, diversos autores han planteado la intervención del estrés en problemas de la salud, incluidos los trastornos alimentarios.

En tiempos recientes se afirma que los niveles elevados de estrés se relacionan con la insatisfacción corporal, obsesión por la delgadez y demás indicadores asociados con los trastornos alimentarios.

Dentro de la investigación realizada en el Colegio Educare de la ciudad de Uruapan, Michoacán, se encontraron los siguientes resultados, a partir de los cuales se determina el nivel de relación existente.

Entre el nivel de estrés y la escala de obsesión por la delgadez existe un coeficiente de correlación de 0.17, de acuerdo con la prueba “r” de Pearson, lo que significa que entre esta subescala y el estrés existe una correlación positiva débil, de acuerdo con la clasificación planteada por Hernández y cols. (2010).

Para determinar el grado de implicación que existe entre el nivel de estrés y la obsesión por la delgadez, se obtuvo la varianza de factores comunes, que es la medida de correlación indicada en porcentaje de implicación entre las variables. Se calcula elevando al cuadrado el coeficiente de correlación “r” de Pearson (Elorza; 2007).

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

Asimismo, entre el nivel de estrés y la subescala de bulimia existe un coeficiente de correlación de 0.49 correspondiente a la prueba “r” de Pearson; el resultado de la varianza de factores comunes es de 0.24, lo que se interpreta como una relación positiva media (Hernández y cols.; 2010), en donde existe un 24% de relación.

Entre el nivel de estrés y la insatisfacción corporal existe un coeficiente de correlación de 0.33, que equivale a una correlación positiva media (Hernández y

cols.; 2010). La varianza de factores comunes es de 0.11, lo cual indica una relación del 11%.

El índice de correlación existente entre el nivel de estrés y la ineficacia es de 0.53, lo que significa que hay una correlación positiva considerable (Hernández y cols.; 2010). La varianza de factores comunes es de 0.28, es decir, que hay un 28% de relación.

Por otro lado, la subescala de perfeccionismo mantiene con el nivel de estrés un índice de correlación de 0.31, señalando una correlación positiva débil (Hernández y cols.; 2010). La varianza de factores comunes es de 0.10, por lo tanto, el porcentaje de relación es del 10%.

Entre el nivel de estrés y la desconfianza interpersonal hay un coeficiente de correlación de 0.04, por tanto, hay una ausencia de correlación (Hernández y cols.; 2010). El porcentaje de relación es del 0%, pues la varianza de factores comunes es 0.

La conciencia introceptiva y el nivel de estrés presentan un coeficiente de correlación de 0.62, en este caso, existe una correlación positiva considerable (Hernández y cols.; 2010). La varianza de factores comunes equivale a 0.38, por ende, el porcentaje de relación es del 38%.

Entre el miedo a la madurez y el nivel de estrés, se encontró una ausencia de correlación (Hernández y cols.; 2010), pues tanto el índice de correlación, el porcentaje de relación y la varianza de factores comunes son equivalentes a 0.

El nivel de estrés y el ascetismo se relacionan en un 22%, el índice de correlación es de 0.46, con una varianza de factores comunes de 0.22, con lo que se determina una correlación positiva media (Hernández y cols.; 2010).

La impulsividad mantuvo, con el nivel de estrés, un índice de correlación de 0.58, lo que representa una correlación positiva considerable (Hernández y cols.; 2010), con una varianza de factores comunes de 0.34 y un porcentaje de relación del 34%.

Finalmente, entre la subescala de inseguridad social y el nivel de estrés existe una correlación positiva débil (Hernández y cols.; 2010), pues su índice de correlación es de 0.28; la varianza de factores comunes equivale a 0.08, por lo tanto el nivel de relación es del 8%.

Los niveles de correlación se encuentran representados gráficamente en el anexo 5.

Con base en el análisis anterior, se indica que el nivel de estrés se relaciona de forma significativa con las escalas de bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, conciencia introceptiva, ascetismo e impulsividad.

Por el contrario, no se encontró una relación significativa entre el nivel de estrés y las escalas de obsesión por la delgadez, perfeccionismo e inseguridad social; más aún, existe una ausencia de correlación con las escalas de desconfianza interpersonal y miedo a la madurez.

En función de los resultados encontrados, se confirma la hipótesis de trabajo que plantea la existencia de una correlación significativa entre los indicadores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios y el nivel de estrés en alumnos de 10 a 12 años del Colegio Educare, de Uruapan, Michoacán, para las escalas de bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, conciencia introceptiva, ascetismo e impulsividad.

Por otro lado, se confirma la hipótesis nula para las escalas de obsesión por la delgadez, perfeccionismo, inseguridad social, desconfianza interpersonal y miedo a la madurez.

## CONCLUSIONES

Dentro de la investigación se contemplaron objetivos a alcanzar desde la delimitación del problema. Los particulares, de carácter teórico, referidos a la conceptualización, enfoques conceptuales, causas y consecuencias de la variable estrés, fueron alcanzados en la descripción y análisis presentados en el capítulo teórico número uno, de nombre homónimo.

Los propósitos teóricos establecidos en relación con la variable de los trastornos alimentarios, fueron alcanzados en el capítulo dos, pues a lo largo de su redacción pueden encontrarse definiciones, aproximaciones teóricas referidas a tal fenómeno, así como las características esenciales de las anomalías que tanto el investigador como los interesados en el tema tienen la obligación de conocer.

Los objetivos empíricos planteaban la medición del nivel de estrés y la detección de indicadores asociados a los trastornos alimentarios en los alumnos del Colegio Educare. Ambos objetivos fueron cubiertos gracias a la administración de dos pruebas psicométricas estandarizadas: el test CMAS-R, para cuantificar el estrés y el EDI-2, para la medición de la variable trastornos alimentarios.

La consecución del objetivo general de estudio, el cual establece determinar la relación que existe entre los indicadores psicológicos asociados a los trastornos

alimentarios y el nivel de estrés en alumnos de 10 a 12 años del Colegio Educare, fue exitosa gracias al logro de los objetivos particulares ya enunciados.

Las aportaciones fundamentales del presente estudio se refieren al establecimiento de una correlación entre las variables de investigación.

En cuanto a los niveles de estrés, se encontró que en las cuatro escalas existen porcentajes preocupantes (30% o más) de sujetos con índices altos de ansiedad.

Asimismo, en los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios se encontró un porcentaje considerable de sujetos que están viviendo y desarrollando indicadores de trastornos alimentarios, tales como el miedo a la madurez y la desconfianza interpersonal.

Finalmente, se concluye que los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios más fuertemente relacionados con el estrés son bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, conciencia introceptiva, ascetismo e impulsividad.

En función de los resultados obtenidos, se considera conveniente invitar a la institución a diseñar y ejecutar un programa psicológico orientado a prevenir, informar y atender la problemática referida tanto al estrés como a los trastornos alimentarios.

## BIBLIOGRAFÍA

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

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

Belloch, Amparo; Sandín, Bonifacio; Ramos, Francisco. (1995)  
Manual de psicopatología.  
Editorial McGraw-Hill. España.

Butcher, James; Mineka, Susan; Hooley, Jill. (2007)  
Psicología clínica.  
Editorial Pearson. España.

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

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

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

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

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

Metodología de la Investigación.  
Editorial McGraw-Hill. México

Ivancevich, John; Matteson, Michael. (1985)

Estrés y trabajo.  
Editorial Trillas México.

Jarne, Adolfo; Talarn, Antoni. (2000)

Manuel de psicopatología clínica.  
Editorial Paidós Ibérica. Buenos Aires.

Jiménez H., Manuel. (1997)

Psicopatología Infantil.  
Editorial Aljibe. Granada.

Kirszman, Diana; Salgueiro, María del Carmen. (2002)

El enemigo en el espejo.  
Ediciones TEA. México.

Lazarus, Richard S.; Lazarus, Bernice N. (2000)

Pasión y Razón: la comprensión de nuestras emociones.  
Editorial Paidós. España.

Ogden, Jane. (2005)

Psicología de la alimentación.  
Editores Morata. España.

Palmero, Francesc; Fernández, Enrique; Chóliz, Mariano. (2002)

Psicología de la motivación y emoción.  
Editorial McGraw-Hill. España

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. (1996)  
El estrés de los profesores.  
Editorial Paidós. España.

## MESOGRAFÍA

Barraza Macías, Arturo. (2005)

“Características del estrés académico de los alumnos de educación media superior”.

Revista PsicologíaCientífica.com, 7(9).

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

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)

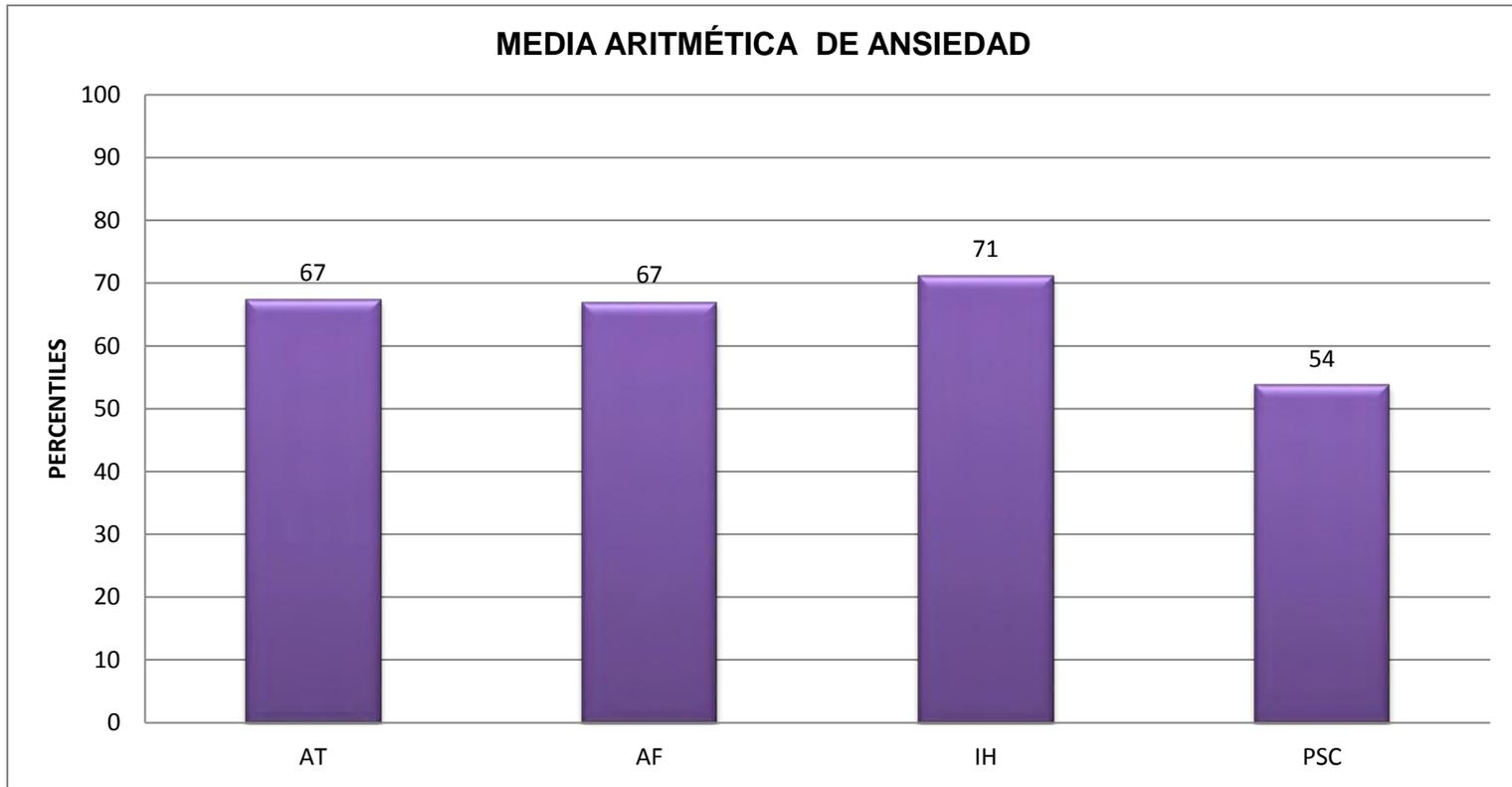
Ruiz Cervantes, Tanya Elizabeth; Vaquero Cázares, José Esteban; Vargas Ramírez, Alberto; Diez, Ma. Del pilar. (2004)

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

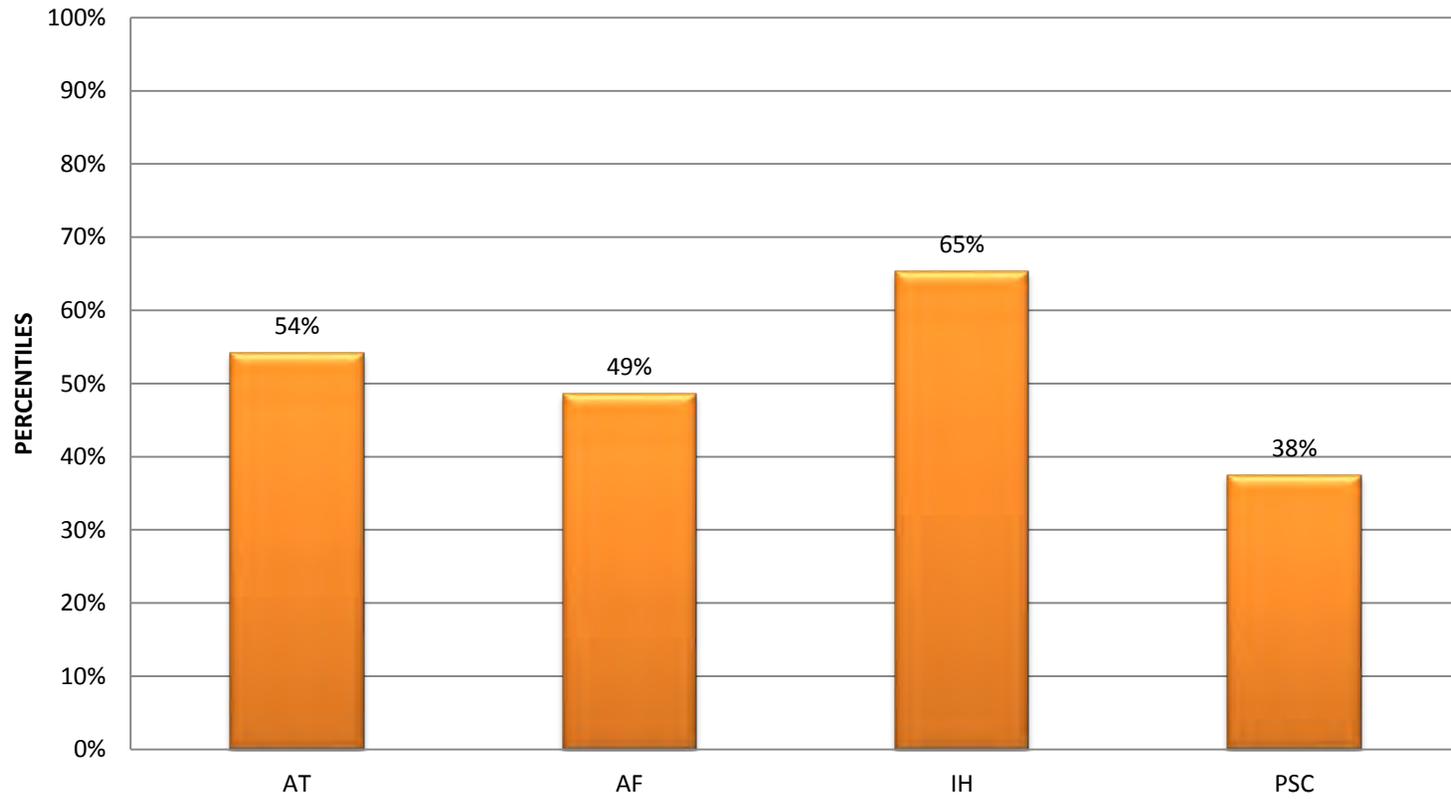
Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación (2004). Vol. 16 Núm. 1Pp 12-17.

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

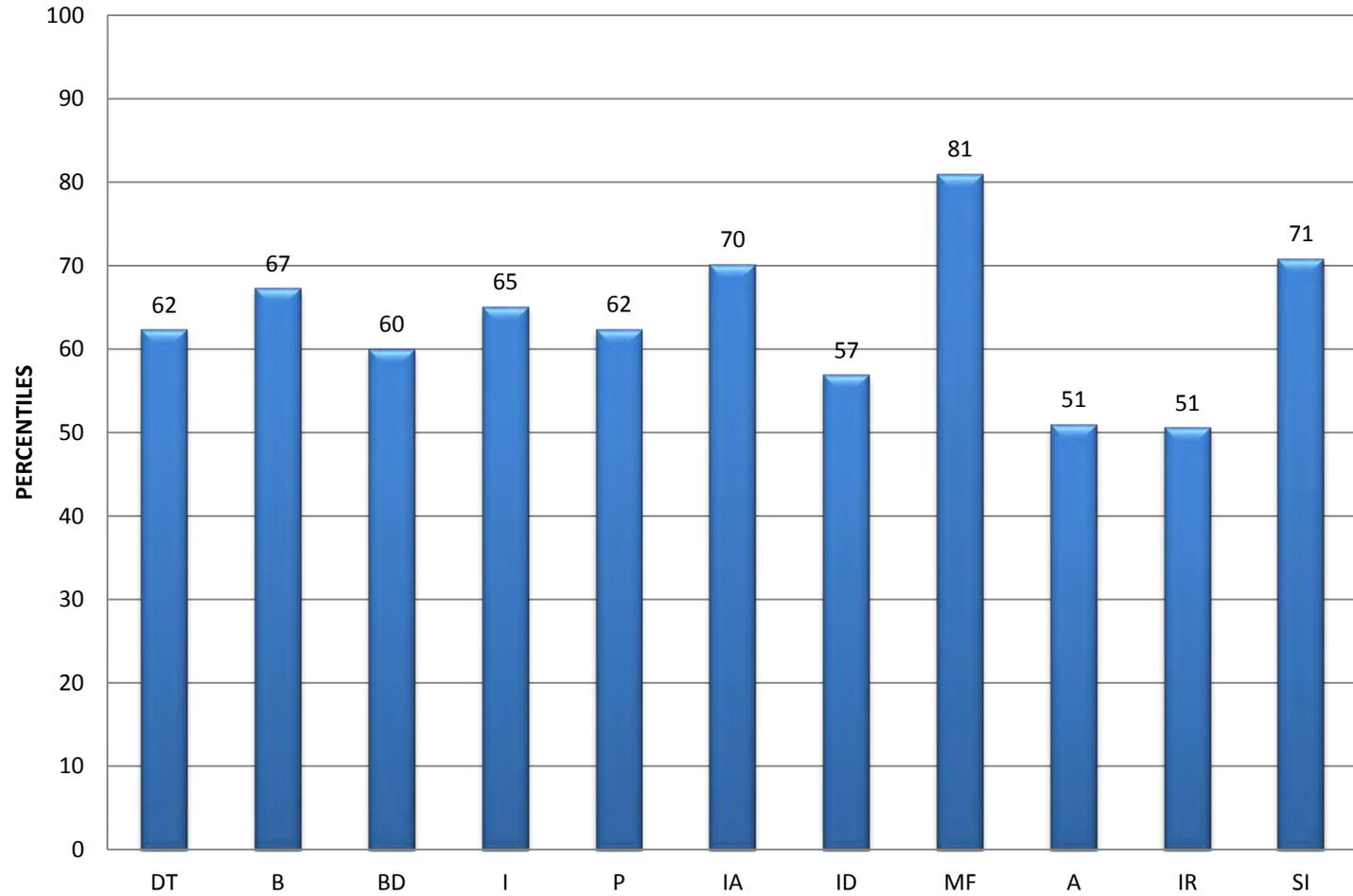
# ANEXOS



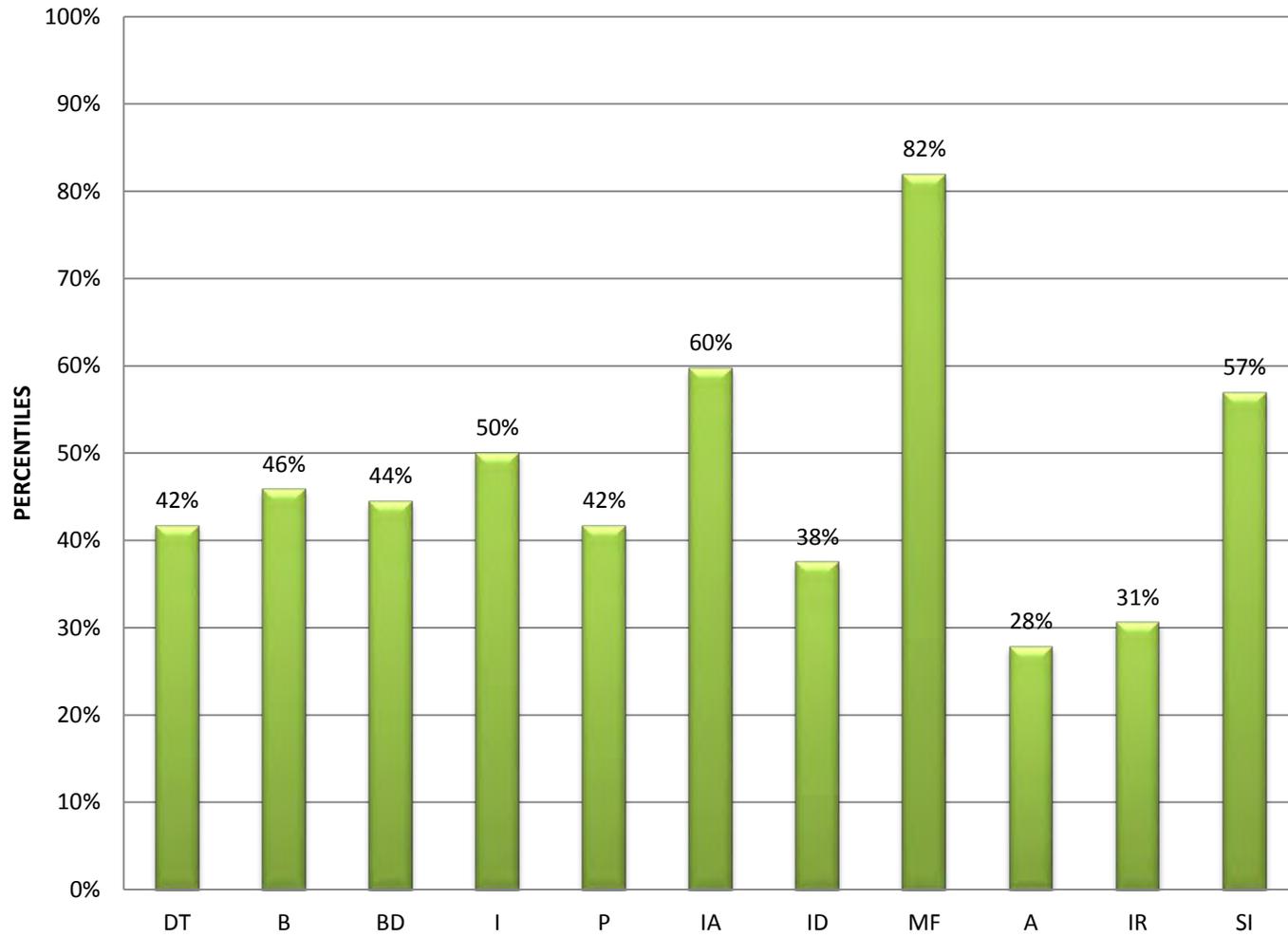
### PUNTAJES ALTOS DE ANSIEDAD



### MEDIA ARITMÉTICA DE LOS INDICADORES DE TX ALIMENTARIOS



### PUNTAJES ALTOS DE LOS INDICADORES DE TX ALIMENTARIOS



## CORRELACIÓN

