



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

INCORPORACIÓN NO. 8727-25 A LA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

*RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE ESTRÉS Y LOS TRASTORNOS  
ALIMENTARIOS EN ALUMNOS DEL CETIS No. 27 DE URUAPAN  
MICHOACÁN.*

**TESIS**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

Mehida Maheli Rodríguez García

Asesor: Lic. Héctor Raúl Zalapa Ríos

Uruapan, Michoacán, a 5 de agosto 2011.



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  |
| Justificación. . . . .               | 9  |
| Marco de referencia. . . . .         | 11 |

## **Capítulo 1. El estrés.**

|   |    |
|---|----|
| 1.1. Antecedentes históricos del estrés. . . . .                                | 14 |
| 1.2. Tres enfoques teóricos del estrés. . . . .                                 | 17 |
| 1.2.1. Estrés como estímulo. . . . .  | 18 |
| 1.2.2. Estrés como respuesta. . . . .   | 19 |
| 1.2.3. Estrés como relación persona entorno (enfoque interaccionista) . . . . . | 23 |
| 1.2.3.1. El concepto integrador de estrés. . . . .                              | 25 |
| 1.3. Los estresores. . . . .  | 26 |
| 1.3.1. Estresores psicosociales: cambios mayores, vitales y cotidianos. . . . . | 27 |
| 1.3.2. Estresores biogénicos. . . . .   | 30 |
| 1.3.3. Estresores en el ámbito académico. . . . .                               | 32 |
| 1.4. Procesos del pensamiento que propician el estrés . . . . .                 | 34 |
| 1.5. Los moduladores del estrés. . . . .  | 36 |
| 1.5.1. El control percibido.. . . . .   | 37 |

|   |    |
|---|----|
| 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 cardiacos. | 41 |
| 1.6. Los efectos negativos del estrés.              | 42 |

## **Capítulo 2. Trastornos alimentarios.**

|  |    |
|--|----|
| 2.1. Antecedentes históricos de la alimentación.                           | 45 |
| 2.2. Definición y características clínicas de los trastornos alimentarios. | 47 |
| 2.2.1. Anorexia nerviosa.  | 48 |
| 2.2.2. Bulimia nerviosa.   | 51 |
| 2.2.3. Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas.                      | 55 |
| 2.2.4. Vómito en otras alteraciones psicológicas.                          | 55 |
| 2.2.5. Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia.               | 56 |
| 2.3. Esfera oroalimenticia en el infante.                                  | 58 |
| 2.3.1. Organización oroalimentaria.  | 59 |
| 2.3.2. Alteraciones en la organización oroalimenticia.                     | 62 |
| 2.4. Perfil de la persona con trastornos de alimentación.                  | 65 |
| 2.5. Causas del trastorno alimenticio.                                     | 67 |
| 2.5.1. Factores predisponentes individuales.                               | 68 |
| 2.5.2. Factores predisponentes familiares.                                 | 75 |
| 2.5.3. Factores socioculturales.   | 76 |
| 2.6. Percepción del cuerpo en el trastorno alimenticio.                    | 79 |
| 2.7. Factores que mantienen los trastornos alimenticios.                   | 83 |
| 2.8. Trastornos mentales asociados a los trastornos alimenticios.          | 85 |

|  |    |
|--|----|
| 2.8.1. Trastornos alimenticios y depresión.      | 87 |
| 2.8.2. Trastornos de alimentación y ansiedad.    | 89 |
| 2.9. Tratamiento de los trastornos alimenticios. | 92 |

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

|   |     |
|---|-----|
| 3.1. Descripción metodológica   | 97  |
| 3.1.1. Enfoque cuantitativo.  | 97  |
| 3.1.2. Investigación no experimental.                                   | 100 |
| 3.1.3. Estudio transversal.   | 100 |
| 3.1.4. Diseño correlacional.  | 101 |
| 3.1.5. Técnicas de recolección de datos.                                | 102 |
| 3.2. Población y muestra.   | 106 |
| 3.2.1. Delimitación y descripción de la población.                      | 107 |
| 3.2.2. Proceso de selección de muestra.                                 | 108 |
| 3.3. Descripción del proceso de investigación.                          | 109 |
| 3.4. Análisis e interpretación de resultados.                           | 111 |
| 3.4.1. Los trastornos alimentarios.                                     | 111 |
| 3.4.2. Descripción de la variable estrés.                               | 116 |
| 3.4.3. Relación entre el nivel de estrés y los trastornos alimentarios. | 118 |
| Conclusiones  | 125 |
| Bibliografía  | 128 |
| Otras fuentes de información  | 130 |

Anexos

## RESUMEN

El objetivo principal de esta tesis era el de establecer la correlación existente entre los trastornos alimentarios y el nivel de estrés en los alumnos que cursan el 4º semestre de nivel medio superior, el cual se cumplió de manera exitosa al aplicar los instrumentos para medición de estrés y trastornos alimentarios a los alumnos que conformaron la población de estudio.

Para lograr este fin se realizó la aplicación de los instrumentos EDI 2 (Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria) realizado por David M. Gardner que evalúa los principales rasgos psicológicos para el padecimiento de un trastorno alimentario, dividido en 11 escalas; y el CMAS-R “Lo que pienso y siento” elaborada por los autores Reynolds y Richmond, que evalúa el nivel y naturaleza de ansiedad en niños y adolescentes.

La población estuvo conformada por 100 alumnos de las diferentes especialidades que ofrece el CETIS No. 27 con un rango de edades de los 16 a los 17 años, hombres y mujeres.

La metodología utilizada en esta investigación fue la utilización de un enfoque de investigación de tipo cuantitativo.

Dentro de los principales hallazgos encontrados a lo largo de la investigación, se tiene que en la población conformada por alumnos del 4º semestre del Centro de Estudios Tecnológicos Industriales y de Servicios No. 27 de la ciudad de Uruapan Michoacán, se obtuvo que los alumnos muestran elevado índice en lo que se refiere a las situaciones interpersonales y sociales, como lo demuestra en la prueba EDI 2

en escalas de miedo a la madurez, inseguridad social, desconfianza interpersonal e impulsividad. En lo que a estrés se refiere, en la aplicación de la prueba CMAS R también existe un elevado porcentaje en los niveles de estrés. En cuanto a la correlación entre ambas variables, se obtuvo que existe relación significativa entre el estrés y la conciencia interoceptiva, esto indica que los alumnos expuestos a niveles de estrés no logran identificar emociones y sensaciones propias, lo cual hace viable que presenten una problemática en cuanto a trastornos alimentarios.



# INTRODUCCIÓN

Dentro del campo de la psicología, existen diversos temas que requieren de una investigación profunda, debido a su actual impacto social; dentro de ellos, hay dos problemáticas cuyo padecimiento ha ido incrementándose en todos los sectores sociales, así como en los diferentes rangos de edades de la población. Dichas situaciones son específicamente: el estrés y los trastornos alimentarios, los cuales serán estudiados en el presente trabajo, con el fin de encontrar una correlación entre ambos. En este caso, la población estudiada está conformada por alumnos de bachillerato.

## **Antecedentes**

El término estrés comenzó a utilizarse alrededor de 1930, cuando el joven austriaco estudiante de medicina Hans Selye observó en un estudio a pacientes que sufrían de síntomas comunes y generales tales como: cansancio, pérdida de apetito, baja de peso, entre otros, mientras se encontraban hospitalizados (Caldera y cols.; 2006).

El término estrés es de origen anglosajón, su significado es tensión o presión, tal como lo señalan Caldera y cols. (2006), y hace referencia a lo que en términos fisiológicos se consideraría como una tensión nerviosa.

Actualmente el estrés se define como: "un proceso psicológico que se origina ante una exigencia al organismo, frente a la cual éste no tiene recursos para dar una respuesta adecuada" (Palmero y cols.; 2002: 424).

Por otra parte, en lo que respecta a los desórdenes alimentarios, dicho concepto tiene su origen en el año de 1694, cuando se define por primera vez el concepto de anorexia así como su descripción clínica, la cual se atribuye Morton; en lo que se refiere a la bulimia, sus orígenes se remontan al año de 1907 cuando Janet publica una descripción detallada de esta enfermedad y en los años de 1940 se define como síndrome (referida por López y cols.; en [www.tallersur.com](http://www.tallersur.com)).

Actualmente, algunas de las definiciones más aceptadas de estos términos son las que se encuentran en el DSM-IV, en donde define a la anorexia como: "el rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal". (Ruiz y cols.; 2004: 13).

En lo que respecta a la bulimia, el DSM-IV, citado en el artículo de Ruiz y cols. (2004) define la bulimia como un consumo excesivo de alimento en un lapso de corto tiempo, con respecto al consumo de alimento en el mismo espacio de tiempo en la mayoría de las personas.

Un estudio de Hernández en el año 2006, que se titula "Las influencias familiar y social en la anorexia y la bulimia, el caso de Saltillo, México", habla sobre el problema que concierne a esta investigación, situado en una población de 200

estudiantes de primer grado de preparatoria, de los cuales el 50% pertenece a una institución pública y el resto a una privada. A estos sujetos se aplicó un cuestionario de 40 reactivos, en el cual se incluían datos generales, diagnóstico de la familia, análisis de la imagen corporal y la regulación del peso. Los resultados que se obtuvieron de la investigación fueron que el índice de riesgo para padecer trastornos alimenticios es de uno de cada cuatro del total de la población estudiada. Los resultados también arrojaron que el 15% de la población no se encuentra satisfecha con su imagen corporal, mientras que un 20% revela tener miedo y preocupación a engordar. Asimismo, el 20% de la población estudiada indica experimentar presiones y exigencias de sus iguales y del sexo opuesto por tener una figura delgada. En lo que refiere al dato de la constitución familiar, el estudio menciona que estos problemas se reflejan mayormente una unión y comunicación mayor con la madre, mientras que la figura paterna es vista como distante.

En lo que refiere a la variable estrés, existe un estudio realizado por Caldera y cols. en el año 2007, en los estudiantes de la carrera de psicología, en el Centro Universitario de los Altos, dicha indagación tuvo como objetivo estudiar el nivel de estrés y su relación con el rendimiento académico. Para efectuar esta investigación se utilizó el Inventario de Estrés Académico aplicado al 100% de la matrícula de la carrera, que consiste en 115 alumnos. Los resultados obtenidos de esta aplicación mostraron que no existe una relación significativa entre el nivel de estrés y el rendimiento académico de los estudiantes.

Por último, se encuentra un estudio publicado por la revista chilena de neuropsiquiatría, en la cual se hace mención a las variables de estrés y trastornos alimenticios. El artículo publicado con el nombre de "Estrés y trastornos de la conducta" fue realizado por Behar y Valdés (2009), el cual tuvo como objetivo el comparar la exposición a situaciones vitales estresantes, características psicológicas y conductuales en mujeres con y sin trastornos alimenticios y correlacionar el estrés y la sintomatología alimentaria con las distintas variables. Se aplicaron como instrumentos, la Escala de Autoevaluación del Estrés, el Test de Actitudes Alimentarias, el Inventario de Desórdenes Alimentarios y el Cuestionario de la Silueta Corporal a 50 pacientes alimentarias y 50 estudiantes universitarias que no presentaban estas patologías. Los resultados que se obtuvieron de la aplicación de estas pruebas fueron los siguientes: el nivel de estrés se relaciona positivamente con el perfeccionismo en las pacientes encuestadas, mientras que en las estudiantes, se relaciona fundamentalmente entre el nivel de inutilidad, temor a madurar, consciencia interoceptiva e insatisfacción corporal. Por lo anterior, cabe mencionar que las situaciones antes mencionadas son un factor importante para el desarrollo del estrés. Como conclusión de este estudio, se enfatiza la importancia de los eventos vitales estresantes con los trastornos alimenticios, especialmente se tiene mayor enfoque en la dinámica familiar para la focalización de medidas preventivas primarias.

En lo que respecta a la institución en donde se realizará el estudio, en este caso el CETIS 27, se considera la posibilidad de la existencia de casos en los cuales el estrés se relacione con los desórdenes alimenticios debido al creciente número de casos en los que los adolescentes incurren en estos problemas.

## **Planteamiento del problema**

A lo largo de la búsqueda de la información teórica que sustente esta investigación, se han encontrado autores que han establecido una relación entre el nivel de estrés y un grado de trastornos alimentarios en jóvenes que cursan el nivel de educación medio superior. Sin embargo, aun teniendo estas referencias, no existe suficiente información sobre este tema, por lo que es conveniente realizar una investigación que busque la manera de aumentar los datos que se tienen respecto a la relación entre estas dos variables.

En la actualidad se puede observar que existe una marcada preocupación en lo que a imagen corporal respecta, este problema se ha venido reflejando especialmente en los adolescentes, lo que al parecer ha provocado, entre otros efectos, que exista un incremento principal en sus niveles de estrés sin importar sexo o posición social.

Aunque existen investigaciones y autores que han indagado sobre el estrés y los trastornos alimentarios, son muy pocos los trabajos que han establecido una relación entre estas dos variables, tomando en cuenta que en la actualidad este problema ha alcanzado un nivel alto de preocupación entre los padres de familia de los mismos adolescentes que padecen estos problemas, así como en los profesores que están a cargo de ellos en su proceso educativo.

Tomando en cuenta lo planteado anteriormente, se pretende responder la siguiente pregunta:

¿Existe relación significativa entre el nivel de estrés y el grado de los trastornos alimentarios en los alumnos de 4º semestre del Centro de Estudios Tecnológicos Industrial y de Servicios No. 27, del ciclo escolar 2010-2011, de la ciudad de Uruapan, Michoacán?

## **Objetivos**

Para la realización de cualquier trabajo de investigación es necesario cumplir con ciertos lineamientos para llegar a una meta satisfactoria, es por ello que en este trabajo se incluyen los siguientes objetivos que serán de utilidad para llegar a la culminación satisfactoria del mismo.

### **Objetivo general**

Establecer la correlación que existe entre el nivel de estrés y los trastornos alimentarios en los alumnos de 4º semestre del ciclo 2010-2011 en el CETIS No. 27 de la ciudad de Uruapan, Michoacán.

### **Objetivos particulares**

1. Definir el concepto de estrés.

2. Identificar las causas que ocasionan el estrés.
3. Describir el cuadro sintomatológico característico del estrés.
4. Indagar los diferentes enfoques teóricos sobre el estrés.
5. Definir el concepto de trastornos alimentarios.
6. Determinar las causas que ocasionan los trastornos alimentarios.
7. Analizar las características psicológicas de los trastornos alimentarios.
8. Evaluar el nivel de estrés en los alumnos de 4<sup>o</sup> semestre del CETIS No. 27 de la ciudad de Uruapan, Michoacán.
9. Medir los rasgos psicológicos característicos de los trastornos alimentarios en los alumnos de 4<sup>o</sup> semestre del CETIS No. 27 de la ciudad de Uruapan, Michoacán.
10. Determinar la relación estadística entre el nivel de estrés y los trastornos alimentarios en los alumnos del 4<sup>o</sup> semestre del CETIS No. 27 de la ciudad de Uruapan, Michoacán.

### **Hipótesis de investigación**

Una vez determinados los objetivos que servirán de lineamiento para esta investigación, es necesario determinar las explicaciones provisionales sobre la realidad de estudio.

### **Hipótesis de trabajo**

Existe una relación significativa entre el nivel de estrés y los rasgos psicológicos de los trastornos alimentarios en los alumnos de 4º semestre del ciclo 2010-2011 del CETIS No. 27, de la ciudad de Uruapan, Michoacán.

### **Hipótesis nula**

No existe una relación significativa entre el nivel de estrés y los rasgos psicológicos de los trastornos alimentarios en los alumnos de 4º semestre del ciclo 2010-2011 del CETIS No. 27, de la ciudad de Uruapan, Michoacán.

### **Operacionalización de las variables de investigación**

La variable estrés se identificará como el resultado que el sujeto obtenga en la prueba CMAS-R de los autores Reynolds y Richmond (1997), la cual está conformada por cuatro escalas y una más que mide la mentira en el sujeto investigado.

La variable trastornos alimentarios se identificará por el puntaje que el sujeto obtenga en la prueba Inventario de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2) de Gardner (1998), la cual ubica 11 escalas relacionadas con los rasgos psicológicos propios de los trastornos alimentarios.

## **Justificación**

La presente investigación beneficiará de manera directa a los alumnos evaluados con las pruebas de estrés y trastornos alimentarios, porque arrojará los principales indicadores que señalan si el nivel de estrés presentado en los alumnos está relacionado de alguna manera en la presencia de rasgos psicológicos que indiquen el padecimiento de trastornos alimentarios, lo que permitirá que exista una información profunda y alcanzable que permita al adolescente buscar la ayuda necesaria para la atención de este problema, en caso necesario.

Además de lo mencionado anteriormente, esta investigación es provechosa para los padres de los alumnos que tengan indicadores de trastornos alimentarios, ya que exigirá la atención de ellos hacia el padecimiento de sus hijos, además de proveer una fuente de información necesaria que les permitirá tener un amplio panorama sobre estos problemas y así, tomar las medidas necesarias para evitar el desarrollo de los trastornos o de los niveles de estrés en sus hijos.

También es importante mencionar que existe un beneficio para la institución en donde se realizará la presente investigación, ya que por medio de la misma se pueden conocer las características principales de estos padecimientos y lograr detectarlos antes de que su malestar se presente o avance; además, dotará al personal docente de información para implementar y tomar las medidas necesarias para evitar el desarrollo de estos trastornos y proporcionar una atención integral para los alumnos.

Esta investigación beneficia a la psicología al obtener una mayor información sobre la relación entre las variables, ya que en la actualidad y en el contexto estudiado no se encuentra con información suficiente que ayude a implementar un programa o proyecto en donde se vea la manera de detener la aparición de estos trastornos. Conjuntamente, ayudará a ampliar el panorama que se tiene sobre los trastornos alimentarios, al obtener mayores fuentes confiables que pueden ser de apoyo para el análisis e incluso la formulación de nuevas hipótesis acerca del tema.

Esta investigación es propia de la psicología porque es la principal disciplina preocupada por los efectos que tiene esta problemática en los adolescentes, en lo que se refiere a su personalidad, adaptación a su medio social y principalmente, las repercusiones que tiene sobre los aspectos afectivos y emocionales de los mismos.

Por otro lado, este trabajo también tiene ventajas para los docentes, médicos y pedagogos que se encuentran vinculados en la atención integral de estos padecimientos, al dotarlos de la información necesaria para ahondar en el tema.

## **Marco de referencia**

Se presentan a continuación las características descriptivas del lugar en donde se realizará la aplicación de las pruebas para la investigación.

El nombre completo de la institución es: Centro de Estudios Tecnológicos Industriales y de Servicios No. 27, que se encuentra ubicado en el Km. 66.8 de la carretera Carapan-Uruapan sin número. El CETIS No. 27 es una institución que se encuentra bajo los lineamientos educativos de la DGETI (Dirección General de Educación Tecnológica Industrial), la cual es un organismo dependiente de la SEIT (Subsecretaría de Educación e Investigación Tecnológicas) que tienen como finalidad el apoyo a la formación de técnicos industriales en nivel medio superior.

Esta institución tiene como misión el formar tanto bachilleres técnicos como técnicos profesionales competitivos aptos para el autodesarrollo permanente, para la convivencia responsable, creativa y sustentable, comprometidos con sí mismos y con el mejoramiento de su entorno.

La historia del CETIS No. 27 se remonta al año de 1978, cuando, debido a que muchos jóvenes abandonaban sus estudios o no podían continuarlos a causa de las limitaciones económicas, se considera la intención de crear una institución educativa que fuera diferente a las ya existentes y a la vez innovadora, para cumplir los deseos de los jóvenes de superarse, así, en ese año comienza sus actividades el entonces Centro de Estudios Tecnológicos No. 10 dentro de las instalaciones de la Secundaria

Técnica No. 30, pero no fue hasta el año de 1981 que el CET No. 10 cambia su nombre por el de CETIS No. 27, que ya para este entonces contaba con un terreno propio donde se construiría lo que actualmente es la infraestructura de esta institución.

El plantel citado admite entre sus alumnos a los jóvenes de diversos sectores y creencias religiosas, sin importar el nivel económico, ya que busca principalmente apoyar a los jóvenes que por medio de una carrera técnica cuenten con herramientas necesarias para que, una vez terminada su educación, puedan ejercer como técnicos en las diferentes áreas que ofrece.

El número actual de alumnos con los que cuenta la institución es de 1383, de los cuales 709 cursan el turno matutino y 674, el vespertino. Cuenta con un total de seis especialidades: construcción, contabilidad, electrónica, informática, asistente ejecutivo bilingüe y enfermería. Además, cuenta con un personal total de 93 elementos, de los cuales 63 son docentes, quienes tienen como carreras profesionales las siguientes: médicos, ingenieros, contadores, químicos, enfermeras y profesores que son asignados a la especialidad correspondiente a su rama de estudio.

En lo que a infraestructura se refiere, el CETIS No. 27 cuenta con siete edificios en donde se concentran los alumnos de las diferentes especialidades, así como las oficinas administrativas, servicio médico y de orientación educativa. Cuenta además con canchas de fútbol, básquetbol, biblioteca, salón audiovisual, laboratorios

de enfermería, computación, taller para la especialidad de construcción, electricidad, cafetería y además, por su ubicación, cuenta con amplias áreas verdes dentro de su infraestructura.

# **CAPÍTULO 1**

## **EL ESTRÉS**

El presente capítulo tratará de una de las variables de investigación concernientes a este trabajo, el estrés. En este capítulo se abordarán aspectos que son necesarios para una mayor comprensión de la variable mencionada anteriormente, ya que en él se desarrollarán los subtemas como antecedentes del estrés, enfoques teóricos, definición de estrés, estresores, procesos del pensamiento asociados con el estrés, entre otros, los cuales se describirán a continuación.

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

El término estrés es una palabra que se ha venido utilizando desde los tiempos remotos del siglo XIV; tal como lo citan Lazarus y Lazarus (2000), se utilizaba como una manera de definir la dureza o resistencia en los conflictos de la vida cotidiana de las personas. Fue en el siglo XVIII cuando se le dio una importancia técnica a este término, ya que entonces el físico y biólogo Robert Hooke ayudó a los ingenieros a diseñar puentes con la capacidad de soportar cargas pesadas y resistir las adversidades del clima y naturaleza; Hooke comienza sus estudios mediante un análisis de las características del hierro que sostiene los puentes, ante lo cual encontró que existen algunos que son muy fuertes pero que se rompen con facilidad, mientras que existen otros más flexibles que no se rompen y con los que se trabaja

fácilmente, lo cual tuvo una influencia en la manera biológica, social y psicológica de estudiar el término estrés.

En el siglo pasado y como lo menciona Sánchez (2007), el médico francés Claude Bernard encontró a lo largo de sus investigaciones, que existen cambios en el mundo externo que provocan perturbaciones en algunos organismos. Esta misma autora cita a Slipak, haciendo mención del concepto fundamental de las investigaciones de Bernard: “La estabilidad del medio ambiente interno es la condición indispensable para la vida libre e independiente. Desde este punto de vista, el proceso de sobrevivencia estaría determinado por una interacción entre el ambiente externo y los mecanismos biológicos que posee el organismo” (Sánchez; 2007: 16).

Con este fundamento, Bernard tiene la clave de la existencia humana, que es la adaptación del organismo con las características externas de su medio y el equilibrio con el mismo.

Después de los hallazgos de Bernard, en el siglo XX, el fisiólogo estadounidense Walter B. Cannon, descubre en sus trabajos que: “cuando un organismo experimenta miedo o se enfrenta a una emergencia su cerebro responde activando el sistema nervioso simpático” (referido por Sánchez; 2007:16). Con este descubrimiento, Cannon le da una gran importancia a las reacciones del sistema nervioso ante las amenazas del medio externo, las cuales provocan respuestas diferentes en el organismo que involucran principalmente al cerebro y a las

descargas de adrenalina del sistema nervioso, lo que provoca que exista en el organismo un instinto de ataque o huida. En 1922 utiliza el término homeostasis para referirse al equilibrio y el proceso adaptativo de los diversos sistemas del organismo y el medio externo en el que conviven las personas.

Años después, el científico austriaco-canadiense Hans Selye comienza a realizar una serie de investigaciones sobre el estrés con pacientes hospitalizados, en las que descubre varias respuestas fisiológicas específicas en los sujetos que estudiaba. Como lo menciona Sánchez (2007), Selye denominó a las respuestas vistas por él en los sujetos de estudio Síndrome de Adaptación General y, años más tarde, el mismo investigador define el término estrés ante la Organización Mundial de la Salud.

Por otro lado, Lazarus y Lazarus (2000) mencionan un antecedente del término estrés que se sitúa en la Segunda Guerra Mundial; durante ese conflicto surgió una gran preocupación sobre las respuestas que tenían los soldados al momento de enfrentar a los enemigos en el frente de batalla, ya que en diversas ocasiones, éstos se quedaban paralizados al momento de realizar un ataque frente al enemigo, razón por la cual llegaban a desmoralizarse; a este fenómeno se le llamó neurosis de guerra. Los líderes militares comenzaron a preocuparse por la situación que enfrentaban, comenzaron a buscar la manera de seleccionar a los soldados más aptos y con resistencia al estrés para colocarlos al frente de las campañas militares.

Debido a esta situación, y como los autores citados lo mencionan, fueron ellos mismo algunos de los principales participantes en las investigaciones sobre este problema, por ello se dio cuenta después de la Segunda Guerra Mundial que el estrés existe en situaciones de la vida cotidiana, y que de igual manera, los soldados manifestaban afecciones psicológicas.

En datos más recientes del siglo pasado, se observó un interés por el estudio del estrés como causante de padecimientos y angustias en las personas; tal como lo citan Lazarus y Lazarus (2000), se demuestra que es necesario un cierto nivel de estrés en el organismo para enfrentar situaciones adversas, además, se hace hincapié en las diferencias individuales en relación con los efectos causados por el estrés, ya que en algunas personas era necesaria una cierta cantidad de estrés para funcionar mejor, y en otras el nivel de adversidad no era tan exigente.

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

Para comprender de manera más definida el fenómeno del estrés en la vida cotidiana, los investigadores han visualizado tres enfoques distintos en los cuales basan sus estudios para comprender este fenómeno. Dentro de este subtema se abordará cada una de las perspectivas de entender el estrés: como estímulo, como respuesta y, finalmente, como enfoque interactivo.

### 1.2.1 Estrés como estímulo

Esta manera de conceptualizar el estrés proviene desde los tiempos de Hipócrates, que “creía que el entorno condicionaba las características de la salud y de la enfermedad” (citado por Travers y Cooper; 1997: 30). Con esta definición se establece el estrés como un agente externo independiente a las características internas de las personas. Hace énfasis en las características ambientales, que son las que dañan de manera física y emocional a las personas y que el nivel de tensión o de estrés dependerá del tiempo de duración en las mismas.

Travers y Cooper (1997) describen que este enfoque identifica como factores potencialmente estresantes a las presiones ambientales (el ruido), las presiones sociales (racismo), los factores psicológicos (enfermedades de tipo terminal o depresión), las físicas (discapacidad), las presiones económicas (desempleo y pobreza) y los desastres naturales (inundaciones, terremotos). Todos ellos tienen un efecto negativo en el equilibrio del ser humano.

Un elemento importante de este enfoque es: “que cada individuo posee un nivel de tolerancia que es superable, y que este <pasarse de la raya> puede provocarle unos daños temporales o permanentes” (Travers y Cooper; 1997: 32). Lo anterior hace referencia a que el individuo está constantemente expuesto a presiones externas que puede ir enfrentando y dominando poco a poco, pero existe un punto en donde un suceso, aunque sea insignificante, puede provocar en la persona un

derrumbe físico o emocional o bien, hacerlo buscar la solución a dicho problema, de acuerdo con sus capacidades.

Este enfoque tuvo una mayor importancia cuando comienza el proceso de industrialización, ya que se considera clave importante dentro del aspecto ambiental, debido a los cambios que tuvo en la vida de los individuos, al aumentar la demanda y carga laboral, así como la producción de ruido y calor en las ciudades.

Por otro lado, Travers y Cooper, (1997), citando a Selye, describen que el estrés no sólo produce efectos negativos en la vida de las personas, sino que llega a considerarlo como un estimulante. Hace una división del estrés en: estrés positivo llamado también *eustrés*, que motiva al individuo al crecimiento, al desarrollo y al cambio, a diferencia del estrés negativo o *distrés*, que es considerado incontrolable y el causante de daño en las personas.

Por último, este enfoque hace énfasis en reconocer principalmente las distintas fuentes del estrés, al señalar que existen cuatro tipos: exceso o hiperestrés, defecto o hipoestrés, mal estrés o distrés y buen estrés o eustrés.

### **1.2.2 Estrés como respuesta**

El segundo enfoque considera al estrés como la reacción que manifiesta la persona ante una situación desagradable. Como Travers y Cooper (1997) lo

describe, en este enfoque se da más importancia a la manifestación o a los efectos que se producen en el organismo cuando se somete a presión o estrés.

Selye fue uno de los principales impulsores de este enfoque, gracias a que popularizó el Síndrome de Adaptación General entre médicos y psicólogos de su época, e hizo hincapié en la reacción del organismo ante el estrés. Describió que existen tres fases para la respuesta al estrés: la primera, a la que llamó fase de reacción de alarma; la segunda, que denominó como etapa de resistencia y, por último, la etapa de agotamiento.

En la fase de alarma, “el organismo se prepara para enfrentar una situación nueva, inesperada y de emergencia que requiere toda su energía y sus recursos. En esta fase, Selye identificó respuestas fisiológicas en los sistemas circulatorio, muscular, nervioso central y neuroendocrino (sistema límbico, sistema reticular, hipotálamo)” (Sánchez; 2007: 17). En esta primera fase el organismo se prepara para en enfrentamiento o la huida, a través de reacciones físicas tales como la dilatación de las pupilas, agudización de la audición, tensión muscular para responder a la amenaza, aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria, con la finalidad que el oxígeno llegue a las células y favorecer la respuesta ante el peligro.

La segunda fase, llamada de resistencia, es una valoración de los acontecimientos ocurridos, en esta etapa aún persiste el nivel alto de alarma, pero en ella se reúnen las fuerzas necesarias para que el organismo continúe con su

respuesta a dicha amenaza, según la descripción realizada en la obra de Fontana (1992).

En la última etapa, la de agotamiento, que es donde ocurre el colapso de las fuerzas del individuo, existen diversos aspectos psicológicos que deben ser considerados ante los efectos del estrés. Cabe mencionar que estos atributos se van a diferenciar de acuerdo con la capacidad de cada individuo y a la manera propia de hacer frente a las situaciones estresantes.

Fontana (1992) enlista los aspectos psicológicos del estrés clasificándolos en efectos cognitivos, emocionales y conductuales generales.

Los efectos cognitivos del estrés excesivo son los siguientes:

1. Decremento del periodo de la concentración y atención.
2. Aumento de la distractibilidad.
3. Deterioro de la memoria a corto y a largo plazo.
4. La velocidad de respuesta se vuelve impredecible.
5. Incremento de la frecuencia de errores.
6. Deterioro de la capacidad de organización y de la planeación a largo plazo.
7. Aumento de los delirios y de los trastornos del pensamiento.

Los efectos emocionales del estrés son los siguientes:

1. Aumento de la tensión física y psicológica.
2. Incremento de la hipocondría.
3. Aparecen cambios en los rasgos de personalidad.
4. Aumento de los problemas de personalidad existentes.
5. Debilitamiento de las restricciones morales y emocionales.
6. Aparecen depresión e impotencia.
7. Pérdida repentina de la autoestima.

Dentro de los efectos conductuales generales del estrés, se identifican:

1. Aumento de los problemas del habla.
2. Disminución de los intereses y el entusiasmo.
3. Aumento del ausentismo.
4. Incremento del consumo de drogas.
5. Descenso de los niveles de energía.
6. Alteración de los patrones de sueño.
7. Aumento del cinismo acerca de los clientes y colegas.
8. Se ignora la nueva información.
9. Las responsabilidades se depositan en los demás.
10. Se resuelven los problemas a un nivel cada vez más superficial.
11. Aparecen patrones de conducta excéntricos.
12. Pueden hacerse amenazas de suicidio.

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

El tercer enfoque teórico presenta al estrés, según Travers y Cooper (1997), como un fenómeno no estático o solamente consecuencia del entorno o de la persona, sino como una compleja relación existente entre el entorno y la persona, en donde ambos interfieren para generar una situación estresante.

Dentro de los trabajos realizados por diversos investigadores, se ha encontrado 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; 1997: 32). Según esta cita, la persona reacciona de acuerdo con la situación del entorno y a las experiencias previamente vivenciadas. Para que exista una actitud positiva para enfrentarse al estrés provocado por las situaciones externas, la persona tiene que contar con un nivel adecuado de adaptación a su medio.

Otro punto que juega un papel importante en este enfoque es la percepción y los procesos cognitivos que determinan la presencia o no del estrés. La esencia de este enfoque es la cognición y la manera en que ella influye en las respuestas ante los hechos estresantes.

Visto desde este enfoque, tal como Travers y Cooper (1997) lo describen en su obra, el estrés es dinámico y relacional, no solamente un estímulo del ambiente o una respuesta. Existe una relación constante entre la persona y el entorno, influida

por los procesos cognitivos que intervienen constantemente. Existen cinco aspectos importantes a considerar en este modelo, mencionados en la obra del autor citado anteriormente, los cuales son los siguientes.

1. Valoración cognitiva: que hace referencia a la percepción subjetiva de la situación que conduce a la experiencia.
2. Experiencia: la percepción de la situación dependerá de la familiaridad que tenga la persona con la situación a la que está expuesto, su interacción y aprendizaje anterior.
3. Exigencia: incluye la demanda real y la percibida, es decir, las necesidades y deseos del individuo, sus deseos y su nivel de estimulación inmediata.
4. Influencia interpersonal: la manera de percibir una fuente potencial de estrés depende de la presencia o la ausencia de otras personas, que influyen en la experiencia propia del individuo expuesto a la situación.
5. Un estado de desequilibrio: cuando existe un estado de desequilibrio entre la exigencia que se aprecia y la capacidad percibida de superar la situación, se generan las estrategias de superación, que tienen en cuenta las consecuencias pasadas de tal acción, en este caso, las positivas restauran el equilibrio, mientras que las negativas potencian aún más la situación negativa.

### **1.2.3.1. El concepto integrador de estrés.**

A partir de la presentación de los tres enfoques teóricos, se puede establecer una definición de estrés fundada en el enfoque interactivo.

Lazarus (referido por Trianes; 2002: 21-22) expone que el concepto de estrés debe contener cinco aspectos:

- a) “Existencia de una demanda.
- b) Percepción de esa demanda como amenaza, pérdida o daño.
- c) El sujeto no dispone de recursos suficientes.
- d) Presencia de emoción negativa.
- e) Peligro de inadaptación o desajuste psicológico”.

Una definición complementaria es la siguiente: “es una respuesta adaptativa, mediada por las características individuales y/o procesos psicológicos, la cual es al mismo tiempo consecuencia de una acción, situación o evento externo que plantea a la persona especiales demandas físicas o psicológicas” (Ivancevich y Matteson; 1985: 25).

Ambas aseveraciones acentúan el papel de la valoración del sujeto ante la fuente de estrés.

Si bien hasta ahora se ha hablado del estrés como experiencia negativa, es decir, del distrés, existe también el fenómeno conocido como eustrés. Éste es un tipo de estrés en el que se experimenta un estímulo positivo, tal como lo cita Selye (referido por Ivancevich y Matteson; 1985: 248), proviene del prefijo griego “eu” que significa bueno y hace referencia al estrés que es útil o que logra producir un cambio positivo. Ejemplo de lo anterior es el terminar un crucigrama o una tarea difícil; con este tipo de estrés se experimentan situaciones de alegría y satisfacción intrínseca, sobre todo después de haber culminado la tarea desafiante.

### **1.3 Los estresores**

Para los seres humanos, cualquier circunstancia que logre cambiar la rutina diaria es causa de estrés, aun los cambios potenciales, que son las llamadas preocupaciones, producen un cambio en el equilibrio personal. A estos productores de cambio se les llama estresores.

“Cabría realizar diferentes taxonomías sobre los estresores, en función de criterios meramente descriptivos —características físicas, perceptivas, etc.— sin embargo, dado que la inmensa mayoría de estas funciones son de tipo psicosocial, se ha tendido a clasificarlos por el tipo de cambios que producen en las condiciones de vida, cambios que afectan precisamente a las propias condiciones psicosociales de las personas” (Palmero; 2002: 425). A partir de esta cita, cabe mencionar que existen diferentes tipos de estresores que producen cambios en la rutina diaria y en la vida de las personas, dependiendo de su intensidad y duración. Entre ellos se

destacan los estresores psicosociales, que mayormente tienen que ver con el entorno en la persona, y los biogénicos, que son aquellos que ocurren meramente dentro de la persona y los que principalmente preocupan a esta investigación, ya que dependen del área a investigar, en este caso la educativa.

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

En primer lugar, se va a definir los estresores de carácter psicosocial, los cuales se dividen en tres categorías según sus cambios: mayores, vitales y por último los cotidianos o nombrados también microestresores. Todos ellos se describirán enseguida.

Los estresores conocidos como cambios mayores, tal como Palmero (2002) lo describe, son aquellos que hacen referencia a cambios drásticos en la vida de una persona, por ello, producen consecuencias negativas según la prolongación en el tiempo que dure el estrés; generalmente, cuando dicho estresor afecta a las personas, es de manera prolongada, como el caso de un encarcelamiento. Este tipo de estresor tiene como característica la capacidad de afectar a un amplio número de personas, como por ejemplo: un país que sufre una catástrofe natural; mientras más tiempo se prolongue el daño, más efecto negativo tendrá en cuanto a nivel de estrés se refiere, ya sea el caso que afecte a una persona o a varias, tiene como característica común que deja un efecto traumático.

En segundo lugar se encuentran los estresores vitales, que son los que “hacen referencia a ciertas circunstancias que pueden hallarse fuera de control del individuo, como el caso de la muerte de un ser querido... o también a otros tipos de acontecimientos que están fuertemente influidos por la propia persona, como es el caso de un divorcio...” (Palmero; 2002: 427). Este tipo de estresores producen una alteración en el área vital, por ser altamente significativos y específicos de cada persona.

Esta clasificación hace referencia a cambios en:

1. La vida conyugal, como el caso del compromiso matrimonial, el matrimonio, el divorcio o la muerte de uno de los miembros de la pareja.
2. La paternidad, se refiere a ser padre o madre, enfermedad de los hijos o relaciones deficientes con ellos.
3. Relaciones interpersonales, alude a problemas en interacción con amigos, vecinos, socios, entre otros.
4. Ámbito laboral, en el que se incluyen el trabajo, la escuela y las tareas domésticas.
5. Situaciones ambientales, tales como el cambio de residencia o inmigración.
6. Cuestiones legales, por ejemplo, encarcelamientos, juicios o pleitos.
7. Ámbito económico, que tiene que ver con situaciones que implican un mal manejo en las finanzas o en la situación económica.

8. El proceso biológico, como los cambios en la adolescencia o maduración.
9. Lesiones o enfermedades, se refieren al padecimiento de algún tipo de enfermedad terminal, accidentes o situaciones quirúrgicas.
10. Otros tipos que tienen que ver con situaciones como una violación o persecuciones, entre otros factores.

Por último, se encuentran los estresores cotidianos o también llamados microestresores, que son “aquellas pequeñas cosas que pueden irritarnos o perturbarnos en un momento dado, como convivir con un fumador desconsiderado, reñir con nuestra pareja” (Palmero; 2002: 430). Este tipo de estresores son los que cambian algunos patrones en el comportamiento y mantienen el estrés hasta que se logra una acomodación a nuevas situaciones. Aparentemente son estresores irrelevantes, pero constantes, esta situación causa un cambio psicológico en el individuo.

Algunas características que se presentan con frecuencia en estos estresores son las siguientes: implican un cambio, son situaciones que se perciben como carentes de información para tomar una decisión, existe un estado de incertidumbre y también una ambigüedad o bien, una carga de información, puede existir ausencia de habilidades o bien acceder a un gran número de comportamientos que sean útiles para afrontar la situación, también pueden producir cambios biológicos en las personas.

Se pueden identificar dos tipos de micro estresores, encontrados en la obra de Palmero (2002):

1. Las contrariedades: situaciones que causan malestar emocional o irritación, por ejemplo, perder un objeto, encontrarse en el tráfico, tener problemas familiares, sufrir las consecuencias de fenómenos meteorológicos.
2. Las satisfacciones: experiencias y emociones positivas que nulifican los efectos de las contrariedades.

### **1.3.2 Estresores biogénicos**

Son los estresores que actúan directamente al generar cambios en el organismo. Como se vio anteriormente, los estresores psicosociales tenían su origen en el medio externo y las personas, al crear una serie de condiciones necesarias para una respuesta; en cambio, los estresores biogénicos actúan directamente causando una respuesta meramente emocional.

“Los estresores biogénicos no utilizan mecanismos de valoración cognitiva, y actúan directamente en los núcleos elicítadores neurológicos y afectivos” (Palmero; 2002: 431). Este tipo de estresores no necesita, a diferencia de los otros, una valoración cognitiva para emitir la respuesta, sino que la respuesta se activa directamente afectando el estado anímico.

Ejemplos de este tipo de estresores son, según Palmero (2002):

- a) Cambios hormonales en el organismo: tal es el caso de los que ocurren en la pubertad, como son todas las modificaciones hormonales que son causa importante de estrés. El síndrome premenstrual, es otro ejemplo de cambios en el organismo, ya que en las mujeres causa estrés el desequilibrio hormonal que se genera días previos a la aparición de la menstruación. El parto o aborto y postparto son situaciones que generan estrés o sobreestrés en algunas mujeres, debido al desajuste hormonal que sucede después de estos acontecimientos. El climaterio, el escaso o mal funcionamiento de los ovarios, son también ejemplos en los que el desequilibrio hormonal juega un papel importante en la generación de estrés.
- b) Ingesta de determinadas sustancias químicas: como ejemplo, se pueden mencionar las anfetaminas, nicotina, cafeína, entre otras, que causan un desajuste en el equilibrio del organismo.
- c) Reacción a ciertos factores físicos: como los estímulos que provocan dolor, frío o calor.
- d) Estrés alérgico: las alergias son consideradas una fuente importante de estrés por los grandes cambios ocurridos en el organismo como respuesta del sistema inmunológico para la defensa a estas reacciones.

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

Como ya se ha mencionado anteriormente, cualquier cambio en la rutina diaria o en la vida de las personas, por muy insignificante que sea, es causante de un cierto nivel de estrés. Anteriormente se han descrito los estresores psicosociales y biogénicos, así como sus efectos en la vida de las personas, ahora es conveniente analizar los estresores que conciernen al contexto de esta investigación, es decir, los generados en el ámbito académico.

Para este punto, se ha tomado información de un estudio realizado por Barraza (2005), publicado en la Revista electrónica de Psicología Científica, en donde se realizó un estudio sobre las características del estrés académico de los alumnos en educación media superior, el cual contó con una población de 356 alumnos de la ciudad de Durango, México.

De acuerdo con Polo, Hernández y Poza, (citados por Barraza; 2005), los principales estresores académicos son los siguientes:

1. Exposición de trabajos.
2. Intervención en el aula (realizar o responder preguntas, participar en coloquios).
3. Realización de un examen.
4. Ir al despacho del profesor para tutoría.

5. Sobrecarga académica (excesivo número de créditos, trabajo obligatorio).
6. Masificación de las aulas.
7. Competitividad entre compañeros.
8. Trabajar en grupo.
9. Exceso de responsabilidad.
10. Interrupciones del trabajo.
11. Ambiente físico desagradable.
12. Falta de incentivos.
13. Tiempo limitado para hacer trabajos.
14. Problemas o conflictos con los profesores y/o compañeros.
15. Evaluaciones.
16. Tipos de trabajo que se pide.

Aunado a esto, existen también estresores que tienen que ver con el ingreso a la universidad, fundamentalmente en alumnos de últimos semestres de preparatoria; en ellos, el estrés por el cambio de residencia, de ciudad, de compañeros, de escuela y de actividades escolares, es considerado mayor.

Existen 12 tipos de respuestas al estrés académico señaladas por Hernández, Polo y Poza, (citados por Barraza; 2005: s/p) las cuales son las siguientes:

1. "Me preocupo.
2. El corazón me late muy rápido y/o me falta aire y la respiración es agitada.

3. Realizo movimientos repetitivos con algún parte de mi cuerpo, me quedo paralizado o mis movimientos son torpes.
4. Siento miedo.
5. Siento molestias en el estómago.
6. Fumo, bebo o como demasiado.
7. Tengo pensamientos o sentimientos negativos.
8. Me tiemblan las manos o las piernas.
9. Me cuesta expresarme verbalmente o a veces tartamudeo.
10. Me siento inseguro de mí mismo.
11. Se me seca la boca y tengo dificultades para tragar.
12. Siento ganas de llorar”.

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

“Dentro de los procesos automáticos se encuentran también las distorsiones cognitivas, que son parte del procesamiento automático, y que, independientemente de lo irracionales que sean, casi siempre son creídas por la persona. Estos pensamientos deformados tienden a ser reiterativos, inciden directamente en una incapacidad para evaluar adecuadamente la situación, y por tanto, disminuyen la efectividad del procesamiento controlado del estrés” (Palmero; 2002: 434).

De acuerdo con esta cita, se puede apreciar que no solamente los estresores externos son los propiciadores del estrés, sino también los pensamientos distorsionados que día a día son frecuentes en las personas.

De acuerdo con Palmero (2002), los tipos de distorsiones más frecuentes son los siguientes:

- a) El filtraje: que se caracteriza porque en él, la persona sólo se enfoca en un elemento de una determinada situación y excluye el resto. Es decir, sólo resalta un detalle y toda la situación gira en torno a éste.
- b) La sobregeneralización: la persona es capaz de generalizar un solo acontecimiento; aunque este sea simple, tiende a extenderlo en toda la situación.
- c) La interpretación del pensamiento: en esta distorsión, el sujeto interpreta el pensamiento y hace juicios repentinos sobre los demás. Generalmente hace presunciones sobre las demás personas y la manera en que los demás reaccionan con respecto a ella.
- d) La polarización y la visión catastrófica: en esta situación, la persona cree que una situación negativa atrae a otras. La gente juzga como todo bueno o todo malo y se caracteriza por utilizar la formulación del “y si...”.
- e) La falacia de control: existen dos formas para esta distorsión, en la primera, la persona cree que todas las situaciones las controla alguien fuera de ella, por lo que se siente impotente y controlada, mientras que en la otra circunstancia pasa lo contrario: el sujeto se cree omnipotente y capaz de controlar las situaciones, por ello, se asume responsable de todo lo que pase a su alrededor.

- f) El razonamiento emocional: en esta distorsión, la persona tiene la creencia de que lo que ella siente es verdadero. En este caso, si se cree perdedora, así será.
- g) La falacia de cambio: se basa en el supuesto de que la felicidad depende de los actos de los demás. El individuo se siente feliz si los demás satisfacen sus necesidades.
- h) La culpabilidad: algunas personas se sienten responsables de cualquier cosa negativa que les pase a otras. Se sienten obligadas a satisfacer cualquier requerimiento de otras para evitar sentirse culpables.
- i) El tener razón: en esta situación, el individuo cree que sus pensamientos son los correctos, sus acciones justas y la percepción que tiene del mundo es la correcta, en consecuencia, trata siempre de defender esta situación, por lo que siempre se encuentra a la defensiva.
- j) La personalización: la persona tiende a relacionar cualquier cosa que ocurra con ella misma, por ello en muchas ocasiones que la gente habla de ella.

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

Todas las personas tienen una determinada manera de afrontar el estrés utilizando cada quien sus recursos personales y sociales para enfrentar la situación, así como las emociones ocasionadas por dichas circunstancias. Estas reacciones dependerán de la propia experiencia del individuo y de las características que posea para hacer frente al estrés.

“Existen 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; 2002: 527).

Dentro de estos moduladores se encuentran los de carácter social, entre ellos se encuentra el apoyo recibido cuando la persona se encuentra en dificultades y las características culturales que predisponen la valoración de las fuentes de estrés; también existen las de carácter personal, por ejemplo, las competencias, la experiencia y rasgos de personalidad.

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

El impacto que se genera en el organismo proveniente de las fuentes estresantes, dependerá del mismo origen y del control que la persona pueda ejercer sobre el mismo. Se han realizado diferentes estudios sobre los efectos que tienen los estresores en el organismo, destacan entre ellos el de Seligman (1981), quien demuestra los efectos cognoscitivos, motivacionales y emocionales negativos de la falta de control ante el choque de las fuentes estresoras.

La percepción de control, se percibe “como una creencia general sobre el grado en el que uno mismo es capaz de controlar y lograr aquellas metas u objetivos deseados, regulando las dificultades que acaecen en el curso de su consecución

influye sobre la salud” (Fontaine, Mckenna y Cheskin, citados por Palmero; 2002: 528).

Cuando las personas sienten tener el control de la situación, generalmente creen ser capaces de controlar y llegar a cumplir las metas y objetivos planeados, aunque en ocasiones esta creencia no es real; sin embargo esta percepción protege a las personas de los efectos negativos que trae consigo el estrés.

Existen varios estudios que han demostrado que el control percibido, al igual que sus efectos, son determinados por la información que se tiene y su procesamiento. Tal es el caso del estudio realizado por Bourne (citado por Palmero; 2002), con soldados durante una batalla en la guerra de Vietnam: los resultados arrojaron que los soldados actuaron con mejores estrategias para afrontar la batalla, además de contar con altos niveles de percepción de control sobre la situación, gracias al entrenamiento recibido con anterioridad.

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

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

Este factor es considerado como una fuente de recursos útiles para recuperar el desequilibrio causado por el estrés. De acuerdo con el modo en que ayudan a la

salud y a recuperar el equilibrio, se han considerado dos mecanismos fundamentales para esta situación (Cascio y Guillén; 2010):

- 1) La hipótesis del efecto indirecto o protector: en ella se describe que las personas que están expuestas a estresores y tienen un apoyo social bajo, tendrán los efectos negativos de estrés. Sin embargo, cuando no existen estresores, el apoyo social deja de ser influencia en la salud de la persona y se convierte en un protector de los efectos patogénicos del estrés.
- 2) La hipótesis del efecto directo o principal: en ella se afirma que el apoyo social fomenta la salud y el bienestar, sin tomar en cuenta el nivel de estrés percibido. Menciona que a mayor apoyo social, menor efecto psicológico del estrés, y viceversa: a menor apoyo social, mayor efecto psicológico e incidencia de trastorno a causa del estrés.

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

El tipo de personalidad, reflejado en las conductas cotidianas, puede aumentar o minimizar los efectos del estrés. “Se ha descubierto que los <estilos> de conducta actúan como modificadores de la respuesta individual ante el estrés, afectando la relación entre los estresantes psicosociales y las tensiones” (Travers y Cooper; 1997: 90, citando a Van Dijkhuizen y Reiche).

Dos tipos de conducta son los que se han establecido para estudiar sus efectos en la respuesta del estrés. Como señalan Travers y Cooper (1997), fueron Friedman y Rosenman los primeros en investigar los tipos de conducta, a los que denominaron de tipo A y de tipo B. Dentro de sus estudios encontraron que estas clases son un conjunto de actitudes, reacciones emocionales y modelos de conducta que manifestaban los pacientes en su estudio de las enfermedades debidas al estrés.

El primero de los tipos mencionados, fue estudiado a finales de los años 50 por los cardiólogos Friedman y Rosenman, en una observación que hicieron a sus pacientes que presentaban un patrón de conducta similar.

De acuerdo con Travers y Cooper (1997), el comportamiento de tipo A es un complejo acción-emoción, caracterizado por una conducta de hostilidad, agresividad, competitividad y un sentido de urgencia, hablar de manera acelerada, con movimientos rápidos, así como un sentimiento de culpa o inquietud cuando no se está realizando algún trabajo. Las personas con este tipo de conducta suelen ser exigentes, intolerantes y estar orientadas al éxito de sus objetivos.

Otras características de este tipo de personalidad es que son individuos que tienden a moverse, caminar y comer rápidamente, procuran hacer dos o más cosas a la vez, tienden a manifestar tics nerviosos, giran a menudo la conversación hacia ellos, intentan organizar muchas cosas en poco tiempo, y no se sienten atraídos por individuos con su mismo tipo de personalidad.

Por otro lado, las personas con características conductuales de tipo B, son aquellas que, a diferencia de los del primer género, tienden a ser más relajadas, escuchan con paciencia, disfrutan más de las cosas simples de la vida; al igual que los individuos del otro tipo, también tienen metas trazadas y buscan el éxito en sus objetivos, la diferencia es que esta clase de sujetos busca la satisfacción de sus necesidades de una manera que no cause trastornos psicológicos.

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

De acuerdo con las características y a la manera en que se observan las respuestas, las personas que tienen este tipo de personalidad son propensas a sufrir problemas cardiacos. Según Ivancevich y Matteson (1985), se realizaron diversas investigaciones sobre las repercusiones de las respuestas de la conducta del tipo A, con un grupo colaborador occidental (WCGS), a finales de la década de los sesentas, con la evaluación de más de tres mil empleados de diferentes compañías.

Los datos arrojados por este estudio, después de un seguimiento de dos años y medio, fue que el 70% de los participantes que habían sufrido una enfermedad cardiaca, eran del tipo A. Años después de este primer seguimiento, había 257 de la muestra original que habían sufrido enfermedad cardiaca.

De acuerdo con estas investigaciones, existen dos explicaciones de los médicos e investigadores que hacen referencia a la posible relación entre el tipo de conducta A y los problemas cardiacos.

Ivancevich y Matteson (1985) señalan que la primera pauta que se da sobre las personas de tipo A, es que de acuerdo con las características de la conducta que presentan, aumenta la probabilidad de exponerse a cierto tipo de estresores, por ello disminuyen sus defensas hacia el estrés al momento de negarse a relajarse o tomar un tiempo libre, es decir, crean el estrés constantemente.

La otra noción sobre la etiología de los problemas cardiacos en los individuos de tipo A, se refiere al ambiente donde se generan sus conductas, en este caso, la relación entre los estresores ambientales y la propensión a responder de cierta manera, influyen a que se padezcan enfermedades cardiacas.

### **1.6 Los efectos negativos del estrés.**

Como se mencionó anteriormente, el estrés está relacionado con algunos de los padecimientos físicos que traen consecuencias desagradables para las personas. Esto de acuerdo con los estudios realizados con diversos grupos, debido a las características de personalidad y al desgaste que el estrés causa en el organismo.

Dentro de las enfermedades relacionadas con el estrés se encuentran las siguientes (citadas por Ivancevich y Matteson; 1985):

- A) Hipertensión: es una enfermedad que se da por la presión en la que la sangre fluye a través de las arterias; la respuesta que tiene el organismo con el estrés es que comprime las paredes arteriales aumentando la

presión sanguínea; si se prolonga el tiempo de la respuesta al estrés, la presión tendrá niveles anormales.

- B) Las úlceras: son lesiones en el recubrimiento del estómago o intestino, cuya causa es la variación de los niveles de cortisona cuando existe un periodo estresante. Al igual que la anterior, si se prolonga el tiempo del padecimiento, se produce una lesión mayor.
- C) La diabetes: es producida por una deficiencia de insulina, lo cual tiene como consecuencia que no se pueda absorber el azúcar de la sangre; debido al estrés, dicho nivel se eleva, lo cual causa que se tenga una demanda de insulina mayor y un debilitamiento del páncreas.
- D) La migraña: generalmente se presenta como resultado de la tensión muscular producida por algún estresante; si el periodo de exposición al mismo es mayor, el dolor y la duración de la jaqueca serán mayores.
- E) El cáncer: es una de las enfermedades mortales y parece controvertido que se encuentre en esta categoría, sin embargo, de acuerdo con una teoría sobre esta enfermedad, las células mutantes que se producen continuamente en el organismo y que son las causantes de este padecimiento, son destruidas normalmente por el sistema inmunológico; no obstante, al estar expuesto el sujeto a los estresores, se provoca una alteración bioquímica dentro del sistema inmunológico, lo cual permite que las células malignas se reproduzcan y se conviertan en tumores malignos.

El estrés, como se ha descrito anteriormente, es una respuesta propia de la persona a estímulos del medio que se relacionan con las experiencias pasadas, que

dependiendo de la personalidad del individuo, tiene como consecuencias problemas graves en el organismo, como los infartos o la diabetes. De esta manera se ha descrito la primera variable de esta investigación, para a continuación dar paso a la siguiente variable que atañe a este trabajo.

## **CAPÍTULO 2**

### **TRASTORNOS ALIMENTARIOS**

Este capítulo abordará la segunda variable de investigación que concierne a los trastornos alimentarios, para ello se describirán sus antecedentes históricos, la definición de la variable, los trastornos alimentarios en la infancia, las causas y factores predisponentes para el padecimiento de los mismos, así como los trastornos mentales asociados a dichos padecimientos.

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

Históricamente, la comida ha sido vista como un símbolo de abundancia, poder y salud, entre otras características. Como lo mencionan Jarne y Talarn (2000), en la historia cultural del hombre, desde tiempos antiguos se tienen datos que indican que han existido conductas alimentarias desordenadas. Un ejemplo de esto, son los banquetes ofrecidos por los reyes o personajes con gran poder, en donde se ingerían cantidades abundantes de comida y la presencia del vómito en estos banquetes era usual, para poder seguir disfrutando del alimento.

Por otro lado, la comida también tiene un simbolismo de carácter religioso, en el caso de la cultura cristiana, se tenían rituales de ayuno, esto con el objetivo de obtener una espiritualidad mayor. El ejemplo más famoso de anorexia, es el de

Catalina de Siena, quien desde los siete años de edad comenzó a rechazar la comida imponiéndose penitencias.

Como Jarne y Talarn (2000) lo describen, desde el siglo XVII, se han encontrado documentos donde detallan casos de personas que se abstenían de alimentos. En 1667, Marthe Taylor, presentó un cuadro de inanición que despertó la curiosidad de la gente, los médicos, nobles y clérigos, quienes la alentaban a abandonar su ayuno. En el año de 1873, los médicos Gull de Londres y Lassege de París, realizaron una descripción detallada de cuadros anoréxicos.

“Los cuadros descritos por Lassege y Gull son muy parecidos a los que observamos en nuestros días, aunque ha ido variando la interpretación etiopatogénica. Las primeras teorías sugerían una afección con origen panhipopituitario. Más adelante se impusieron las hipótesis psicológicas, especialmente de tipo psicoanalítico” (Jarne y Talarn; 2000: 142).

Gracias a la formulación de estas teorías, en el siglo XX, se estableció que los orígenes de los trastornos tienen que ver con un conjunto de factores encadenados, los cuales son: los factores psicológicos, biológicos y sociales, ante los cuales se establecen modelos pluridisciplinarios de tratamiento.

Fue en el año de 1979, que Rusell (referido por Jarne y Talarn; 2000) describe en sus pacientes un cuadro caracterizado por ingesta voraz y conductas de purga posterior, los cuales relacionaba con la anorexia nerviosa. De acuerdo con sus

observaciones, denomina a esta conducta de sus pacientes como bulimia nerviosa, que era una evolución de la anorexia. Existieron también otras personas estudiadas que presentaban episodios de gran ingesta de alimento y vómito, sin tener antecedentes de bulimia, todo esto por el miedo a ganar peso.

En el transcurso de la historia, el peso corporal y su valoración se han ido modificando, ya que la idea de la estética es diferente en cada época. En la actualidad, el concepto de belleza se ha ido modificando, se ha creado la idea de que ser delgado es sinónimo de atractivo, exitoso de manera social y profesional, de acuerdo con Jarne y Talarn (2000).

En el siguiente subtema se abordará la definición de los trastornos alimenticios, así como su caracterización.

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

Actualmente, de acuerdo con Cancrini y La Rosa (1996), la cultura de consumo y la excesiva importancia en el cuidado del cuerpo, han provocado que exista una difusión y promoción en las prácticas dietéticas, así como un aumento en el consumo de sustancias farmacológicas que ayudan a lograr obtener un peso ideal. Esta práctica ha ocasionado que las personas más susceptibles a caer en este tipo de problemática, desplacen sus emociones y sentimientos a conductas que la sociedad ha visto como hechos positivos. De acuerdo con esta realidad, los trastornos alimenticios están considerados dentro de los comportamientos

sintomáticos de segundo nivel, es decir, que a lo largo de su padecimiento se desarrollan de manera relativamente autónoma.

Los trastornos alimenticios están relacionados con problemas en la imagen corporal, generalmente las personas que padecen trastornos de este tipo presentan distorsiones en la percepción en la forma y el tamaño de su cuerpo. Usualmente presentan un rechazo a mantener un peso corporal mínimo establecido en estándares normales y un miedo intenso a ganar peso. Estas perturbaciones se diagnostican generalmente en la etapa de la adolescencia.

Existen diferentes tipos de trastornos en la conducta alimentaria, en este caso se abordarán dos de los más comunes, la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, sin embargo, dentro de ellos se hará mención los demás tipos de trastornos que están asociados con la conducta alimentaria.

### **2.2.1 Anorexia nerviosa.**

“La anorexia nerviosa se caracteriza por la presencia de pensamientos distorsionados relacionados con la comida, el peso y la figura” (Jarne y Talarn; 2000: 153).

De acuerdo con los autores de la cita anterior, la anorexia se distingue por un deseo constante de bajar de peso, acompañado de un miedo intenso a estar obeso y un peculiar trastorno del esquema corporal, acompañado de alteraciones cognitivas

que tienen que ver con la distorsión de la imagen corporal y alteraciones interoceptivas.

Los criterios para diagnosticar un caso de anorexia, que describen Jarne y Talarn (2000) de acuerdo con el DSM-IV, son los siguientes:

- A) Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la talla y la edad, por ejemplo, pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del que es esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el periodo de crecimiento, lo cual da lugar a un peso corporal inferior al 85% del peso esperable.
- B) Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- C) Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- D) En las mujeres postpuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos.

Hay que tomar en cuenta al momento de hacer un diagnóstico, que existen dos tipos de anorexia: la restrictiva y la compulsiva/purgativa.

- 1) Anorexia restrictiva: Es aquella en donde hay una restricción de alimento, como lo menciona la APA (2002), en este subtipo de anorexia, la pérdida de peso se obtiene siguiendo una dieta, ayunando o haciendo ejercicio intenso.
- 2) Anorexia Compulsivo/Purgativo: Este subtipo de anorexia presenta una característica peculiar, en ella existen atracones regulares, tal como se menciona la American Psychiatric Association (APA; 2002), los individuos que pasan por un atracón generalmente recurren a la purga mediante laxantes, diuréticos o bien provocándose el vómito.

Los individuos que presentan un cuadro de anorexia, son personas con características obsesivo-compulsivas, tienen una gran necesidad de controlar su entorno, se muestran hiperactivas, manifiestan preocupación por sentirse incompetentes delante de los demás, con poca iniciativa y expresión social, así como un pensamiento inflexible. En comparación con los dos subtipos de anorexia, el que presenta la compulsiva/purgatoria, tiene mayor probabilidad de tener problemas con el control de impulsos.

Dentro de la clasificación de los cuadros diagnósticos de la anorexia, existe un término al que se le denomina anorexia nerviosa atípica, que según mencionan Castillo y León (2005), es utilizado en los casos que no cumplen los criterios de la anorexia nerviosa, sino que algunos signos y la etiología no se presentan, como el caso de la pérdida de peso o bien, la disminución o ausencia de la menstruación.

Aunque generalmente la anorexia es un padecimiento del sexo femenino, existen también casos de anorexia masculina, los cuales, como lo menciona Ajuriaguerra (1973), comienzan en la adolescencia y en algunas ocasiones generan un importante retraso en su desarrollo físico y genital. Generalmente, los jóvenes que presentan anorexia masculina, tienden a sentirse inseguros, presentan un desinterés en cuanto a sus objetivos, dificultad en relaciones interpersonales y un rechazo del padre hacia ellos por su debilidad. También existe un miedo a la responsabilidad y a madurar, factores que los hacen predisponentes a presentar dicho padecimiento.

### **2.2.2 Bulimia nerviosa.**

“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” (Jarne y Talarn; 2000: 164). De acuerdo con esta cita, en la bulimia, la característica principal es la ingesta de grandes cantidades de alimento en un periodo corto de tiempo, a esta conducta se le conoce también como atracón.

Al igual que en la anorexia, la distorsión corporal juega un papel importante en este trastorno, ya que la persona está preocupada por el peso y por la silueta. A diferencia de quienes padecen anorexia, el bulímico si ingiere alimento, pero en exceso, en pocas ocasiones se somete a dietas restrictivas.

Un punto característico es la aparición de atracones, como ya se mencionó anteriormente, los cuales están acompañados por una sensación de culpa y

vergüenza, tal como lo menciona la APA (2002), incluso estos atracones se hacen de manera oculta, con el fin de que la demás gente no perciba su padecimiento.

Los atracones generalmente están acompañados por una sensación de pérdida de control, es decir, la persona por sí sola no es capaz de administrar la cantidad de comida ingerida. El trastorno es progresivo y la conducta de los atracones también, por lo que a largo plazo, la persona es incapaz de contenerse para evitar o terminar los episodios de ingestión, que continúan hasta que la persona manifiesta un dolor en el estómago o bien, ya no puede seguir comiendo.

Debido a la ingesta excesiva de alimentos en la bulimia, se presentan las llamadas comidas compensatorias, en donde las personas recurren a la purga, vómitos, uso de laxantes, diuréticos, ayuno y ejercicio intenso, como una medida de disminuir la culpa por su conducta previa.

Existen dos subtipos de bulimia de acuerdo con la APA (2002):

- 1) Purgativa: que como su nombre lo indica, es donde aparecen las conductas de vómito, laxantes o enemas en exceso.
- 2) No purgativa: en este caso, la persona no recurre a la conducta purgativa, sino al uso del ayuno y del ejercicio excesivo.

Los criterios para diagnosticar un cuadro clínico de bulimia nerviosa de acuerdo con el DSM-IV (referido por Jarne y Talarn; 2000) son los siguientes:

- 1) Presencia de atracones, que se caracterizan por:
  - a) Ingesta de alimento en un lapso corto en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirán en un periodo de tiempo similar y en las mismas circunstancias.
  - b) Sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimento, percibida como la sensación de no ser capaz de parar de comer o controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo.
- 2) Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como la provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, u otros fármacos, así como aplicarse enemas, ayuno y ejercicio excesivo.
- 3) Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un periodo de tres meses.
- 4) La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.
- 5) La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Dentro de los trastornos de la alimentación se encuentra el denominado trastorno de la conducta alimentaria no especificada, que se refiere a los trastornos que no cumplen con los criterios para ninguno de los trastornos de la conducta alimentaria específica. De acuerdo con Castillo y León (2005) quienes citan las características del DSM-IV, algunos de los ejemplos de estos trastornos son:

- a) En las mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, pero las menstruaciones son regulares.
- b) Se cumplen los criterios de la anorexia nerviosa excepto que, a pesar de una pérdida significativa de peso, el peso de la persona se encuentra dentro de los límites de normalidad.
- c) Se cumplen los criterios de la bulimia nerviosa, con la excepción de los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas, aparecen menos de dos veces por semana o durante menos de tres meses.
- d) Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de una persona de peso normal, como la provocación del vómito después de haber ingerido dos galletas.
- e) Masticar y expulsar, pero no tragar cantidades importantes de comida.
- f) Trastorno por atracón, que se caracteriza por ingestiones desmedidas recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada característica de la bulimia, también a diferencia de ésta, en dicho trastorno se come de forma rápida y sin hambre. Sus posibles desencadenantes son estados de depresión o ansiedad, que se presentan previos a la conducta; es frecuente encontrar obesidad o sobrepeso en estos pacientes, además de generar una baja estima y dificultad en las relaciones interpersonales y de aceptación.

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

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

En este padecimiento, la ingesta de los alimentos es causada por situaciones estresantes, en ella el individuo muestra su falta de confianza y seguridad, así como su baja estima y poca confianza en sus relaciones interpersonales, lo que desencadena una latente obesidad, la cual se puede dar también en este padecimiento, como consecuencia de tratamientos con fármacos.

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

Dentro de los trastornos alimenticios, existen algunos de ellos que no necesariamente tienen que ver con el aspecto corporal y la preocupación por el cuerpo, un ejemplo de esto son los vómitos que aparecen en algunas alteraciones psicológicas.

De acuerdo con lo mencionado por Castillo y León (2005), estos vómitos repetitivos aparecen sin ser autoprovocados, sino que su origen es meramente ajeno

a una distorsión corporal, un ejemplo de esto son los pacientes hipocondriacos, que dentro de los síntomas de sus enfermedades aparecen los vómitos, o las embarazadas, en donde los factores emocionales facilitan la aparición de vómitos y náuseas recurrentes.

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

En este subtema, Castillo y León (2005), hacen referencia la prueba CIE-10, en la cual se menciona que existe un trastorno en la infancia que se caracteriza principalmente por el rechazo de la comida en los niños o bien por una conducta caprichosa al momento de comer; esta práctica se desvía de las conductas alimentarias normales de los niños.

Para considerar un trastorno de este tipo, es necesario tomar en cuenta si existen características anormales dentro de la conducta infantil o si el niño tiene una tendencia a ganar o perder peso en un periodo de un mes. Para poder hacer un diagnóstico diferencial, es necesario tomar en cuenta los siguientes trastornos dentro de la conducta infantil (Castillo y León 2005):

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

- 5) Perturbación de pica o alotriofagia.
- 6) Trastorno de la conducta alimentaria por malos tratos.

Dentro de los trastornos alimentarios se encuentran también otro tipo de conductas anormales para la ingesta de alimentos o bien el rechazo de los mismos. En primer lugar se explicará el rechazo alimentario, que es una de las características de la anorexia nerviosa en su primera etapa. En este trastorno, el paciente no pierde el apetito pero si presenta un rechazo por la comida; en los casos infantiles, el niño utiliza pretextos como enfermedad intestinal para rechazar el alimento, tal como mencionan Castillo y León (2005).

Otro trastorno de la conducta alimentaria es el denominado como pica o alotriofagia, este es un trastorno en el que "... el sujeto ingiere de forma persistente sustancias no nutritivas, por ejemplo la tierra, desconchones de pintura, etc." (Castillo y León; 2005: 226).

Este trastorno es común dentro de la infancia, ya que se considera que es un medio de exploración del entorno en niños de edades entre cuatro a nueve meses, si esta conducta se prolonga más allá de los seis años, entonces ya es considerado un trastorno psicopatológico, tal como lo menciona Ajurriaguerra (1973). En ocasiones, la pica surge por una manifestación de ansiedad o porque en edades tempranas de la vida se ha tenido una privación del afecto materno o paterno.

Otro trastorno de la conducta es el llamado rumiación o mercisismo, el cual "consiste en la regurgitación de la comida ingerida, se acompaña de pérdida de peso

o incapacidad para ganar el peso esperado para la edad del niño debido a que la comida es expulsada o, en otras ocasiones, de nuevo deglutida” (Castillo y León; 2005: 227). En diversas ocasiones, los niños recurren a este trastorno durante la etapa de su crecimiento, principalmente cuando alguna comida no es de su agrado o como una manera de exponer su dominio e independencia paterna.

La potomanía es un trastorno caracterizado por la ingesta excesiva de líquidos, especialmente de agua. En este trastorno es importante realizar una diferenciación entre las personas con diabetes, ya que debido a su enfermedad tienden a tomar cantidades de agua mayores de lo normal. Como lo menciona Ajurriaguerra (1973), este trastorno se presenta en niños de seis años en adelante, hasta aproximadamente los 20 años de edad. Este tipo de trastorno se caracteriza por la necesidad de llamar la atención o demostrar vanagloria, otra de las razones por la que es considerado como un problema alimentario, es porque la utilizan algunas pacientes con anorexia para disminuir la cantidad de alimento ingerido, sin pasar por la sensación de hambre al momento de llenarse con agua.

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

Una de las principales partes del cuerpo mediante la cual los niños comienzan a explorar su mundo es la boca: durante los primeros meses de vida, un infante conoce de texturas a través de introducir objetos en su boca. En esta ocasión, de acuerdo con la investigación, se hablará de la expresión oroalimenticia como la manera en que el niño integra o relaciona el alimento en su vida.

De acuerdo con Ajurriaguerra (1973), se han realizado diferentes estudios con animales, en los cuales se les ha dado importancia a la boca en relación con los procesos neuronales en torno a los alimentos y las conductas alimentarias, así como la observación de estas conductas respecto a la identificación con objetos y su relación con los aspectos oroalimentarios.

### **2.3.1 Organización oroalimentaria.**

Desde el nacimiento, el ser humano presenta una serie de reflejos automáticos que le ayudan a adaptarse al mundo externo, uno de ellos es la succión: “en la serie de reflejos humanos, el automatismo oroalimenticio de succión y deglución aparece muy tempranamente” (Ajurriaguerra; 1973: 178).

La succión es considerada por muchos autores como una fuente primitiva que le permite al niño realizar sus investigaciones acerca del mundo exterior, este conocimiento del mundo externo se complementará después con la visión y el tacto de los objetos y personas.

La madre se convierte en un objeto con el cual el niño relaciona el alimento y el cariño, sin embargo, esta conducta pasa por diversas fases, de acuerdo con Spitz (citado por Ajurriaguerra; 1973: 179):

- 1) La primera fase ocurre a los ocho días de nacido, el niño responde a señales de sensibilidad profunda y equilibrio. Al momento de tomarlo en

brazos, gira su cabeza en dirección al pecho de la persona, como si lo amamantara.

- 2) En el segundo mes de vida, reconoce la señal de comida cuando tiene hambre.
- 3) Cuando va a cumplir los tres meses, reacciona llorando ante la presencia de los adultos que se le acercan, porque tiene hambre. Poco después de esta etapa, el pequeño podrá fijar su mirada en los ojos de la madre, en ese momento se establece una relación objetal entre el niño y su madre, quien es vista como la fuente de satisfacción.

En lo que se refiere a la comida y los recién nacidos, se menciona que “en cuanto al hambre, en la fase narcisista el recién nacido oscila entre la tensión del hambre y la tensión satisfactoria. Posteriormente la búsqueda de la satisfacción comenzará a tornarse hacia la comida, también fuente de placer” (Ajurriaguerra; 1973: 179).

Diversos autores le suman importancia al tipo de alimentación infantil, sobre todo en lo que se refiere a la organización posterior de la psique, ya que mencionan que la succión tiene parte importante en las primeras emociones percibidas. Algunos de estos autores como Bowlby (citado por Ajurriaguerra; 1973), mencionan que cuando un niño es alimentado y logra aferrarse a la persona que lo sostiene, se crea un lazo y una satisfacción positiva, esto no se da si el niño no puede seguir ni aferrarse a la persona, en este caso, hace del momento de recibir alimento un acto no simbólico.

Ajurriaguerra (1973) menciona que desde recién nacidos, los niños poseen elementos necesarios para conducirse de una manera determinada ante los alimentos, existen dos tipos de comportamientos: el primero de manera instintiva, natural y no condicionado, mientras que el otro tipo es adquirido, condicionado y dado por la educación.

Como se ha mencionado anteriormente, la alimentación es una de las principales maneras de obtener y de adquirir las primeras emociones y satisfacciones en la vida de las personas, por lo que desde temprana edad, la comida juega un papel importante en la conceptualización del amor y cuidado. La manera en que el niño es alimentado va a repercutir en la forma en que experimente el mundo, como lo menciona Ajurriaguerra (1973), el dar alimento al niño no consiste en un simple acto nutritivo, sino que implica proporcionar cariño, amor, seguridad, satisfacer todas las necesidades del menor además de la alimenticia.

En diversas ocasiones, la madre es un tanto rígida con las horas de alimentación del niño o con las cantidades de alimento, en ellas también influye la ansiedad a causa del niño que no quiere comer o que come poco, así como otros problemas que aparecen al momento de amamantar, pero como se ha mencionado, si el niño percibe esta relación distante o carente de afecto en la madre, su relación con la comida y los actos que se derivan de la misma serán negativos y el niño crecerá con esa idealización sobre el acto de alimentarse.

“La comida es una institución social como un ritual y una participación de la familia. Por sus horarios y la manera de llevarlos a cabo se siente como una obligación y su aceptación es un regalo para los padres” (Ajurriaguerra; 1973: 183).

La comida es entonces para los niños, una manera de satisfacer necesidades, visto por los padres, es una manera de crecer y de nutrirse. Con la cita anterior, se puede observar que los horarios de comida, así como la manera en la que es vista la hora de comer, están en la mayoría de las familias instalados como rituales; la importancia o su desinterés en ellos dependen de la manera en que las personas han sido educadas.

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

Existen algunas alteraciones que aparecen en lo que diversos autores han llamado primera infancia, que alude a las primeras etapas de vida. Dentro de las alteraciones que se encuentran en este periodo se mencionan las siguientes:

- 1) La denominada anorexia esencial precoz, que de acuerdo con lo mencionado por Ajurriaguerra (1973), es muy rara, puede aparecer en las primeras semanas de vida o incluso en el primer día de vida del recién nacido. Se caracteriza por una pasividad ante el alimento y pasados los meses, porque el niño se muestra reacio al comer; éste suele ser de poco peso al nacer, nervioso y muy despierto.

2) La anorexia del segundo semestre, este tipo es más frecuente que el anterior; en la misma obra de Ajurriaguerra (1973), se cita que aparece entre el quinto y el octavo mes, su comienzo se da como consecuencia de la suspensión paulatina de la leche, al momento de cambiar la alimentación. Dentro de este tipo de anorexia se señalan dos subclases que se determinan de acuerdo con el comportamiento del niño ante la comida:

- Anorexia inerte, que se le denomina así cuando el niño no tiene iniciativa ni coopera al momento de tomar el alimento, se caracteriza porque al niño se le sale la leche por las comisuras de la boca y vomita la poca que ha ingerido.
- La anorexia de oposición, se caracteriza porque el niño reacciona de una manera brusca ante el alimento, lo rechaza, llora o vomita; son métodos que utiliza para rechazar el alimento de los adultos.

Dentro de este tipo de anorexias presentadas por los infantes, se encuentra una característica importante que ya se mencionó en el subtema pasado: la relación entre madre-hijo se da por la vía oral y por la administración del alimento. Todos los comportamientos que el pequeño demuestra al momento de comer, son formas en que expresa su oposición al adulto, maneras de sentir que puede tener el control; en ocasiones los padres reaccionan con hostilidad y rigidez ante estas conductas, otros, sin embargo, caen en un círculo el cual, el niño parece ganar con su comportamiento.

Dos tipos de anorexia aparecen en el segundo semestre de vida, mencionados por Kreisler (referido por Ajurriaguerra; 1973), son:

- a) La anorexia simple, es muy parecida a lo que ocurre en el destete, se experimenta un rechazo al alimento y no hay pérdida de hambre por parte del niño, es una reacción al cambio de alimentación o ante cierto accidente patológico. En dicho trastorno, la madre trata de imponerse para que el niño reaccione positivamente al nuevo alimento, mientras que éste tendrá conducta de oposición.
- b) La anorexia compleja, se caracteriza porque los síntomas del rechazo a la comida son más intensos. En ella se manifiesta el rechazo a la comida como una posición a la madre.

En la segunda infancia, de los tres años en adelante, Ajurriaguerra (1973), menciona que existe anorexia que suele seguir a la de la etapa anterior, o bien caracterizarse por que se presenta en niños que se han alimentado con normalidad, pero que se presenta un rechazo por una ritualización en el alimento o problemas en el ambiente familiar.

La anorexia infantil no es considerada como un síntoma ni se trata como tal, ya que en este periodo los niños por su crecimiento y desarrollo pasan por etapas en las que rechazan el alimento, sin embargo, no es una situación que se debe dejar a la deriva.

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

“Los trastornos del comer afectan tanto la personalidad que se vuelve difícil separar los rasgos característicos de los que aparecen como resultado una vez que se instala el trastorno del comer” (Costin; 2003:69).

Cualquier tipo de trastorno alimenticio genera cambios en las características en la personalidad de los sujetos que los padecen, no existe una personalidad exclusiva para la aparición de estos trastornos, sin embargo, existen algunas características que predisponen a padecerlas. Costin (2003) describe algunos de los factores predisponentes para el padecimiento de un trastorno alimenticio:

- 1) Problemas con la autonomía: este factor se refiere a la dificultad que tienen los individuos para separarse y funcionar de forma diferente a la familia. Generalmente, son personas que están muy pendientes a lo que los demás esperan de ellas, sobre todo tratan de cumplir con los ideales de sus padres y dar satisfacción a los demás; otra de sus características es que debido a la preocupación por cumplir con las expectativas de los demás, no son capaces de desarrollar un pensamiento propio. Además de esto, su vida está llena de cambios de escuela, de amigos, de lugar de residencia, en la relación con sus padres, entre otras.
- 2) Déficit en la autoestima: “El grado en que el individuo se acepta a sí mismo es conocido como autoestima. Cuanto menos parecido a lo que la persona considere como ideal, es el concepto que tiene de sí misma, más

baja estará su autoestima” (Costin; 2003: 74). De acuerdo con la cita anterior, se puede observar que si existe poca aceptación en la persona, hay una probabilidad mayor a que sea susceptible a padecer un trastorno alimentario. En la actualidad, la autoestima, generalmente en las mujeres, tiene que ver con los estereotipos de una imagen corporal perfecta que es además exitosa, por lo que se tiende a cumplir este ideal de mujer para cumplir con la expectativa de los demás.

- 3) Camino a la perfección y autocontrol: una de las características de las personas que padecen un trastorno alimenticio es la tendencia al perfeccionismo y al autocontrol. “... para alcanzar la perfección es preciso mantener el cuerpo ideal, a cualquier costo” (Costin; 2003: 75). Su idea de la perfección llega hasta la idea de controlar su peso, al hacerlo están recibiendo una idea de seguridad y confianza que les ayudará a enfrentar cualquier problema en su vida. La idea del autocontrol se refiere a tener intervención en todas las situaciones que les rodean, ya que al igual que la búsqueda de perfección, les permite tener un poder sobre cualquier situación. Como la misma autora cita, estas personas generalmente no toleran que existan situaciones fuera de su control, porque no son capaces de formular opciones de respuesta o salida, por lo que controlar su ingesta de comida y peso, les ayuda a tenerse confianza y seguridad.
- 4) Miedo a madurar: generalmente los trastornos alimenticios comienzan en las etapas de la pubertad o adolescencia, en las que existen cambios físicos, emocionales, sociales y sexuales. Costin (2003) señala que dentro de los cambios físicos del adolescente, existe un aumento natural del peso

corporal, que ayuda a que el cuerpo adquiera su forma característica en las mujeres. Para muchas adolescentes y jóvenes con trastornos alimenticios, la intolerancia a este cambio y una dificultad por aceptar un cuerpo que ya ha dejado la infancia, son factores que predisponen la aparición de los trastornos. Generalmente estas personas tienen miedo a crecer por el temor de manejar su independencia y porque perciben de sus padres el miedo a que entren al mundo adulto, por lo que no reciben estímulos positivos de ellos para lograrlo. Además, cuentan con un pensamiento infantil que presenta los extremos: bueno-malo, todo-nada, obeso-delgado.

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

De acuerdo con Costin (2003), existen diferentes factores que inciden para que alguien padezca un trastorno de alimentación, pero ninguno de ellos es totalmente suficiente para que se presente, se necesita una combinación de distintos factores en los que se van adquiriendo diferentes características de cada uno de ellos para cada caso.

Los factores que desencadenan los trastornos alimenticios se encuentran clasificados en tres tipos: predisponentes, precipitantes y perpetuantes.

Los factores predisponentes son aquellos que preparan con anticipación una situación. "... Hay elementos en el contexto sociocultural en el que estamos inmersos

y en las características individuales del sujeto o en las de su familia” (Costin; 2003: 52). Estas características, las contextuales e individuales, son las que preparan y anticipan al sujeto a padecer un trastorno alimentario.

Los segundos componentes son los precipitantes, que son los que, como su nombre indica, aceleran una situación. Dentro de estos factores se encuentran situaciones estresantes y algunas determinantes, como lo es el hecho de comenzar una dieta después de haber escuchado o leído algún artículo sobre el sobrepeso o la obesidad.

Los últimos elementos son los perpetuantes, que se refieren a las ideas o circunstancias que hacen que una situación permanezca o que su duración sea extensa. Estos factores son comparados con una bola de nieve, que mientras descende, incrementa su tamaño. Dentro de estos factores entran las emociones y el aspecto fisiológico, lo que provoca que seguir una dieta para lograr el control del peso, sea una idea que dure por mucho tiempo.

Para fines de este trabajo, se hablará más a fondo de los factores predisponentes, los cuales se desarrollarán a continuación.

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

Dentro de los factores individuales que influyen en un trastorno alimenticio, se encuentran: el aprendizaje, las creencias, las actitudes y la constitución

psicofisiológica de las personas. Generalmente los factores individuales tienen mucha relación con lo que para la gente significa la comida; ésta tiene diferentes significados dependiendo de los contextos social, cultural y familiar. “La selección de los alimentos se produce dentro de una red de significados sociales. Algunos de estos significados están relacionados con el mismo alimento...” (Ogden; 2005: 64). Dependiendo de los significados sociales y culturales de la comida, ésta representa una identidad para el sujeto, sobre todo en lo que respecta a aspectos como el género, sexualidad, conflictos, autocontrol o la forma de interacción social; también es un aspecto que define la identidad cultural, la religión y el poder social, por ello es necesario tomar en cuenta lo mencionado anteriormente, ya que juntamente con lo mencionado anteriormente sobre la comida se definirán y comprenderán los factores individuales de un trastorno alimenticio.

En lo que a la comida se refiere, Levi-Strauss (citado por Ogden; 2005), menciona que la comida se puede entender en una estructura profunda y subyacente, común a diferentes culturas. Helman, citado en la misma obra, señala cinco sistemas de clasificación de las comidas:

1. Comida frente a no comida: hace una delimitación de las sustancias que son comestibles y de las que no lo son. Por ejemplo, el trigo que es comida y el pasto que no lo es.
2. Comidas sagradas frente a comidas profanas: en las distintas religiones, existen alimentos que son sagrados y otros que se consideran profanos,

de acuerdo con las creencias religiosas, hay alimentos validados para su consumo y otros que no lo son.

3. Clasificaciones de comidas paralelas: los alimentos se pueden clasificar en: caliente-frío, esta clasificación de alimentos varia y tiene un valor simbólico, dependiendo de la cultura.
4. Comida como medicina, medicina como comida: describe la separación y el solapamiento entre comida y medicina. Algunos alimentos se utilizan como remedio en algunas enfermedades y otros que se evitan en ciertos padecimientos.
5. Comidas sociales: la alimentación tiene una función social, es una forma de afirmar y desarrollar relaciones, simboliza tener un estatus elevado cuando se ofrecen platillos raros, caros o deliciosos, crea identidad de un grupo, por ejemplo, el plato tradicional en cierto lugar o la comida de la familia.

La comida se puede entender a través de la anterior clasificación, ya que propone una idea de la función y del papel que representa la alimentación en determinadas culturas; también es una manera en la que se expresan distintos significados dependiendo del tiempo y del espacio, como lo menciona Ogden (2005), al referir que en diversas investigaciones se ha encontrado que la comida tiene un carácter comunicativo, transmite el sentido del yo, actúa como medio de comunicación entre individuos y es fundamental para el establecimiento de una identificación cultural.

Las diversas identidades que expresa son: la personal, la cultural y la social.

Estas subclases se describirán a continuación:

- La comida como afirmación del yo: De acuerdo con Ogden (2005), el alimento facilita información sobre la identidad personal, actúa como una manera de comunicación de necesidades internas, conflictos internos y del sentido del yo. Generalmente, los significados de la comida se ligan directamente a la identidad de género y específicamente a la idea de ser mujer. Preparar alimentos, estudiar recetas, son actividades femeninas. La comida tiene una gran representación individual, que se observa dependiendo de su relación con la sexualidad, autocontrol, entre otros elementos ya mencionados con anterioridad.
- Comida y sexualidad: la relación entre la comida y el sexo está presente en muchas culturas desde hace tiempo. “Las explicaciones de la asociación entre la comida y el sexo suelen destacar la semejanza biológica entre las dos actividades, por tratarse en ambos casos, de un impulso básico para la supervivencia” (Fieldhouse, citado por Ogden; 2005: 69). Ésta es una explicación de porqué se relaciona la comida con la sexualidad, pero como en la mayoría de los apartados, cada cultura le otorga un significado diferente: las posturas entre el hombre y la mujer, sobre todo en la vida marital, así como la relación que exista entre ellos, se reflejan en la comida.
- Comer frente a la negación: la comida es un medio de comunicación y expresión, también expresa conflictos intrapersonales. Continuamente las

mujeres tienen este pensamiento: es una fuente de placer, pero no lo es para los que tienen la responsabilidad de proporcionarla; tienen el control de la comida, pero continuamente se niegan a ella.

- Culpabilidad frente al placer: algunos alimentos se asocian a la idea de conflictos entre el placer y la culpabilidad, generalmente apoyados por la idea de malo, pero rico. Estas ideas “describen la paradoja de haber comido y lamentar el hecho, y el concepto de los ‘pecados de la carne’ indica que tanto la comida como el sexo son, al mismo tiempo, actividades placenteras y que generan sentimientos de culpabilidad” (Ogden; 2005: 70). Generalmente los alimentos dulces son los que ocasionan este sentimiento; una vez consumidos, aparece la culpa y la vergüenza.
- La comida y el autocontrol: representa en muchas ocasiones el autocontrol o su pérdida. El ayuno y el no comer, generaba en distintas épocas una admiración y una percepción de la persona como alguien con voluntad y autocontrol. Algunos autores mencionan que durante las últimas décadas las dietas se han convertido en una señal de autocontrol, ya que las personas anoréxicas son vistas con una fuerza especial y una disciplina sobrehumana.
- La comida como interacción social: la comida es un instrumento de comunicación entre la familia y un medio de interacción social. Usualmente en algunas familias, el lugar de reunión donde se expresan los acontecimientos del día, es el comedor. Dentro de esta comunicación social, entra las características de los alimentos, la manera de prepararlos

según la ocasión, dan sentido de identidad a un grupo, en este caso, a la familia.

- Comida como amor: en algunas familias, la preparación de los alimentos es vista como una manera de demostrar el amor y el cariño que tiene la madre hacia los miembros de la misma familia. El hecho de preparar alimentos para alguien especial, es considerado como un símbolo o un acto de amor y cariño.
- Salud frente a placer: tal como lo menciona Ogden (2005), algunos alimentos y comidas saludables resultan poco placenteras para los niños, debido a ello, las madres se ven envueltas en una serie de conflictos, ya que tienen en sus manos el deseo de satisfacer a cada miembro de la familia y de proporcionar alimentos que no desarrollen enfermedades.
- Reacciones de poder: la comida también refleja poder entre miembros de la familia. En siglos pasados, era común que los hombres adultos recibieran porciones de alimento mayor a las recibidas por las mujeres y los niños. En su relación con el poder, la comida manifiesta los roles familiares, Ogden (2005) menciona que en algunas familias es común que al hombre sea al primero a quien se le sirve y en porciones mayores, a diferencia de los hijos y esposa.
- La comida como identidad cultural: como ya se ha mencionado anteriormente, la comida tiene una forma de expresar identidad, en este caso de tipo cultural; vista desde este punto, se refiere a aspectos que hacen referencia a una sociedad y a sus costumbres religiosas.

- Comida como identidad religiosa: para muchas culturas y religiones, el hecho de proporcionar alimentos a la familia es un medio de comunicar santidad. De acuerdo con los estudios de Starr Sered (citado por Ogden; 2005), los cuales realizó con familias judías, muchos alimentos que preparan las mujeres para sus familias incluyen símbolos religiosos y los ritos para su preparación significan para ellas un medio de santidad.
- La comida como poder social: la comida también es considerada como un símbolo de nivel o de dominio social por algunas personas. “La comida es una declaración de estatus social y una muestra del poder social. De forma paralela, el rechazo de la comida sirve también para recuperar el control del mundo social” (Ogden; 2005: 77). Cuando una persona se encuentra presa políticamente, utiliza como medio de protesta la huelga de hambre, tal como lo menciona la cita anterior, para recuperar el control o exigir algunas demandas de sus opresores.

Dentro de los factores individuales que predisponen los trastornos alimenticios, existe también un punto que es importante mencionar, que es el significado de la delgadez. En él entra la percepción que se tiene al tamaño y proporción del cuerpo según cada persona. Ogden (2005), menciona que de acuerdo con la sociedad, un cuerpo delgado significa que es una persona con control, como se mencionó anteriormente, el hecho de hacer una dieta es para algunas personas una señal de que la persona tiene autocontrol de sus impulsos hacia la comida, que posee una fuerza y voluntad sorprendentes. En la percepción social, un cuerpo

delgado es sinónimo de que la persona tiene un control interno y psicológico y puede ser capaz de realizar cualquier tarea que se le pida.

Por último, la delgadez también significa éxito. Ogden (2005) menciona que la gordura es indicadora de pereza, indisciplina y carencia de algunas facultades que según la sociedad actual, son características de las personas delgadas, sin embargo, existe una contraparte en algunas culturas, sobre todo en las provenientes de países pobres, en donde la gordura es símbolo de una posición social elevada.

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

En algunas ocasiones resulta difícil determinar las características familiares que predisponen los trastornos alimenticios, si bien una de ellas es la falta de comunicación entre sus miembros.

Costin (2003) señala que en las familias, la poca comunicación e interacción constituyen un factor que facilita que se desarrolle un trastorno alimenticio en alguno de sus miembros. Más específicamente, se han identificado ciertas características que se han presentado comúnmente en familias con algún miembro que manifieste padecimientos alimenticios (Costin; 2003):

1. Escasa comunicación entre sus miembros.
2. Incapacidad para la resolución de los conflictos que se presentan.
3. Sobreprotección por parte de los padres.

4. Rigidez y falta de flexibilidad para encarar las situaciones nuevas, o regular las reglas familiares adecuándolas a los cambios de etapa.
5. Ausencia de límites generacionales.
6. Expectativas demasiado altas de los padres respecto de sus hijos.
7. Historias familiares que incluyen depresión y alcoholismo.
8. Existencia en el seno de la familia de abuso sexual o físico.

Raush (1996) menciona que cuando existe algún integrante de la familia con trastorno alimenticio, inevitablemente los demás miembros están involucrados en el problema, aunque no sean los causantes de tal padecimiento. Se ven implicados de acuerdo con la manera en que influyen en las situaciones conflictivas en las que participan o bien, en la manera en que responden a los síntomas de la persona con estos padecimientos.

### **2.5.3 Factores socioculturales.**

Uno de los factores que afectan a las personas con trastornos alimenticios, es sin duda el que se refiere a las situaciones socioculturales.

De acuerdo con Costin (2003), se han realizado diferentes encuestas en las que se les ha preguntado a las varias mujeres sobre aquello que las haría más felices; la mayoría respondió que ser delgadas. La presión social para ser esbelta es cada vez mayor en la actualidad, ya que el peso tiene un significado importante en lo que se refiere a la autoestima y la felicidad de las mujeres.

“El contexto sociocultural premia la delgadez y tiene prejuicios contra la gordura” (Costin; 2003: 59). Pensamientos como éstos han ido en aumento en distintas sociedades y gracias a ellos las personas buscan un cuerpo ideal, una imagen que sea aceptable en los estándares de la moda, pero cabe mencionar que esta imagen solamente permanece como ideal por determinado momento.

Los trastornos alimenticios se han desarrollado más en las sociedades industrializadas, muy pocas personas en el mundo oriental la padecen, además de ser característico de las clases sociales altas, ya que generalmente, las personas con bajos recursos o que viven en el campo, sufren raramente de algún padecimiento alimenticio.

De acuerdo con Costin (2003), en algunos estudios realizados sobre los estereotipos femeninos, han demostrado que en las últimas décadas, la imagen ideal de la figura femenina se ha ido modificando, de igual manera sucede con la de los hombres: las revistas y las modas han creado una imagen ideal para ambos sexos, sin embargo la realidad está muy alejada de dicho modelo.

En diversas ocasiones se ha establecido una relación entre el éxito y el peso corporal, sin embargo, las personas que sufren un trastorno alimenticio llegan a estar tan obsesionadas con el peso y la comida, que no disponen de tiempo suficiente para preocuparse por su bienestar emocional, así como para tener un desempeño en sus actividades laborales y educativas.

La sociedad actual ha establecido para las mujeres que uno de sus papeles más importantes es ser atractiva físicamente, lo cual se expresa a través de la imagen corporal; ésta es una de las presiones sociales para que las mujeres se conviertan en súper mujeres.

“Con un cuerpo perfecto, sin duda, debe desarrollar una carrera brillante, debe desempeñarse fluidamente a nivel social, debe construir un matrimonio perfecto y debe ser una madre perfecta” (Costin; 2003: 62). Ideas como la mencionada anteriormente han servido como base para que los trastornos alimenticios en las mujeres hayan ido en aumento, la presión que marca la sociedad por ser de una u otra manera, crea una obsesión por cumplir las expectativas de los demás y encajar en lo que se cree es correcto.

Al no alcanzar las metas deseadas, las mujeres sufren de culpa por haber fracasado en su intento de responder a lo que consideran las únicas expectativas que se esperan de ellas. Esto tiene como consecuencia que exista una disminución en su seguridad, confianza y en la certeza de ser adecuadas mujeres, madres, esposas o hijas, entre otras funciones. Gracias a esto, surge la ansiedad y el deseo aún más fuerte de manipular el peso, de probar dietas y alcanzar la meta deseada.

Existen también dentro de la sociedad otros prejuicios que presionan a mantener un peso y una figura ideal. Estas confusiones van en contra de la obesidad (Costin; 2003: 66):

- a) “Los obesos lo son porque comen más que los que no lo son.

- b) Los obesos tienen más problemas psicológicos.
- c) La obesidad, aun moderada se asocia con un incremento en la mortalidad.
- d) Los tratamientos con dietas prolongadas son satisfactorios.”

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

En los trastornos alimenticios, una de las características psicopatológicas, tal como mencionan Jarne y Talarn (2000), es la presencia de trastornos de la imagen corporal. Los pacientes manifiestan una insatisfacción por su cuerpo y con ellos mismos, aspecto que se asocia con la baja autoestima.

La imagen corporal se define como “la representación diagramática del propio cuerpo en la conciencia... los sentimientos y actitudes hacia el propio cuerpo” (Jarne y Talarn; 2000: 144). En esta definición se complementan dos aspectos importantes en la percepción corporal: el cognitivo y el emocional. En los pacientes con trastorno en la imagen corporal, el padecimiento se manifiesta de igual forma que en la definición, ya que el paciente tiene una percepción, en este caso errónea, de las dimensiones de su cuerpo; en segundo lugar, el aspecto afectivo-emocional, que son los pensamientos y actitudes hacia el propio cuerpo y el grado de satisfacción e insatisfacción con el mismo.

Una característica dentro del trastorno de la imagen corporal, es la insatisfacción corporal producto de la misma percepción errónea e insatisfactoria del cuerpo.

La insatisfacción corporal, según lo menciona Ogden (2005), ha tomado relevancia en la sociedad moderna gracias a las revistas y anuncios sobre el cuerpo. Esta inconformidad no sólo se da en las mujeres, sino también en los hombres, al manifestar tener un cuerpo más voluminoso en los pectorales y con músculos marcados y desarrollados. Existen factores causales por el papel que desempeñan en la insatisfacción corporal, ellos son los sociales y psicológicos.

Como Ogden (2005) lo describe, los factores sociales que repercuten en la insatisfacción corporal son especialmente los medios de comunicación, la cultura y la familia.

Como ya se ha mencionado con anterioridad, los medios de comunicación son un factor importante como desencadenante de los trastornos alimenticios y de la búsqueda obsesiva de una imagen ideal que está caracterizada por la delgadez. En todo tipo de publicidad, periódicos y novelas, aparecen modelos y actrices delgadas que tienen éxito en todo lo que desean, utilizan las mejores marcas y los mejores modelos en todos los productos anunciados. Gracias a estos mensajes, se ha inculcado en toda mujer la aparente necesidad de ser delgada para ser exitosa y lograr las metas deseadas, así como para ser aceptada por la sociedad en general. De igual manera, si se exhiben imágenes con mujeres gordas, son expuestas como infelices y no como normales.

De acuerdo con Ogden (2005), se han realizado diversas investigaciones con hombres y mujeres en las que se les proyectan imágenes de personas gruesas y

delgadas, después de observarlas se les pidió a los sujetos que valoraran su imagen corporal y la mayoría al compararla con las imágenes delgadas, sintieron insatisfacción con la propia.

La familia es otro de los factores que son tomados en cuenta en lo que a insatisfacción personal se refiere. “Las investigaciones también se han ocupado de la influencia de la familia en la insatisfacción corporal. En particular, ha destacado el papel de la madre” (Ogden; 2005: 107). De acuerdo con esta cita, las madres que refieren sentir descontento con su cuerpo comunican esa sensación de insatisfacción en sus hijas, lo que tiene como consecuencia la insatisfacción corporal en las hijas. Las familias, de acuerdo con sus creencias y valores, manifiestan cierta preocupación por la imagen corporal, la cual es transmitida a los hijos, quienes después, debido a esta tensión, son propensos a padecer un trastorno alimenticio.

Los factores psicológicos también son importantes en la insatisfacción con la imagen corporal, si se unen con los factores sociales, se puede comprender mejor como funcionan en la persona la insatisfacción corporal.

Dentro de los factores psicológicos se encuentran las creencias. Según Ogden (2005), en los grupos étnicos las creencias sobre la competitividad, el valor del logro, el éxito material y el convencimiento de los padres de que los hijos son su futuro, tienen un peso importante en la repercusión de la imagen y de las expectativas. En lo que respecta al carácter social, las creencias que se tienen sobre el logro, sobre todo en las clases sociales altas, se ha manifestado como una presión para que jóvenes

caigan en trastornos alimenticios. La idea que se tiene en esta clase social sobre los estereotipos de la belleza y la delgadez ha sido factor para la insatisfacción corporal.

Las creencias tienen un papel social integrado a la parte emocional, por ello, el peso que se les da al éxito, a las expectativas familiares y al logro, son factores de influencia en la imagen corporal. Dentro de la insatisfacción corporal, existen tres perspectivas diferentes para su comprensión.

1. Estimación deformada del tamaño corporal: en algunas investigaciones se ha conceptualizado la insatisfacción corporal con la manera en que se estima la deformación del cuerpo. De acuerdo con Ogden (2005), las personas con anorexia tienen una marcada sobreestimación de la imagen corporal, el tamaño con el que se perciben es mayor que las personas que no tienen un trastorno alimenticio.
2. Discrepancia del ideal: es otro de los enfoques que se le da a la insatisfacción corporal y como Ogden (2005) lo señala, es una discrepancia entre las proporciones reales y las que se perciben. Para saber sobre ello, se han realizado estudios en donde se les muestra a ciertos sujetos una serie de imágenes de diferentes volúmenes de cuerpo y se les pide que mencionen cuál de ellos es la imagen actual y cuál sería la que quisieran tener.
3. Respuestas negativas al cuerpo: es una de las formas de evaluar la insatisfacción corporal; en ella se combinan las sensaciones, sentimientos y cogniciones acerca del cuerpo. Para este aspecto se han realizado

cuestionarios sobre la forma del cuerpo y los resultados han arrojado que las personas con problemas alimenticios muestran mayor insatisfacción con su cuerpo y que las mujeres, a diferencia de los hombres, son las que más insatisfechas se encuentran con su imagen corporal.

Por último, existen algunas consecuencias de la insatisfacción corporal, entre ellas se encuentran las siguientes: sometimiento a un régimen alimentario, ejercicio físico, fumar, someterse a cirugías estéticas, crítica de la totalidad o de partes del cuerpo y trastorno de la imagen corporal (Ogden; 2005).

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

De acuerdo con Costin (2003), los componentes que perpetúan los trastornos alimenticios son: las prácticas del control de peso y las obsesiones con las dietas.

La práctica de control de peso tiene como consecuencia un desajuste a nivel fisiológico, anímico, psicológico y emocional. En lo que se refiere a lo anímico, social y emocional, Costin (2003) con base en una de las investigaciones realizadas, señala algunos aspectos que se observan en estas personas:

1. Desesperación sobre el futuro.
2. Influencia sobre la manera de pensar; cambian sus acciones y pensamientos antiguos.
3. Sensaciones de depresión y descontrol.

4. Regresión e inseguridad.
5. Comportamientos autodestructivos.
6. Irritabilidad e intolerancia.
7. Asco respecto de los hábitos alimenticios de los demás.
8. Dejar actividades que antes disfrutaban.

En los aspectos físicos, Costin (2003) menciona los siguientes:

- a) Cefaleas.
- b) Hipersensibilidad a la luz y a los ruidos.
- c) Molestias gastrointestinales: acidez, constipación o diarrea.
- d) Problemas auditivos y de visión.
- e) Adormecimiento de miembros (pies y manos).
- f) Calambres, pérdida de cabello y desarrollo de lanugo (vello fino) en zonas donde habitualmente no hay pelo.
- g) Decremento metabólico.
- h) Disminución de la tolerancia al frío por atermia: pérdida de temperatura corporal.
- i) Cambios cardiológicos: bradicardia y taquicardia.
- j) Interrupción de la menstruación en mujeres.
- k) Debilidad muscular y deshidratación.

Las dietas por lo general crean un hábito en la persona, se obsesiona con ellas, no con los alimentos; se crea un desajuste orgánico, anímico y emocional, el

cuerpo se queda sin fuerzas necesarias para realizar cualquier actividad y como la ingesta de alimentos es menor, el cuerpo se acostumbra a quemar pocas calorías.

Una vez revisado lo anterior, en el siguiente subtema se abordarán los trastornos mentales que se encuentran relacionados con el padecimiento de algún trastorno alimenticio.

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

“Los trastornos alimenticios, así como muchos trastornos psiquiátricos mayores, son problemas multidimensionales, heterogéneos y diversos en sí mismos” (Kirschman y Salgueiro; 2002: 111). En diversos casos, los síntomas de varios cuadros de padecimientos se interponen juntamente con los trastornos alimenticios, haciendo difícil una decisión diagnóstica y terapéutica.

Cuando se interponen dos o más trastornos mentales o condiciones médicas a la vez, se le llama comorbilidad, este término se utiliza con los trastornos o enfermedades, no con los síntomas. En algunas ocasiones, el hecho de que dos padecimientos aparezcan juntos no significa que ambos estén presentes, una detección ineficaz de los cuadros clínicos tendrá como consecuencia un resultado confuso. Es por eso necesario conocer que enfermedad predispone o afecta a la otra, o si ambas están influidas por un tercer elemento.

Los diagnósticos que son mayormente asociados con los trastornos alimenticios son los siguientes (Kirschman y Salgueiro; 2002):

Con la anorexia nerviosa: depresión, distimia, ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo en relación con la comida, abuso de sustancias, insomnio, pérdida de interés por el sexo, labilidad emocional; la bulimia, por su parte, se acompaña de abuso de sustancias, alcohol entre ellas, depresión, ansiedad y trastornos de personalidad.

Para conocer cómo coexisten dos o más padecimientos dentro del trastorno alimenticio, es necesario tomar en cuenta la presencia de las variables neurológicas, las cuales toman un rol importante en este aspecto, principalmente la serotonina.

De acuerdo con Kirschman y Salgueiro (2002), la serotonina está vinculada con diversos síntomas, variaciones del estado de ánimo, suicidio, problemas alimentarios, impulsividad y violencia, rasgos de ansiedad, rasgos obsesivos-compulsivos, por mencionar algunos.

La serotonina funciona en el organismo como un inhibidor de la respuesta conductual, actúa como un modulador de la conducta; su rol es importante en las conductas sociales que involucran agresión, ansiedad e impulsividad; también es un regulador de la saciedad y la selección macronutricional, constituye la base farmacológica para el tratamiento de algunos trastornos alimenticios y modula los

patrones alimenticios; otra función importante es que regula la secreción de hormonas neuroendocrinas.

Con todo lo anterior se entiende que “una alteración sináptica de las vías centrales serotoninérgicas podría explicar los concurrentes o secuenciales periodos de atracón, impulsividad y depresión en pacientes con trastornos alimenticios” (Jimerson, citado por Kirschman y Salgueiro; 2002: 114).

En algunos estudios que se han realizado con pacientes de trastornos alimenticios, se han encontrado niveles elevados de producción de serotonina, lo cual puede ser un factor para que explique la conducta de las personas con estos padecimientos, no obstante, de acuerdo con Kirschman y Salgueiro (2002), la aparición de diversos padecimientos juntamente con el trastorno alimenticio es el resultado de la unión de varios factores, tal es el caso del temperamento, rasgos de personalidad y los patrones de apego.

Aunque la comorbilidad es un aspecto importante dentro de este trabajo, no se dispondrá de un capítulo acerca de ello, ya que las enfermedades relacionadas con los trastornos alimenticios son varias, por lo que solamente se enfocará el desarrollo de la ansiedad y depresión, temas relacionados con la variable estrés.

### **2.8.1 Trastornos alimenticios y depresión.**

Desde el siglo pasado se ha venido relacionando la anorexia con la depresión. Kirschman y Salgueiro (2002) expresan que en ese entonces se le asociaba con una

melancolía en la etapa de la pubertad, sus manifestaciones sintomáticas se interpretaban como un intento de solución al problema por parte del adolescente. Una de las más conocidas descripciones de la relación entre la anorexia y la depresión es la de Ellen West, una paciente que padecía anoréxica crónica con rasgos bulímicos, que estuvo durante muchos años deprimida hasta que se suicidó tomando un veneno letal.

De acuerdo con Kirszman y Salgueiro (2002), existen diversos estudios e investigaciones que han señalado la presencia de trastornos afectivos asociados con los trastornos alimenticios como la bulimia y anorexia, así como en sus familias.

Algunas explicaciones de la presencia de depresión en los trastornos alimenticios, de acuerdo con Kirszman y Salgueiro (2002), son los efectos de la malnutrición y las prácticas selectivas de alimentación mediante explicaciones que incluyen la presencia de rasgos depresivos en los trastornos de la conducta alimentaria, debido a la pérdida de peso y al bajo consumo calórico, el cuerpo físico y mentalmente sufre las consecuencias de la falta de nutrientes, disminuyendo las capacidades de atención, concentración, cambios temperamentales como la irritabilidad, trastornos de sueño, entre otros, que juntos causan que la persona presente cuadros de depresión.

Otra de las causas de la asociación del trastorno depresivo dentro de las conductas alimentarias, de acuerdo con Jarne y Talam (2000), es que debido a la presión de los individuos por obtener un cuerpo e imagen ideal y la culpa de las

conductas compensatorias que realizan para obtenerlo, llegan a un estado de insatisfacción y de fracaso, lo que les provoca estados de melancolía y por consiguiente, depresión.

### **2.8.2 Trastornos de alimentación y ansiedad.**

Entre los muchos trastornos que se asocian con los trastornos de alimentación, se encuentra la ansiedad. Existen varias investigaciones que se han hecho acerca de estos dos temas, en los cuales la relación entre ambos ha ido incrementándose.

“La ansiedad social vinculada al físico se expresa con altos índices de insatisfacción corporal y preocupación excesiva con relación a los atributos del cuerpo y el peso corporal” (Kirschman y Salgueiro; 2002: 142).

La ansiedad se asocia también con los problemas de personalidad, actuaciones de inhibición social y conductas alimentarias alteradas, que de igual manera repercuten en el trastorno alimenticio. En algunas ocasiones la conducta alimentaria desordenada comienza con síntomas de ansiedad social relacionados con el físico.

En lo que refiere a la bulimia, Kirschman y Salgueiro (2002) mencionan que el vómito es un medio para reducir la ansiedad en los pacientes bulímicos, un tanto relacionado con los rituales de lavarse las manos de los sujetos obsesivos-compulsivos. En este caso, el vómito cumple con la función de escape, reduce la

ansiedad en relación con la imagen y el peso corporal después del consumo de alimentos.

El rol que juega la ansiedad en los padecimientos alimenticios, puede ir más lejos de lo que los investigadores puedan observar, puede tener un sentido doble, por un lado de manera etiológica y por otro de mantenimiento. Los efectos que tiene la ansiedad sobre los trastornos alimenticios, se han estudiado en diversas ocasiones, para este trabajo se tomarán los cuatro estudios siguientes:

1. Teoría de la restricción: como Kirszman y Salgueiro (2002) lo mencionan, existe una teoría denominada de la restricción, elaborada por Herman y Polivy en 1980, en la cual se propone que los comedores restrictivos desarrollan patrones alimentarios inusuales como resultado del estrés crónico que produce el excesivo auto-control. De acuerdo con esta teoría, las personas se encuentran en un balance entre un deseo de comer y el querer hacer dieta. El consumo de algunas sustancias como el alcohol y los estados emocionales como la ansiedad, los llevan a la sobrealimentación. La ansiedad ha sido descrita como un factor desinhibidor en los comedores restrictivos; a diferencia de las personas que no siguen una dieta restrictiva, el estrés o la ansiedad inhiben la ingesta de alimentos, por lo que se llega a concluir que las personas normales tienden a comer menos cuando se encuentran estresadas, lo que ocurre a la inversa para las personas con trastorno alimenticio.

2. Modelo de los límites: este esquema fue propuesto por Heman y Povly en 1984, y como Kirszman y Salgueiro (2002) mencionan, en este modelo existen tres límites considerables en las personas, ellos son: el hambre, la saciedad y la indiferencia. Estos límites tienen una consideración en el caso del estrés y ansiedad, sus límites están determinados de acuerdo con su dieta, generalmente tratan de inhibir su hambre, en el caso de la ansiedad o la agitación emocional, alteran el auto-control para mantener los límites de la dieta y desinhiben su hambre, en ocasiones sin hacer caso de la saciedad.
3. Teorías funcionales: de acuerdo con lo mencionado por Kirszman y Salgueiro (2002), existe una hipótesis sobre la ansiedad y la conducta alimentaria, en la cual se expresa que el comer se produce un estado de confort en las personas con trastorno alimenticio. Para ellas, la ingesta de alimento cumple una función de enmascaramiento, ya que se vuelve una manera de lidiar con los problemas de auto-estima y demás demandas emocionales, al considerar que es más fácil lidiar con el malestar de haber roto una dieta, que con los demás.
4. Teoría de la ligadura a los estímulos externos: al igual que los otros puntos en la obra de Kirszman y Salgueiro (2002) se menciona que, la pérdida de control de los sujetos con trastornos alimenticios no solamente se debe a la falta de auto-control causada por la ansiedad, sino que esta es una respuesta a los factores ambientales externos, ya que provocan que en la persona se genere ansiedad e ingesta de alimentos.

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

Existen diversos tratamientos y terapias para los trastornos alimenticios, sin embargo, algunos no han funcionado con la mayoría de las pacientes, por lo que se van a mencionar en este apartado los que han tenido mejor respuesta en los pacientes.

Los trastornos alimenticios requieren de un tratamiento multimodal, en donde el paciente sea enfocado a varias áreas de tratamiento, como la parte de la figura, el peso y el pensamiento y tomando en cuenta los factores sociales, familiares, del desarrollo, individuales y biológicos, tal como lo menciona Rausch (1997).

Existen dos tipos de tratamiento de los trastornos alimenticios, el primero de ellos es el ambulatorio. En este tipo de sistema, como lo menciona Rausch (1997), se da un trabajo terapéutico con el paciente y su familia, en el cual se busca llevar a la mejora del paciente por medio de terapias individuales y familiares. Si este tratamiento no tiene resultados o la gravedad del trastorno es menor, se opta por el segundo tipo de tratamiento, el hospitalario, que es el que se lleva a cabo con equipo médico y psiquiátrico para restablecer la salud del paciente.

De acuerdo con Jarne y Talarn (2000), el tratamiento de la anorexia nerviosa, consta de varios aspectos:

1. Recuperación ponderal: este aspecto trata de la rehabilitación nutricional y de la normalización dietética para corregir las secuelas físicas de la malnutrición, aunque las secuelas psicológicas tardan más tiempo en recuperarse.
2. Tratamiento dietético: ya que las pacientes anoréxicas no consienten los cambios en su dieta, aun conociendo su peligro. En ocasiones y en algunos casos de rechazo o dificultades en la alimentación, es recomendable el uso de sondas que permitan el paso de nutrientes; una vez que es aceptado el tratamiento, se comienza a implementar una dieta calórica normal.
3. Tratamiento psicológico: es uno de los aspectos más importantes dentro del tratamiento de la anorexia nerviosa. Generalmente en las primeras etapas del tratamiento, las terapias son poco efectivas en las pacientes, que se rehúsan a tomarlas, pero una vez recuperado un determinado peso, la terapia se vuelve el centro del tratamiento. Dentro de las terapias utilizadas en el tratamiento, la cognitivo-conductual es la que ha sido la más efectiva para estas pacientes.
4. Tratamiento farmacológico: es de utilidad al trabajar juntamente dentro del tratamiento psicológico, específicamente para tratar la psicopatología relacionada con la anorexia, ya sea el caso de la depresión o ansiedad. También son utilizados medicamentos para tratar algunos aspectos del apetito y de las conductas purgativas o en la anorexia restrictiva específicamente, así como para la serotonina.

5. Terapia familiar: anteriormente la familia no era tomada en cuenta dentro del tratamiento, pero en tiempos recientes se ha demostrado que juega un papel importante dentro del sistema ambulatorio y hospitalario. Al igual que la terapia individual, la familiar es importante dentro del tratamiento, porque ayuda a restablecer los canales de comunicación entre padres e hijos, hermanos y otros miembros de la familia, y como menciona Rausch (1997), es importante determinar qué tipo de familia se está tratando y observar la manera en que es factor para la aparición de trastornos alimenticios y restablecer los lineamientos familiares para que pueda ser una familia lo más funcional posible para el paciente.
6. Tratamiento hospitalario: existen algunas pacientes que de acuerdo con su gravedad es necesario que tengan un tratamiento hospitalario: si es una paciente con poca voluntad, con trastorno psicopatológico o con una familia poco cooperativa en su recuperación, es importante considerar el procedimiento hospitalario, dentro de éste, es importante la intervención de un equipo multidisciplinario que trabaje en las áreas de las complicaciones físicas como las infecciones graves, complicaciones metabólicas, alteraciones cardiovasculares, entre otras enfermedades producidas por la anorexia. La pérdida de peso es otro aspecto que se tiene que trabajar dentro de la hospitalización, considerando que se tenga un peso bajo de gravedad. El proceso hospitalario es considerado también cuando se tienen complicaciones psíquicas que el tratamiento ambulatorio no puede controlar; en crisis de las relaciones familiares, cuando el padecimiento ha causado alteración en las relaciones familiares entre padres e hijos,

hermanos, cónyuge u otros familiares que tengan que ver con el paciente; por último, cuando el tratamiento ambulatorio no ha sido eficaz tratar al paciente o a sus familiares.

En lo que respecta al tratamiento de la bulimia nerviosa, Jarne y Talarn (2000) mencionan objetivos que se deben cumplir en el tratamiento de este trastorno:

1. Restablecer unas pautas nutricionales normales.
2. Recuperaciones físicas: estabilización del peso, rehidratación y normalización electrolítica, corrección de anomalías físicas.
3. Normalización del estado mental: mejorar estado de ánimo, trastornos de personalidad, evitar abuso de sustancias, corregir estilo cognitivo erróneo.
4. Restablecer relaciones familiares adecuadas: aumentar participación y relación y restablecer pautas y roles.
5. Corregir las pautas de interacción social alteradas: aceptar trastorno, afrontar fracasos, aceptar la responsabilidad, vencer la impotencia, no buscar marcos sociales denigrados.

Una vez realizado el tratamiento de los trastornos y a medida que se va resolviendo la problemática familiar e individual con el paciente, es necesario realizar la finalización del tratamiento. Como lo menciona Rausch (1997), una vez que se ha tenido la suficiente confianza en los miembros de la familia, es necesario tener sesiones con ellos por separado, para determinar que no existan incidencias en el problema y tratar asuntos privados de cada uno de los miembros familiares. El

terapeuta realiza juntamente con la familia la visualización del cumplimiento de los objetivos, de los logros realizados y de los cambios que han tenido los miembros en la situación terapéutica, así se da por concluido el tratamiento.

## **CAPÍTULO 3**

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

Este capítulo está dividido en dos partes. En la primera se realizará la descripción metodológica que se utilizó en este trabajo; en la segunda, se analizarán los resultados arrojados por la aplicación de los instrumentos en la población seleccionada para esta investigación.

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

En lo que concierne a la descripción metodológica, se explicará el enfoque adoptado para esta investigación, que es el cuantitativo, posteriormente se expondrán el tipo de investigación que corresponde al no experimental y el estudio de tipo transversal, para posteriormente hablar del alcance correlacional no causal de la investigación.

##### **3.1.1 Enfoque cuantitativo.**

A través de la historia de la investigación se han utilizado tres tipos diferentes de estudio: cualitativo, cualitativo y mixto, si bien hay diferencias entre éstos, existen cinco fases que coinciden entre ellos (Hernández y cols.; 2006):

- a) Llevan a cabo observación y evaluación de fenómenos.

- b) Establecen suposiciones o ideas como consecuencia de la observación y evaluación realizadas.
- c) Demuestran el grado en que los supuestos tienen fundamento.
- d) Revisan tales hipótesis sobre la base de las pruebas o del análisis.
- e) Proponen nuevas observaciones y evaluaciones para esclarecer, modificar y fundamentar las suposiciones e ideas o incluso generar más.

Enseguida se caracteriza de manera particular el enfoque cuantitativo. De acuerdo con Hernández y cols. (2006), cuenta con las siguientes características:

- 1) El investigador realiza seis pasos fundamentales para realizar la investigación: plantea un problema de investigación delimitado y concreto; revisa investigaciones realizadas anteriormente sobre su estudio; realiza un marco teórico de acuerdo con los alcances literarios; somete a prueba las hipótesis a través del empleo de instrumentos apropiados con la finalidad de corroborar su hipótesis, de lo contrario, ofrece nuevas teorías y temas de investigación; por último, el investigador recolecta datos numéricos que analiza de manera estadística.
- 2) En el enfoque cuantitativo, de manera previa al análisis de datos, se plantean las hipótesis.
- 3) Emplea, para la recolección de datos, instrumentos estandarizados y aceptados por la comunidad científica, que se utilizan para medir las variables contenidas en las hipótesis.

- 4) El análisis de los datos es por medio de los métodos estadísticos, con el objetivo de transformarlos posteriormente en valores numéricos cuantificables.
- 5) El análisis en estas investigaciones se divide en dos partes, con el fin de dar respuesta al planteamiento del problema. La interpretación de este análisis permite realizar una explicación de cómo se relacionan los resultados con el conocimiento teórico existente.
- 6) Esta investigación debe ser objetiva, el investigador tiene que evitar que los resultados se vean afectados por sus creencias, temores, deseos, o por las tendencias de otros investigadores.
- 7) Pretende generalizar los resultados encontrados en el grupo o muestra, hacia una población mayor, así como la réplica de los estudios.
- 8) Un objetivo final de esta investigación, es la explicación y predicción de los fenómenos estudiados, encontrando regularidades y relaciones entre ellos. Se considera la construcción y demostración de teorías como una meta principal de este tipo de investigación.
- 9) En esta investigación se utiliza la lógica deductiva, comenzando por medio de la teoría para que posteriormente se deriven las hipótesis que se someterán a prueba.
- 10) El enfoque cuantitativo obtiene sus datos del medio externo, lo cual conduce posteriormente a una explicación de la manera en la que se concibe la realidad y su relación con la investigación.

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

De acuerdo con Hernández y cols. (2006), en este tipo de investigación las variables que se presentan en ella no presentan ninguna influencia por parte del investigador; la función de éste sería observar los acontecimientos tal como acontecen en el exterior.

A diferencia de la investigación experimental, en la no experimental no se construye un contexto específico para observar las variables, ni es posible manipularlas, al igual que sus efectos, solamente se observan en el ambiente y posteriormente se analizan. Para el enfoque cuantitativo, las investigaciones no experimentales son trascendentales, sobre todo en lo que respecta a los estudios de opinión o ex post-facto retrospectivos y prospectivos.

### **3.1.3 Estudio transversal.**

En ocasiones las investigaciones se centran en diferentes puntos, por ejemplo, en el análisis del estado o nivel de diversas variables; la evaluación de una situación o evento en un contexto y tiempo determinado y la relación existente entre diversas variables en un momento dado, en estos casos, de acuerdo con Hernández y cols. (2007), se utiliza el tipo de estudio transversal o transeccional.

La característica principal de este estudio, es la recolección de datos en un momento único, con el objetivo de la descripción y el análisis de las variables, tomando en cuenta su incidencia e interrelación en determinado momento.

#### **3.1.4 Diseño correlacional.**

Una manera de responder a las preguntas de investigación o poner a prueba las hipótesis de la investigación, es por medio de los estudios de correlación. La principal característica de este diseño, de acuerdo con Hernández y cols. (2007), es que su propósito principal consiste en evaluar la relación existente entre dos o más conceptos o variables dentro de un contexto particular.

Este tipo de estudios evalúan principalmente el grado de relación entre dos o más variables y posteriormente analizan la correlación entre ellas. La correspondencia estudiada proviene de los mismos sujetos de investigación; no es posible evaluar variables de distintas personas o eventos.

La utilidad principal del diseño correlacional, es “saber cómo se puede comportar un concepto o una variable conociendo el comportamiento de otras variables relacionadas” (Hernández y cols.; 2007: 63). Esto indica que busca conocer el valor aproximado que tendrán los sujetos estudiados en una variable a partir del valor que tienen las variables relacionadas a ella.

Una característica importante que puede surgir de este tipo de estudio, es que la correlación puede ser de tres maneras: positiva, negativa o bien no existir. Si existe una correlación positiva, indica que los sujetos con puntajes altos o bajos en una variable tendrán similares puntajes en la otra variable, mientras que la correlación negativa significa que, existen bajos puntajes en una variable y altos en la otra. Por último, la ausencia de correlación indica que las variables varían sin seguir un patrón específico, es decir, se puede encontrar en los resultados un porcentaje de puntajes altos en una variable y encontrar en esos mismos sujetos valores altos, medios o bajos en la otra variable.

Hernández y cols. (2007), indica que el estudio correlacional tiene un valor explicativo dentro de la investigación, aunque este sea de manera parcial. Si en un estudio se encuentran un número mayor de variables que estén asociadas entre sí, y su fuerza de relación sea mayor, mejor será la explicación y comprensión del problema o investigación. Sin embargo, cabe mencionar que no existen correlaciones totales entre las variables, sino que se dan de manera parcial.

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

Las técnicas de recolección de datos utilizadas para esta investigación fueron pruebas estandarizadas. Estas pruebas o instrumentos contienen características propias, una de ellas es que fueron desarrollados por diversos investigadores con conocimientos previos acerca de los conceptos, con el fin de medir un gran número de variables.

De acuerdo con Hernández y cols. (2007), estos instrumentos cuentan con su propio proceso para su aplicación, codificación e interpretación. Dentro de ellos se encuentran una variedad de pruebas que miden diferentes tipos de variables, tales como: habilidades y aptitudes, personalidad e intereses, valores, desempeño, motivación, aprendizaje, clima laboral, entre otros.

Existen también pruebas clínicas, que son utilizadas por los investigadores y especialistas para detectar conductas anormales, para la selección de personal en una empresa, para conocer las diversas opiniones de las personas sobre un tema, para medir autoestima, entre otros.

A continuación se describirán los instrumentos utilizados para el estudio de la población seleccionada para esta investigación.

Para la medición de la variable independiente estrés, se empleó el test psicológico denominado Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños-Revisado (CMAS-R), diseñada por los autores Reynolds y Richmond (1997).

La CMAS-R, titulada “Lo que pienso y siento”, es un instrumento de autoinforme que consta de 37 reactivos, diseñado para valorar el nivel y naturaleza de la ansiedad en niños y adolescentes de seis a 19 años de edad. Este instrumento puede aplicarse ya sea de manera individual o a grupos de personas. El sujeto responde a cada afirmación encerrando en un círculo la respuesta “Sí” o “No”, según corresponda.

En un esfuerzo para proporcionar más introspección clínica en las respuestas del individuo, la CMAS-R brinda cinco puntuaciones. La puntuación total indica la ansiedad que presenta el sujeto en términos generales. Se presentan además cuatro puntuaciones que corresponden a las subescalas denominadas: ansiedad fisiológica, inquietud/hipersensibilidad, preocupaciones sociales/concentración, y mentira. Las puntuaciones elevadas indican un alto nivel de ansiedad o mentira en las subescalas anteriores.

La subescala de ansiedad fisiológica está asociada con manifestaciones tales como dificultades del sueño, náusea y fatiga. La subescala de inquietud/hipersensibilidad, describe preocupaciones obsesivas, la mayoría de las cuales son relativamente bajas y están mal definidas en la mente del niño, junto con miedos de ser lastimado o aislado de forma emocional. La subescala de preocupaciones sociales/concentración, es útil para discriminar a los niños que tienen problemas escolares; estas se concentran en pensamientos distractores y ciertos miedos, muchos de naturaleza social o interpersonal, que conducen a dificultades en la concentración y atención.

La escala de ansiedad total incluye las tres subescalas anteriores. En el presente estudio será la medición relevante de los sujetos investigados. La ansiedad es el principal indicador subjetivo o emocional de la variable estrés.

Como una medida de la consistencia interna de la CMAS-R, se calculó el coeficiente alfa de Cronbach. El valor obtenido fue de .76, es decir, el test muestra confiabilidad.

Por otro lado, en apoyo a la validez concurrente y discriminante, se observó una correlación de .69 entre la ansiedad total de la CMAS-R y la puntuación Rasgo del Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo de Spielberger.

Para la medición de la variable de Trastornos Alimentarios se utilizó la prueba Inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI 2). El autor de esta prueba es David M. Gardner (1998).

Esta prueba evalúa los síntomas que normalmente acompañan a la anorexia nerviosa y a la bulimia nerviosa. Su aplicación puede ser de manera individual o colectiva, su tiempo de aplicación no es limitado, normalmente la duración es de 20 minutos. Es aplicable a partir de los 11 años de edad, está constituida por un total de 91 reactivos y evalúa 11 escalas: obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva, miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad e inseguridad social.

Los estudios de confiabilidad se realizaron a través de la evaluación de la consistencia interna con la prueba alfa de Cronbrach, con resultados superiores a 0.80.

Para la evaluación de la validez, se realizaron estudios tanto de validez de contenido, de criterio y de constructo, de los cuales se obtuvieron puntajes y resultados satisfactorios.

Los reactivos se contestan en una escala de seis puntos, donde las opciones de respuesta son “Nunca”, “Pocas veces”, “A veces”, “A menudo”, “Casi siempre” y “Siempre”.

### **3.2 Población y muestra.**

Para iniciar con este apartado, es necesario comenzar por conocer la definición de población. Según Selltiz, “una población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones” (citado por Hernández y cols.; 2007: 158).

Con la finalidad de tener una delimitación de la población estudiada en la investigación, es necesario establecer las características generales que la van a definir, quiénes la formarán, en qué tiempo y en qué lugar. Estas características deben referirse concretamente, sin dejar lugar a dudas sobre las especificaciones de la misma.

Las características con las que debe contar la población estudiada van a establecerse de acuerdo con los criterios de cada investigador. De acuerdo con Hernández y cols. (2007), es importante que estas características cumplan con los objetivos planteados al inicio de la investigación. De acuerdo con lo anterior, es

necesario entonces describir y delimitar la población que se estudiará en esta investigación.

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

Esta investigación se realizó en el Centro de Estudios Tecnológicos e Industriales No. 27, ubicado en la ciudad de Uruapan Michoacán.

Esta institución consta de un total de 1383 alumnos, los cuales se dividen en 709 del turno matutino y 674 del turno vespertino, integrados en siete especialidades distintas, entre las que se encuentran: construcción, contabilidad, electricidad, informática, asistente ejecutivo bilingüe, enfermería general y electrónica.

Las edades de los alumnos en la población oscilan entre los 15 y 18 años; cuentan con un nivel socio económico bajo-medio. La mayor parte de la población es originaria de la misma ciudad de Uruapan, mientras que algunos otros alumnos, son originarios de ciudades o pueblos aledaños a la misma.

Para fines de esta investigación, se tomaron en cuenta a los alumnos de cuarto semestre de las seis distintas especialidades del turno matutino, con un total de 222 alumnos de ambos sexos del ciclo escolar 2010-2011. Las edades de estos jóvenes van de los 16 a los 17 años.

### **3.2.2 Proceso de selección de muestra.**

Debido a la cantidad de especialidades y con el fin de obtener información confiable y de utilidad para la investigación, se utilizó un proceso de selección de muestra no probabilístico. Las muestras de este tipo son utilizadas en diversas investigaciones.

De acuerdo con Hernández y cols. (2007), con esta clase de muestra los resultados no pueden generalizarse para toda la población. Los sujetos son seleccionados de acuerdo con la elección del investigador, con el fin de cumplir los objetivos propuestos al inicio de la investigación. La ventaja de este tipo de muestra es que la utilidad que tiene para determinado tipo de estudio, en el cual no se requiere una representatividad de todos los elementos de la población, sino con la cuidadosa y controlada selección de las características de los sujetos que formará parte de la misma.

Existen varios tipos de muestra no probabilística, una de ellas es la muestra intencional, la cual será utilizada dentro del proceso de selección.

La muestra intencional, de acuerdo con Kerlinger (2002, citado por Hernández y cols. 2007), es aquella en la que los sujetos son seleccionados en función de las intenciones del investigador y con finalidades distintas a las de la generalización de resultados. Un ejemplo de este tipo de muestra, es cuando dentro de una población

escolar se elige como muestra un grupo o grado escolar que facilite la recolección de datos.

Este tipo de muestreo facilita la realización de la investigación, es recomendable para investigaciones de tesis, donde los recursos de tiempo son escasos. Los resultados no se pueden generalizar, sin embargo, se pueden mencionar como referencia para otros sujetos de la población.

Para la selección de la muestra de esta investigación, se utilizará el proceso de la muestra intencional, en donde se eligieron a los alumnos de cada especialidad que participarán en esta investigación, tratando de contar con la mitad de la cantidad total de alumnos de cada especialidad, con el fin de reunir un total de 100 elementos a los cuales se les aplicaron las pruebas de estrés y trastornos alimenticios.

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

El proceso de investigación se llevó a cabo en diferentes fases: en primer lugar se determinaron las variables que se estudiarían en esta investigación, en este caso el estrés y los trastornos alimentarios, con la finalidad de encontrar una correlación entre ambas.

Para ello se definieron posteriormente la hipótesis de trabajo y nula, así como los objetivos que regirían esta investigación.

Se seleccionó la muestra compuesta por estudiantes que cursan el cuarto semestre en el Centro de Estudios Tecnológicos e Industriales No.27 de Uruapan Michoacán. Para la selección de muestra se tomaron en cuenta las siete especialidades que conforman el plan educativo de la institución, se tomó una cantidad homogénea de alumnos de cada especialidad, entre hombres y mujeres.

Una vez seleccionada la muestra, se procedió a la aplicación de los instrumentos de medición de estrés, en este caso el denominado CMAS-R “Lo que pienso y siento” y el test EDI 2, para la medición de trastornos alimenticios.

La aplicación tuvo lugar el día 1 de junio de 2011 en las instalaciones del plantel, en cada uno de los salones correspondientes a cada especialidad, en el turno matutino. Una vez realizada la aplicación y la obtención de los resultados, se procedió a realizar el análisis de los mismos de manera estadística en el programa Microsoft Excel, para obtener tanto las medidas de tendencia central y las medidas de dispersión, para después conocer la correlación entre las variables de estudio.

Los datos obtenidos en la aplicación y el análisis de los mismos se muestran en el siguiente subtema.

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

En este subtema se presentarán los resultados obtenidos en la investigación empírica y teórica, con el fin de probar una de las dos hipótesis formuladas al inicio de la investigación. Los resultados se presentarán en tres apartados: en primer término se presentan los resultados obtenidos en la variable de trastornos alimentarios; enseguida se presentan los resultados obtenidos en la variable estrés y, por último, se presentan los resultados obtenidos en el análisis de la correlación de variables.

#### **3.4.1 Los trastornos alimentarios**

De acuerdo con lo señalado por Jarne y Talarn (2000), el término de trastornos alimentarios se refiere a la distorsión que padecen las personas en cuanto a la forma y tamaño del cuerpo, relacionados constantemente con problemas en la imagen corporal. Usualmente se ve acompañado por un rechazo a mantener un peso corporal mínimo establecido en estándares normales y un miedo intenso a ganar peso.

Respecto a los resultados obtenidos en la escala EDI2 sobre los indicadores de trastornos alimentarios, se muestran en puntajes percentiles.

En el presente estudio se encontró lo siguiente:

En la primera escala de esta prueba, denominada obsesión por la delgadez, se encontró una media de 63. La media aritmética es la suma de un conjunto de datos, dividida entre el número de medidas (Hernández y cols.; 2006).

Asimismo, se obtuvo la mediana, que es la medida de tendencia central que muestra el valor medio de un conjunto de valores ordenados (Hernández y cols.; 2006). El valor de la mediana fue 59.

La moda es el dato que se presenta con mayor frecuencia en un conjunto de medidas (Hernández y cols.; 2006). En esta escala se identificó que la moda es el puntaje 52.

De la misma manera, se obtuvo el valor de una medida de dispersión, concretamente de la desviación estándar, la cual se refiere a la raíz cuadrada del promedio de la suma de las desviaciones al cuadrado del conjunto de datos (Hernández y cols.; 2006). El valor obtenido en esta medida es de 23.

Los datos obtenidos en la medición de la escala obsesión por la delgadez en los alumnos del 4º semestre del Centro de Estudios Tecnológicos e Industriales No. 27, se encuentran en el anexo 1.

En la escala de bulimia, se encontró una media de 63, una mediana de 67, una moda de 46 y una desviación estándar de 16.

Los datos obtenidos en la medición de la escala de bulimia, en los alumnos del CETIS No. 27, se encuentran en el anexo 2.

En la escala de insatisfacción corporal, se encontró una media de 50, una mediana de 50, una moda de 61 y una desviación estándar de 27.

Los datos adquiridos en la medición de la escala de insatisfacción corporal, en los alumnos del CETIS No. 27, se plasman en el anexo 3.

En la escala de ineficacia, se encontró una media de 50, una mediana de 49, una moda de 40 y una desviación estándar de 16. Los datos registrados en la medición de dicha escala, en los alumnos del CETIS No. 27, se encuentran en el anexo 4.

En la escala de perfeccionismo, se determinó una media de 68, una mediana de 73, una moda de 53 y una desviación estándar de 21. Los indicadores determinados en la medición de la escala de perfeccionismo, en los alumnos del CETIS No. 27, se encuentran en el anexo 5.

En la escala de desconfianza interpersonal, se encontró una media de 71, una mediana de 75, una moda de 86 y una desviación estándar de 22. Los datos sobre la medición de la escala mencionada, en los alumnos del CETIS No. 27, se encuentran en el anexo 6.

En la escala de conciencia interoceptiva, se encontró una media de 59, una mediana de 64, una moda de 22 y una desviación estándar de 27. Los datos referidos a la medición de tal escala, en los alumnos del CETIS No. 27, se encuentran en el anexo 7.

En la escala de miedo a la madurez, se encontró una media de 93, una mediana de 97, una moda de 99 y una desviación estándar de 9. Los datos obtenidos al respecto, en los alumnos del CETIS No. 27, se encuentran en el anexo 8.

En la escala de ascetismo, se encontró una media de 61, una mediana de 70, una moda de 57 y una desviación estándar de 30. Los datos obtenidos en la medición de dicha escala, en los alumnos del CETIS No. 27, se encuentran en el anexo 9.

En la escala de impulsividad, se encontró una media de 82, una mediana de 90, una moda de 90 y una desviación estándar de 19. Los datos registrados sobre dicha medición, en los alumnos del CETIS No. 27, se encuentran en el anexo 10.

En la escala de inseguridad social, se encontró una media de 72, una mediana de 74, una moda de 74 y una desviación estándar de 23. La información obtenida en la medición de la escala mencionada, en los alumnos del CETIS No. 27, se encuentra en el anexo 11.

Además de presentar los datos de las medidas de tendencia central y desviación estándar, se presentan a continuación los porcentajes de sujetos que obtuvieron puntajes altos en cada escala, es decir, puntajes por arriba del percentil 70. De esta forma se ubicarán las escalas en las que hay mayor incidencia de casos preocupantes sobre el problema de trastornos alimentarios.

En la escala de obsesión por la delgadez, el 31% de los sujetos resultó por arriba del percentil 70; en la escala de bulimia, el porcentaje fue de 30%; en la escala de insatisfacción corporal, el 29%; en la escala de ineficacia, un 12%; en la escala de perfeccionismo, un 55%; en la escala de desconfianza interpersonal, fue del 62%; en la escala de conciencia interoceptiva, 40%; en la escala de miedo a la madurez, 99%; en la escala de ascetismo, un 42%; en la escala de impulsividad, el 77% y finalmente, en la escala de inseguridad social, 65%.

En función de lo anterior, se observa que en el área donde hay más casos preocupantes es en las escalas de desconfianza interpersonal, miedo a la madurez, impulsividad e inseguridad social. Estos datos se pueden observar de manera gráfica en el anexo 12.

Se puede afirmar entonces que el nivel que presentan los indicadores de trastornos alimentarios en los alumnos del CETIS No. 27, se encuentra por lo general en un nivel elevado, resulta preocupante sobre todo la cantidad de estudiantes que presentan niveles altos en las distintas escalas de indicadores de trastornos alimenticios.

### 3.4.2 Descripción de la variable estrés

De acuerdo con lo señalado por Lazarus (citado por Trianes; 2002: 21-22) el concepto de estrés debe contener cinco aspectos:

- a) "Existencia de una demanda.
- b) Percepción de esa demanda como amenaza, pérdida o daño.
- c) El sujeto no dispone de recursos suficientes.
- d) Presencia de emoción negativa.
- e) Peligro de inadaptación o desajuste psicológico."

Una definición complementaria es la siguiente, "Es una respuesta adaptativa, mediada por las características individuales y/o procesos psicológicos, la cual es al mismo tiempo consecuencia de una acción, situación o evento externo que plantea a la persona especiales demandas físicas o psicológicas" (Ivancevich y Matteson; 1985: 25).

Respecto a los resultados obtenidos en el nivel de ansiedad total como principal indicador del estrés en los alumnos de 4º semestre del CETIS No. 27, se encontró una media de 63, una mediana de 67, una moda de 81 y una desviación estándar de 25. Lo cual indica que el nivel de ansiedad total se encuentra relativamente alto, ya que la medida mayor esperada es de 70.

Los resultados obtenidos en la medición de estrés en el CETIS No. 27, se muestran en el anexo número 13.

Particularmente en la subescala de Ansiedad fisiológica, se encontró una media de 59, una mediana de 52, una moda de 52 y una desviación estándar de 29. Los datos obtenidos en esta escala se muestran en el anexo 14.

En lo que respecta a la subescala de inquietud/hipersensibilidad, se encontró una media de 68, una mediana de 75, una moda de 65 y una desviación estándar de 22. La información obtenida en esta escala se muestra gráficamente en el anexo 15.

Por último, en la subescala de preocupaciones sociales/concentración, se encontró una media de 52, una mediana de 49, una moda de 49 y una desviación estándar de 28. Los datos sobre esta escala se muestran en el anexo 16.

Se presenta a continuación el porcentaje de los sujetos que obtuvieron puntajes altos en la escala de ansiedad total, es decir, puntajes por arriba del percentil 70. De esta forma, se ubicará el porcentaje de casos preocupantes por su nivel de estrés, el cual fue de 45%.

De acuerdo con estos resultados, se puede afirmar que los niveles de estrés en los alumnos del CETIS No. 27, se encuentran en general en un nivel ligeramente más alto de lo normal desde la perspectiva educativa y de la psicología clínica.

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

Entre los muchos trastornos que se asocian con las perturbaciones de alimentación, se encuentra la ansiedad, principal factor predisponente del estrés. Existen varias investigaciones que se han hecho acerca de estos dos temas, en los cuales la relación entre ambos ha ido incrementándose.

“La ansiedad social vinculada al físico se expresa con altos índices de insatisfacción corporal y preocupación excesiva con relación a los atributos del cuerpo y el peso corporal” (Kirszman y Salgueiro; 2002: 142).

La ansiedad se asocia también con los problemas de personalidad, de inhibición social y conductas alimentarias alteradas, que de igual manera repercuten en el trastorno alimenticio. En algunas ocasiones la conducta alimentaria desordenada comienza con síntomas de ansiedad social relacionados con el físico.

En el estudio realizado en el CETIS No. 27, se encontraron los siguientes datos:

Entre el nivel de estrés y la escala de obsesión por la delgadez, existe un coeficiente de correlación de 0.14 de acuerdo con la prueba  $r$  de Pearson. Esto significa que entre el estrés y la escala de obsesión por la delgadez, existe una correlación positiva débil de acuerdo con la clasificación de correlación que establecen Hernández y cols. (2006).

Para conocer la influencia que existe entre el nivel de estrés y la obsesión por la delgadez, se obtuvo la varianza de factores comunes, donde mediante un porcentaje se indica el grado en que las variables se encuentran correlacionadas. Para obtener esta varianza solo se eleva al cuadrado el coeficiente de correlación obtenido mediante la  $r$  de Pearson (Hernández y cols.; 2006).

El resultado de la varianza fue de 0.02, lo que significa que entre el estrés y la Obsesión por la delgadez hay una relación del 2%. Lo cual significa que no existe una correlación estadísticamente significativa entre estas variables en el estudio realizado con los alumnos del CETIS No. 27. De acuerdo con Hernández y cols. (2006), para que dos variables tengan correlación significativa, debe existir un puntaje del 0.32 al 1.00 para que tenga una correlación positiva y  $-0.32$  a  $-1.00$  para que exista una correlación negativa. Estos resultados se observan gráficamente en el anexo 18.

Entre el nivel de estrés y la escala de bulimia existe un coeficiente de correlación de 0.17 de acuerdo con la prueba  $r$  de Pearson. Esto significa que entre el estrés y la bulimia existe una correlación positiva débil.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.03, lo que significa que entre el estrés y la escala de bulimia hay una correlación del 3%, con lo cual se puede corroborar que no existe una correlación estadísticamente significativa entre el nivel de estrés y la bulimia entre los alumnos del CETIS No. 27. Estos resultados se observan de manera gráfica en el anexo 19.

Entre el nivel de estrés y la escala de insatisfacción corporal de existe un coeficiente de correlación de 0.30 de acuerdo con la prueba  $r$  de Pearson. Esto significa que entre el estrés y la Insatisfacción corporal existe una correlación positiva débil.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.09, lo que significa que entre el estrés y la escala de insatisfacción corporal hay una correlación del 9%, con lo cual se puede corroborar que no existe una correlación estadísticamente significativa entre el nivel de estrés y la insatisfacción corporal entre los alumnos del CETIS No. 27. Los resultados de esta escala se observan gráficamente en el anexo 20.

Entre el nivel de estrés y la escala de ineficacia existe un coeficiente de correlación de 0.23 de acuerdo con la prueba  $r$  de Pearson. Esto significa que entre el estrés y dicha escala existe una correlación positiva débil.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.05, lo que significa que entre el estrés y la escala de ineficacia hay una correlación del 5%, con lo cual se puede corroborar que no existe una correlación estadísticamente significativa entre el nivel de estrés y la ineficacia entre los alumnos del CETIS No. 27. Los resultados obtenidos se pueden observar gráficamente en el anexo 21.

Entre el nivel de estrés y la escala de perfeccionismo existe un coeficiente de correlación de 0.17 de acuerdo con la prueba  $r$  de Pearson. Esto significa que entre el estrés y el perfeccionismo existe una correlación positiva débil.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.03, lo que significa que entre el estrés y la escala de perfeccionismo existe una correlación del 3%, con lo cual se puede corroborar que no existe una correlación estadísticamente significativa entre dichas variables en los alumnos del CETIS No. 27. Los resultados se pueden observar gráficamente en el anexo 22.

Entre el nivel de estrés y la escala de desconfianza interpersonal existe un coeficiente de correlación de 0.06 de acuerdo con la prueba  $r$  de Pearson. Esto significa que entre el estrés y la escala referida, no existe correlación alguna.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.00, lo que significa que entre el estrés y la escala de desconfianza interpersonal hay una correlación del 0%, con lo cual se puede observar que no existe correlación alguna entre tales variables, entre los alumnos del CETIS No. 27. Los resultados obtenidos en esta correlación se pueden observar en el anexo 23.

Entre el nivel de estrés y la escala de conciencia interoceptiva existe un coeficiente de correlación de 0.42 de acuerdo con la prueba  $r$  de Pearson. Esto significa que entre el estrés y la escala mencionada existe una correlación positiva media.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.18, lo que significa que entre el estrés y la escala de conciencia interoceptiva hay una correlación del 18%, con lo cual se puede corroborar que existe una correlación estadísticamente significativa entre el nivel de estrés y la conciencia interoceptiva entre los alumnos del CETIS No. 27. Los resultados obtenidos se observan gráficamente en el anexo 24.

Entre el nivel de estrés y la escala de miedo a la madurez existe un coeficiente de correlación de 0.19 de acuerdo con la prueba  $r$  de Pearson. Esto significa que entre el estrés y la escala mencionada, existe una correlación positiva débil.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.04, lo que significa que entre el estrés y la escala de miedo a la madurez hay una correlación del 4%, con lo cual se puede corroborar que no existe una correlación estadísticamente significativa entre las variables citadas, en los alumnos del CETIS No. 27. Estos resultados se observan gráficamente en el anexo 25.

Entre el nivel de estrés y la escala de ascetismo existe un coeficiente de correlación de 0.27 de acuerdo con la prueba  $r$  de Pearson. Esto significa que entre el estrés y el ascetismo existe una correlación positiva débil.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.07, lo que significa que entre el estrés y la escala de ascetismo hay una correlación del 7%, con lo cual se puede corroborar que no existe una correlación estadísticamente significativa

entre el nivel de estrés y la escala citada, entre los alumnos del CETIS No. 27. Los resultados obtenidos se observan gráficamente en el anexo 26.

Entre el nivel de estrés y la escala de impulsividad existe un coeficiente de correlación de 0.26 de acuerdo con la prueba  $r$  de Pearson. Esto se traduce en que entre el estrés y la impulsividad existe una correlación positiva débil.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.07, lo que significa que entre el estrés y la escala de impulsividad hay una correlación del 7%, con ello se confirma que no existe una correlación estadísticamente significativa entre el nivel de estrés y la impulsividad entre los alumnos del CETIS No. 27. Estos resultados se observan gráficamente en el anexo 27.

Entre el nivel de estrés y la escala de inseguridad social existe un coeficiente de correlación de 0.08 de acuerdo con la prueba  $r$  de Pearson. Esto significa que entre tales variables no existe correlación alguna.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.01, lo que significa que entre el estrés y la escala de inseguridad social hay una correlación del 1%, con lo cual se puede afirmar que existe ausencia de correlación entre el nivel de estrés y la inseguridad social entre los alumnos del CETIS No. 27. Los resultados se pueden observar de manera gráfica en el anexo 28.

En función de los resultados presentados se confirma la hipótesis de trabajo en la correlación de los indicadores de estrés con la escala de conciencia interoceptiva, mientras que la correlación para las diez escalas restantes de trastornos alimenticios e indicadores de estrés, se confirma la hipótesis nula.

## CONCLUSIONES

Con base en los resultados encontrados en el análisis de los datos, se ha corroborado la hipótesis de trabajo para la relación entre el estrés y la conciencia interoceptiva, mientras que para las demás escalas evaluadas se corrobora la hipótesis nula, al no encontrar una correlación significativa entre las variables.

En lo que respecta al objetivo general que se estableció al inicio de esta investigación, donde se planteó establecer una correlación estadística entre el nivel de estrés y los trastornos alimentarios, se logró cumplir de manera satisfactoria gracias al análisis estadístico de los resultados obtenidos en la aplicación de las pruebas correspondientes a cada variable.

Los objetivos particulares 1, 2, 3 y 4, que se refieren respectivamente a la definición del concepto de estrés, conocer las causas que ocasionan estrés, determinar el cuadro sintomatológico del estrés e identificar los enfoques teóricos del estrés, se cumplieron gracias a la recopilación y descripción de la información teórica del estrés en el capítulo 1.

En lo que respecta a los objetivos particulares 5, 6 y 7, que hablan sobre la descripción del concepto de trastornos alimenticios, la determinación de las posibles causas y las características psicológicas de los trastornos, se cumplieron satisfactoriamente en el desarrollo teórico del capítulo 2.

El objetivo particular referido a la medición del estrés en los alumnos del CETIS No. 27 se alcanzó gracias a la administración del test psicométrico denominado CMAS-R “Lo que Pienso y Siento”, de Reynolds y Richmond (1997).

Por otra parte, el propósito referido a la evaluación de los trastornos alimentarios se cumplió favorablemente como consecuencia de la aplicación de la prueba psicológica conocida con el nombre de Inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI 2), de Gardner (1998).

El último objetivo particular, en el que se planteó determinar la relación estadística entre el nivel de estrés y los trastornos alimentarios en los alumnos del 4º semestre del CETIS No. 27 de la ciudad de Uruapan, Michoacán, se logró mediante la aplicación de fórmulas estadísticas para cuantificar la correlación.

La consecución de los objetivos particulares permitió de manera lógica el cumplimiento del objetivo general enunciado en la introducción del presente estudio.

Se pueden enfatizar de manera particular los siguientes hallazgos: en lo que respecta al análisis de los resultados obtenidos en la aplicación de la escala EDI 2 para trastornos alimentarios, es preocupante el puntaje alto obtenido en los niveles de algunas escalas tales como: desconfianza interpersonal, miedo a la madurez, impulsividad e inseguridad social, esto considerado como un factor psicológico predisponente para el padecimiento de algún tipo de trastorno alimenticio.

En lo que respecta a la correlación entre variables, se encontró en el análisis de resultados que en el caso de los alumnos de 4º semestre, el nivel en el que el estrés se encuentra relacionado con la conciencia interoceptiva, es considerablemente significativo, lo cual indica que los alumnos al encontrarse en situaciones estresantes tienen problemas en cuanto a reconocimiento de las emociones y sensaciones propias, lo que conlleva a que puedan padecer un trastorno alimentario.

Otro logro importante dentro de esta investigación, fue el facilitar un nuevo referente empírico acerca de la relación existente entre el estrés y los trastornos alimenticios, ya que actualmente existen muy pocas investigaciones que relacionen ambas variables, por lo que esta investigación es también una fuente para ampliar los conocimientos teóricos en cuanto a lo ya mencionado.

Por lo señalado anteriormente y de acuerdo con los resultados obtenidos así como su respectivo análisis, es necesario proponer que en un futuro se realicen más investigaciones acerca de estos temas, tomando en cuenta no solamente alumnos en situación escolar, sino sujetos de otras edades y situaciones.

Finalmente, se considera necesaria la preocupación por parte de la institución y el personal directivo de la misma, para la atención psicológica debida, con énfasis primordial en los casos donde los alumnos presentaron puntajes altos; además de la preocupación escolar en los demás semestres de la población escolar.

## BIBLIOGRAFÍA

Ajuriaguerra, Julián. (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.

Cancrini, Luigi; La Rosa, Cecilia. (1996)  
La caja de pandora.  
Editorial Paidós Ibérica. Buenos Aires.

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

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

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

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.  
(2006)  
Metodología de la Investigación.  
Editorial McGraw-Hill. México.

Hernández Sampieri, Roberto; Fernández-Collado, Carlos; Baptista Lucio, Pilar.  
(2007)  
Fundamentos de la metodología de la Investigación.  
Editorial McGraw-Hill. México.

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

Editorial Trillas. México.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Trianes, Victoria. (2002)  
Niños con estrés. Cómo evitarlo, cómo tratarlo.  
Editorial Nances. México.

## OTRAS FUENTES DE INFORMACIÓN

### Hemerografía

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

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

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

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 Ortopédico del Centro Nacional de Rehabilitación.”

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

### Artículos de Internet

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

“Estrés y trastornos de la conducta alimentaria”.

Revista chilena de neuro-psiquiatría. Vol. 47 No. 3 Santiago 2009

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

Hernández García, Mariamparo A. (2006)

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

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

<http://www.uvmnet.edu/investigacion/epsiteme/numero8y9-06/>

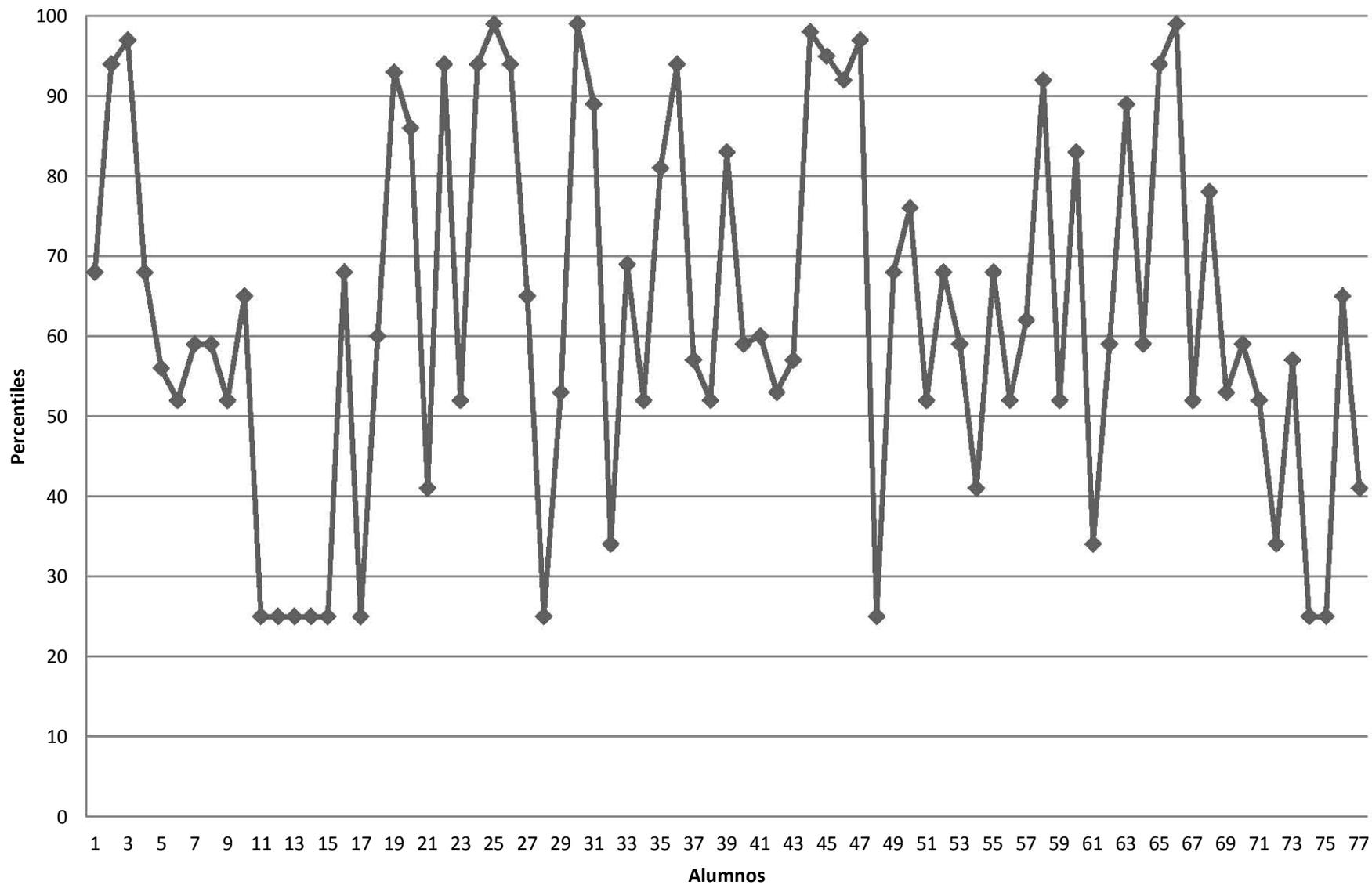
López Coutiño, Berenice; Arias Ibáñez, Alba; Nuño Gutiérrez, Bertha. (s/f)

“Una aproximación a la estructura familiar de mujeres con anorexia y bulimia”.

<http://www.tallersur.com/adolesc/libros/libroanorexia.pdf>

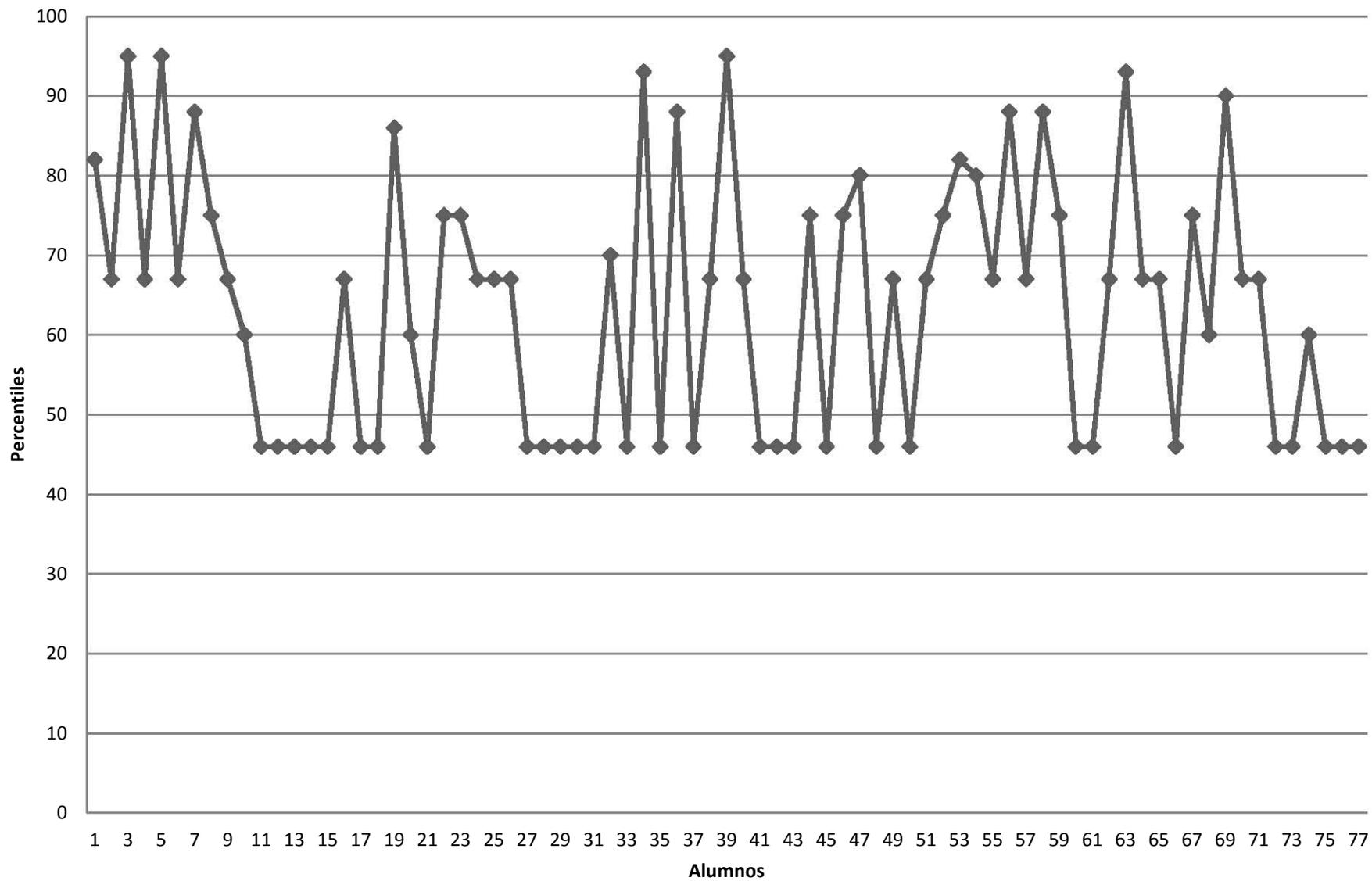
# Anexo 1

## Percentiles de la escala Obsesion por la delgadez



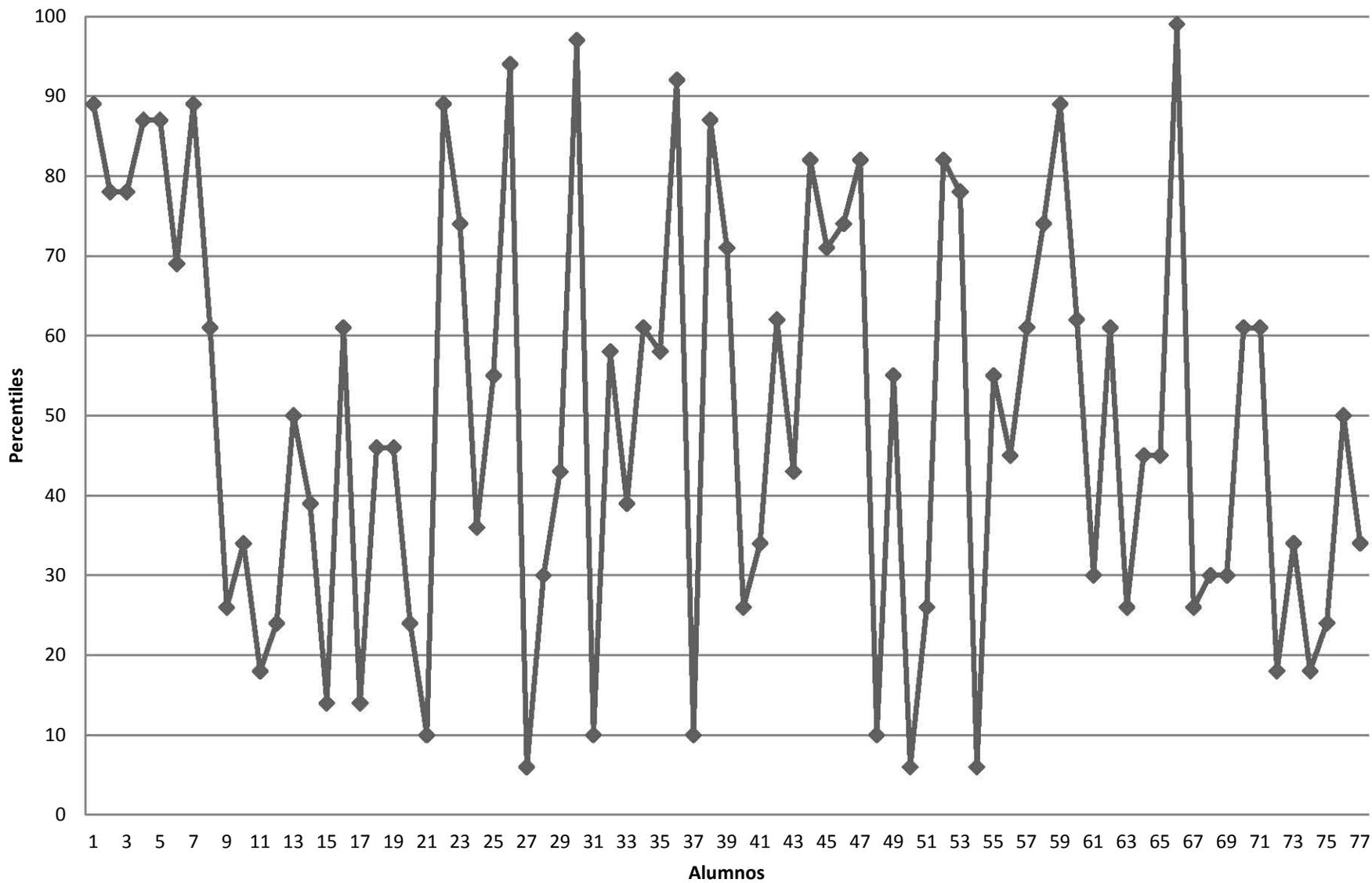
## Anexo 2

### Percentiles de la Escala de Bulimia



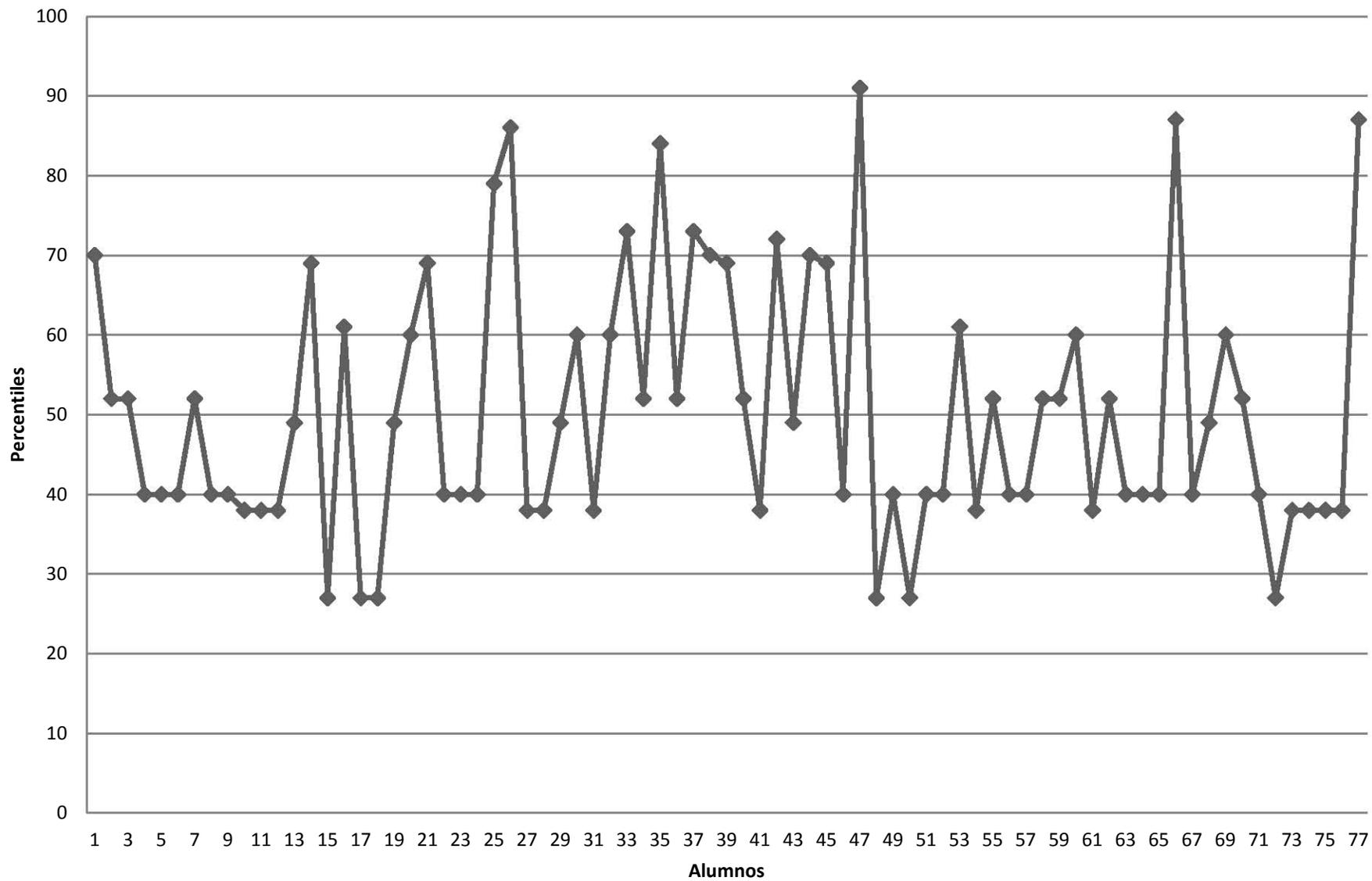
### Anexo 3

## Percentiles de la Escala de Insatisfaccion Corporal



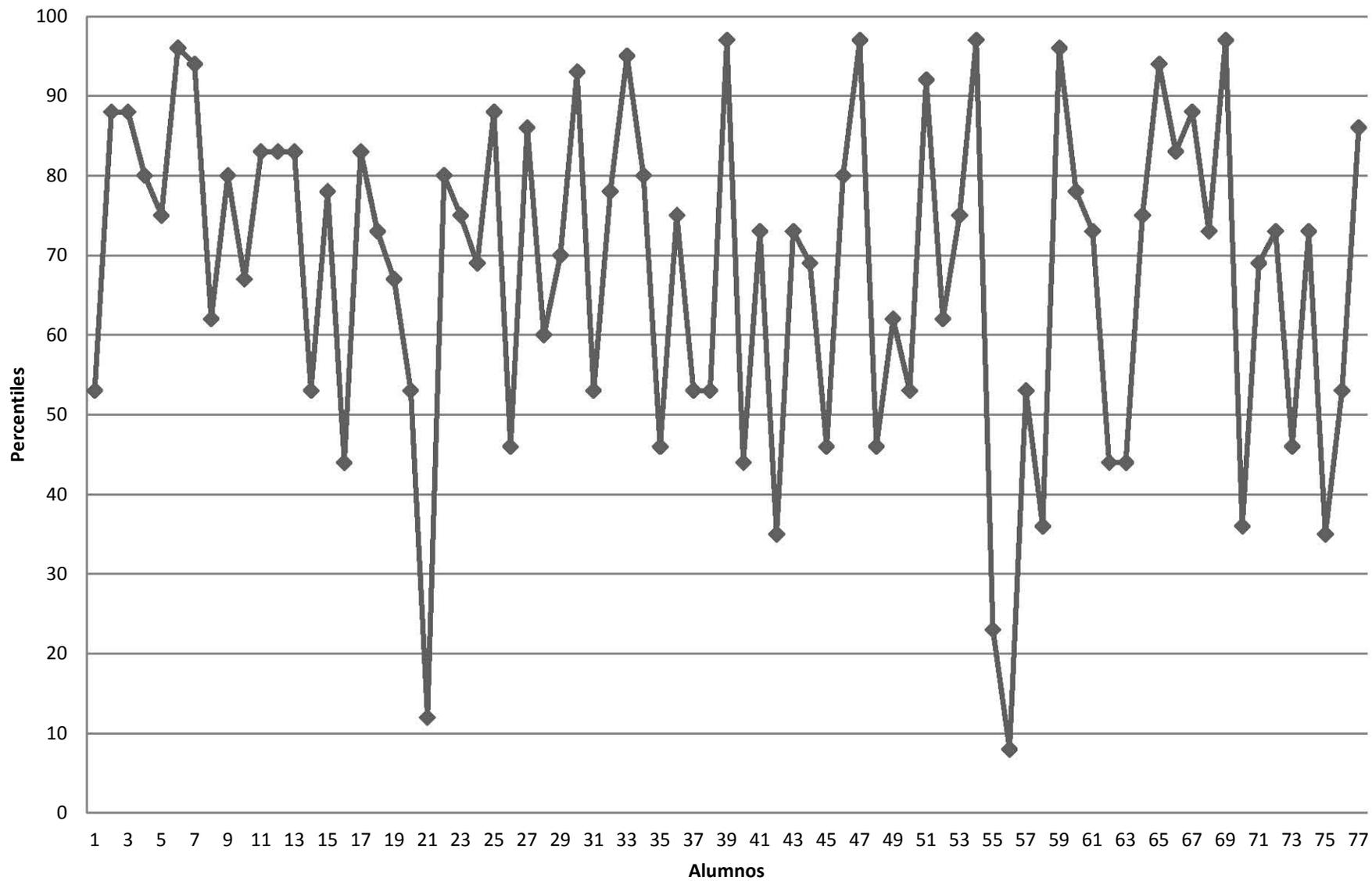
# Anexo 4

## Percentiles de la Escala de Ineficacia



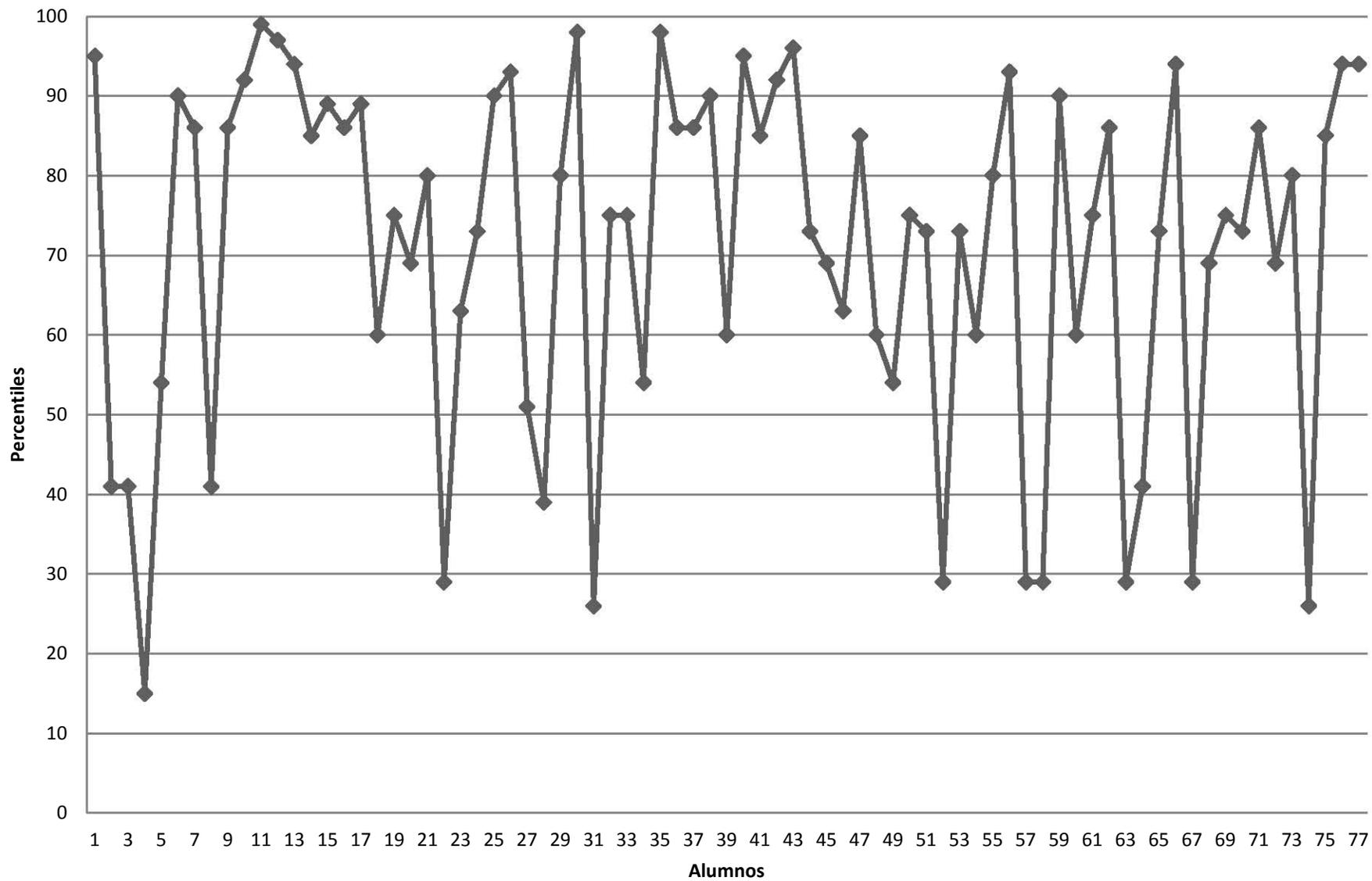
# Anexo 5

## Percentiles de la Escala de Perfeccionismo



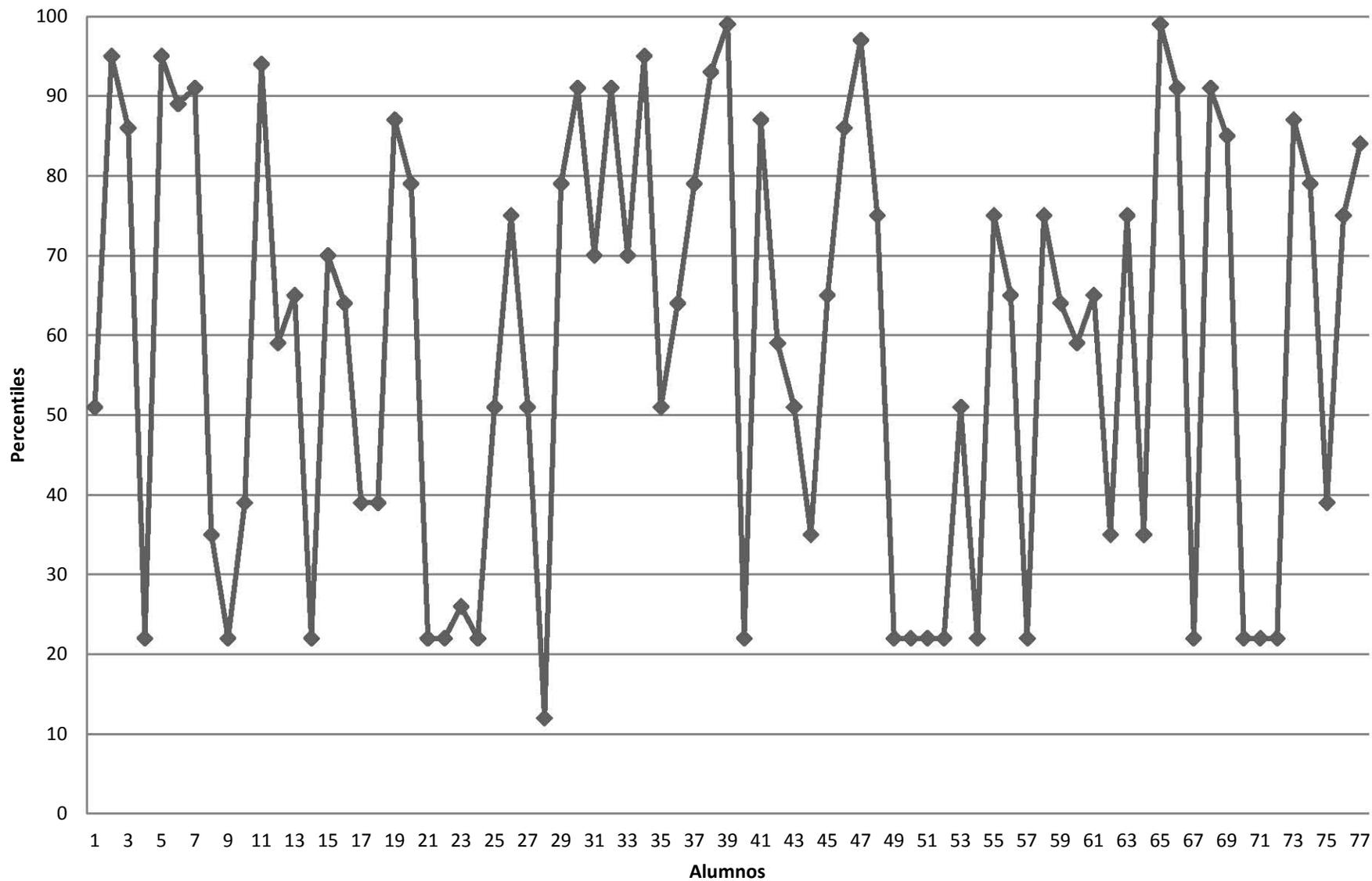
# Anexo 6

## Percentiles de la Escala de Desconfianza Interpersonal



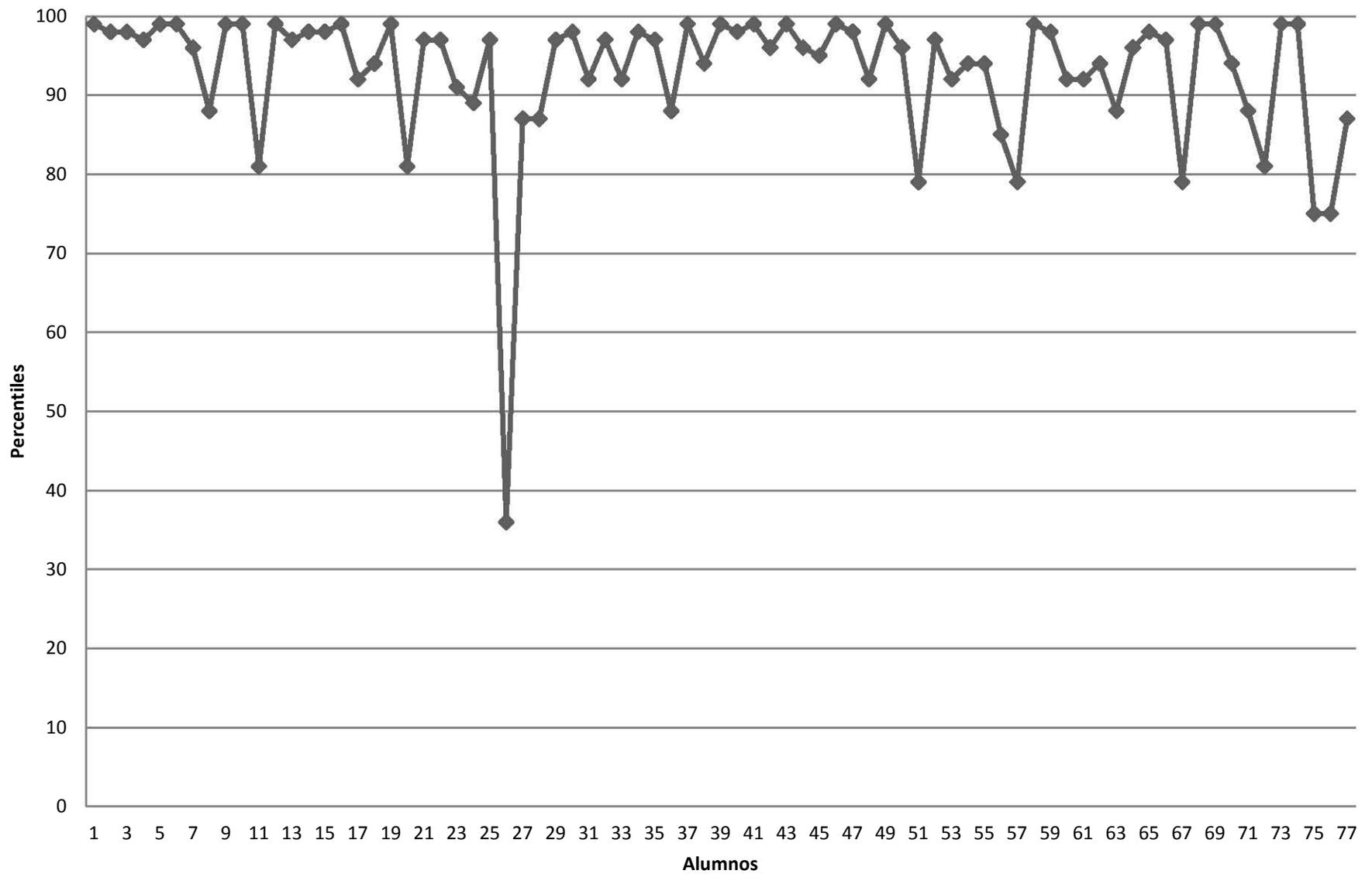
# Anexo 7

## Percentiles de la Escala de Conciencia Interoceptiva



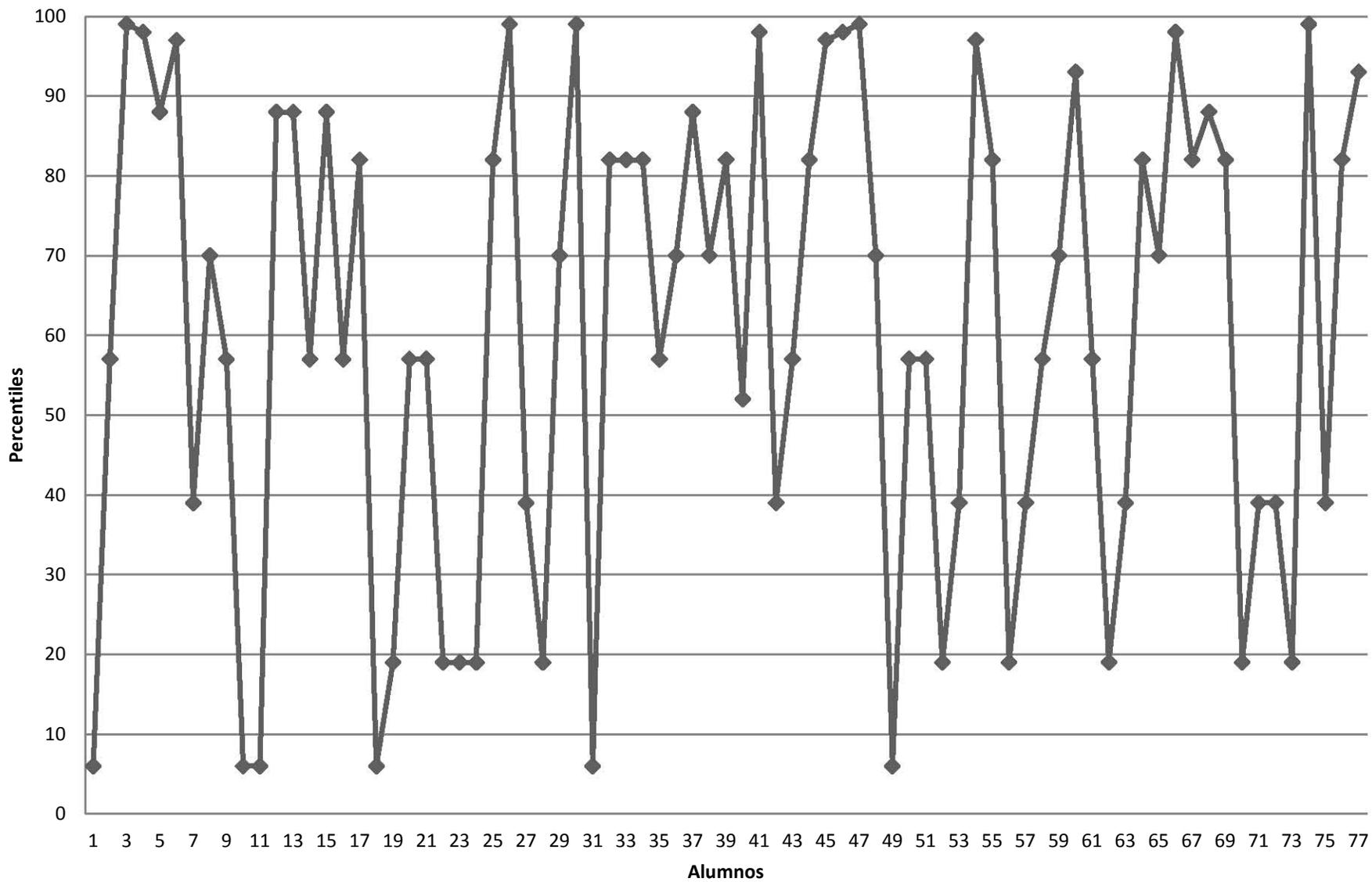
# Anexo 8

## Percentiles de la Escala de Miedo a la madurez



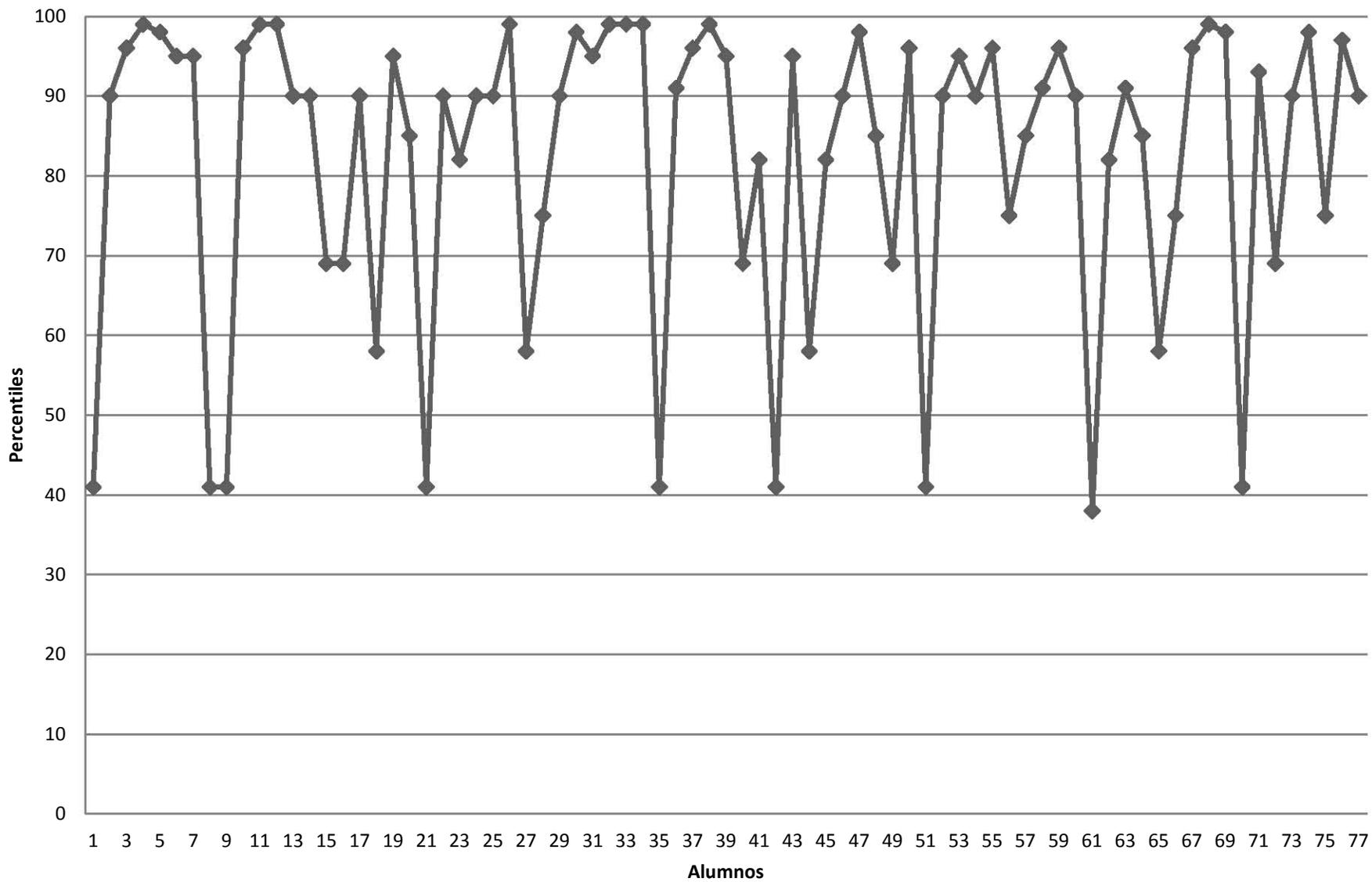
# Anexo 9

## Percentiles de la Escala de Ascetismo



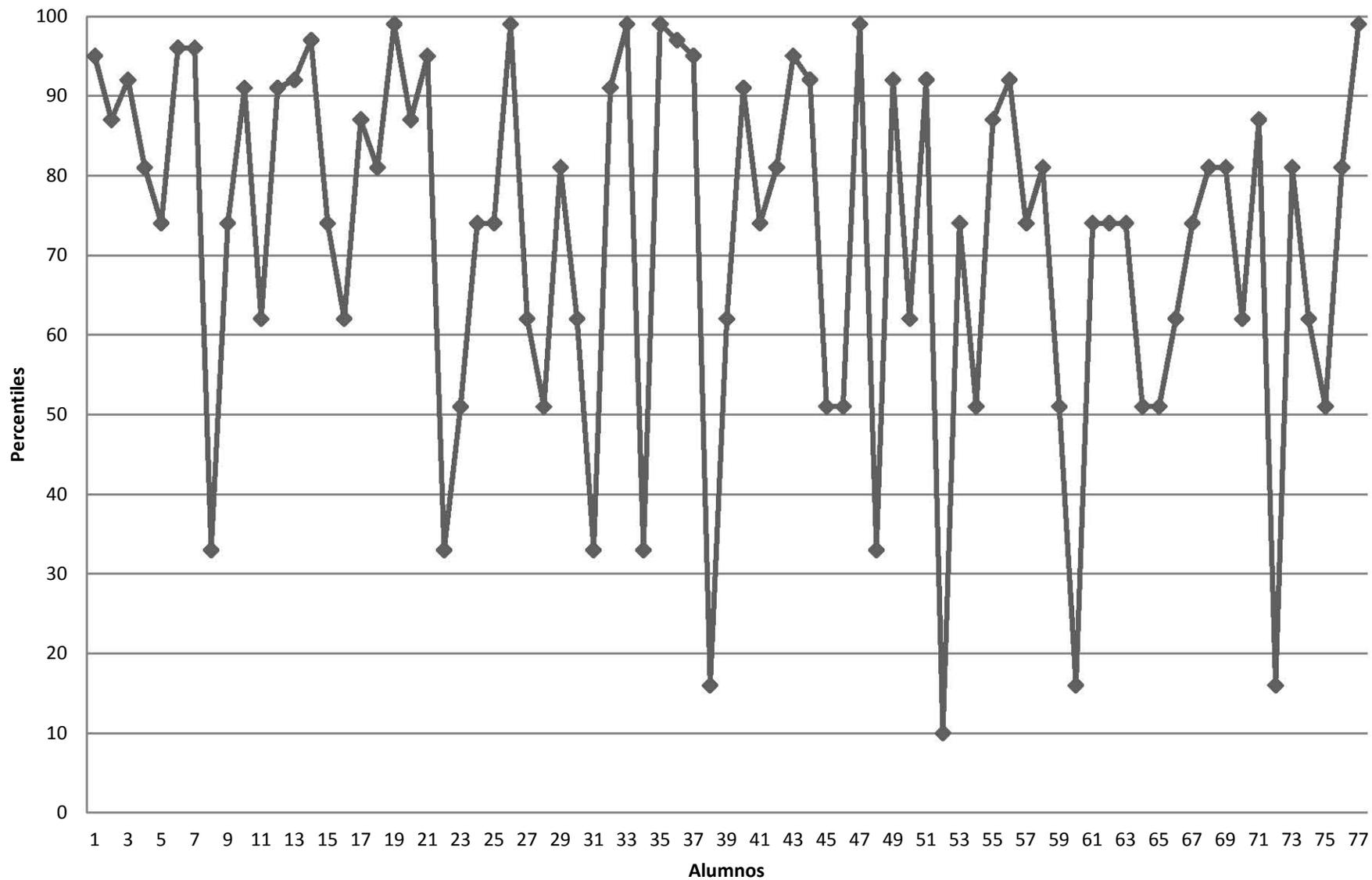
# Anexo 10

## Percentiles de la Escala de Impulsividad



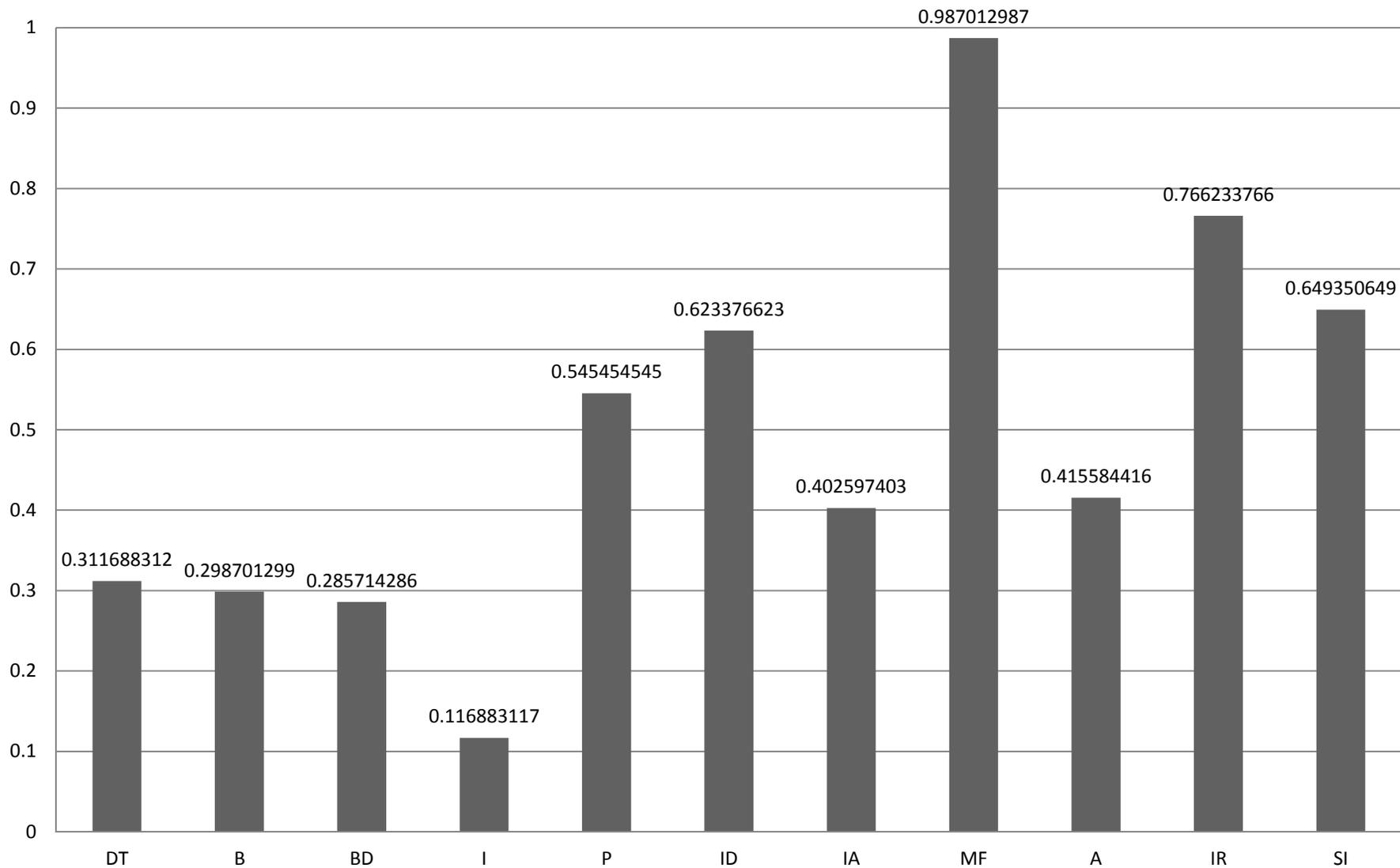
# Anexo 11

## Percentiles de la Escala de Inseguridad Social



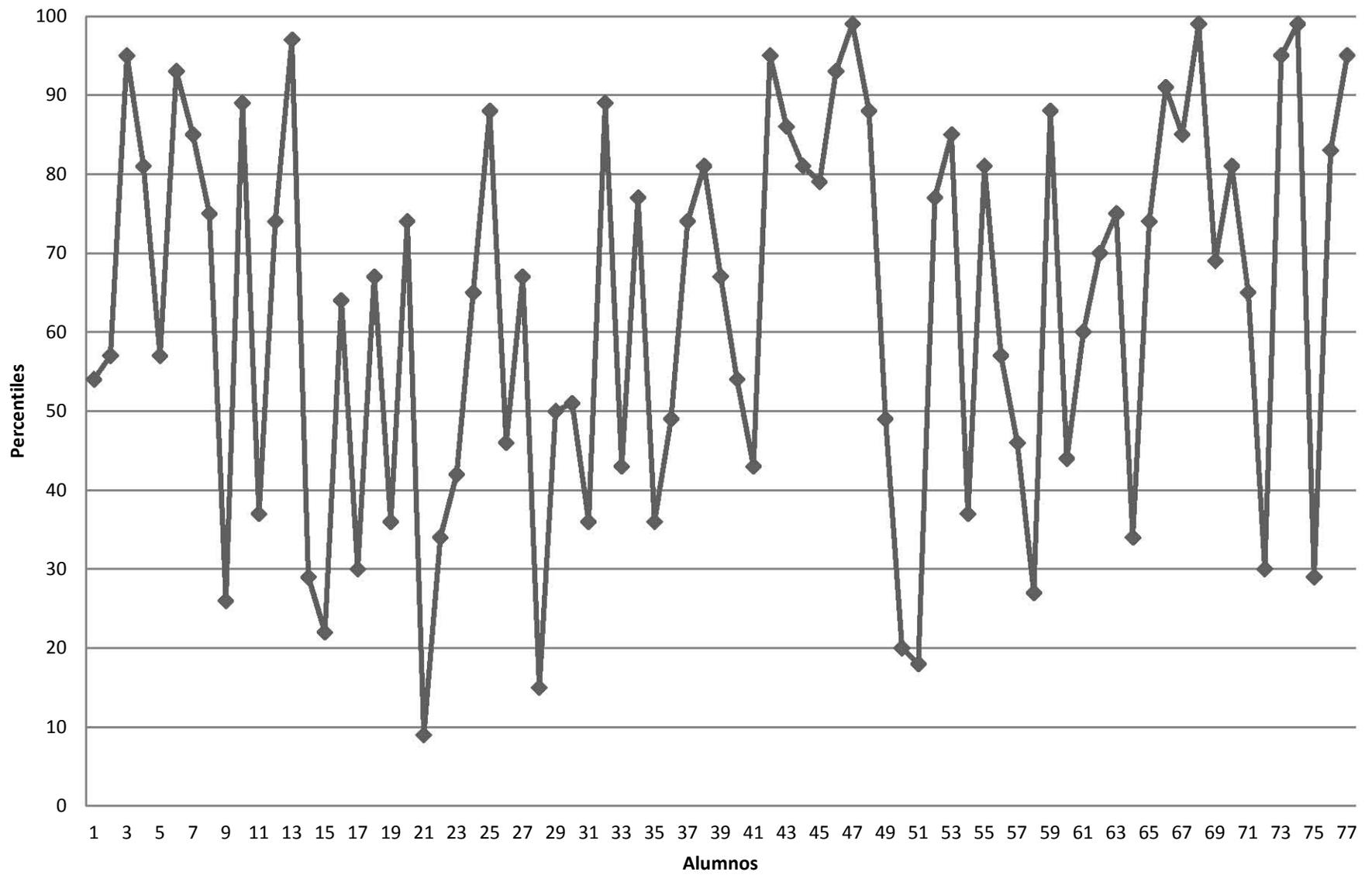
## Anexo 12

### Porcentajes de sujetos con puntaje alto en las escalas de trastornos alimentarios



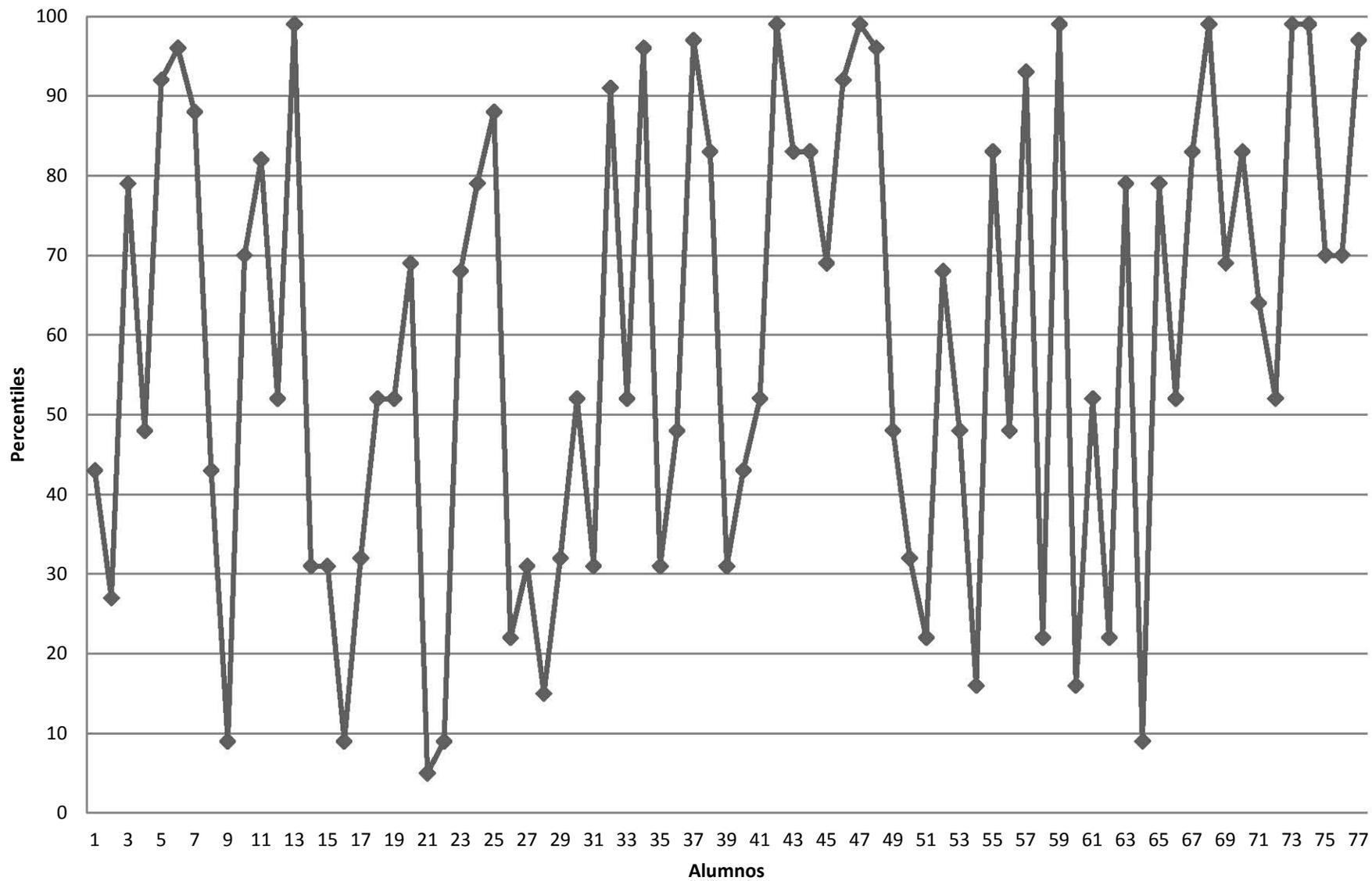
### Anexo 13

## Percentiles de la Escala de Ansiedad Total



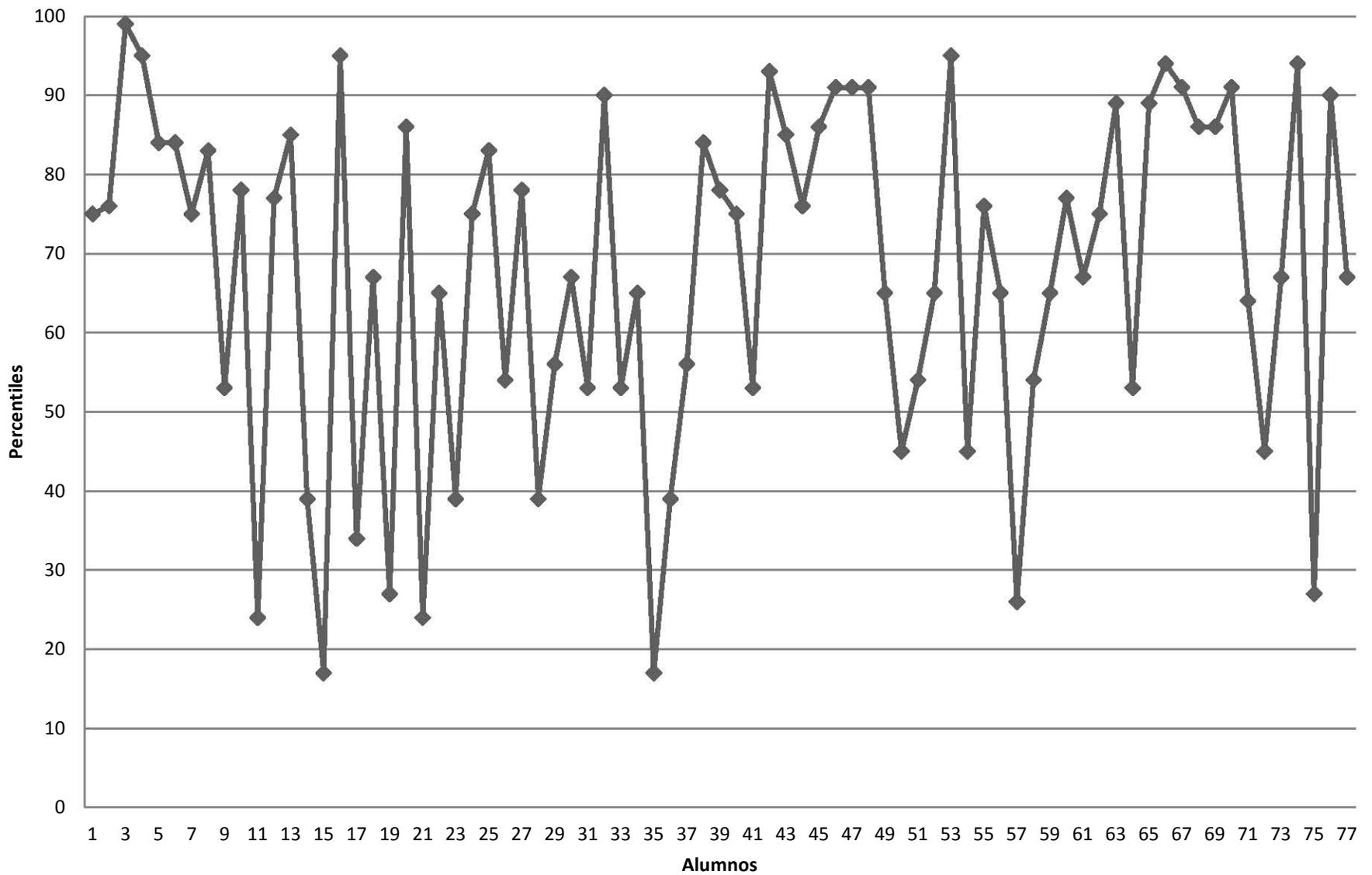
# Anexo 14

## Percentiles de la Escala de Ansiedad Fisiológica



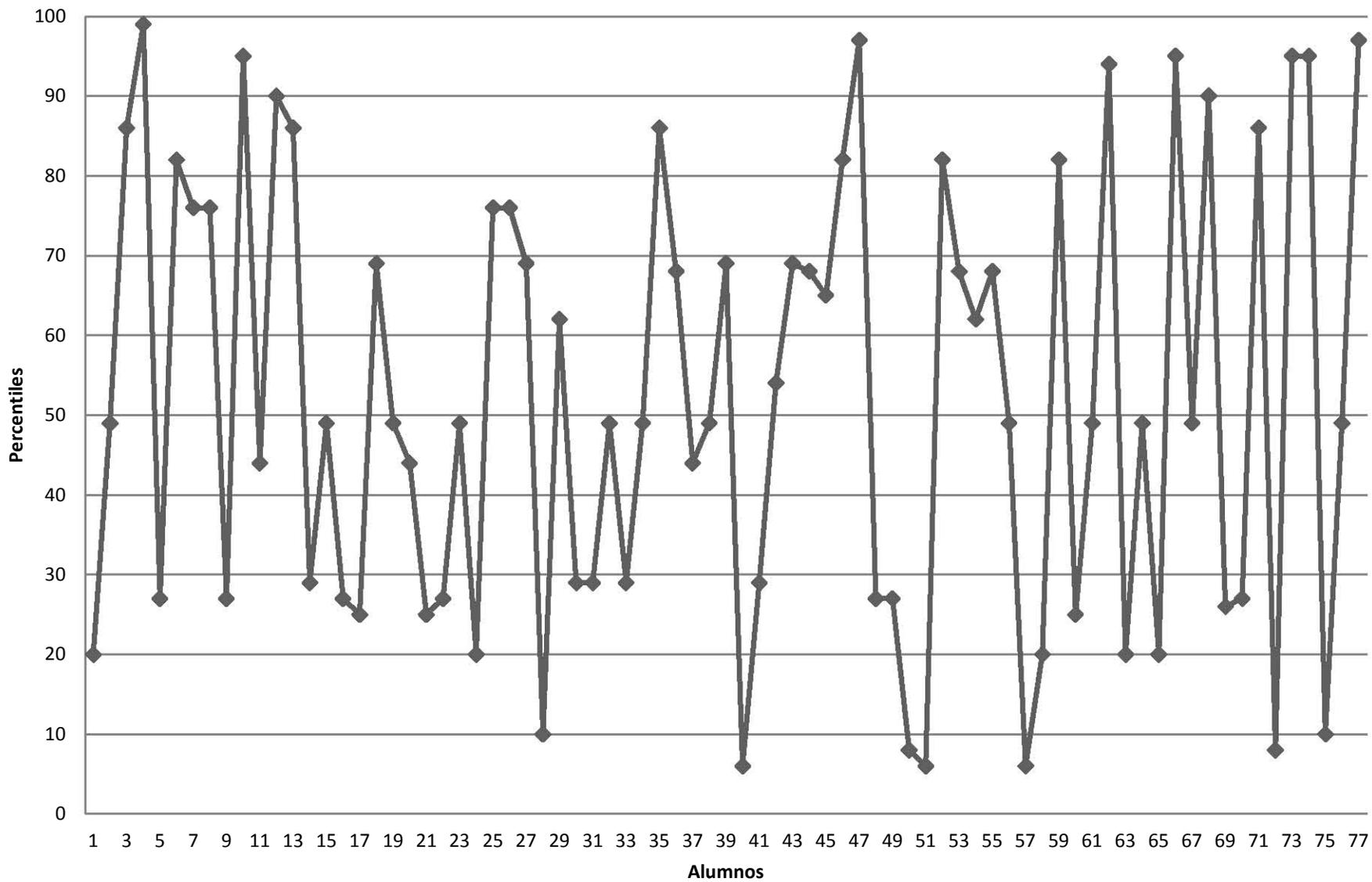
# Anexo 15

## Percentiles de la Escala de Inquietud/Hipersensibilidad



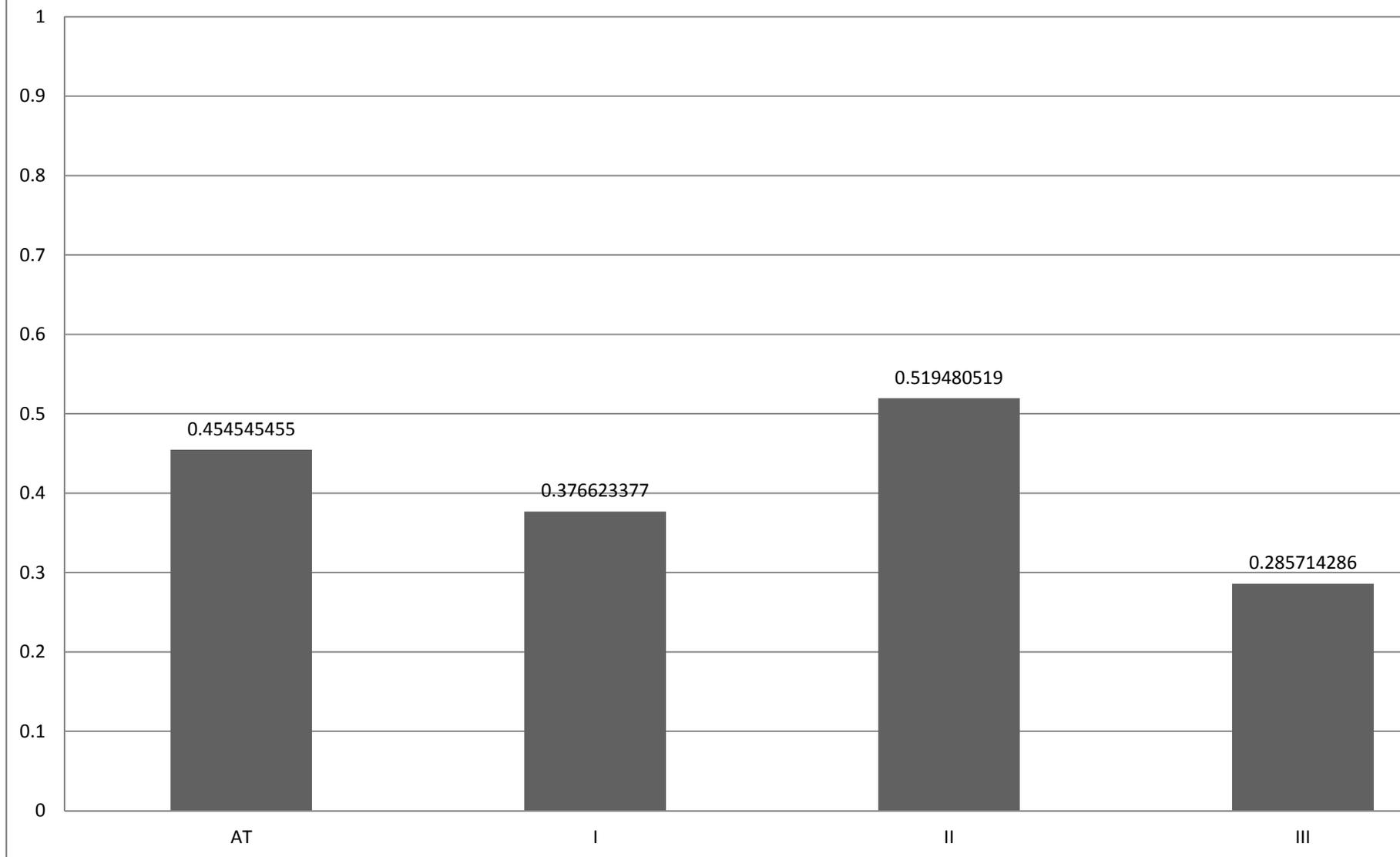
## Anexo 16

### Percentiles de la Escala de preocupaciones Sociales/Concentracion



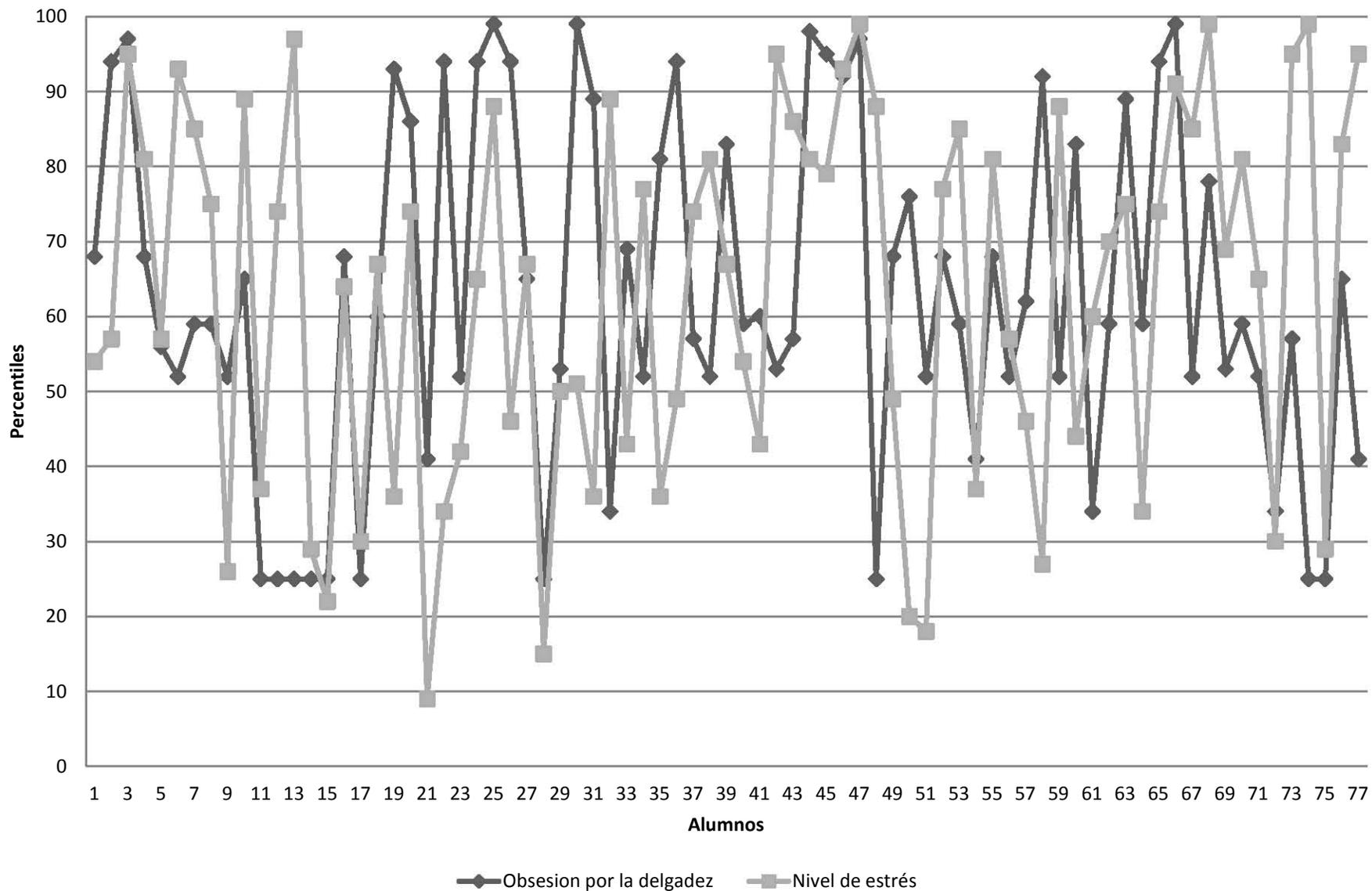
## Anexo 17

### Porcentajes de sujetos con puntaje alto en las escalas de estrés



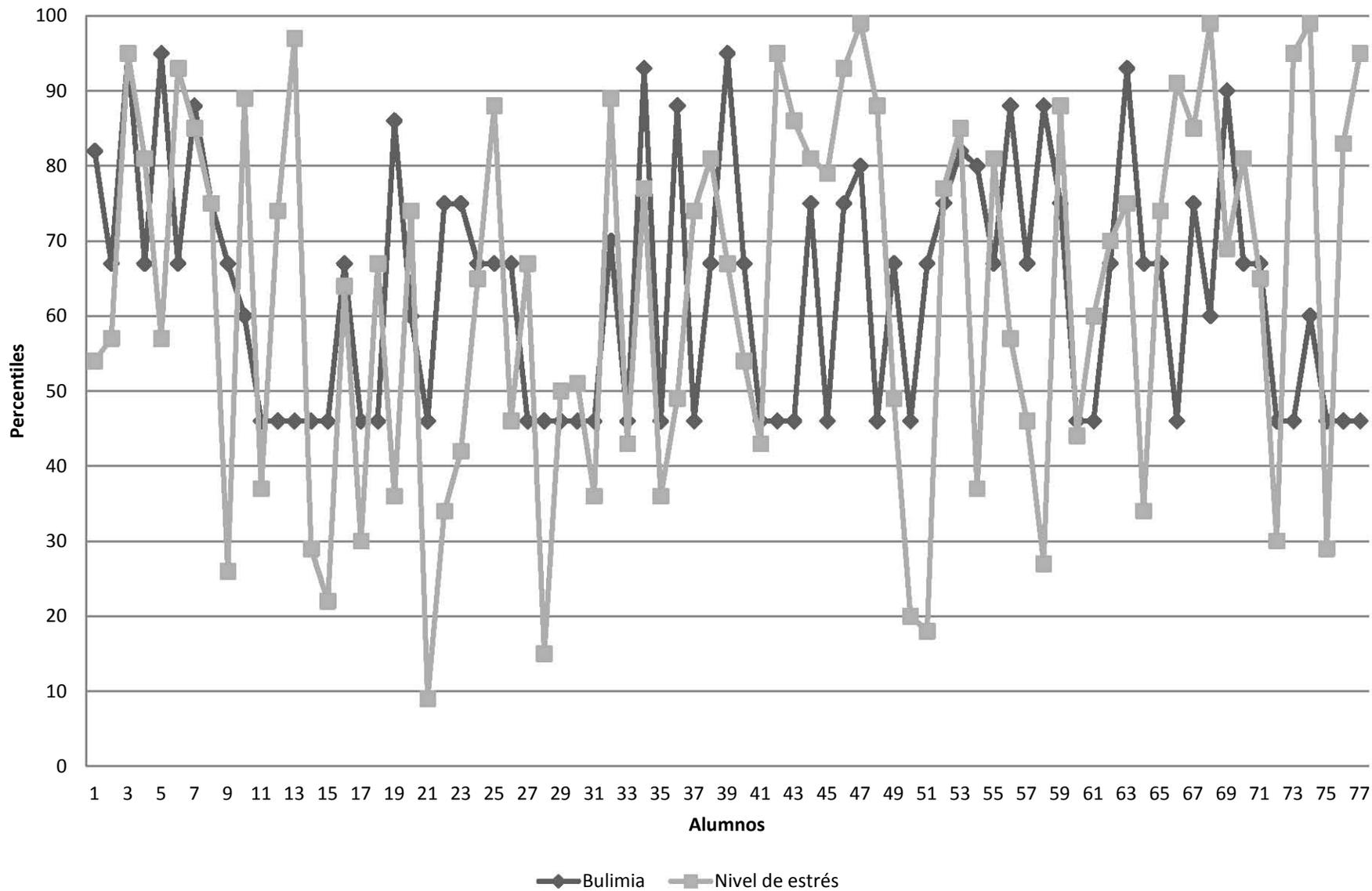
# Anexo 18

## Correlacion entre el nivel de estrés y la Obsesion por la delgadez



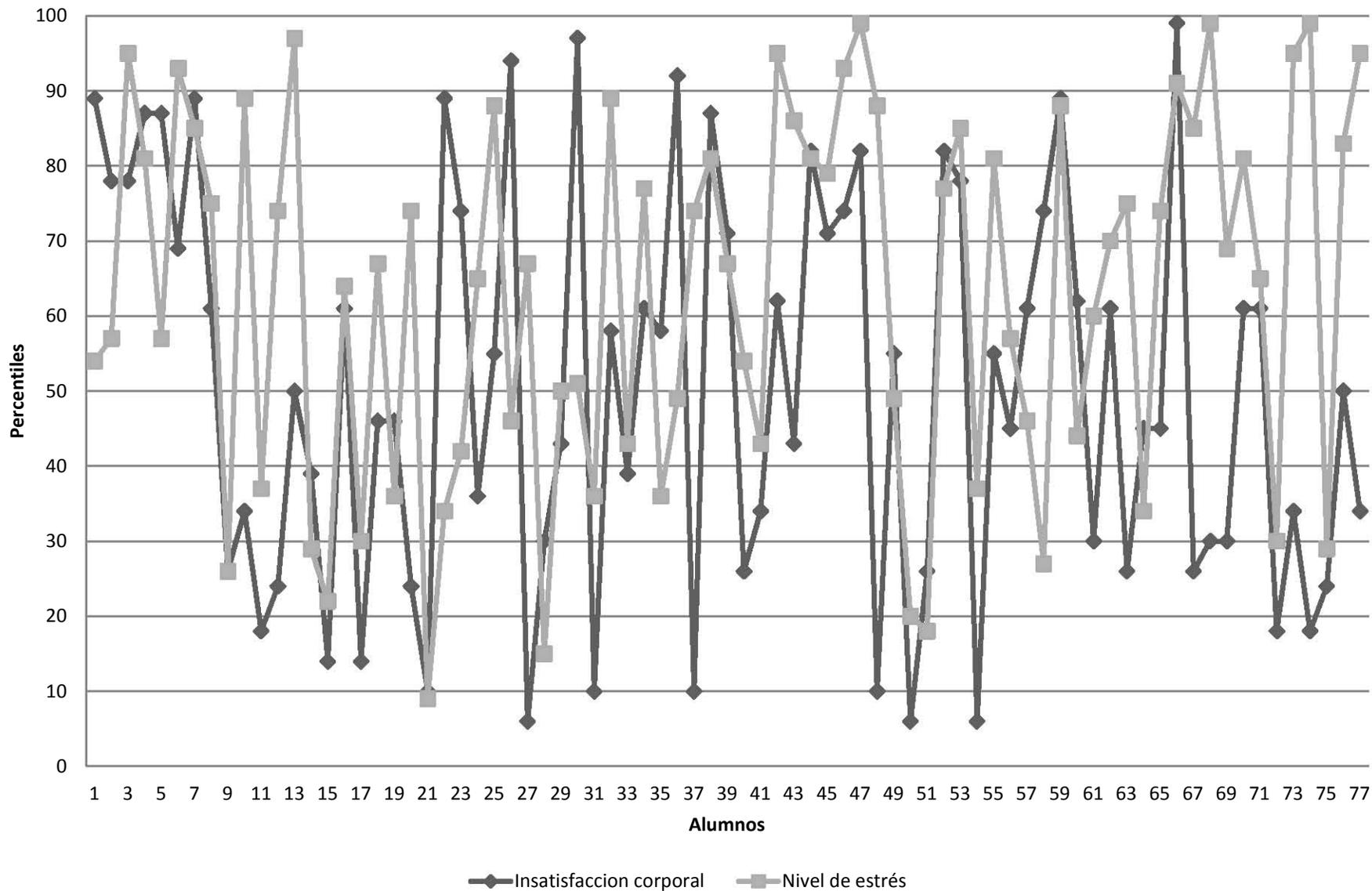
# Anexo 19

## Correlacion entre el nivel de estrés y la Bulimia



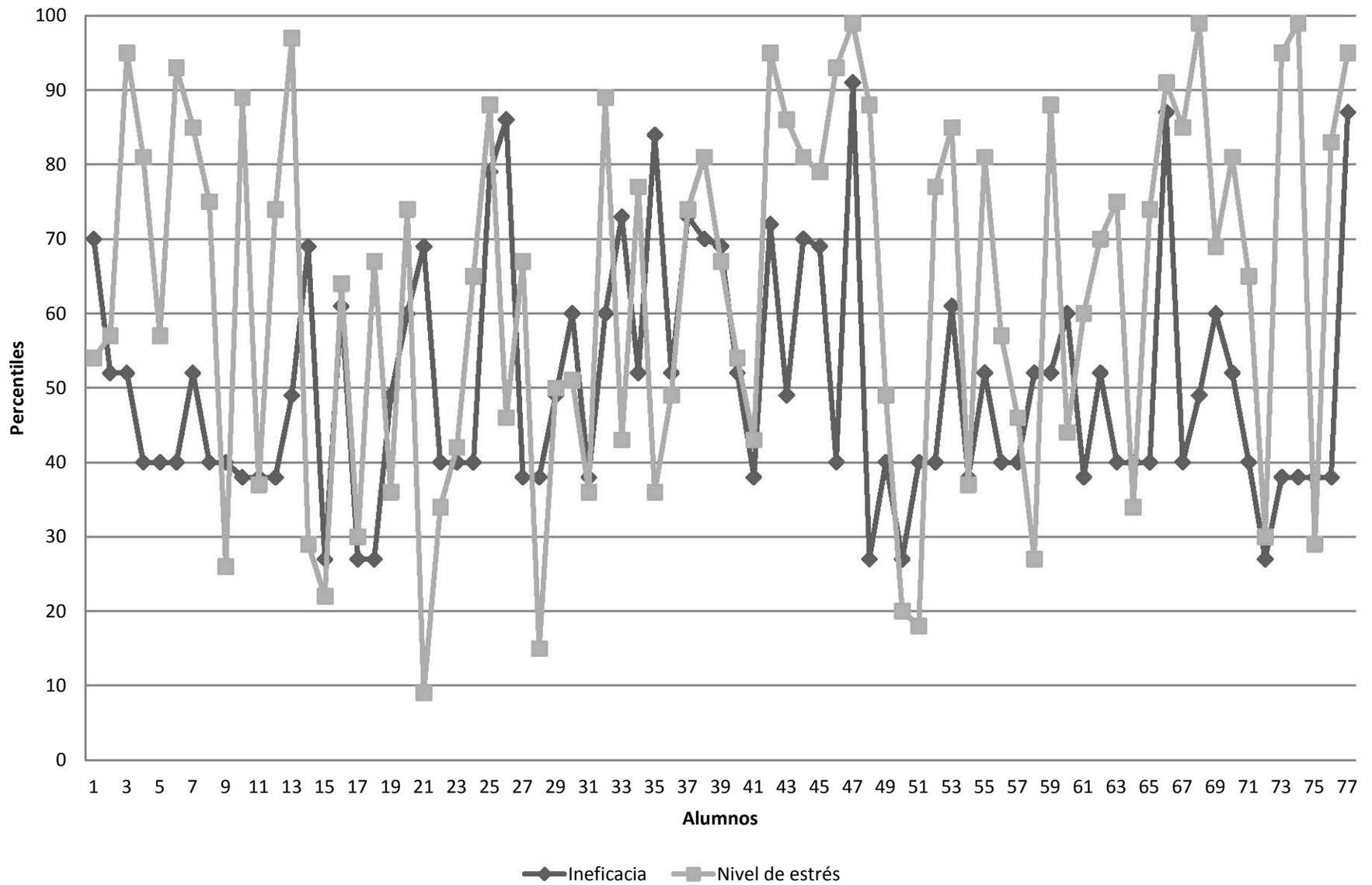
## Anexo 20

### Correlacion entre el nivel de estrés e Insatisfaccion Corporal



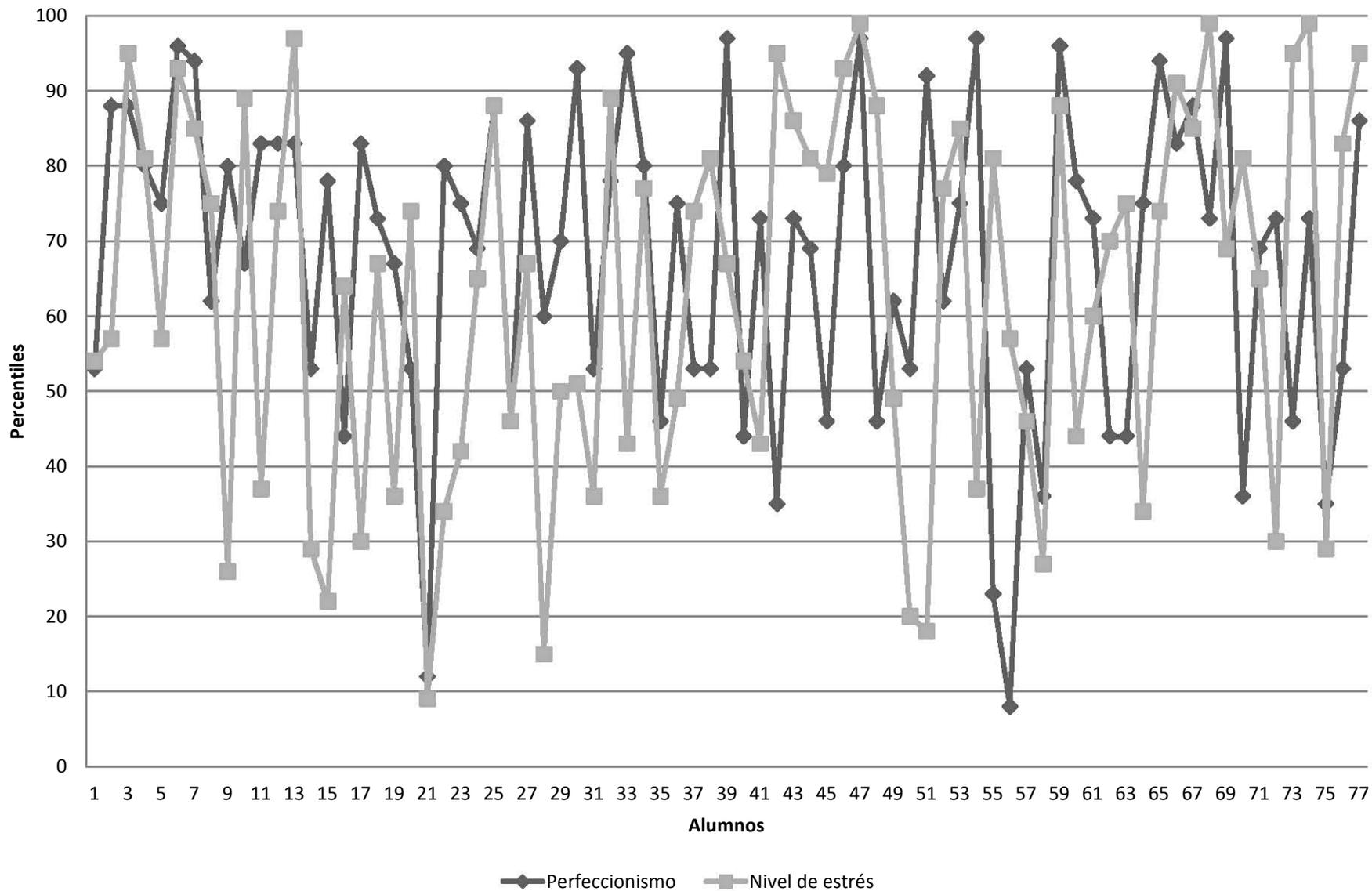
## Anexo 21

### Correlacion entre el nivel de estrés e Ineficacia



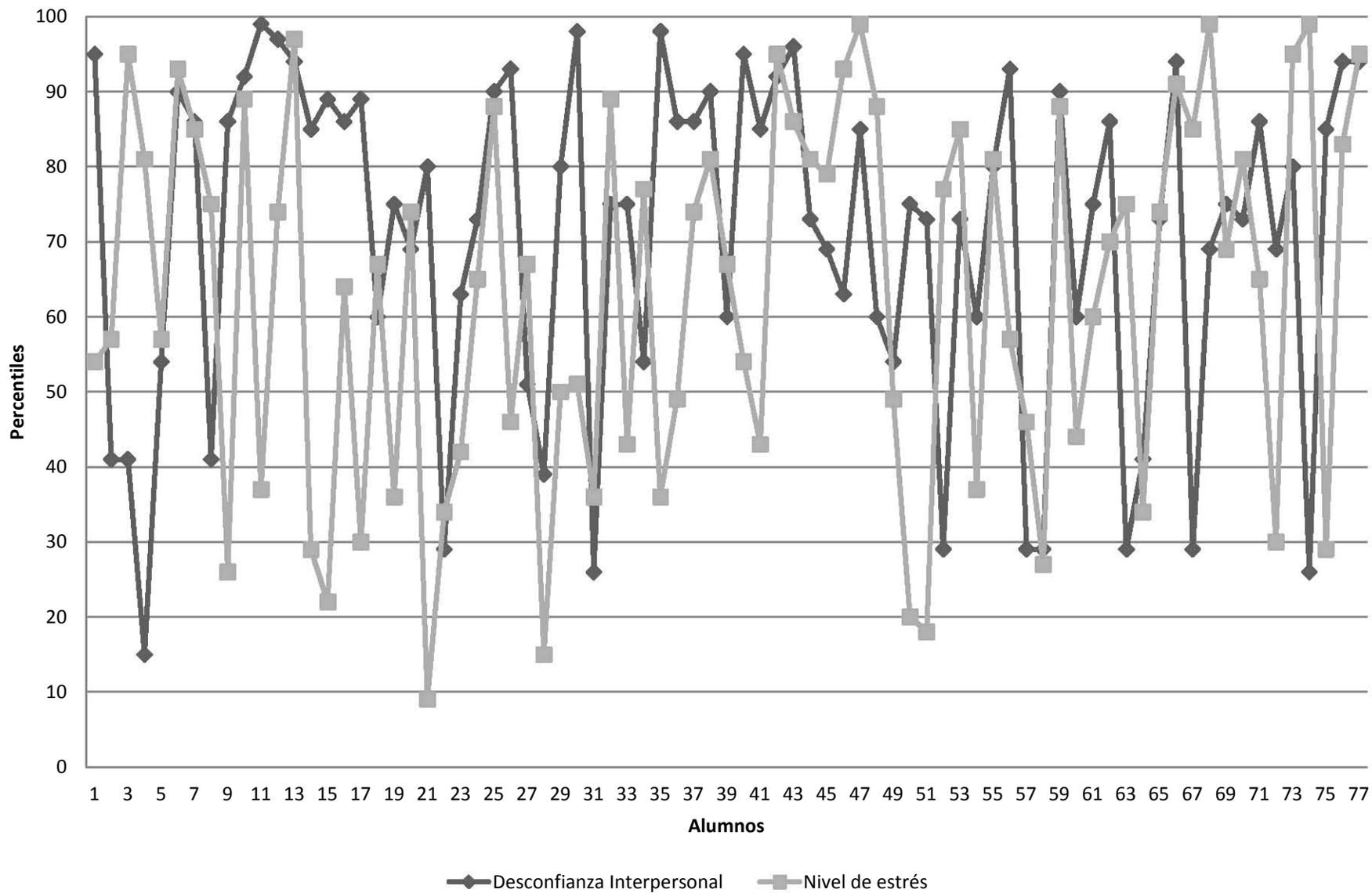
## Anexo 22

### Correlacion entre el nivel de estrés y Perfeccionismo



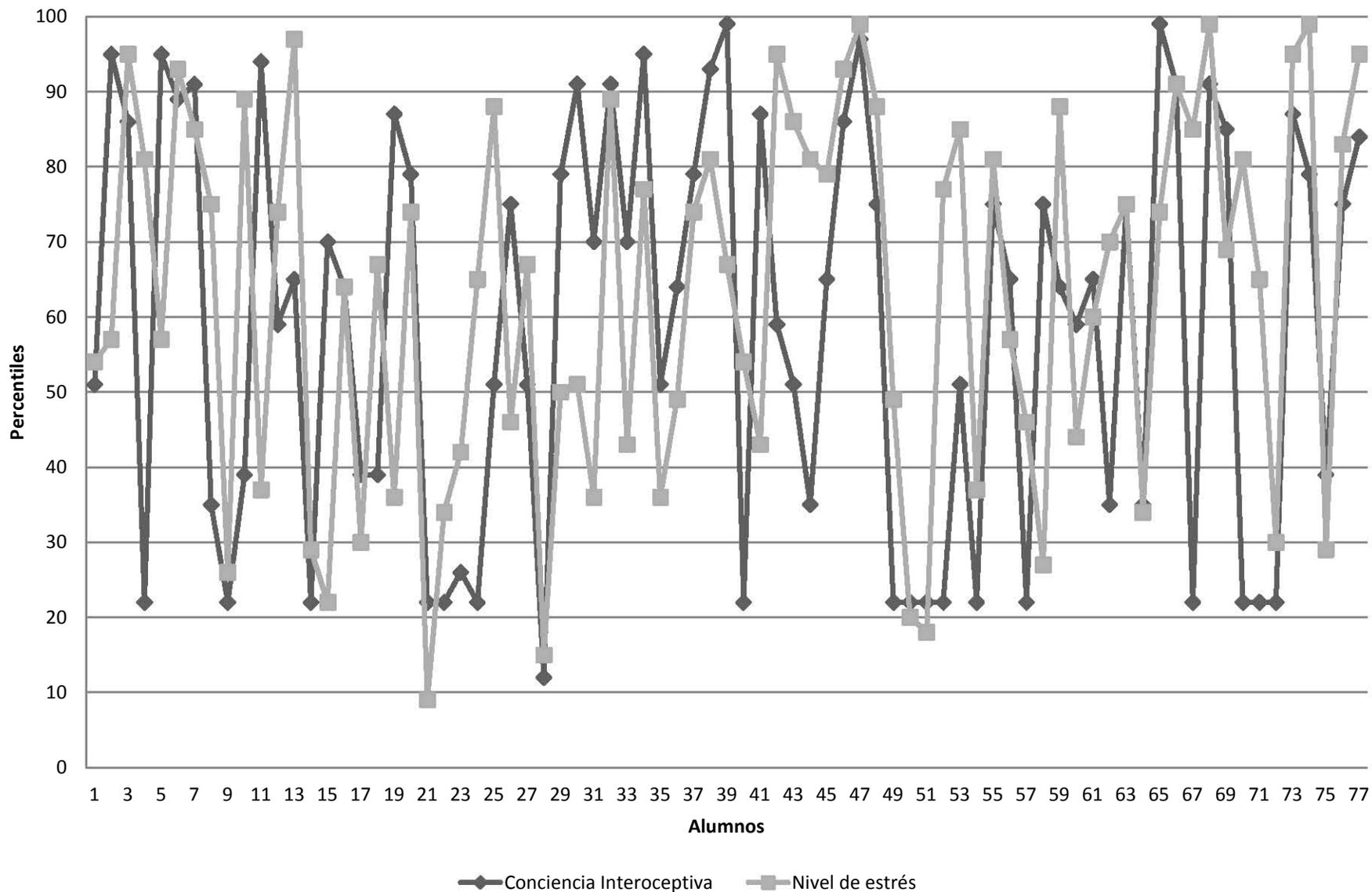
## Anexo 23

### Correlacion entre el nivel de estrés y Desconfianza Interpersonal



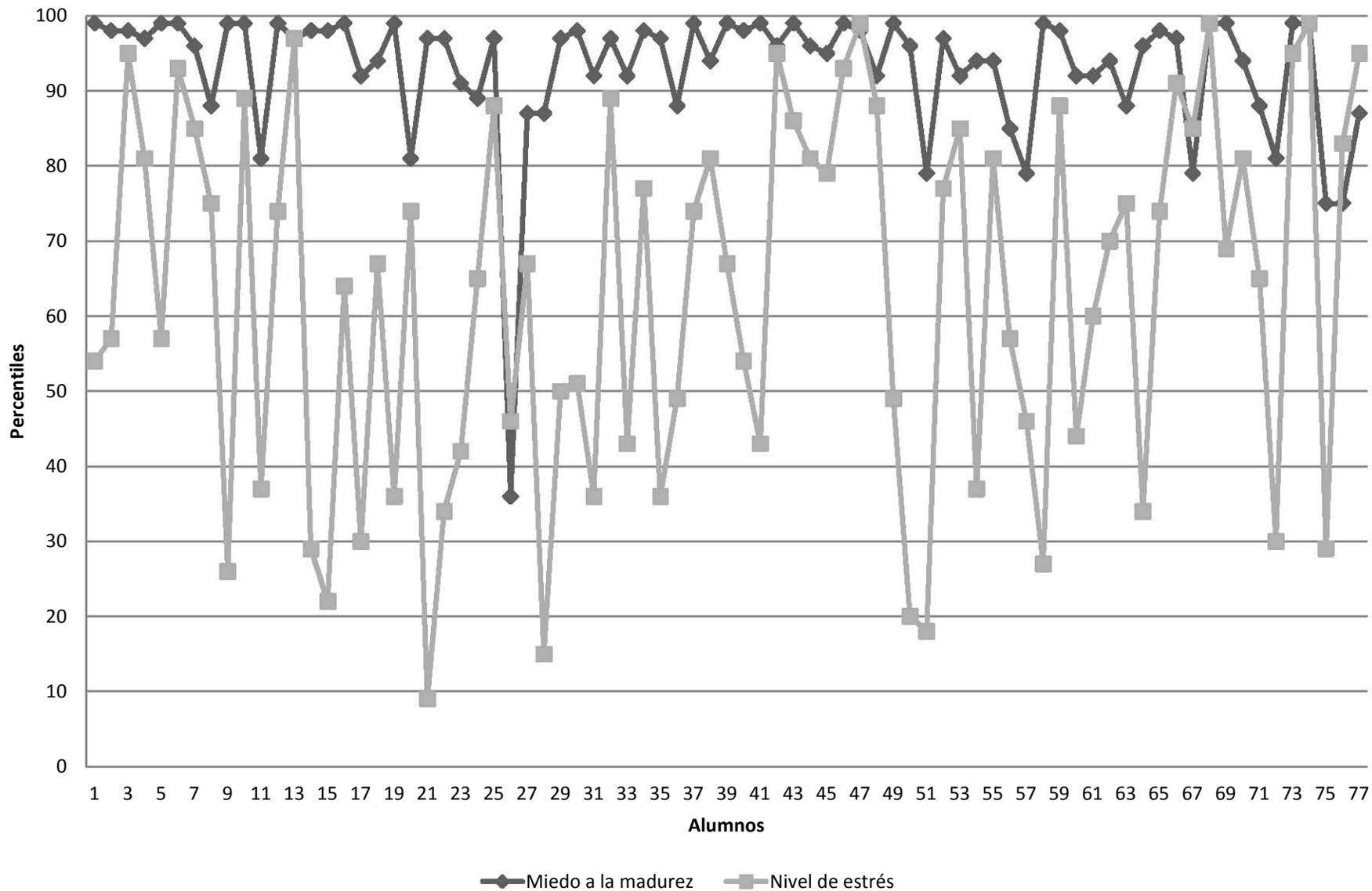
# Anexo 24

## Correlacion entre el nivel de estrés y Conciencia Interoceptiva



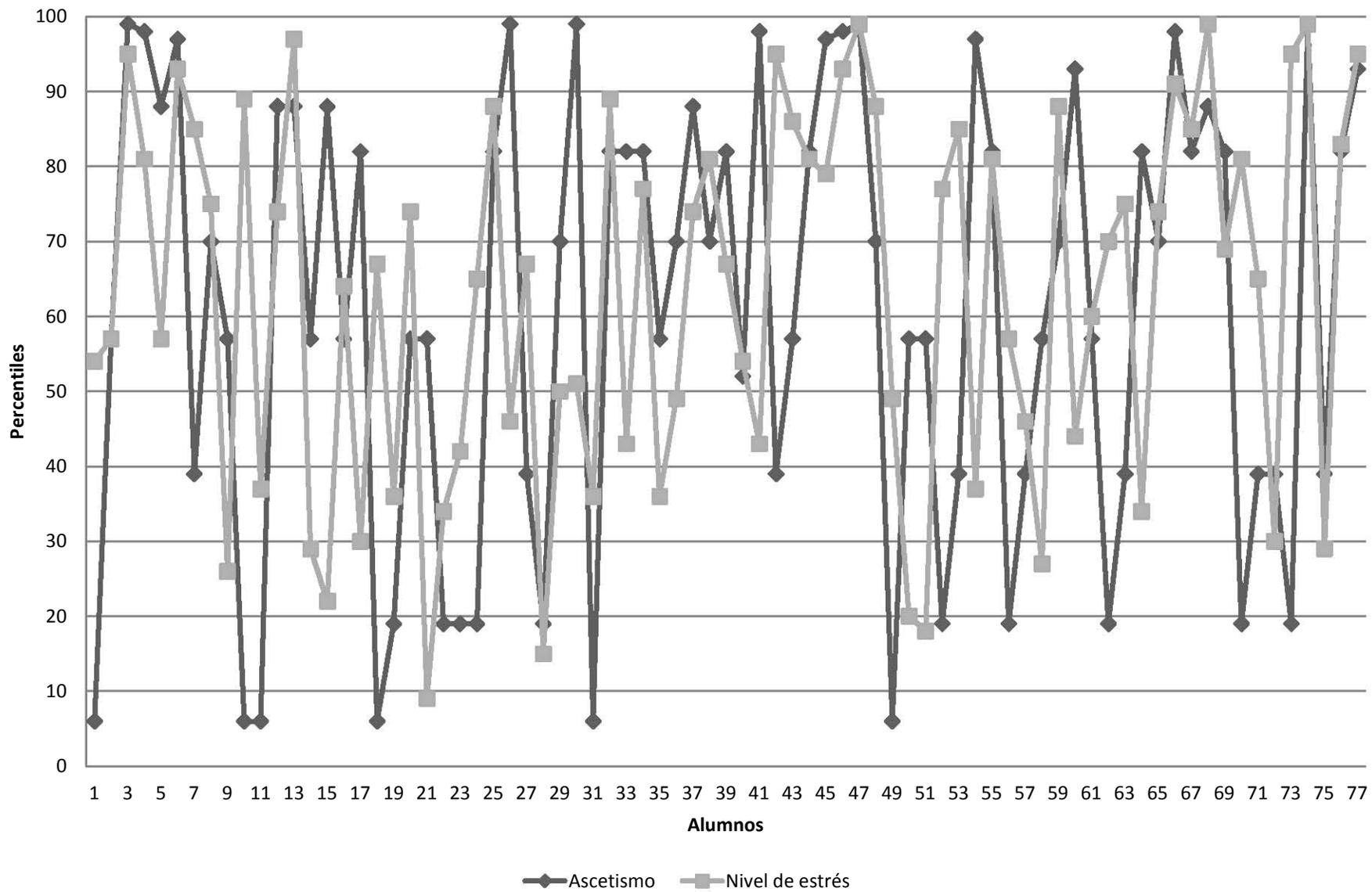
# Anexo 25

## Correlacion entre el nivel de estrés y Miedo a la madurez



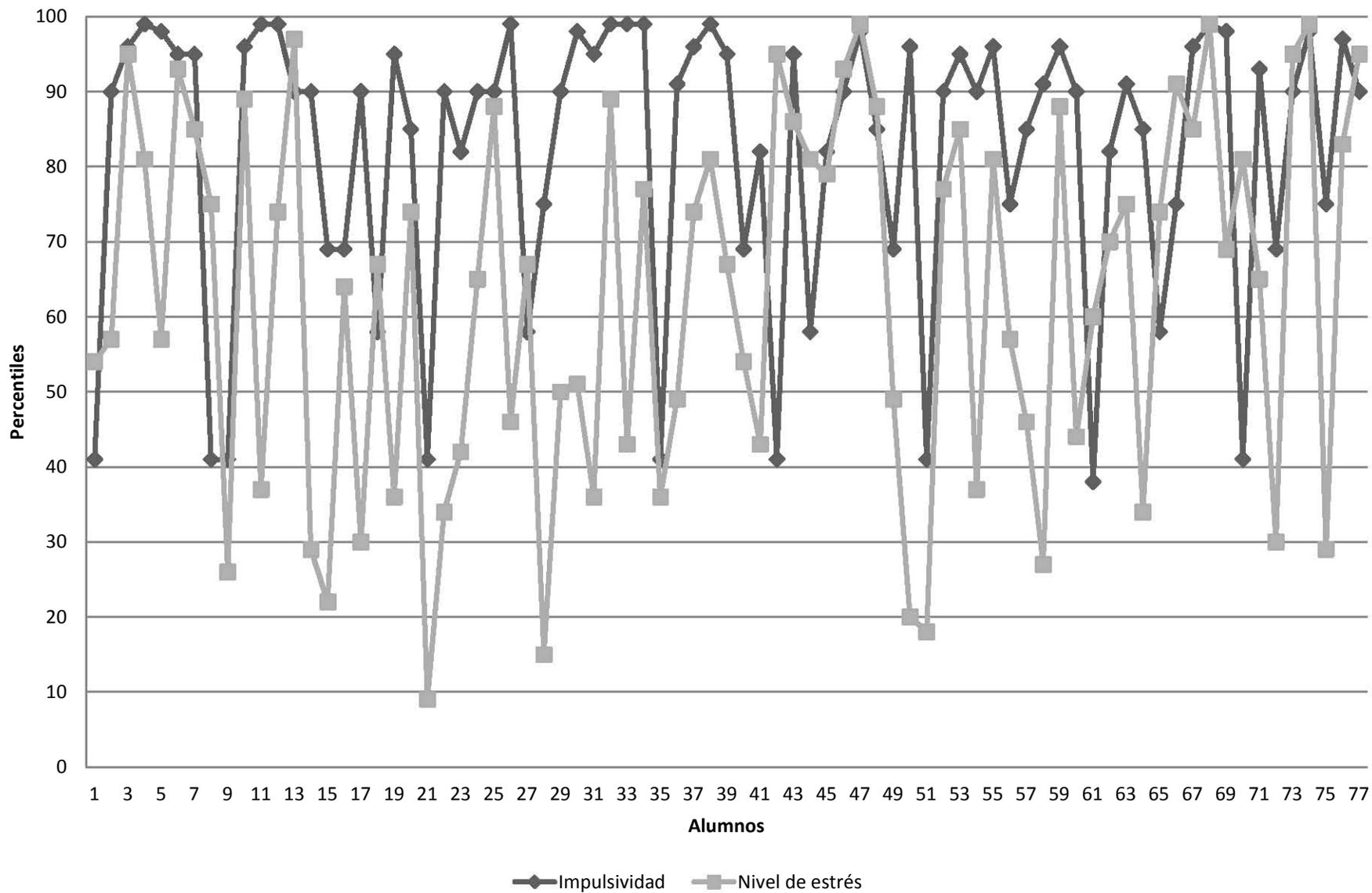
## Anexo 26

### Correlacion entre el nivel de estrés y Ascetismo



## Anexo 27

### Correlacion entre el nivel de estrés e Impulsividad



# Anexo 28

## Correlacion entre el nivel de estrés e Inseguridad social

