



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

INCORPORACIÓN NO. 8727-25 A LA  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
ESCUELA DE PSICOLOGÍA

*RELACIÓN ENTRE ESTRÉS Y TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN ALUMNOS DE LA  
SECUNDARIA TÉCNICA 85 DE URUAPAN, MICHOACÁN.*

**TESIS**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

Elsa Toledo Suárez

Asesor: Lic. Héctor Raúl Zalapa Ríos

Uruapan, Michoacán, a 9 de agosto de 2011.



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

## **AGRADECIMIENTOS**

A mis padres y hermanas, por su apoyo incondicional para que realizara mi carrera.

A Elias Díaz Arreola, por el amor y su apoyo moral e intelectual que siempre he recibido de él, con el cual eh logrado culminar mi esfuerzo.

A todos mis profesores no sólo de la carrera sino de toda la vida, de alguna manera forman parte de lo que ahora soy. En especial al Lic. Héctor Raúl Zalapa Ríos y el Lic. José de Jesús González Pérez por su valioso desempeño como asesores y por sus grandes contribuciones encaminadas al enriquecimiento de este trabajo.

A todos mis amigos, sin excluir a ninguno, pero en especial a Marco y Ali por estar siempre a mi lado en todo momento.

A los docentes, de la Escuela Secundaria Técnica 85 de Uruapan Michoacán, por su apoyo y confianza en todos los aspectos, al facilitar la participación con los alumnos que formaron parte de la investigación.

## DEDICATORIA

A mis padres, por lo que valen, porque admiro su fortaleza y por lo que han hecho por mí, gracias a ustedes hoy puedo ver alcanzada mi meta, ya que siempre estuvieron impulsándome en los momentos más difíciles de mi carrera, y porque el orgullo que sienten por mí, fue lo que me hizo ir hasta el final.

# ÍNDICE

## **Introducción.**

Antecedentes. . . . .	1
Planteamiento del problema . . . . .	7
Objetivos. . . . .	8
Hipótesis. . . . .	9
Justificación. . . . .	11
Marco de referencia. . . . .	13

## **Capítulo 1. El estrés.**

1.1. Antecedentes históricos del estrés. . . . .	14
1.2. Tres enfoques teóricos del estrés. . . . .	16
1.2.1. Estrés como estímulo . . . . .	17
1.2.2. Estrés como respuesta . . . . .	18
1.2.3. Estrés como relación persona-entorno (enfoque interaccionista). . . . .	21
1.2.3.1. El concepto integrador de estrés. . . . .	23
1.3. Los estresores. . . . .	24
1.3.1. Estresores psicosociales: cambios mayores, vitales y cotidianos. . . . .	24
1.3.2. Estresores biogénicos. . . . .	27
1.3.3. Estresores en el ámbito académico. . . . .	28
1.4. Procesos del pensamiento que propician el estrés. . . . .	30
1.5. Los moduladores del estrés. . . . .	31
1.5.1. El control percibido. . . . .	32

1.5.2 El apoyo social.	33
1.5.3 El tipo de personalidad: A/B.	34
1.6 Los efectos negativos del estrés.	36

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

2.1. Antecedentes históricos de la alimentación.	38
2.2. Definición y características clínicas de los trastornos alimenticios.	40
2.2.1 Anorexia nerviosa.	41
2.2.2 Bulimia nerviosa.	42
2.2.3 Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas.	43
2.2.4 Vómitos en otras alteraciones psicológicas.	43
2.2.5 Trastornos de la conducta alimentaría en la infancia.	44
2.3 Esfera oroalimenticia en el infante.	48
2.3.1 Organización oroalimenticia.	48
2.3.2 Alteraciones en la esfera oroalimenticia.	50
2.4 Perfil de la persona con trastorno alimenticio.	52
2.5 Causas del trastorno alimenticio.	54
2.5.1 Factores predisponentes individuales.	54
2.5.2 Factores predisponentes familiares.	55
2.5.3 Factores socioculturales.	57
2.6 Percepción del cuerpo en el trastorno alimenticio.	58
2.7 Factores que mantienen los trastornos alimenticios.	59
2.8 Trastornos mentales asociados a los trastornos alimenticios.	60
2.8.1 Trastornos alimenticios y depresión.	61

2.8.2 Trastornos alimenticios y ansiedad. . . . .	62
2.9 Tratamiento de los trastornos alimenticios. . . . .	64
 <b>Capítulo 3. Metodología, análisis e interpretación de resultados.</b>	
3.1. Descripción metodológica . . . . .	69
3.1.1 Enfoque cuantitativo. . . . .	69
3.1.2 Investigación no experimental. . . . .	73
3.1.3 Estudio transversal. . . . .	73
3.1.4 Diseño correlacional. . . . .	74
3.1.5 Técnicas de recolección de datos.. . . .	75
3.2 Población y muestra. . . . .	78
3.2.1 Delimitación y descripción de la población. . . . .	79
3.2.2 Proceso de selección de la muestra. . . . .	79
3.3 Descripción del proceso de investigación. . . . .	80
3.4 Análisis e interpretación de resultados. . . . .	82
3.4.1 Los trastornos alimentarios. . . . .	82
3.4.2 Descripción de la variable estrés. . . . .	86
3.4.3 Relación entre el nivel de estrés y los trastornos alimentarios. . . . .	88
Conclusiones . . . . .	95
Bibliografía . . . . .	99
Otras fuentes de información. . . . .	102
Anexos	

## RESUMEN

En la presente investigación el objetivo general es establecer la relación que existe entre el estrés y los trastornos alimentarios de los alumnos de 2° grado de la Escuela Secundaria Técnica 85, del ciclo escolar 2010-2011, de la Ciudad de Uruapan, Michoacán.

Su metodología es desde un enfoque cuantitativo, con un diseño no experimental de corte transversal y con un alcance correlacional causal. Los instrumentos para la medición de las variables fueron la prueba EDI-2 y el inventario CMAS-R.

La población a estudiar son los estudiantes de la Escuela Secundaria Técnica 85, ubicada en Toreo el Bajo, en Uruapan, Michoacán, del turno matutino, al cual cuenta con 530 alumnos entre 12 y 16 años de edad, con un nivel socioeconómico medio-bajo. Se realizó un muestreo no probabilístico, con el cual se incluyeron a 100 alumnos de la población mencionada.

Estadísticamente se comprobó que entre las variables de estudio no existió una correlación significativa, de acuerdo con los resultados obtenidos en las subescalas denominadas obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, desconfianza interpersonal, miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad, e inseguridad social, de la prueba EDI-2, en relación con los resultados obtenidos en la medición de estrés a través de la prueba CMAS-R.

# INTRODUCCIÓN

En la presente investigación se abordaran las variables: estrés y desordenes alimenticios, tales como anorexia y bulimia. La finalidad de su estudio consiste en examina su correlación en una escuela secundaria. Enseguida se muestran los elementos que brinden un escenario inicial.

## **Antecedentes**

Palmero y cols. (2002) hacen referencia a Selye quien define el estrés como la respuesta inespecífica del organismo ante cualquier exigencia, este autor utilizó el término estresor para referirse a todos aquellos estímulos desencadenantes, para que sea posible identificarlos.

Se dice que el estrés se ha estudiado de cuatro formas diferentes: por un lado todos aquellos estímulos que desencadenan el estrés; por otro, todos aquellos comportamientos que son, de manera habitual, los que llevan a generar estrés; también se ha examinado toma de decisiones y la manera en la que se afrontan las situaciones; por último, la respuesta que se obtiene de todo este proceso.

Según Palmero y cols. (2002) una de las definiciones más aceptadas es la que proporciona la Organización Mundial de la Salud, la cual mencionara que el estrés es

el conjunto de todas aquellas reacciones fisiológicas que preparan el organismo para la acción.

Por otro lado, Caldera y cols. (2007) hacen mención de que el término estrés es de origen anglosajón y que significa tensión o presión.

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

Por otro lado, los conceptos de anorexia y bulimia tienen su origen en el año 1973, en el cual, por primera vez, la anorexia se definió como un problema médico. Previo a ello, a finales de 1950, la bulimia se presentó como una conducta de algunos sujetos con sobrepeso, sin embargo a principios de 1970 fue relacionada con la anorexia nerviosa.

El concepto de anorexia nerviosa en la actualidad es uno de los trastornos alimenticios más frecuentes, se caracteriza por miedo a la gordura y presenta cambios conductuales, fisiológicos y psicológicos.

La anorexia es una palabra griega que significa pérdida del apetito y ésta se emplea también de una manera abreviada para designar a la anorexia nerviosa. Además se caracteriza por llegar a un peso corporal extremadamente bajo, otros autores refieren el término como falta de apetito; los sujetos que la presentan tienen una idea inflexible por adelgazar, se someten a dietas totalmente rigurosas y viven constantemente con el temor excesivo de subir de peso.

La edad en la que se puede presentar la anorexia nerviosa es en la adolescencia, aunque también se puede extender desde la pubertad hasta el inicio de la tercera década, en las mujeres es más común hasta en un 95%.

Con referencia a la bulimia nerviosa, anteriormente se creía que era una perturbación secundaria a la anorexia, pero en la actualidad es considerado como un trastorno distinto, ya que en ésta hay un rechazo a comer y vomitar constantemente, sin embargo, la bulimia nerviosa se caracteriza por atracones de comida, abuso de laxantes, fármacos, ejercicio excesivo y ayuno.

En el año de 1979, en los Estados Unidos, se detectó el primer caso de bulimia; en la actualidad, ambos trastornos mencionados anteriormente, se han incrementado, ya que 5 de cada 100 adolescentes lo padecen.

La influencia de grupos de amigos, herencia, prototipos sociales y educación familiar son algunas de las causas para que el adolescente sienta pánico de su

propio cuerpo y llegue a ser vulnerable ante cualquier desorden alimenticio ya antes mencionado.

Bermúdez y cols. en el año 2006, en México, realizaron una investigación denominada “Evaluación de la relación entre rendimiento académico y estrés en estudiantes de medicina”. Tal investigación fue realizada en la Facultad de Medicina de la Universidad de Manizales. Fue un estudio descriptivo con el empleo de una encuesta transversal anónima, donde se establecieron características sociodemográficas, culturales, escolares y motivacionales, con estudiantes de 2° a 11° semestre. Como conclusión, se determinó que existe una relación significativa entre el rendimiento académico y el estrés, y de éste con la depresión, el consumo de alcohol y la funcionalidad familiar.

Caldera y cols. en el año 2007 realizaron una investigación denominada “Niveles de estrés y rendimiento académico en estudiantes de la carrera de Psicología del Centro Universitario de Los Altos”. Fue un estudio descriptivo, correlacional y transversal, con la intención de identificar los niveles de estrés y las relaciones de éste con las variables rendimiento académico, grado escolar, edad y género. Se consideró como muestra representativa a 115 alumnos utilizando el inventario de estrés académico (IEA).

Como conclusión, el análisis demuestra la ausencia de una relación directa entre el rendimiento académico y nivel de estrés; en segundo lugar, es necesario señalar que en dicha carrera no se observaron vínculos muy claros entre los niveles

de estrés y el grado escolar de los estudiantes. Para el caso de la edad y el género, se registran algunas tendencias que no son significativas estadísticamente.

En cuanto a investigaciones sobre trastornos alimentarios, Ruiz y cols. en el año 2004, México, realizaron una investigación llamada “Trastornos alimentarios en hombres y mujeres adolescentes deportistas y no deportistas pertenecientes al Servicio de Rehabilitación Ortopédica del Centro Nacional de Rehabilitación”. Dicha investigación fue de tipo transversal y descriptiva, su población de estudio fue de dos grupos de 25 hombres y 25 mujeres cada uno, en total, 100 adolescentes entre los 15 a los 20 años de edad; el primer grupo realizaba la práctica deportiva aeróbica perteneciente al servicio de rehabilitación, y el segundo, no. Se les aplicó el Inventario de Trastornos de Alimentación, con 33 reactivos

En dicha investigación los resultados se obtuvieron de acuerdo con tres categorías: la práctica del trastorno alimentario sobre anorexia, la bulimia nerviosa y el trastorno alimentario conocido como conducta alimentaria, el cual cumple con todas las características de la anorexia, excepto la pérdida de la menstruación. De acuerdo con estas tres categorías, no se encontraron diferencias significativas en el grupo de hombres y mujeres adolescentes deportistas y no deportistas.

Mientras tanto, Behar y Valdés en el año 2009, en Santiago de Chile, realizaron una investigación denominada “Estrés y Trastornos de la conducta alimentaria” con 50 pacientes con perturbaciones alimentarias y 50 universitarias sin estas patologías, con el empleo de el Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40), el

Inventario de Desordenes Alimentarios (EDI) y el cuestionario de la silueta corporal (BSQ).

Se obtuvieron como resultados que las pacientes presentaron mayores niveles de estrés acumulado durante al año previo al diagnóstico, principalmente conflictos familiares y cambios de hábitos. El estrés en pacientes se relacionó positivamente con perfeccionismo y sensación de inutilidad, temor a madurar, conciencia interoceptiva e insatisfacción corporal.

## **Planteamiento del problema.**

En la actualidad, varios autores se han referido que existe una estrecha relación entre el estrés y los trastornos alimenticios, ya que recientes investigaciones han demostrado que eventos estresantes llegan a ser desencadenantes para un trastorno alimenticio. Sin embargo, los estudios no han sido concluyentes en distintos ámbitos.

En este sentido, las investigaciones indican que los adolescentes son quienes más lo presentan, pero tampoco no está exento el adulto joven, ya que estudios realizados en el país sobre la influencia cultural antiobesidad, han llegado a despertar la inquietud por una imagen idealizada y distorsionada (APA; 2002).

Sin embargo, se ha hecho mención que los aspectos sociales, culturales, el consumismo y los efectos de los medios masivos de comunicación son la posible influencia para el resultado de los trastornos alimenticios.

Sobre esta situación, en la Escuela Secundaria Técnica 85 se han estado observando conductas preocupantes en los alumnos de segundo grado: la mayor parte se ha sometido a dietas por inconformidad con su peso corporal, el cual se podría relacionar con altos niveles de estrés en ellos.

Por lo anterior se considera que es necesario estudiar el estrés en relación con los trastornos alimenticios para obtener datos concretos y profundizar en cuanto

a las causas de la anorexia y bulimia, por lo cual se hace referencia a la siguiente pregunta:

¿Existe relación entre el nivel de estrés y los trastornos alimenticios en los alumnos de 2° grado de la Escuela Secundaria Técnica 85, del ciclo escolar 2010-2011, de la Ciudad de Uruapan, Michoacán?

## **Objetivos**

Toda investigación requiere de un orden para encaminar los recursos y esfuerzos y así asegurar la mayor eficiencia posible, en el siguiente apartado se emplearon los siguientes objetivos.

### **Objetivo general**

Establecer la relación que existe entre el estrés y los trastornos alimentarios de los alumnos de 2° grado de la Escuela Secundaria Técnica 85, del ciclo escolar 2010-2011, de la Ciudad de Uruapan, Michoacán.

### **Objetivos particulares**

1. Definir el concepto de estrés.
2. Identificar las causas de estrés.
3. Identificar un cuadro sintomatológico del estrés.

4. Identificar los principales enfoques teóricos del estrés.
5. Definir el concepto de trastornos alimentarios.
6. Identificar las causas de los trastornos alimentarios.
7. Identificar aspectos psicológicos de los trastornos alimentarios.
8. Evaluar el nivel de estrés en los alumnos de 2° grado de la Escuela Secundaria Técnica 85 de la ciudad de Uruapan, Michoacán, ciclo escolar 2010-2011.
9. Medir los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en los alumnos de 2° grado de la Escuela Secundaria Técnica 85 de la ciudad de Uruapan, Michoacán, ciclo escolar 2010-2011.
10. Determinar la relación estadística existente entre estrés el estrés y trastornos alimentarios en los alumnos de 2° grado de la Escuela Secundaria Técnica 85 de la ciudad de Uruapan, Michoacán, ciclo escolar 2010-2011.

## **Hipótesis**

En toda investigación de origen cuantitativa es necesario enunciar las explicaciones provisorias que guiarán el trabajo, por lo que a continuación se presentan las correspondientes.

### **Hipótesis de trabajo**

Existe una relación significativa entre el nivel de estrés y los trastornos alimentarios de los alumnos de la Escuela Secundaria Técnica 85 de la ciudad de Uruapan, Michoacán, ciclo escolar 2010-2011.

### **Hipótesis nula**

No existe una relación significativa entre el nivel de estrés y los trastornos alimentarios de los alumnos de la Escuela Secundaria Técnica 85 de la ciudad de Uruapan, Michoacán, ciclo escolar 2010-2011.

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

La variable estrés se identificará como el resultado de cada 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.

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

## **Justificación**

La presente investigación aspira a demostrar la relación existente entre el nivel de estrés y los trastornos alimenticios. Con lo cual se pretende dar beneficios a los alumnos de la Escuela Secundaria Técnica 85 para conocer la influencia de todos aquellos factores estresores relacionados un desorden alimenticio.

Con el estudio se beneficiará a los padres de familia al permitirles darse cuenta de la situación en la que se encuentran sus hijos y así tener más información respecto a la problemática que presentan.

A la institución, le servirá para contar con material de apoyo e informar más acerca de lo que pasa con los adolescentes y esta problemática.

El presente estudio contribuirá al campo de la psicología con resultados en cuanto al estudio del estrés y los trastornos alimentarios. Por esta razón, el resultado que arroje este trabajo de tesis habrá de beneficiar a la psicología básica para investigaciones posteriores y profundas acerca de este tema, ya que servirá a las áreas social y a la clínica: a la primera, para conocer la influencia de todos aquellos estímulos sociales en la relación con el estrés y los desordenes alimenticios; en cuanto a la segunda área, contribuirá al enriquecimiento acerca de este tema.

Referente a la Universidad Don Vasco, podrá tener material de apoyo para los alumnos de la carrera de Psicología u otras afines, si lo requieren, y también para todas aquellas personas que gusten saber de este tema.

Concerniente al investigador, le hará posible adquirir nuevos conocimientos y desarrollar habilidades de investigación para tener una visión diferente, un criterio más amplio y contar con las herramientas necesarias para el manejo de métodos y técnicas de investigación necesarias en todo psicólogo.

## **Marco de referencia**

La investigación se realizó en la Escuela Secundaria Técnica 85, localizada en la comunidad de Toreo el Bajo, de la ciudad de Uruapan, Michoacán. La escuela está ubicada en la Calle Cacao sin número, del fraccionamiento la Huerta.

La institución fue fundada en el año de 1984. Cuenta con 530 alumnos, en su totalidad de clase media, y 24 docentes, todos ellos con nivel licenciatura.

En lo que refiere a infraestructura, existen ocho edificios de dos plantas, cada uno de ellos con ocho salones de clase, todo lo anterior fue construido de concreto armado, al igual que seis oficinas administrativas, una biblioteca, doce áreas verdes, una cancha deportiva de concreto y patio cívico.

La institución ofrece seis áreas para el desarrollo de habilidades llamadas tecnologías, las cuales son: secretariado, carpintería, contabilidad, industria del vestido, soldadura y computación.

En esta investigación, la muestra significativa es de un 20% de la población, ya que se pretende trabajar con alumnos de sexo femenino y masculino. Se ubican en un rango de 14 a 16 años de edad, todos ellos están cursando el tercer grado de secundaria.

# CAPÍTULO 1

## EL ESTRÉS

En el siguiente capítulo se explicará la definición de estrés, así como sus enfoques teóricos, los tipos de estresores, al igual los procesos del pensamiento que propician el estrés y los efectos negativos de esta condición.

### 1.1 Antecedentes históricos del estrés

Después de la Segunda Guerra Mundial, se le dio al estrés un enfoque profesional, ya que cada vez más científicos, biólogos y sociólogos comenzaron a darle importancia.

En el siglo XIV la palabra estrés significaba dureza, momentos angustiosos, adversidad o aflicción, pero en el siglo XVII el físico y biólogo Robert Hooke, con base en su análisis en ingeniería sobre cómo hacer estructuras de manera que puedan resistir terremotos, pesadas cargas y otras fuerzas de la naturaleza, aportó su estudio de manera significativa para definir la tensión en fisiología, psicología y sociología, según indican Lazarus y Lazarus (2000).

Por lo anterior, al estrés se le definió como una exigencia del entorno sobre un sistema biológico, social y psicológico, que sería similar a la carga que un puente podría soportar.

Según Sánchez (2007: 16) Cannon “bautizó el estado dinámico con el nombre de homeostasis y demostró que el cuerpo se podía adaptar para enfrentarse a peligros externos importantes”. Este proceso realiza modificaciones cardiovasculares que preparan al organismo para la defensa, de igual manera, Cannon señalaba que los eventos inesperados provocan respuestas de ataque o fuga, lo cual permitió ver la relación entre lo biológico y lo psicológico.

Por otro lado, Selye (citado por Palmero y cols.; 2002) señala en sus estudios que cuando alguien experimenta miedo o se enfrenta a una situación de emergencia, su cerebro automáticamente responde activando el sistema nervioso simpático.

Mientras tanto, en la Primera Guerra Mundial las crisis no se explicaban desde una perspectiva psicológica, sino a través de una perspectiva neurológica, ya que se creía que el ruido de los proyectiles era la causa de daño en el cerebro y éste, a su vez, era el origen de las reacciones indeseables de sus soldados.

Pero en la Segunda Guerra Mundial, los mandos militares se interesaron aún más acerca del estrés, porque los soldados comúnmente se desmoronaban emocionalmente en los combates, a este hecho muchas veces se le nombró fatiga de combate o neurosis de guerra, lo que implicaba una explicación psicológica.

Por ello, las autoridades castrenses mostraban cierta preocupación por el estrés en sus hombres, porque muchas veces éstos se sentían desmoralizados y se escondían del enemigo, al igual, no disparaban sus propias armas; había cierta

preocupación por parte de los líderes militares por la elevada proporción de hombres que tenían que ser relevados de sus deberes militares a causa de trastornos por estrés.

Sobre este tipo de problema se hicieron numerosas investigaciones, ya que se consideraba necesario saber cómo seleccionar hombres resistentes al estrés y entrenarlos para saber manejar esta condición de una manera eficaz.

Sin embargo, después de la Segunda Guerra Mundial, se conoció que el estrés también era provocado por varias situaciones de la vida cotidiana, como el matrimonio, asistir a la escuela, el desarrollo físico, pasar un examen o enfermarse, los cuales, al igual que el combate militar, podían ocasionar aflicciones y disfunciones psicológicas.

En la actualidad, según Lazarus y Lazarus (2000: 281), “todos necesitamos de cierto estrés para movilizar nuestros esfuerzos para enfrentarnos a los problemas habituales del ser humano... El estrés es una respuesta natural a las exigencias de la vida y no es del todo malo”.

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

Existen tres perspectivas para el estudio del estrés, las cuales son: como estímulo, como respuesta y como relación persona-entorno (orientación interaccionista). A continuación se hace la descripción de cada enfoque.

### **1.2.1. Estrés como estímulo.**

Según Travers y Cooper (1997: 30) “Hipócrates creía que el entorno condicionaba las características de la salud y enfermedad”.

Se dice que el nivel tipo de tensión y dependen de la duración y fuerza que el sujeto le dé, ya que existen en su entorno situaciones estresantes que provocan cambios en él, este enfoque emplea una metodología centrada en la identificación de todos aquellos estímulos estresantes que incluyen presiones sociales (racismo), ambientales (el ruido), psicológicas (la depresión), físicas (discapacidad), económicas (pobreza) y los desastres naturales (inundaciones).

Al respecto, Travers y Cooper (1997: 32) mencionan que “un elemento inherente en esta teoría del estrés 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), citando a Selye, mencionan que el concepto estrés no debe asumirse exclusivamente de una forma negativa, sino que es posible considerarlo un estimulante, y un rasgo vital, el cual divide al estrés en dos formas: el negativo, denominado distrés, que es indeseable, dañino y que no se logra controlar; en tanto que el estrés positivo, llamado eustrés, es aquel que motiva el crecimiento, el desarrollo y el cambio.

Travers y Cooper (1997: 32) puntualizan “cuatro tipos de estrés que puede experimentar el individuo: exceso de estrés o «hiperestrés», falta de estrés o «hipoestrés», mal estrés o «distrés» y buen estrés o «eustrés»”.

### **1.2.2 Estrés como respuesta.**

Este enfoque está basado en la reacción que tiene la persona ante un estímulo amenazador o desagradable.

Travers y Cooper (1997), citando a Fisher, señalan que si una persona es expuesta a condiciones estresantes, manifiesta indicios de tensión.

Sin embargo, Fontana (1992: 10) menciona que “ciertos niveles de estrés parecen ser psicológicamente benéficos. Agregan interés a la vida, nos ponen alertas nos ayudan a pensar más rápido, a trabajar de modo más intenso y nos alienta a sentirnos útiles y apreciados con un propósito definido para nuestra vida y objetivos precisos para alcanzar”.

Sin embargo, un nivel alto de estrés agota la energía psicológica y disminuye el desempeño, por ello, deja a la persona con un sentimiento de inutilidad y subestima.

Fontana (1997) citando a Selye, describe un modelo de reacción ante los estresores dividido en tres fases: de alarma, de resistencia y de agotamiento.

La reacción de alarma indica que ante la presencia del estresor, disminuye un poco la resistencia fisiológica, mientras el organismo reúne la fuerza necesaria para afrontar la circunstancia.

La etapa de resistencia depende de la fuerza del individuo, pero si a éste se le obliga a continuar, la etapa de agotamiento se presenta invariablemente.

Según lo anterior, la energía fisiológica y psicológica no son distintas entre sí: entre más desgaste físico tenga el sujeto por el estrés, se sentirá con más agotamiento psicológico y viceversa.

En cuanto a los efectos psicológicos del estrés, depende de la valoración cognoscitiva del individuo sobre la utilidad del estresor, su capacidad de resistencia y su necesidad de enfrentar desafíos.

Fontana (1992) divide los efectos psicológicos del estrés en tres tipos: cognoscitivos, emocionales y conductuales generales, los cuales se especifican a continuación.

Los efectos cognoscitivos del estrés excesivo incluyen falta de concentración y atención, de modo que el sujeto tiende a distraerse fácilmente, ya sea en una conversación o en lo que piensa decir; manifiesta además deterioro de la memoria a corto y largo plazo, toma de decisiones apresuradas, constantemente comete errores de tipo cognoscitivo; tiene deterioro de la capacidad de organización y de la

planeación a largo plazo, pierde la objetividad y capacidad de crítica, sus pensamientos se vuelven confusos e irracionales.

En cuanto a los efectos emocionales del estrés excesivo, la persona tiende a disminuir la capacidad para relajar su tono muscular, detener las preocupaciones, el sentirse bien y controlar la ansiedad; constantemente padece de enfermedades imaginarias, desaparece la sensación de salud y bienestar; se presentan cambios en la personalidad, es decir, aquellos sujetos cuidadosos pueden volverse descuidados, personas preocupadas se vuelven indiferentes; asimismo, muestran altos niveles de ansiedad, son muy sensibles, están a la defensiva y suelen ser hostiles, manifiestan depresión, sentimientos de autodesvaloración e impotencia.

Mientras tanto, los efectos conductuales generales del estrés excesivo incluyen el aumento de tartamudez, pérdida del entusiasmo en el sujeto por cumplir sus metas, deja a un lado sus pasatiempos, es probable que se deshaga de sus pertenencias favoritas, hay constantes retardos o faltas a la escuela o trabajo, por enfermedades reales o imaginarias o bien, por excusas inventadas; se presenta o aumenta el consumo de nicotina, alcohol, cafeína, drogas prescritas o ilegales; hay descenso de los niveles de energía, dificultad de permanecer dormido por más de cuatro horas seguidas, tendencia a culpar a los demás, se ignora la nueva información, las responsabilidades se depositan en los demás; asimismo, las personas son más superficiales para resolver los problemas y llegan a hacer amenazas de suicidio.

Fontana (1992: 15) menciona “que la frecuencia de estos efectos adversos variará de un individuo a otro. Muy pocas personas, aun extremadamente estresadas, mostraran todos. El grado de gravedad también variará de persona a persona. La aparición de estos síntomas indica que el individuo ha alcanzado o está a punto de llegar a la fase del colapso del síndrome de adaptación general”.

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

Travers y Cooper (1997) considera al estrés psicológico como una exigencia del entorno o como reacción a éste, se relaciona con el grado de adaptación entre la persona y su contexto, es decir, las personas influyen en su ambiente y reaccionan ante él.

Para poder controlar el suceso estresante, el sujeto puede alterar su entorno o quizá aprender formas de reaccionar frente a una situación concreta.

Sin embargo, Travers y Cooper refieren que (1997: 33) “los modelos transaccionales han dado como resultado un creciente reconocimiento de la importancia de la actividad mental como factor crucial para determinar el estrés”.

Este modelo está constituido por la evaluación cognitiva y las respuestas de superación; el estrés es un concepto dinámico y relacional, produce una relación constante entre la persona y su entorno, que está equilibrado por un conjunto de procesos cognitivos constantes.

Se consideran cinco aspectos principales del modelo cognitivo, los cuales se mencionan a continuación (Travers y Cooper; 1997):

1. Valoración cognitiva: lo que el sujeto percibe de la situación que conduce a la experiencia, positiva (beneficio), negativa (daño) o neutra (irrelevante).
2. Experiencia: el aprendizaje que se ha obtenido de situaciones por las que se ha pasado, ya sean de fracaso o exitosas, es decir, la familiaridad que se tiene de la situación.
3. Exigencia: el grado en que se demanda ante la situación y la capacidad de respuesta propia que percibe el sujeto.
4. Influencia interpersonal: ésta depende de la presencia o ausencia de otras personas que influyen en la experiencia subjetiva del estrés.
5. Un estado de desequilibrio: cuando hay una disonancia entre la exigencia y la capacidad percibida de superar.

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

Mientras tanto, para cada individuo existe un nivel apropiado de estrés: si se tiene un bajo nivel, el sujeto siente aburrimiento, en tanto que si se tiene un alto índice, siente demasiada presión.

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

A partir de la revisión de los tres enfoques, es oportuno establecer un concepto de estrés, para lo cual se consideran las siguientes definiciones:

“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: 23).

Lazarus, (referido por Trianes; 2002), por su parte, define al estrés como la existencia de una demanda respecto a la cual hay percepción negativa, así como insuficiencia de recursos para afrontarla, la presencia de emociones negativas que potencialmente acarrearán peligro de inadaptación o desajuste psicológico.

Hasta este momento, al estrés se le ha dado una connotación negativa, sin embargo también existe una forma positiva, que es el eustrés.

Para Selye, “eustrés es una palabra del griego eu que significa bueno, como euforia, y se refiere al estrés que es bueno o produce un resultado positivo” (citado por Ivancevich y Matteson 1985: 248). Es por ello que el eustrés es necesario en la vida, ya que es el que facilita la toma de decisiones que permitirán llevar la iniciativa en el desarrollo como ser humano, así como enfrentarse a las situaciones, dado que incluso se obtienen sensaciones placenteras con ello.

### **1.3 Los estresores**

Palmero y cols. (2002: 425) refieren que Lazarus y Cohen “hablan de tres tipos de acontecimientos estresantes o estresores psicosociales, en función de la intensidad de los cambios que se producen en la vida de una persona”. Dichos estresores son:

Los cambios mayores, o estresores únicos, que son todos aquellos cambios dramáticos que afectan a un gran número de personas.

Los cambios menores o estresores múltiples, que afectan a una sola persona o un pequeño grupo de ellas y corresponden a cambios significativos y de trascendencia vital.

Los estresores cotidianos o microestresores se refieren a todas aquellas molestias, imprevistos y alteraciones en las pequeñas rutinas cotidianas.

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

Palmero y cols. (2002) mencionan que los cambios mayores son aquellos cambios drásticos que ocurren en la vida de una persona, ya sea desastres naturales o bien, sucesos trágicos donde interviene el hombre, como sufrir de violencia, el

desarraigo, así como también enfermedades terminales; en suma, son todas aquellas situaciones altamente traumáticas.

La característica principal de este estresor es que se puede ver afectado un gran número de personas, aunque también puede incidir en una sola, pero el número de individuos aquejados no altera de forma significativa la capacidad perturbadora de tales acontecimientos.

Según Palmero y cols. (2002: 426) también “se trata de hechos que pueden ser prolongados, como un encarcelamiento, o que pueden ocurrir de forma sumamente rápida, como los temblores de tierra o huracanes; pero esta circunstancia tampoco afecta a su capacidad perturbadora. Lo que tienen en común todos ellos es el efecto traumático, cuyas consecuencias se mantienen en el tiempo de forma prolongada”.

En segundo lugar, se encuentran los cambios vitales, estos acontecimientos se enfocan más a la persona, todo lo que se halla fuera de control del individuo como puede ser la pérdida de trabajo, muerte de un ser querido, someterse a un examen importante, el tener un hijo o vivir un divorcio.

Las principales fuentes desencadenantes de estrés se corresponden con cambios en:

- La vida conyugal, se refiere a la muerte del cónyuge, compromiso matrimonial, el matrimonio o desacuerdos de pareja.
- La paternidad, el llegar ser padre o madre, la enfermedad de un hijo, los conflictos con los miembros.
- Las relaciones interpersonales, el mantener relaciones conflictivas con quienes lo rodean, al igual, la enfermedad de un amigo.
- El ámbito laboral, que abarca tener problemas escolares o laborales, estar jubilado, ser sancionado en la escuela.
- Las situaciones ambientales, el cambiar de residencia, sufrir un asalto, esto es, toda aquella amenaza a la integridad personal.
- Las cuestiones legales, como tener pleitos o ser encarcelado.
- El propio desarrollo biológico el cambio al estado adulto, la menopausia o la pubertad.
- Las lesiones o enfermedades somáticas, someterse a una cirugía, sufrir un accidente o tener una enfermedad.
- Otros tipos de estrés psicosocial como un embarazo no deseado o una violación (Palmero y cols.; 2002).

En el caso de los niños y adolescentes, existen otros factores familiares como trastornos mentales en los integrantes de la familia, relaciones conflictivas y distantes entre los padres, pérdidas de miembros, o pertenecer a una familia adoptiva.

En lo que refiere a los estresores cotidianos o microestresores, son experiencias que cotidianamente afectan a la persona, son irrelevantes pero la persona se siente molesta por ello, es decir, “se trata de aquellas pequeñas cosas que pueden irritarnos o perturbarnos en un momento dado, como convivir con un fumador desconsiderado, reñir con nuestra pareja”. (Palmero y cols. 2002; 430).

Las características que con frecuencia presentan los estresores cotidianos son aquellos que implican una novedad o cambio en la situación ambiental, ausencia o disminución de habilidades, así como la alteración en las condiciones biológicas del organismo por efecto de drogas.

Para finalizar se pueden diferenciar dos tipos de microestresores (Palmero y cols.; 2002):

- Las contrariedades, como la rotura o pérdida de un objeto, problemas familiares o sociales, mantener una discusión y las responsabilidades domésticas.
- Las satisfacciones, que son aquellas emociones y experiencias positivas.

### **1.3.2. Estresores biogénicos.**

Según Palmero y cols. (2002) los estresores biogénicos no utilizan la valoración cognitiva, sino que actúan por propiedades bioquímicas directamente en los núcleos elicidores neurológicos del estrés, los cuales son:

- Cambios hormonales en el organismo, pubertad, inicio del ciclo menstrual, el postparto, un aborto, el climaterio, el escaso o nulo funcionamiento de los ovarios, en resumen, todo desequilibrio hormonal es suficiente para causar un episodio de sobreestrés.
- Ingestión de determinadas sustancias químicas, nicotina, cafeína, anfetaminas y alcohol.
- Reacción a ciertos factores físicos, estímulos que provocan frío extremo, calor o dolor.
- Estrés alérgico, que son los cambios de energía por parte del sistema inmunológico para luchar contra aquello que el cuerpo considera peligroso.

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

Barraza (2003) describe los siguientes puntos como estresores académicos: exceso de responsabilidad, falta de incentivos, problemas o conflictos con los profesores y/o compañeros, evaluaciones, competitividad entre compañeros, trabajar en grupo, realización de un examen, exposición de trabajos, el tipo de trabajo que se pide y el tiempo limitado para hacer trabajos.

Al igual, el autor presenta algunas circunstancias que contribuyen a la aparición de estrés, como dejar la casa paterna, atender las responsabilidades académicas, las clases y las relaciones personales, eventos positivos, como

enamorarse o preparar un viaje de estudios, que aunque agradables, también agregan cierta tensión.

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

1. Preocupación.
2. Respiración agitada, el corazón late muy rápido y hay falta de aire.
3. Movimientos repetitivos de alguna parte del cuerpo, movimientos torpes o llegar a paralizarse.
4. Sentimiento de miedo.
5. Malestar estomacal.
6. Comer demasiado, fumar o beber.
7. Pensamientos o sentimientos negativos.
8. Temblor en manos o piernas.
9. Trabajo para poder expresarse o en ocasiones, tartamudeo.
10. Inseguridad de sí mismo.
11. Dificultades para comer y boca seca.
12. Ganas de llorar.

## 1.4 Procesos del pensamiento que propician el estrés

Según Palmero y cols. (2002) los procesos automáticos se distorsionan de una manera cognitiva, estos pensamientos deformados tienden a ser reiterativos e inciden directamente en una incapacidad para evaluar adecuadamente la situación, es por ello que las situaciones más frecuentes son:

- El filtraje: se ve sólo un elemento de la situación con la exclusión del resto, únicamente se resalta un pequeño detalle y toda la situación queda dañada por él.
- La sobregeneralización: es una distorsión generalizada a partir de un incidente simple o un solo elemento de evidencia.
- La polarización y la visión catastrófica: la polarización consiste en juzgar todo como bueno o malo, lo cual lleva al catastrofismo, en el cual, cuando ocurre algo malo, se interpreta como la mayor de las desgracias.
- La falacia de control: existen dos formas en que puede distorsionarse el sentido de poder y el control de una persona: está el caso de que el sujeto que experimenta esta distorsión se cree responsable de todo y de todos, o bien, lo contrario, ya que supone que su destino está en manos de los demás.
- El racionamiento emocional: en esta distorsión, lo que la persona siente tiene que ser verdadero.

- La falacia de cambio: esta distorsión consiste en que la felicidad depende de los demás, se espera que ellos satisfagan las necesidades de la persona.
- La culpabilidad: las personas se sienten responsables de cualquier circunstancia negativa que pase con ellas o a sus allegados, se sienten obligadas a satisfacer cualquier requerimiento ajeno, y se sienten culpables si las tareas no resultan.
- El tener razón: la persona se pone a la defensiva, su punto de vista siempre debe ser el correcto, raramente cambia de opinión, ya que tiene dificultad para escuchar nuevas informaciones.
- La personalización: consiste en relacionar cualquier situación que ocurra con uno mismo, el pensar que las palabras o acciones de otros se refieren a uno.

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

Palmero y cols. (2002) mencionan que el ser humano hace uso de sus recursos personales y sociales para afrontar el estrés y las emociones, esto depende de las características de la situación y de los estilos de afrontamiento del sujeto.

Sin embargo “existen moduladores de carácter social, como el apoyo que puede recibir una persona en dificultades y las pautas culturales que canalizan y predisponen la apreciación de las fuentes de estrés y otros de carácter personal

como las creencias, las competencias, la experiencia y los rasgos de personalidad” (Palmero y cols.; 2002: 527).

Estos moduladores existen aunque la persona no esté sometida a tensiones, pero en las situaciones de estrés se destacan por ser capaces de determinar casi todos los elementos que constituyen el núcleo de esta condición y sus consecuencias nocivas o beneficiosas.

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

Palmero y cols. (2002) puntualizan que el control percibido llega a tener efectos significativos sobre la conducta, es decir, cuando las personas creen tener control sobre el entorno, aunque no sea así, esta creencia protege al individuo de los efectos negativos que podrían provocarle estrés.

Por ello “cabe de destacar los trabajos de Martin Seligman (1981) quien demostró los efectos cognoscitivos, motivacionales, y emocionales negativos de la falta de control” (Palmero y cols.; 2002: 528).

Es por esto que la percepción de control es entendida como una creencia general sobre el grado en el que uno mismo es capaz de lograr y controlar aquellas metas deseadas, así como regular las dificultades que se presenten para mejorar la calidad de vida.

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

“El apoyo social es una fuente de recursos para hacer frente a las demandas. En cuanto al modo de acción del apoyo social sobre la salud y el estrés, se han supuesto dos mecanismos principales que no son mutuamente excluyentes” (Cascio y Guillén; 2002: 190).

Para dichos autores, los mecanismos mencionados de apoyo social se muestran en dos explicaciones tentativas:

1. La hipótesis del efecto indirecto o protector, según la cual, el apoyo social tiene efectos entre los individuos únicamente cuando están expuestos a estresores sociales; esta hipótesis afirma que si no hay estresores sociales, el apoyo social no influye sobre el bienestar y sólo se limita a proteger los efectos del estrés, es decir, los recursos aportados por otras personas llegan a disminuir la percepción de amenaza de los estresores.
2. Mientras tanto, la hipótesis del efecto directo o principal afirma que el apoyo social fomenta el bienestar y la salud, independientemente del nivel de estrés: a mayor nivel de apoyo social, menor es el malestar psicológico, y a menor grado de apoyo social, mayor incidencia de trastornos.

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

El comportamiento de la personalidad de tipo A se define como “un patrón de conducta que implica hostilidad, agresividad, competitividad y un sentido de la urgencia; los pacientes pueden ser también intolerantes, exigentes y orientados al éxito de sus objetivos” (Travers y Cooper 1997: 91).

Las principales características de este tipo de personalidad abarcan su forma acelerada de hablar, sentimiento de culpa o inquietud cuando están sin hacer ninguna actividad, movimientos rápidos y una disposición impaciente.

La manera de identificar a los sujetos con una personalidad de tipo A es que tienden a moverse, caminar y comer rápidamente, suelen decir las últimas palabras de cada frase con mucha mayor rapidez que las primeras, tienden a sentir y manifestar ante otros una impaciencia frente al ritmo al que van los acontecimientos, realizan dos o más tareas a la vez, tienden a hacer girar la conversación en torno a ellos, no se aperciben de las situaciones más agradables o interesantes que se han encontrado durante el día, intentan organizar más actividades en cada vez menos tiempo, finalmente, no se sienten atraídos por los de su mismo tipo.

Por otra parte, los individuos con la personalidad del tipo B no presentan estos rasgos, ya que son pacientes, no sienten culpabilidad, pueden relajarse, manifiestan tranquilidad motriz y expresión facial relajada, rara vez se quejan, su conversación es pausada y a bajo volumen, escuchan con atención y esperan para responder.

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

Ivancevich y Matteson (1985) mencionan que el patrón de conducta de la personalidad de tipo A es propensa a la enfermedad de las arterias coronarias, ya que representa “un complejo de acciones y emociones que puede observarse en cualquier persona que se encuentre agresivamente involucrada en una lucha incesante y crónica por lograr cada vez más en cada vez menos tiempo y, si se ve obligada a ello, contra los esfuerzos opositores de otras cosas o personas (Friedman y Rosenman, 1974)” (Referido por Ivancevich y Matteson; 1985: 203).

Es decir las personas de tipo A viven con una gran cantidad de estrés mientras que las de tipo B están más relajadas y tranquilas, rara vez se alteran o experimentan estrés.

Existen dos aspectos incorrectos de esta postura: el primero es que los del tipo B pueden tener metas al igual que los del tipo A, y mostrarse tan deseosos de éxito y logros como ellos, la diferencia es que una persona de tipo B busca la satisfacción de estas necesidades de tal modo que no crea los estragos psicológicos y físicos a los que se enfrenta el sujeto de tipo A.

El segundo aspecto incorrecto es la ecuación en la que A es igual a estrés y B es igual a falta de estrés, no obstante, existe un vínculo entre la conducta tipo A y las consecuencias negativas del estrés.

## 1.6. Los efectos negativos del estrés.

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

Sin embargo, algunas de las afecciones específicas sobre el tema son:

- La hipertensión: es una enfermedad en los vasos sanguíneos, en la que como respuesta del cuerpo a los estresores, se comprimen las paredes arteriales aumentando la presión; ya que pase la alarma, la presión debe volver a la normalidad, sin embargo, en los casos de estrés prolongado no sucede así.
- Las úlceras: son lesiones inflamatorias en el estómago; durante los periodos de estrés, la fabricación de cortisona generalmente aumenta y esto fácilmente puede crear lesiones internas.
- La diabetes: es la deficiencia de insulina, como consecuencia, sus víctimas no pueden absorber suficiente azúcar de la sangre; si el estrés incrementa los niveles de azúcar y si dicho cuadro es persistente, el páncreas se debilita, lo cual da como consecuencia una deficiencia permanente de insulina.

- Las jaquecas: es la tensión muscular que aumenta cuando se está expuesto a los estresores durante un periodo sostenido; la jaqueca en sí misma es un estresor que conduce a una mayor tensión muscular, que a su vez aumenta la severidad y duración de la cefalea.
- El cáncer: “una teoría actual sobre el cáncer es la de que células mutantes (cáncer) se están produciendo continuamente en nuestro cuerpo, pero que normalmente son destruidas por el sistema inmunológico antes de que puedan multiplicarse y crecer” (Ivancevich y Matteson; 1985: 107); sin embargo, se ha demostrado que las respuestas a estresores tienen como consecuencia pequeñas alteraciones bioquímicas en el sistema inmunológico.

Como ya se ha mencionado anteriormente el estrés es un hecho habitual en la sociedad actual; definitivamente no puede evitarse, ya que cualquier cambio que requiera adaptación, representa estrés: tanto los sucesos negativos, tales como daño, enfermedad o muerte de un ser querido, así como los sucesos positivos como ingresar a una nueva escuela o recibir un beneficio sustancial.

## **CAPÍTULO 2**

### **TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN**

En el presente capítulo se hablará de los trastornos de alimentación que inciden principalmente en los jóvenes y si no se detecta a tiempo puede eventualmente terminar en la muerte.

Se encontró necesario hablar de anorexia y bulimia porque constituyen una temática importante para cualquier persona, de igual manera, porque se quiso profundizar acerca del tema. También se examinará desde el modo en que surge, para así conocer sus síntomas y factores, de modo que sea posible tomar a tiempo las medidas necesarias para solucionar dicha situación, considerando cómo se debe actuar frente a esta enfermedad y qué tratamiento es el adecuado para el enfermo, siempre con la ayuda de la familia.

Por todo lo anterior, a continuación se hablará de una manera más completa acerca del tema.

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

Jarne y Talam (2000) mencionan que desde la antigüedad, en diversas culturas se han encontrado conductas de desórdenes alimenticios, ya que en los banquetes que se realizaban se comía de una forma desmesurada y tenían un

carácter social de demostración de poder; en ocasiones representaba un simbolismo sagrado. El vómito era un procedimiento usual para volver a comer.

Sin embargo en la cultura cristiana, los primeros miembros y los ministros religiosos practicaban el ayuno como una penitencia. En 1347, Catalina de Siena fue la más famosa anoréxica de la historia, era hija de artesanos acomodados; desde los siete años comenzó a rechazar la comida imponiéndose penitencias, y en su adolescencia sólo se alimentaba con un poco de pan y hierbas.

Desde los años setenta se considera al trastorno alimentario como un conjunto de factores encadenados, psicológicos, biológicos y sociales; de igual manera, se abordan los tres núcleos conflictivos de la anorexia: el peso, la figura y los pensamientos alterados.

Russell, en 1979 “describió un cuadro caracterizado por episodios de ingesta voraz y conductas de purga posteriores que consideraba vinculado a la anorexia nerviosa, ya que algunas pacientes anoréxicas evolucionaban tórpidamente en su trastorno e iniciaban entonces conductas de ingesta voraz y de purga; le denominó bulimia nerviosa y sería una forma ominosa de evolución de la anorexia”. (Jarne y Talarn; 2000:142).

Sin embargo, en la actualidad se detectan muchas pacientes que presentan episodios grandes de ingesta que no pueden controlar, ya que luchan contra el

miedo a ganar peso y vomitan o se purgan constantemente, sin que tengan antecedentes de anorexia.

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

Los trastornos alimenticios se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria. La American Psychiatric Association (APA; 2002) señala dos trastornos específicos que son: la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa.

La primera perturbación es caracterizada por el rechazo al peso corporal elevado en los valores mínimos normales; mientras tanto, la bulimia nerviosa se caracteriza por conductas inapropiadas como el vómito provocado, el abuso de laxantes, el ayuno o el ejercicio excesivo.

La APA (2002) menciona una característica esencial de ambos trastornos, que es la alteración de la percepción del peso y forma corporal.

Castillo y León (2005) señalan a la bulimia nerviosa y la anorexia nerviosa como los trastornos más frecuentes de conducta alimentaria, sin embargo, en la práctica clínica diaria es posible encontrar otras alteraciones del comportamiento alimentario, como son:

La hiperfagia en alteraciones psicológicas, que se refiere al exceso de alimento.

Vómitos en otras alteraciones psicológicas, en esta alteración los factores emocionales son los que pueden facilitar la aparición de náuseas o arcadas.

Trastornos de la conducta alimentaria, “la característica fundamental es que el niño rechaza los alimentos o presenta conductas muy caprichosas que se alejan bastante de lo que es una conducta alimentaria normal y lo hace frente a su cuidador habitual”(Castillo y León; 2005: 225).

Por último, el trastorno por atracón es la aparición de hartazgos recurrentes, en los cuales el sujeto come de forma rápida, sin hambre y con una desagradable sensación de plenitud.

Todos estos trastornos se explican enseguida de manera pormenorizada.

### **2.2.1 Anorexia nerviosa.**

La APA (2002) menciona que la anorexia nerviosa es caracterizada por el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos a los normales; otra de las características esenciales es un temor intenso por subir de peso y una alteración de la percepción en tamaño y forma del cuerpo; las mujeres sufren de amenorrea y en los varones hay un importante retraso en el desarrollo físico y genital.

Quien padece este trastorno mantiene un peso corporal por debajo de lo normal, de acuerdo con su edad y su talla.

Cabe mencionar que no en todos los casos hay pérdida de peso. “Si la anorexia nerviosa se inicia en la niñez o en las primeras etapas de la adolescencia, en lugar de pérdida puede haber falta de aumento de peso” (APA; 2000: 553).

### **2.2.2 Bulimia nerviosa.**

La bulimia nerviosa es considerada como un trastorno alimentario, ya que las personas que la padecen ingieren grandes cantidades de alimentos y abusan de fármacos, laxantes y diuréticos u otros medicamentos.

En algunos casos las personas complementan los laxantes con el ayuno o el ejercicio excesivo, ya que se preocupan demasiado por el peso y la imagen corporal. Estos comportamientos duran más de tres meses, con una frecuencia de al menos dos veces por semana.

“En algunos casos el vómito se convierte en un objetivo, y el enfermo realizará atracones con el fin de vomitar o vomitará después de ingerir pequeñas cantidades de comida. Estas personas pueden emplear una gran variedad de técnicas para provocar el vómito con los dedos o con diversos instrumentos” (APA; 2002: 560).

Las personas con bulimia nerviosa se preocupan demasiado por su peso y silueta corporal al autovalorarse, y estos factores son los más importantes a la hora de determinar su autoestima.

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

Castillo y León (2005) Mencionan que la hiperfagia es una ingesta excesiva que se presenta como una reacción a acontecimientos estresantes y que da lugar a la obesidad, es caracterizada por una sensación de apetito e ingestas descontroladas de alimentos. Este trastorno también recibe el nombre de hiperfagia psicógena.

Es importante diferenciar este trastorno de acuerdo con la situación por la que esté pasando el sujeto, ya que hay casos en los que la persona sufre de obesidad y ésta desencadena inseguridad en las relaciones interpersonales y baja autoestima, o situaciones en las que la obesidad es el resultado de efectos secundarios de tratamientos farmacológicos.

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

Los vómitos repetitivos se pueden presentar en otras alteraciones psicológicas como en el embarazo, donde factores emocionales pueden facilitar la aparición de náuseas o vómitos recurrentes al igual en la hipocondría como un síntoma experimentado (Castillo y León; 2005).

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

“Como ya han señalado otros autores (Palmer, Thompson y Linscheid, 1975) no existe un sistema de clasificación estándar de los desórdenes de alimentación en la infancia. Esto es debido en gran parte a la extensa variedad de problemas relacionados con la alimentación, así como a la multitud de disciplinas que se han venido ocupando de tales problemas” (Jiménez; 1997: 210).

En el ámbito de la psicología existen diversos tipos de clasificación de los problemas alimentarios infantiles, algunos de ellos se basan en los síntomas del infante, mientras otros, en las posibles causas del trastorno.

Según refiere Jiménez (1997), los problemas alimentarios en la infancia pueden ser problemas de conducta a la hora de comer, negación a tomar múltiples alimentos, hábitos dietéticos inadecuados, mantenimiento de las comidas trituradas durante un tiempo excesivo y demora o dificultad para comer.

Más específicamente, existen comportamientos disruptivos durante la comida y hábitos alimentarios inadecuados donde el niño acostumbra a comer de pie o se levanta continuamente de la silla, come y juega a la vez, o se alimenta solamente si un adulto está a su lado platicándole o prestándole la atención que él requiere, se niega a utilizar cubiertos cuando los necesita o a comer solo cuando ya tiene la edad para ello.

“El miedo a que deje de comer , a que llore o, simplemente, a que impida a los que lo rodean que sigan con lo que están haciendo, lleva al adulto a permitirle al niño conductas que en un principio facilitan la ingesta de comida, pero que posteriormente convierten en ese momento en una pesadilla” (Jiménez; 1997: 212).

Todos estos comportamientos son normales en una edad determinada, pero inadecuados en otra. Para prevenir este tipo de problemas en la infancia es primordial que los padres tengan el suficiente conocimiento y técnicas adecuadas para abordar conductas relacionadas con la alimentación de sus hijos.

Mientras tanto el rechazo, de alguna clase de comida es frecuente en la infancia, hasta cierto punto es considerado como un comportamiento normal, ya que todas las personas han llegado en más de alguna ocasión a no ingerir algún tipo de comida; la mayor o menor gravedad de este problema es que el niño rechace sólo algún alimento en específico, que puede ser sustituido por otro de características similares o por el contrario, se niegue a ingerir alimentos que sean indispensables en la dieta y esto llegue a afectar su salud.

Por otro lado, existe la negación a tomar alimentos sólidos: el niño sólo quiere ingerir alimentos líquidos y se niega rotundamente a comer todos aquellos de constitución sólida, es posible que el peso del niño sea normal aun manteniendo las comidas líquidas, pero si se prolonga durante mucho tiempo, puede causar anomalías en las encías y en los dientes, entre otras consecuencias.

La ingesta de comida mezclada “se trata de comer sólo aquellos alimentos que están triturados y con mezcla de sabores” (Jiménez; 1997: 114). En esta situación el adulto es quien genera el problema, ya que al ser rechazada por el niño la comida sólida, aquél tritura los alimentos y mezcla todos aquellos que debe tomar el pequeño para asegurarse de que esté bien alimentado, sin embargo, éste se acostumbra a ingerir los alimentos sin el menor esfuerzo, por lo que posteriormente se niega a adquirir hábitos de comida apropiados para su edad, ya que requieren un gran esfuerzo y tiempo; de igual manera, el infante se habitúa a una mezcla de sabores y cuando intenta dar por separado los alimentos, no acepta el sabor distintivo de cada comida.

Por otra parte, la falta de apetito aparece de dos maneras: cuando el niño come poco en general o si la cantidad de comida se considera pequeña sólo cuando ingiere algunos alimentos determinados.

El tiempo de comida excesivo se refiere a la lentitud con la que el menor ingiere los alimentos, los motivos de esa demora pueden ser el que no le guste la comida que se le presentó, el rechazo a comer toda la porción que los padres le designan o la presencia de excesivos estímulos distractores a su alrededor, que favorecen su falta de atención al acto de comer.

Jiménez (1997) expresa que los vómitos constituyen el problema que más preocupa a los padres, porque lo relacionan con un problema físico, sin embargo, tales síntomas pueden producirse como rechazo a la comida o a una situación

determinada, como ir a la escuela. Por ello, el autor mencionado anteriormente señala que existen dos tipos de variables en la instalación y mantenimiento de los problemas alimentarios las cuales son: variables extrínsecas y variables intrínsecas. Las primeras suelen estar implicadas en este tipo de problemas:

- Refuerzo social: es la atención que recibe el niño cuando realiza conductas problemáticas.
- Consecuencias materiales reforzantes: “la ejecución de algunas de las conductas problemáticas con la alimentación consigue refuerzos materiales que llevan al niño a repetirlas una y otra vez para conseguirlos” (Jiménez; 1997: 219).
- La observación de la conducta: el niño percibe que otra persona obtiene algo que él desea cuando realiza la conducta no deseada o al igual, trata de repetir la conducta de otra persona que por diferentes razones le gusta como modelo.

Mientras tanto, las variables intrínsecas se refieren a las que tienen una relación directa con la comida:

- El olor: el niño rechaza la comida por diferentes motivos, pero en este caso es frecuente que le desagrade el aroma de algún ingrediente.
- El sabor: el problema aparece cuando el desagrado está bastante generalizado y son muchas las comidas que, por su sabor, se rechazan.

- Comodidad: el rechazo a comer solo, si la comida no es una situación atractiva para el niño, puede ser que se niegue a tomarla porque es más cómodo que se la den.
- La inapetencia: existen niños que suelen comer sin hambre, para ellos nunca es el momento de comer.

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

Para que el infante reciba el alimento, debe existir una actividad oral, que es la fuente de satisfacción, es una estructura entre la madre y el hijo; el reflejo oroalimenticio es una de las primeras formas de relación con el mundo externo.

En este sentido, “desde muy temprano se observa ya un reflejo oroalimenticio y una orientación hacia la fuente de excitación” (Ajuriaguerra; 1973: 178).

La disposición de la madre para alimentar es fundamental para la conducta del recién nacido en lo que concierne a sus sentimientos frente a la oralidad y su capacidad de aprendizaje y adaptación a situaciones nuevas, ya que las primeras formas de relación van unidas a los actos de comer.

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

Todos los comportamientos del ser humano se clasifican en dos tipos: unos instintivos y otros adquiridos, ya sea por la educación o condicionados. Las

necesidades e impulsos elementales, en general, se refieren a que el recién nacido, como miembro del reino animal, posee todos aquellos elementos necesarios para comportarse de una manera determinada ante el alimento desde el primer momento de nacer;

“En la serie de reflejos humanos, el automatismo oroalimenticio de succión y deglución aparece muy tempranamente. Los movimientos de succión labial, provocados al tocar con los dedos, existen ya desde el nacimiento (W. T. Preyer, André Thomas)” (Ajuriaguerra; 1973: 178).

Según Ajuriaguerra (1973) existe una diferencia entre hambre y apetito: ya que el primer rasgo es un estado somático provocado por privación de alimento y desaparece por la ingestión de comida, en tanto que el apetito es un estado consciente, caracterizado por el deseo de comer y provocado por el gusto de una comida concreta.

Sin embargo, el carácter oral y la vida de relación señalan que alimentar al infante por vía oral no es un simple acto nutritivo, sino que la entrega por parte de la madre es fundamental; la actitud de ella para alimentar a su hijo le brinda comodidad y una satisfacción plena en sus necesidades.

El comer significa alimentarse, sentir placer, crecer; es un ritual y una participación de la familia.

Los hábitos orales en los niños incluyen el chuparse el dedo pulgar, cuando son retirados de una manera precoz del pecho o del biberón; las actividades de succión son las actividades motrices orales más importantes, ya que chupar el pulgar está relacionado con el hambre.

En un inicio el niño tiene dificultad para llevar su dedo a la boca, en el tercer mes el movimiento es más fácil y el niño tiende a chupar su pulgar antes y después de la comida, mientras tanto, en el cuarto mes suele chuparse el dedo durante el día.

La succión infantil se produce en diversas situaciones como descarga de tensión o como placer rítmico, al igual el morderse los labios o una parte de la mano equivale a una descarga psicomotriz que desaparece entre el año y el año y medio. “Con todo, hay que señalar que el niño reacciona más cuando tiene hambre que cuando está saciado” (Ajuriaguerra; 1973: 177).

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

De acuerdo con Ajuriaguerra (1973) las alteraciones en la esfera oroalimenticia son: la anorexia del recién nacido, anorexia de la segunda infancia y la anorexia mental esencial de las adolescentes, las cuales se describen a continuación.

La anorexia del recién nacido se divide en: anorexia esencial, la cual aparece en las primeras semanas de vida o el primer día, se da en niños de poco peso, muy

despiertos y nerviosos; al principio muestran pasividad al comer y meses después se muestran reacios a alimentarse.

Por otro lado, la anorexia del segundo semestre aparece entre el quinto y octavo mes, ésta es más frecuente, según el comportamiento infantil ante la comida existen dos subtipos:

- Anorexia inerte: cuando deja de comer, el niño no tiene iniciativa, incluso vomita el poco alimento que haya tomado.
- Anorexia de oposición: rechaza la comida que le ofrecen los padres, llora, retira al rechazar el alimento.

Sin embargo en el segundo semestre, Kreisler (citado por Ajuriaguerra; 1973) distingue dos tipos de anorexia:

- Anorexia simple: “al comienzo semeja una reacción al deteste, ante el cambio de alimentación o ante un incidente patológico benigno o de carácter serio causante de una pasajera anorexia orgánica que, a su vez, da origen a un interrelación entre la madre, empeñada en imponerse y el niño en franca oposición” (Ajuriaguerra; 1973: 185).
- Anorexia compleja: es caracterizada por la intensidad de los síntomas, ya que el niño manifiesta que la comida no le interesa.

Ambas clases de anorexia tienen una etiología social: “los casos de anorexia más graves casi siempre responden a un conflicto en relación con la madre” (Ajuriaguerra; 1973: 186).

La anorexia de la segunda infancia, por otro lado, suele darse en niños que se han alimentado de una manera normal en su primer año, se manifiesta mediante el rechazo a la comida y suele ser por un orden rígido en la alimentación, es decir, el llevar el mismo ritmo que los adultos.

En la adolescencia, la persona reduce su comida por muchas causas: en un inicio por voluntad, separando lo que no le gusta o disminuyendo su porción a la hora de comer, tiende a quejarse de molestias digestivas, con lo que pone en marcha su régimen adelgazante.

La anorexia mental minimiza la importancia de su trastorno, ya que la persona no siente hambre pero insiste en que esto no le impide encontrarse bien, ya que según su percepción, su actividad no disminuye, pero en realidad se comporta de una manera anómala.

#### **2.4 Perfil de la persona con trastorno alimenticio.**

“No es fácil describir el ‘perfil’ de una persona en riesgo de desarrollar un trastorno de alimentación, o de su familia, porque en general uno comienza a

observarlos a partir de que el trastorno del comer ya se ha instalado” (Costin; 2003: 69).

Por el motivo anterior, las personas afectadas con este trastorno presentan ciertas características individuales y familiares, como son:

- Problemas con la conducta: viven dependientes con los que otros esperan de ellas, de cumplir con los ideales de sus padres y de satisfacer a los demás.
- Déficit en la autoestima: su autoestima está más conectada en su apariencia y en la aprobación del otro.
- Camino a la perfección y el autocontrol: en los jóvenes con trastornos alimenticios, es común la tendencia al perfeccionismo, creen que el tener un cuerpo ideal significa perfección y si logran transformar su silueta, obtendrán seguridad en sí mismas, al igual que la confianza para enfrentar los desafíos que se les presenten en la vida.
- Miedo a madurar: es el temor a crecer, los trastornos alimenticios se desarrollan por lo general en la pubertad, pasando por la adolescencia; es aquí donde existen numerosos cambios a nivel físico, sexual, emocional y social.

Existen jóvenes que son poco hábiles para convivir con estos cambios y se mantienen con un pensamiento infantil, con el temor a crecer y prefieren mantenerse como niños.

“Generalmente, estas jóvenes están muy ‘estancadas en la niñez’, y tienen temor a crecer y a manejar la independencia que eso implica” (Costin; 2003: 78).

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

Costin (2003) menciona que los factores predisponentes se refieren a los elementos socioculturales, familiares e individuales vinculados a este tipo de trastornos. Los factores precipitantes y los perpetuantes son las causas de un trastorno alimenticio.

Los precipitantes son actitudes anormales con peso y figura, estresores, dietas extremas y pérdida de peso; mientras tanto, los factores perpetuantes incluyen los atracones y purgas, secuelas fisiológicas y psicológicas. Ambos tipos de componentes se detallan a continuación.

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

Estos factores influyen en la conducta de comer, tienen su origen en las actitudes, creencias, aprendizaje y constitución psicofisiológica de la persona, por

ello, la comida facilita la información sobre la identidad personal y actúa como una comunicación de necesidades internas, conflictos internos y el sentido del yo.

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

Mientras tanto como interacción social, la comida es un instrumento de la comunicación en la familia.

Una vez ingeridos, los alimentos se incorporan al organismo, por tanto, influyen en el estado físico del cuerpo y tienden a producir cambios en su aspecto. En consecuencia las representaciones de los medios de comunicación muestran un tamaño y forma corporal atractivo, con lo cual generan estereotipos poderosos.

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

Costin (2003) refiere que existen familias con poca comunicación entre sí, por ello, pueden ser causantes del desarrollo de un trastorno alimenticio, al igual que la sobreprotección por parte de los padres, o sus expectativas demasiado altas respecto de sus hijos, las historias familiares que incluyen depresión y alcoholismo o la existencia en el seno de la familia de abuso sexual o físico.

Se sabe que un trastorno alimenticio termina generando una relación muy distorsionada en el seno de la familia, ya que origina sentimientos de ansiedad, culpa, enojo, luchas por el poder y dificultades en la comunicación; en este sentido la paciente, así como sus padres o hermanos, pueden ser considerados alternativamente como quien que más sufre o el más responsable de lo que sucede.

Mientras tanto Rausch (1997) menciona que otros estudios señalan que las familias de mujeres bulímicas tienden a generar mucha tensión entre los padres y la hija, ambos padres son más exigentes, las madres tienen más problemas vinculados al control de la conducta de su hija, los padres muestran rigidez, autodisciplina excesiva y distancia emocional; como consecuencia, existe un nivel alto de tensión familiar.

Sin embargo, en comparación con las familias de las pacientes con bulimia, la anoréxica suele tener empatía con su madre, ya que la percibe de una forma comprensiva respecto a sus emociones y sentimientos, aunque al padre lo perciben menos empático. La persona bulímica, por su parte, suele tener mayor malestar y conflicto en el seno familiar, con los hermanos parece haber una fuerte rivalidad.

En relación con lo anterior, “la terapia familiar acelera la mejoría de la interacción dentro y fuera de la familia, y previene las recaídas tras el alta” (Rausch; 1996: 47).

### **2.5.3 Factores socioculturales.**

Los medios prometen a las mujeres de figura esbelta y bajo peso, una vida sofisticada, de gran aceptación social y éxito, en ese tenor, venden innumerables revistas en las que se menciona la palabra dieta, de esa forma se alienta a la disconformidad por el peso o la apariencia física. “El contexto sociocultural premia la delgadez y tiene prejuicios contra la gordura” (Costin; 2003: 59).

El ideal de belleza ha ido cambiando según las épocas y es diferente en las distintas sociedades; en la actualidad, un cuerpo ideal o espectacular no se refiere a un ideal de salud o bienestar, sino de moda. La sociedad comunica que el papel más importante de la mujer es ser atractiva físicamente y los medios refuerzan esta idea.

Costin (2003) señala que la mujer tiende a depender más del reconocimiento externo para sentirse bien, la persona que sufre un trastorno de alimentación llega a estar tan obsesionada con la dieta y el acto de comer, que dispone de poco o nada de tiempo para pensar en estar bien y mucho menos tiene las condiciones de estabilidad emocional mínimas para tener un buen desempeño en su actividad laboral, escolar o social.

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

Jarne y Talarn (2000) mencionan que las personas con un trastorno alimenticio manifiestan una gran insatisfacción con su propio cuerpo y con ellas mismas. Existen dos aspectos que forman la imagen corporal: uno cognitivo, que es la percepción del propio cuerpo y el otro, emocional, que está unido al sentimiento que ello provoca.

Estos pacientes suelen presentar una baja autoestima, obsesión por tener un bajo peso y un aspecto de extrema delgadez, unido a un deseo y búsqueda de la satisfacción personal.

Jarne y Talarn (2000) señalan que la imagen corporal se puede observar en dos diferentes formas: la primera es la perceptual y se refiere a la exactitud, que en el caso de las personas con un trastorno alimenticio es la no exactitud con que la persona estima sus dimensiones corporales; la segunda es el componente afectivo o emocional, se refiere a pensamientos y actitudes respecto al propio cuerpo e indirectamente al grado de satisfacción o insatisfacción hacia éste.

“La insatisfacción corporal puede conceptualizarse como una discrepancia entre la percepción que tiene el individuo del volumen de su propio cuerpo y su volumen real; como la discrepancia entre la percepción de su volumen real y el volumen ideal o, simplemente, como unos sentimientos de disconformidad con el volumen y la forma corporales” (Ogden; 2005: 100).

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

La dieta es el factor perpetuante por excelencia, ya que “el cuerpo que está subalimentado, causa el malestar anímico y emocional, y la falta de fuerzas en la persona. Por lo tanto, es inevitable que las consecuencias afecten tanto el organismo como el ánimo” (Costin; 2003: 90).

Otros factores son las transformaciones anímicas, como la desesperación sobre el futuro, sensaciones de depresión y descontrol, regresión e inseguridad, comportamientos autodestructivos, irritabilidad e intolerancia, asco respecto de los hábitos alimenticios de los demás y dejar actividades que antes disfrutaban.

Otra clase de transformaciones son las físicas, las cuales abarcan cefaleas, problemas de visión y auditivos, hipersensibilidad a la luz y a los ruidos, molestias gastrointestinales, adormecimiento de pies y manos, pérdida de temperatura corporal, amenorrea, debilidad muscular y deshidratación.

“No es de sorprender que la respuesta del cuerpo a una restricción calórica tan severa sea un enlentecimiento general de todas las funciones corporales” (Costin; 2003: 101).

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

Kirszman y Salgueiro (2002) definen el concepto de comorbilidad como la ocurrencia conjunta de dos o más trastornos mentales o condiciones médicas; dicho término se aplica a trastornos o enfermedades.

A partir de este criterio, los diagnósticos más a menudo asociados a la anorexia nerviosa aguda son: depresión, distimia, ansiedad y trastorno obsesivo-compulsivo, en el tipo restrictivo; mientras que en el tipo bulímico es el abuso de sustancias.

Kirszman y Salgueiro (2002) mencionan que la serotonina juega un papel importante en todos estos trastornos, ya que funciona como un inhibidor general de la respuesta conductual y a la vez, modula la conducta motriz, la cual es importante en las conductas sociales que involucran agresión y ansiedad.

“Se ha encontrado que pacientes con trastornos alimentarios, especialmente bulimia nerviosa, con síntomas de atracón y purgas, presentan aumento de la actividad serotoninérgica cerebral y también trastornos en la regulación afectiva y conductas obsesivas” (Kirszman y Salgueiro; 2002: 114).

La serotonina se ha vinculado con distintos síntomas: impulsividad y violencia, rasgos de ansiedad y evitación, rasgos obsesivo-compulsivos, variaciones del estado anímico, suicidio y problemas alimentarios.

Por lo tanto teóricamente “una alteración en la actividad serotoninérgica puede causar conductas de ansiedad y conductas obsesivas, afectar el control del apetito y contribuir a la vulnerabilidad para el desarrollo de bulimia nerviosa” (Kirschman y Salgueiro; 2002: 114).

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

Kirschman y Salgueiro (2002) mencionan que sólo tres variedades de síntomas psiquiátricos, que son depresión, fobia social y trastornos obsesivo-compulsivos, aparecen comúnmente asociados con la continuidad de la anorexia nerviosa.

Estudios realizados señalan que la bulimia está estrechamente relacionada con la depresión y que probablemente subyace un trastorno depresivo en el síndrome bulímico. Además, los síntomas depresivos —depresión, ansiedad, hostilidad— estuvieron significativamente asociados a los episodios bulímicos.

“Un estudio de revisión reciente sobre los trabajos de seguimiento de pacientes bulímicas (Keel y Mitchel, 1997), arroja como resultados que un 38% de las pacientes con bulimia nerviosa presentan, después de dos años de seguimiento, un riesgo de presentar depresión” (Kirschman y Salgueiro; 2002: 124).

El estado de malnutrición produce en el funcionamiento psicobiológico síntomas como disforia, irritabilidad, pérdida de peso, trastornos de sueño, disminución de la capacidad de atención y concentración, aislamiento social y también rasgos básicos que definen el síndrome depresivo.

La depresión se considera como un fenómeno secundario debido a la baja autoestima y a la autoconciencia de la persona que tiene obsesión por su peso corporal.

Por lo tanto, los síntomas físicos, el ánimo disfórico, el autorreproche, la evaluación negativa de sí mismo, las tendencias obsesivas y el aislamiento en las relaciones interpersonales, se encuentran en ambos cuadros.

### **2.8.2 trastornos alimenticios y ansiedad.**

Kirszman y Salgueiro (2002) mencionan que en el adolescente y el adulto joven, 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 peso corporal.

Se considera que la ansiedad social ligada al físico podría estar relacionada con trastornos de personalidad asociados a su vez a los trastornos alimentarios, por lo tanto, la conducta alimentaria desordenada puede comenzar con síntomas de ansiedad social ligada al físico.

Sin embargo, el vómito en la bulimia cumple una función de escape al reducir la ansiedad en relación con la imagen y el peso corporal elevado por el consumo de comidas prohibidas.

En lo que respecta a la ansiedad, combinada con factores culturales, psicológicos y biológicos, contribuye al desarrollo de excesiva preocupación por la figura y el peso, de la restricción alimentaria severa, de insatisfacción corporal y por último, de la conducta bulímica.

Entre las explicaciones formales sobre los efectos de la ansiedad sobre la alimentación, están: la teoría de la restricción, el modelo de los límites, las teorías funcionales y la teoría de la ligadura a los estímulos externos. Estos esquemas interpretativos, propuestos por Kirszman y Salgueiro (2002) se exponen a continuación.

- La teoría de la restricción se refiere a los patrones alimentarios inusuales, es decir, la ingesta está determinada por un balance entre el deseo de comer y querer hacer dieta, por lo cual, el comer una comida prohibida induce cogniciones estresantes.
- El modelo de los límites propone que para las personas que se alimentan normalmente, los efectos de la ansiedad y el estrés suprimen los correlatos fisiológicos del hambre. En cuanto a los límites, el estrés mueve a la persona normal desde la zona de hambre hacia el estado de indiferencia.
- Las teorías funcionales hablan acerca de las relaciones entre ansiedad y la conducta alimentaria, sugieren que el comer provee confort al dietante crónico y a las personas obesas, ya que esta acción puede servir como una distracción de las propias preocupaciones.

- En lo que respecta a la teoría de la ligadura a los estímulos externos la ansiedad genera individuos con sobrepeso y, por extensión, dietantes más externamente orientados y respondientes a signos ambientales.

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

Ajuriaguerra (1973) menciona que, para el tratamiento de estas perturbaciones, algunos médicos emplean electroshocks en la fase inicial en casi todos los casos, con el objeto de reducir la angustia y actuar en los mecanismos reguladores del hambre. Otros autores defienden el tratamiento behaviorista, que consiste en reforzar la conducta alimenticia por recompensa o privación de actividad si la enferma no come.

Sin embargo, varios autores consideran el modelo psicoanalítico tradicional, el cual interpreta el significado de las asociaciones del paciente. “Para que el tratamiento sea eficaz es necesario conocer el modelo de experiencias precoces falsificantes y ayudar a estas pacientes a descubrir en ellas mismas la capacidad de iniciativa y de autodirección” (Ajuriaguerra; 1973: 197).

Jarne y Talarn (2000) señalan que el tratamiento de la anorexia tiene como objetivo principal la recuperación del peso, es por ello que la normalización de la dieta y los hábitos alimenticios son un paso fundamental en el proceso terapéutico.

En segundo lugar, se deben resolver los problemas familiares, psicológicos y sociales que toman parte en la anorexia nerviosa. Por ello se debe implementar un programa de tratamiento que consista en:

- La recuperación ponderal: es la rehabilitación nutricional y normalización dietética.
- Tratamiento dietético: la terapia debe iniciarse con una dieta normal o bien, se debe aumentar progresivamente la cantidad de calorías.
- Tratamiento psicológico: la intervención psicoterapéutica es poco efectiva en las fases más graves de la enfermedad, por ello, no se emplea hasta que se recupere un determinado peso en el paciente puede ser funcional.

Jarne y Talarn (2000) mencionan como recurso la psicoterapia de refuerzo, en la cual, las técnicas de relajación y las sesiones psicoeducativas facilitan el proceso, al igual que la terapia cognitivo conductual, que en la actualidad se ha mostrado como la más efectiva en el tratamiento de la anorexia, ya que estudios controlados avalan su eficiencia.

Otras medidas de tratamiento de la anorexia nerviosa son:

- Tratamiento farmacológico: la proheptadina, para inhibir el apetito; cuando hay existencia de depresión asociada, es recomendable el uso de antidepresivos;

de igual manera, los modernos inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina se han utilizado también en el tratamiento de la anorexia nerviosa.

- Terapia familiar: aunque al principio se mantenía alejada a la familia, se ha ido implicando en los tratamientos.
- Planificación del tratamiento: habla de que se necesita un programa de intervención complejo y bien estructurado que incluya tres áreas de intervención: el peso, la figura y las cogniciones.
- Tratamiento de hospitalización: el paciente es obligado a ser hospitalizado en el caso de pérdidas del 25 al 30% del peso correspondiente en aquel momento, según la edad y la altura.
- Indicaciones de hospitalización: de acuerdo con las complicaciones médicas que existan en el paciente, se deben dar en las áreas médicas correspondientes en algunos casos en los servicios de medicina intensiva; dichas complicaciones pueden ser psíquicas o crisis de las relaciones familiares.

Jarne y Talarn (2000) señalan que en el tratamiento en la bulimia nerviosa, los objetivos terapéuticos son: restablecer unas pautas nutricionales normales, recuperación física, normalización del estado mental, restablecer unas relaciones familiares adecuadas y corregir las pautas de interacción social alteradas

Rausch (1996) señala que desde hace años, diferentes autores han resaltado la importancia de la terapia familiar en el tratamiento de la anorexia.

El considerar a la familia como un elemento de gran importancia para el tratamiento, es porque se piensa que la conducta actual de los miembros de la familia puede contribuir a disminuir los síntomas y promover salidas más saludables para el paciente o en casos desfavorables, reforzar la enfermedad.

Sin embargo, si la familia como organización se mantiene estable, define su identidad y promueve cambio y crecimiento; debe propiciar el desarrollo individual y asegurar la presencia de afecto, intimidad y respeto mutuo.

Por último, en la etapa final del tratamiento ya debe existir una relación sólida y confiable con cada uno de los integrantes de la familia, lo cual deber ser verificado por el terapeuta sistémico que ha seguido el proceso. “En la práctica esto se suele realizar con entrevistas individuales semanales con el/la paciente, quincenales con la pareja de padres y mensuales con la familia total. Esto permite que se respete la privacidad de los integrantes, al tiempo que se vehiculiza un espacio para aquellos que se intersectan” (Rausch; 1997: 93).

Para finalizar el tratamiento, el terapeuta toma la decisión haciendo una evaluación conjunta con todo el sistema terapéutico: compara los objetivos que se fueron delineando a lo largo del proceso terapéutico, con la realidad actual, según como la percibe el paciente; se destaca lo logrado y lo que queda por lograr.

Con base en lo anteriormente expuesto, la mayoría de los autores coinciden en la multideterminación de estos trastornos alimenticios en el cual convergen

factores familiares, sociales, culturales, familiares, individuales, de desarrollo y biológicos.

De esta manera se dan por concluidos los aspectos relativos a los trastornos alimenticios y, con ello, el marco teórico en el cual se procuró examinar de manera íntegra las variables de investigación. En el siguiente capítulo se hablará acerca de la manera en que se recolectó y procesó la información empírica con el fin de contrastarla con los datos documentales.

## **CAPÍTULO 3**

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

Este tercer capítulo estará dividido en dos partes: en la primera se hará la descripción metodológica de la investigación y en la segunda, se presentarán y se interpretarán los resultados.

#### **3.1 Descripción metodológica**

En lo que corresponde a este apartado, se explicará el enfoque adoptado, el tipo de diseño, la extensión temporal y el alcance de la investigación.

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

A través de la historia de la investigación se han presentado tres tipos de enfoque: el cuantitativo, cualitativo y mixto; todas están orientadas a generar conocimiento y utilizan cinco elementos similares y relacionados entre sí, los cuales son:

- 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 las suposiciones o ideas tienen fundamento.

- d) Revisan tales suposiciones o ideas 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 para generar otras” (Hernández y cols.; 2006:4).

Dado que en la presente investigación se empleó el enfoque cuantitativo, resulta necesario precisar sus características distintivas: esta orientación metodológica “usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías” (Hernández y cols.; 2006: 4).

Dentro de este enfoque, los autores mencionados señalan las siguientes características:

- a) El planteamiento de estudio es delimitado y concreto, sus preguntas de investigación versan sobre cuestiones específicas.
- b) Cuando ya está planteado el problema de estudio, se revisa lo que se ha investigado anteriormente.
- c) Sobre la revisión se construye un marco teórico.
- d) De esta teoría se hacen hipótesis.
- e) Mediante los diseños de investigación las hipótesis se someten a prueba: si los resultados son congruentes, se aporta evidencia a su favor; si se

rechazan, se descartan en busca de nuevas hipótesis y mejores explicaciones.

- f) Para obtener resultados, el investigador recolecta datos numéricos de fenómenos o participantes que estudia y analiza mediante procedimientos estadísticos.

Hernández y cols. (2007) mencionan que de este grupo de características de investigación cuantitativo, se derivan otras características importantes, las cuales son:

- Las hipótesis se establecen previamente se generan antes de recolectar y analizar los datos.
- Para que una investigación sea aceptada y creíble, debe haber una recolección o medición, la cual se lleva a cabo al utilizar procedimientos estandarizados y aceptados por una comunidad científica.
- Las mediciones se transforman en valores numéricos, los cuales se analizan por medio de la estadística.
- Los análisis cuantitativos responden al planteamiento del problema, al construir la interpretación de cómo los resultados encajan en el conocimiento existente.
- La finalidad de la investigación cuantitativa es generalizar los resultados encontrados en una muestra a una población o universo, buscando que los estudios puedan replicarse.

- Al final, con los estudios cuantitativos, la meta principal es la construcción y demostración de teorías.

Según Hernández y cols. (2007) en este enfoque, si el proceso es el correcto, los datos generados poseen los estándares de validez y confiabilidad, las conclusiones obtenidas contribuirán a la generación de conocimiento.

Este enfoque utiliza el razonamiento deductivo, que da inicio con la teoría y de ésta se derivan las hipótesis que el investigador busca someter a prueba. La búsqueda cuantitativa conduce a la explicación sobre cómo se concibe la realidad con esta aproximación a la investigación.

Para este último fin existen dos realidades: la primera consiste en las creencias, presuposiciones y experiencias subjetivas de las personas, mientras la segunda realidad es objetiva e independiente de las creencias.

“En el enfoque cuantitativo, lo subjetivo existe y posee un valor para los investigadores; pero de alguna manera, este enfoque se aboca a demostrar qué tan bien se adecúa a la realidad objetiva” (Hernández y cols.; 2006: 6).

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

La investigación de diseño no experimental incluye aquellos “estudios que se realizan sin la manipulación deliberada de variables y en los que sólo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos” (Hernández y cols.; 2006: 205).

Esta investigación no crea ninguna situación, por el contrario, observa situaciones que ya existen, que no son provocadas intencionalmente por el investigador; aquí las variables independientes ocurren y no pueden ser manipuladas.

Una diferencia entre un estudio experimental y no experimental es que en la primera, el investigador construye una situación a la que son expuestos varios individuos, en cambio la investigación no experimental, no sucede así.

### **3.1.3 Estudio transversal**

El tipo de diseño transversal consiste en “recolectar datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado” (Hernández y cols.; 2007: 142).

De acuerdo con estos autores, el estudio transversal es cuando la investigación está centrada en analizar cuál es el nivel o estado de una o diversas variables en un momento dado, o bien, cuál es la relación en un conjunto de variables en un punto del tiempo. Pueden abarcar varios grupos o subgrupos de personas, objeto o indicadores.

### **3.1.4 Diseño correlacional**

El propósito del diseño correlacional es evaluar la relación que exista entre dos o más variables, hay ocasiones en que sólo analiza la relación entre dos variables.

“Los estudios correlacionales miden o evalúan el grado de relación entre esas dos o más variables. Es decir, miden cada variable presuntamente relacionada y después también miden y analizan la correlación” (Hernández y cols.; 2007: 63). Los autores citados expresan que la utilidad del estudio correlacional es el saber cómo se comporta una variable, si se conoce el comportamiento de otras variables relacionadas.

Esta correlación puede ser positiva o negativa: en el primer caso, los sujetos con altos valores en una variable tenderán a mostrar altos valores en la otra variable, y viceversa; si es negativa, los sujetos con altos valores en una variable tenderán a mostrar bajos valores en la otra variable.

Por otra parte, “si no hay correlación entre las variables, ello nos indica que éstas varían sin seguir un patrón sistemático entre sí” (Hernández y cols.; 2007: 64). Estos investigadores señalan que los estudios correlacionales se distinguen de los descriptivos en que éstos se centran en medir variables, mientras que los primeros evalúan el grado de relación en dos variables.

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

Las técnicas de recolección de datos implementadas en esta investigación fueron pruebas estandarizadas, las cuales son herramientas desarrolladas por especialistas en la investigación, que son utilizadas para medir gran número de variables. “Estas pruebas tienen su propio procedimiento de aplicación, codificación e interpretación, y se encuentran disponibles en diversas fuentes secundarias y terciarias, así como en centros de investigación y difusión del conocimiento” (Hernández y cols.; 2007: 220).

Los autores antes citados puntualizan que algunas de las ventajas de las pruebas estandarizadas es que cuentan con estudios estadísticos que prueban su validez y confiabilidad, ya que esto es un requisito indispensable para la validación del proceso de investigación.

Al respecto, se destaca que “bastantes pruebas estandarizadas (como las proyectivas) requieren de un entrenamiento considerable y conocimiento profundo de

las variables por parte del investigador que habrá de aplicarlas e interpretarlas” (Hernández y cols.; 2007: 221).

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

La CMAS-R, subtitulada “Lo que pienso y siento”, es un instrumento de autoinforme que consta de 37 reactivos, fue diseñado para valorar el nivel y naturaleza de la ansiedad en niños y adolescentes de 6 a 19 años de edad; este instrumento puede aplicarse ya sea de manera individual o colectiva. El sujeto responde a cada afirmación al encerrar en un círculo la respuesta “Sí” o “No”, según corresponda.

Con el objetivo de proporcionar más introspección clínica en las repuestas del individuo, la CMAS-R brinda cinco puntuaciones. La calificación 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 valoraciones 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 por ser lastimados o aislados de forma emocional. La subescala de preocupaciones sociales/concentración es útil para discriminar a los niños que tienen problemas escolares; ésta se concentra en pensamientos distractores y ciertos miedos, muchos de naturaleza social o interpersonal, que conducen a dificultades en la concentración y atención.

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

Como una medida de 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 Test Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo de Spielberger.

Para la medición de la variable de trastornos alimentarios se utilizó la prueba Inventario de Trastorno de la Conducta Alimentaria (EDI-2) de Gardner (1998). La prueba evalúa los síntomas que normalmente acompañan a la anorexia nerviosa y a la bulimia nerviosa. Su aplicación puede ser individual o colectiva, el tiempo de

aplicación es ilimitado, aunque normalmente requiere alrededor de 20 minutos, es aplicable a partir de la edad de 11 años, está constituida por un total de 91 reactivos y evalúa 11 escalas, las cuales son: obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva, miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad e inseguridad social.

Con respecto a la confiabilidad, los estudios respectivos se realizaron a través de la evaluación de la consistencia interna con la prueba de Alfa de Cronbach, con resultados superiores a 0.80.

Para la evaluación de la validez se realizaron estudios de validez de contenido, de criterio y de constructo, en los que se lograron puntajes 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**

En este apartado se indicará la descripción de la población, así como el proceso de la muestra para la posterior recolección de datos.

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

La población según Selltiz “es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones” (referido por Hernández y cols.; 2006: 303).

En la presente investigación, la población a estudiar son los estudiantes de la Escuela Secundaria Técnica 85, ubicada en Toreo el Bajo, en Uruapan, Michoacán, del turno matutino, al cual cuenta con 530 alumnos entre 12 y 16 años de edad, con un nivel socioeconómico medio-bajo.

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

En cuanto a la muestra “es un subconjunto de elementos que pertenecen a ese conjunto definido en sus características al que llamamos población” (Hernández y cols.; 2007: 159).

Para elaborar el siguiente estudio se realizó un muestreo no probabilístico, en el cual la selección de los sujetos no depende de la probabilidad, sino de criterios establecidos previamente por el investigador.

La selección de la muestra fue de manera intencional, en ella se tomó a 100 alumnos de la población mencionada.

La muestra la conformaron alumnos que cursan el segundo grado del ciclo escolar 2010-2011. Se seleccionó a los grupos de 2° “A” con 20 hombres y 8 mujeres, 2° “C” con 16 mujeres y 6 hombres, 2° “D” con 18 mujeres y 11 hombres y 2° “F”, con 11 hombres y 10 mujeres.

Los grupos de de 2° “A” y 2° “F” no fueron elegidos para la muestra ya que se encontraban realizando actividades extraescolares.

En total, la muestra la conformaron 48 hombres y 52 mujeres entre los 13 y 15 años de edad.

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

Para trabajar con esta muestra de alumnos de la Escuela Secundaria Técnica 85, ubicada en Toreo el bajo, de la Ciudad de Uruapan, Michoacán, se habló con el coordinador académico de la institución, quien autorizó que se realizara dicha investigación.

Después se inició con la aplicación individual de la prueba “Lo que pienso y siento” (CMAS-R). Respecto al tiempo de aplicación de la prueba, fue de treinta minutos por cada uno de los cuatro grupos.

Al día siguiente de la aplicación de la prueba CMAS-R, se aplicó a los alumnos de manera individual el segundo instrumento que fue la prueba EDI- 2. Su aplicación fue de cincuenta minutos en cada grupo.

Una vez terminada la aplicación de las pruebas se llevó a cabo la calificación de cada uno de los cuestionarios, en cada uno de los cuales se invirtió una hora, más el tiempo para registrar los resultados.

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

En este apartado se presentan los resultados obtenidos en el análisis de la correlación entre variables.

En primer término se presentan los resultados de la variable trastornos alimentarios; en segundo lugar se muestran los índices relativos a la variable estrés; finalmente, se exponen los resultados obtenidos en el análisis de la correlación entre variables.

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

De acuerdo con lo señalado por la APA (2002) el término de trastornos alimentarios se refiere a las enfermedades crónicas progresivas que se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimenticia.

Respecto a los resultados obtenidos en la escala EDI-2 sobre los indicadores de trastornos alimentarios, se muestran en puntajes percentiles. Los percentiles representan los valores de la variable que están por debajo de un porcentaje, el cual puede ser un valor de 1% a 100% ( en otras palabras, el total de los datos es dividido en 100 partes iguales).

En la presente indagación se encontraron los siguientes índices:

En la escala de obsesión por la delgadez, se encontró una media de 67. 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 de 68.

La moda es la medida que ocurre con más frecuencia en un conjunto de observaciones (Hernández y cols.; 2006). En esta escala se identificó que la moda es el puntaje 89.

De la misma manera, se obtuvo el valor de una medida de dispersión, concretamente de la desviación estándar, la cual muestra la raíz cuadrada del promedio de la suma de las desviaciones al cuadrado, de un conjunto de datos (Hernández y cols.; 2006). El valor obtenido de esta medida es de 24.

Los datos obtenidos en la medición de la escala de obsesión por la delgadez en los alumnos de la Escuela Secundaria Técnica 85, se muestran en el anexo 1.

En la escala bulimia se encontró una media de 62, una mediana de 67, una moda de 67 y una desviación estándar de 16. Los datos obtenidos en la medición de dicha escala, se muestran en el anexo 2.

En la escala de insatisfacción corporal se determinó una media de 50, una mediana de 50, una moda de 26 y una desviación estándar de 26. Los datos obtenidos en esta medición, se exponen en el anexo 3.

En la escala de ineficacia se encontró una media de 55, una mediana de 52, una moda de 40 y una desviación estándar de 21. La información arrojada en la medición de la ineficacia en los sujetos de estudio, se muestra en el anexo 4.

En la escala de perfeccionismo se encontró una media de 42, una mediana de 44, una moda de 8 y una desviación estándar de 27. Los datos obtenidos en dicha medición en los alumnos de la escuela referida, se indican gráficamente en el anexo 5.

En la escala sobre desconfianza interpersonal, se detectó una media de 66, una mediana de 75 una moda de 80 y una desviación estándar de 27. Los índices obtenidos en esta medición, se muestran en el anexo 6.

En la escala de conciencia introceptiva se determinó una media de 58, una mediana de 64 una moda de 22 y una desviación estándar de 27. Esta información se muestra de manera pormenorizada en el anexo 7.

En la escala sobre miedo a la madurez, se encontró una media de 78, una mediana de 90, una moda de 96 y una desviación estándar de 26. Los datos obtenidos en la medición de esta escala, se muestran en el anexo 8.

En la escala de ascetismo se encontró una media de 48, una mediana de 57, una moda de 57 y una desviación estándar de 31. La información recabada en la medición de ascetismo en los alumnos de la Escuela Secundaria Técnica 85, se muestra en el anexo 9.

En la escala de impulsividad se encontró una media de 59, una mediana de 69, una moda de 41 y una desviación estándar de 30; estos datos se pueden revisar a detalle en el anexo 10.

Finalmente, en la escala de inseguridad social se encontró una media de 67, una mediana de 81, una moda de 91 y una desviación estándar de 31. Los datos obtenidos en la medición de inseguridad social en los alumnos de la Escuela Secundaria Técnica 85, se muestran en el anexo 11.

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

En la escala de obsesión por la delgadez, el 44% de los sujetos resultó por arriba del percentil 70; en la escala bulimia, el porcentaje fue de 21%; en la escala de insatisfacción corporal, el 26%; en la de ineficacia, 22%; en la de perfeccionismo, 16%; en la escala sobre desconfianza interpersonal, 59%; en la de conciencia

introceptiva, 41%; en la de miedo a la madurez, 78%; en la de ascetismo, 23%; en la de impulsividad, 49% y en la escala de inseguridad social, 61%.

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

Se puede afirmar entonces que los indicadores de trastornos alimenticios en los alumnos de la Escuela Secundaria Técnica 85, se encuentran 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 Travers y Cooper (1997), el estrés es el resultado de una interrelación constante entre la persona y su entorno, que está mediada por un conjunto complejo de procesos cognitivos constantes.

Respecto a los resultados obtenidos en el nivel de ansiedad total como principal indicador del estrés en los alumnos de la Escuela Secundaria Técnica 85, se encontró una medida de 60, una mediana de 66, una moda de 64 y una

desviación estándar de 27. Los datos obtenidos en la medición de estrés en los alumnos mencionados, se muestran en el anexo 13.

Además de los resultados anteriores, se cuantificaron las puntuaciones de las distintas subescalas.

Particularmente, en la subescala de ansiedad fisiológica se encontró una media de 62, una mediana de 67 una moda de 99 y una desviación estándar de 29. Los datos obtenidos en esta escala se muestran en el anexo 14.

Por otra parte, en la subescala de inquietud-hipersensibilidad se determinó una media de 65, una mediana de 75, una moda de 53 y una desviación estándar de 25. Esta información se expone en el anexo 15.

Finalmente en la subescala de preocupaciones sociales/concentración se encontró una media de 50, una mediana de 45, una moda de 22 y una desviación estándar de 29. Estos datos obtenidos se pueden revisar en el anexo 16.

Se presenta a continuación el porcentaje de sujetos que obtuvieron puntajes altos en la escala de ansiedad total, es decir por arriba del percentil 70. De esta forma se ubicará el porcentaje de casos preocupantes por su nivel de estrés, el cual fue de 46%.

Se pueden revisar en el anexo 17.

De acuerdo con estos resultados, se puede afirmar que el nivel de estrés en los alumnos de la Escuela Secundaria Técnica 85 se encuentra ligeramente superior a lo normal desde la perspectiva clínica y educativa.

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

Diferentes autores han afirmado la relación que se da entre los trastornos alimentarios y el estrés, entre los cuales se puede mencionar a Behar y Valdés, quienes en el año 2009, en Santiago de Chile, realizaron una investigación denominada “Estrés y Trastornos de la conducta alimentaria”, en la que obtuvieron como resultados que las pacientes presentaron mayores niveles de estrés acumulado durante el año previo al diagnóstico, principalmente en lo que concierne a conflictos familiares y cambios de hábitos.

En la investigación realizada con los alumnos de la Escuela Secundaria Técnica 85, se encontraron los siguientes resultados:

Entre el nivel de estrés y la escala de obsesión por la delgadez, se identificó un índice de 0.16, obtenido mediante el coeficiente de correlación 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 proponen 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, en la cual mediante un porcentaje se indica el grado en que las variables se encuentran correlacionadas. Para obtener esta varianza sólo 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 0.03, lo que significa que entre el estrés y la obsesión por la delgadez hay una relación del 3%. Al respecto, se afirma que el coeficiente r de Pearson puede variar de -1.00 a +1.00, donde: +1.00 es igual a una correlación positiva perfecta. (Hernández,2006).

Con lo anterior se puede corroborar que no existe correlación significativa entre el estrés y la obsesión por la delgadez en los alumnos de la Escuela Secundaria Técnica 85. Estos resultados se aprecian gráficamente en el anexo 18.

Entre el nivel de estrés y la escala de bulimia existe un coeficiente de correlación de 0.15, esto quiere decir que entre el estrés y esta variable existe una correlación positiva débil.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.02, lo que significa que entre el estrés y la escala de bulimia hay una relación de 2%. Con lo anterior se puede verificar que no existe correlación significativa entre estas variables en los alumnos de la institución examinada. Estos resultados se observan de manera gráfica en el anexo 19.

Entre el nivel de estrés y la escala de insatisfacción corporal existe un coeficiente de correlación de 0.05, esto señala que entre el estrés y la esta escala existe una ausencia de correlación.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.00, lo que significa que entre el estrés y la insatisfacción corporal no existe relación, ya que tiene un 0%.

Con lo anterior se puede corroborar que existe una ausencia de correlación entre las variables mencionadas, en los alumnos investigados. Estos resultados se observan gráficamente en el anexo 20.

Entre el nivel de estrés y la escala de ineficacia existe un coeficiente de correlación de 0.18, esto denota que entre dichos atributos existe una correlación positiva débil.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.03, lo que señala que entre el estrés y la ineficacia hay una relación de 3%, con lo cual se puede afirmar que no existe una correlación significativa entre estas variables. Estos resultados se observan gráficamente en el anexo 21.

Entre el nivel de estrés y la escala de perfeccionismo existe un coeficiente de correlación de 0.33, esto significa que entre estas variables existe una correlación positiva media.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.11, lo que significa que entre el estrés y el perfeccionismo hay una relación de 11%. Con lo anterior se puede verificar que sí existe correlación significativa entre el estrés y el perfeccionismo en los alumnos de la Secundaria Técnica 85. Estos resultados se observan gráficamente en el anexo 22.

Entre el nivel de estrés y la escala de desconfianza interpersonal existe un coeficiente de correlación de 0.27, esto apunta a que entre el estrés y la escala medida existe una correlación positiva débil.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.07, lo que indica que entre el estrés y la desconfianza interpersonal hay una relación de 7%. Con lo anterior se puede verificar que no existe correlación significativa entre estas variables, en el caso de la institución investigada. Estos resultados se pueden consultar de forma detallada en el anexo 23.

Entre el nivel de estrés y la escala de conciencia introceptiva existe un coeficiente de correlación de 0.42, esto significa que entre el estrés y la escala aludida existe una correlación positiva media.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.18, lo cual señala que entre el estrés y conciencia introceptiva hay una relación de 18%, con lo cual se puede reconocer que existe una correlación significativa entre el estrés y conciencia

introceptiva en los alumnos que fungieron como sujetos de estudio. Estos resultados se observan de manera gráfica en el anexo 24.

Entre el nivel de estrés y la escala de miedo a la madurez existe un coeficiente de correlación de  $-0.04$ , esto significa que entre el estrés y dicha escala existe estadísticamente una ausencia de correlación.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de  $0.00$ , lo que significa que entre el estrés y el miedo a la madurez no existe relación, ya que es de  $0\%$ , con lo cual se puede señalar que no existe una correlación significativa entre estas variables, en los sujetos de estudio seleccionados. Estos resultados se aprecian gráficamente en el anexo 25.

Entre el nivel de estrés y la escala de ascetismo existe un coeficiente de correlación de  $-0.04$ , esto indica que entre el estrés y la escala mencionada existe estadísticamente una ausencia de correlación.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de  $0.00$ , lo que significa que entre el estrés y el ascetismo no existe relación, con lo cual se puede afirmar que no hay una correlación significativa entre dichas variables. Estos resultados se observan gráficamente en el anexo 26.

Entre el nivel de estrés y la escala de impulsividad existe un coeficiente de correlación de  $-0.05$ , esto significa que entre el estrés y dicha área existe estadísticamente una ausencia de correlación.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de  $0.00$ , lo que significa que entre el estrés y el ascetismo no existe relación, de esta manera se puede afirmar que no existe una correlación significativa entre el estrés y la impulsividad en los alumnos de la Secundaria Técnica 85. Estos resultados se pueden consultar con detenimiento en el anexo 27.

Entre el nivel de estrés y la escala de inseguridad social existe un coeficiente de correlación de  $-0.13$ , esto se traduce en que entre el estrés y esta última escala existe estadísticamente una correlación negativa débil.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de  $0.02$ , lo que significa que entre el estrés y la inseguridad social hay una relación de  $2\%$ , con base en este porcentaje, se puede reconocer que no existe una correlación significativa entre estas variables. Para mayores detalles, se puede consultar el anexo 28.

En función de los resultados presentados, se confirma la hipótesis nula, ya que no existe una relación significativa entre el nivel de estrés y nueve de las once subescalas: obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, desconfianza interpersonal, miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad, e inseguridad social.

Por otra parte, se corrobora la hipótesis de trabajo en los casos de la relación entre el estrés y las subescalas denominadas: perfeccionismo y conciencia introceptiva.

## CONCLUSIONES

Después de indagar sobre la relación entre el nivel de estrés y los trastornos alimentarios de los alumnos de la Escuela Secundaria Técnica 85, y al tomar como base la información obtenida en la consecución de este estudio, se analiza el logro de los objetivos y la respuesta encontrada a la pregunta de investigación.

La hipótesis nula, acerca de que no existe una relación significativa entre el nivel de estrés y los trastornos alimentarios de los alumnos de la Escuela Secundaria Técnica 85, del ciclo escolar 2010-2011, es aceptada debido a que estadísticamente se comprobó que entre las variables de estudio no existió una correlación significativa, de acuerdo con los resultados obtenidos en las subescalas denominadas obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, desconfianza interpersonal, miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad, e inseguridad social, de la prueba EDI-2, en relación con los resultados obtenidos en la medición de estrés a través de la prueba CMAS-R.

La hipótesis de trabajo acerca de que existe una relación significativa entre el nivel de estrés y los trastornos alimentarios de los alumnos de la Escuela Secundaria Técnica 85, del ciclo escolar 2010-2011, se corroboró únicamente en las subescalas denominadas perfeccionismo y conciencia introceptiva.

El primer objetivo particular, cuya intención fue definir el concepto de estrés, se cubrió en el capítulo 1 donde se expusieron tales definiciones.

Los objetivos particulares segundo, tercero y cuarto objetivo, referidos respectivamente a identificar las causas de estrés, identificar un cuadro sintomatológico del estrés e identificar los principales enfoques teóricos del estrés, se cumplieron también con las contribuciones teóricas explicadas en el primer capítulo.

Los objetivos particulares orientados a definir el concepto de trastornos alimentarios, identificar las causas de los trastornos alimentarios e identificar aspectos psicológicos de los trastornos alimentarios; que fueron planteados correspondientemente en quinto, sexto y séptimo lugar; fueron cubiertos mediante la estructura y planteamientos teóricos del segundo capítulo.

El octavo objetivo particular consistió en evaluar el nivel de estrés en los alumnos de 2° grado de la Escuela Secundaria Técnica 85 de la ciudad de Uruapan, Michoacán, ciclo escolar 2010-2011; éste se alcanzó a través del Test Psicométrico CMAS-R y se obtuvo como resultado que el nivel de estrés que presentan los alumnos se encuentra ligeramente más alto de lo normal desde la perspectiva psicológica clínica y educativa.

El noveno objetivo particular fue medir los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en los alumnos de 2° grado de la Escuela Secundaria Técnica 85 de la ciudad de Uruapan, Michoacán, ciclo escolar 2010-2011, lo cual se cumplió

favorablemente como consecuencia de la aplicación de la prueba psicológica conocida con el nombre de EDI-2.

El décimo y último objetivo particular, en el que se planteó determinar la relación estadística existente entre estrés el estrés y trastornos alimentarios en los estudiantes ya mencionados, se cumplió mediante la aplicación de las fórmulas estadísticas conocidas como “r” de Pearson y varianza de factores comunes.

El cumplimiento de los objetivos particulares hizo posible la culminación del objetivo general el cual consistió en establecer la relación que existe entre el estrés y los trastornos alimentarios de los alumnos de 2º grado de la Escuela Secundaria Técnica 85, del ciclo escolar 2010-2011, de la Ciudad de Uruapan, Michoacán.

Sumado a lo anterior, se pueden enfatizar de manera particular los siguientes hallazgos empíricos:

Se detectaron en los alumnos investigados, puntajes altos en las subescalas denominadas miedo a la madurez, inseguridad social y desconfianza interpersonal, incluidas en la prueba EDI-2. Además de ello, se observaron puntajes altos de estrés a través de la prueba CMAS-R, en la subescala inquietud/hipersensibilidad.

De igual manera, se observaron correlaciones altas entre estrés y las subescalas de perfeccionismo y conciencia introceptiva.

Un hallazgo teórico que puede ser considerado de gran importancia es la investigación de Behar y Valdés en el año 2009 en Santiago de Chile, sobre estrés y Trastornos de la conducta alimentaria, en la cual se obtuvieron como resultados que las pacientes presentaron mayores niveles de estrés acumulado durante al año previo al diagnóstico, principalmente conflictos familiares y cambios de hábitos. El estrés en pacientes se relacionó positivamente con perfeccionismo y BSQ en estudiantes con EDI, sensación de inutilidad, temor a madurar, conciencia interoceptiva e insatisfacción corporal.

Como consecuencia de esta investigación, se lograron resultados ante los cuales se considera necesaria la atención psicológica. Se pueden proponer, además, líneas de investigación que profundicen en las causas de los trastornos alimentarios y de estrés, a través de programas institucionales de atención psicológica.

## BIBLIOGRAFÍA

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

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

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

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

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

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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## OTRAS FUENTES DE INFORMACIÓN

### Hemerografía

Behar A., Rosa; Valdés W., Claudia. (2009)  
“Estrés y trastornos de la conducta alimentaria”.  
Revista Chilena de Neuro – psiquiatría.

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.

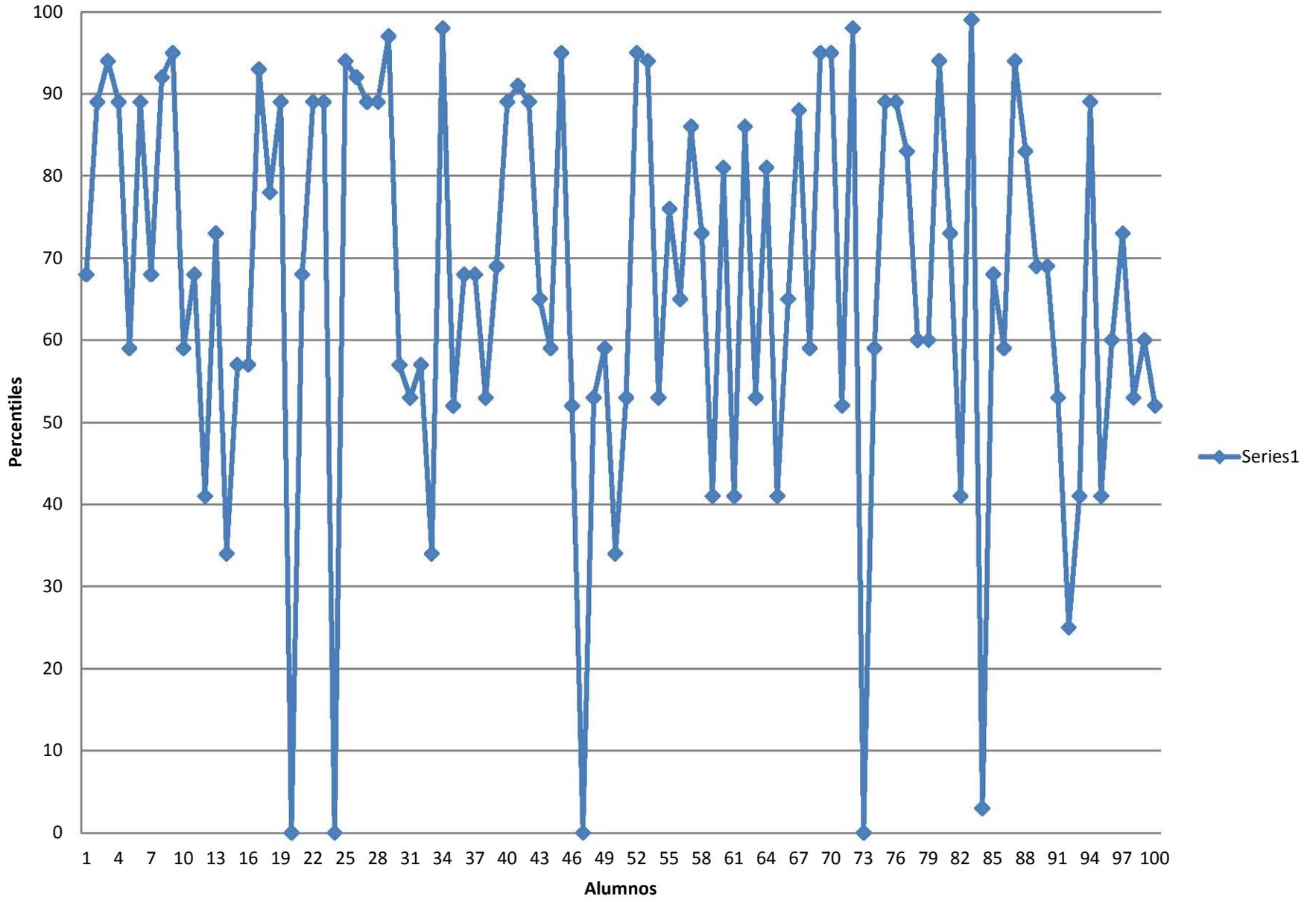
Ruiz Cervantes, Tanya Elizabeth; Vaquero Cázares, José Esteban; Vargas Ramírez, Alberto; Diez, Ma. Del Pilar. (2004)  
“Trastornos alimentarios en hombres y mujeres adolescentes deportistas y no deportistas pertenecientes al Servicio de Rehabilitación Ortopédico del Centro Nacional de Rehabilitación.”  
Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación. Vol. 16 Núm. 1 Pp. 12-17

### Artículos de Internet

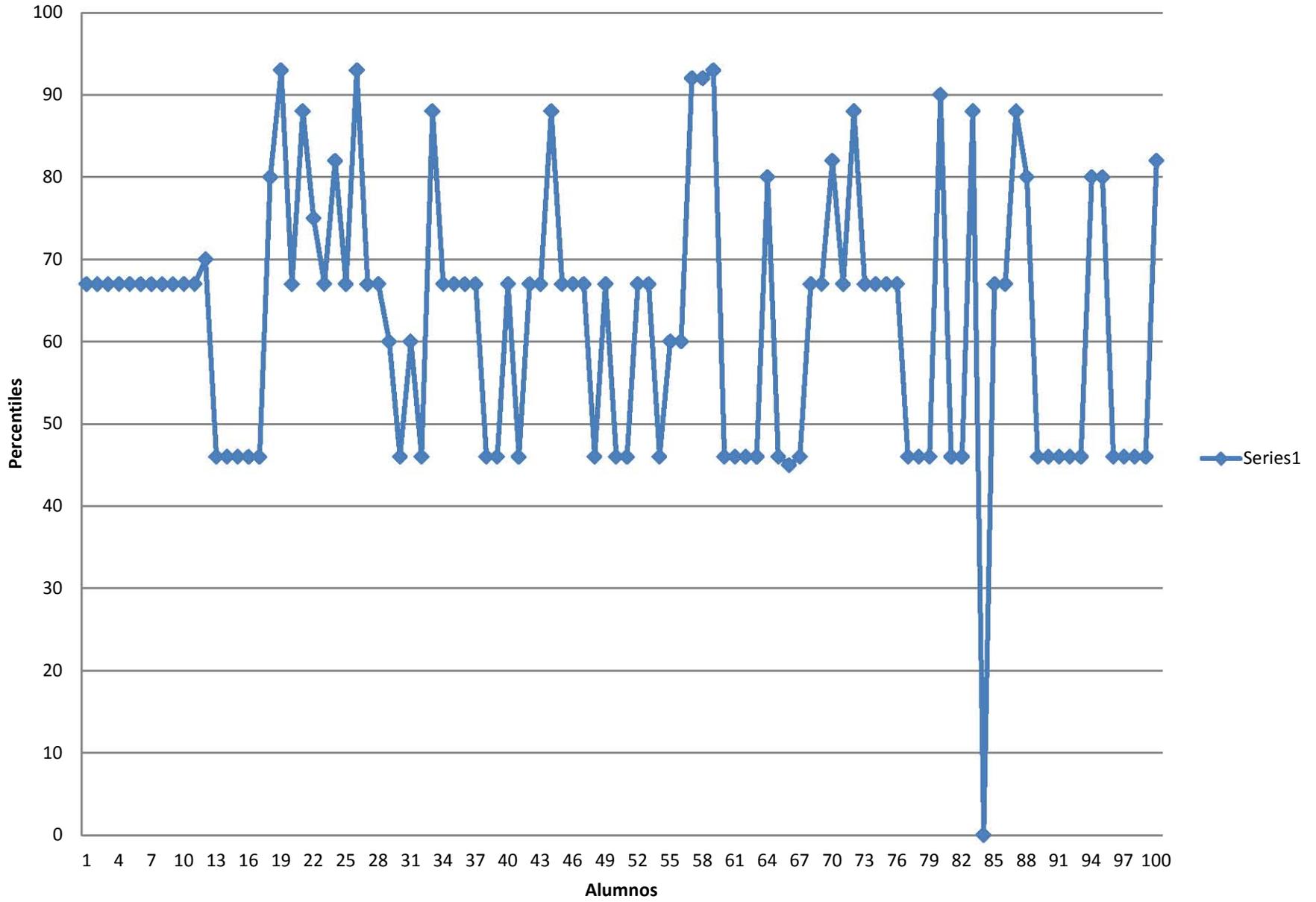
Barraza Macías, Arturo. (2005)  
“Características del estrés académico de los alumnos de educación media superior”  
Revista electrónica de psicologiacientifica.com  
<http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologiapdf-19-caracteristicas-del-estres-academico-de-los-alumnos-de-educacion-media-superior.pdf>

Bermúdez Quintero, Sol Beatriz; Durán Ortiz, María del Mar; Escobar Ávila, Camila; Morales Acosta, Adriana. (2006)  
“Evaluación de la relación entre rendimiento académico y estrés en estudiantes de medicina.”  
[http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=print&id\\_revista](http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=print&id_revista)

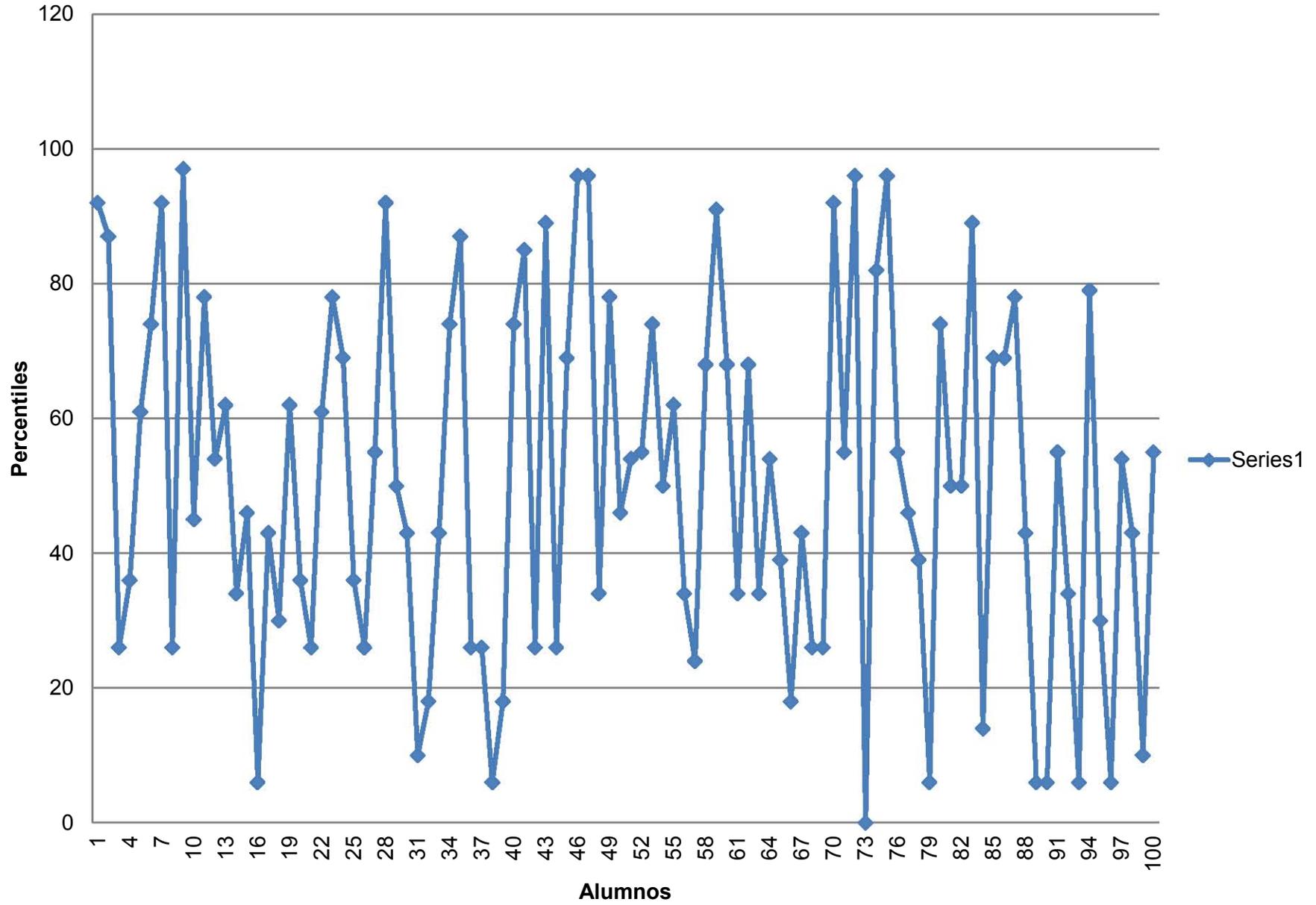
Anexo 1 Percentiles de la escala Obsesión por la delgadez



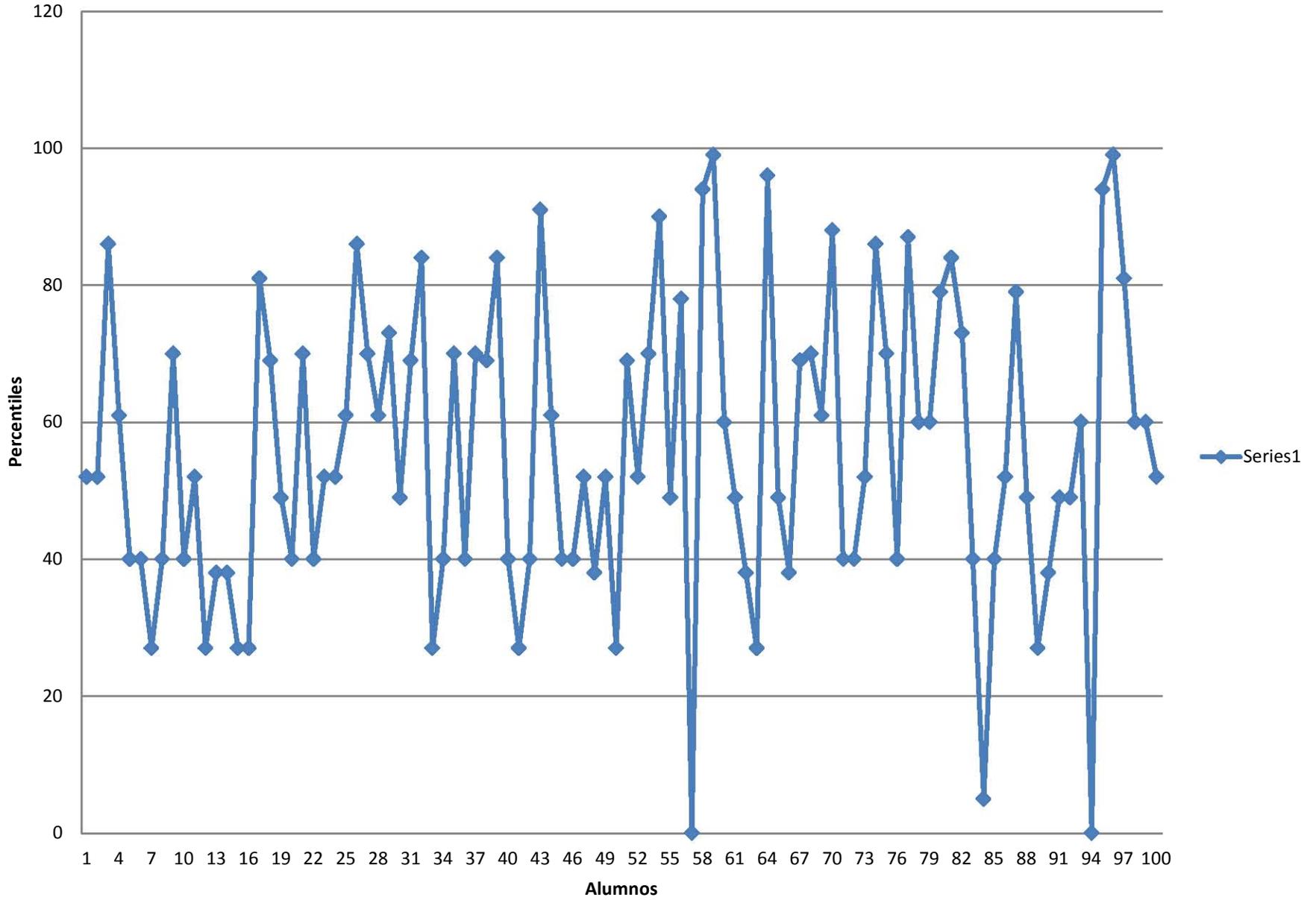
Anexo 2 Bulimia



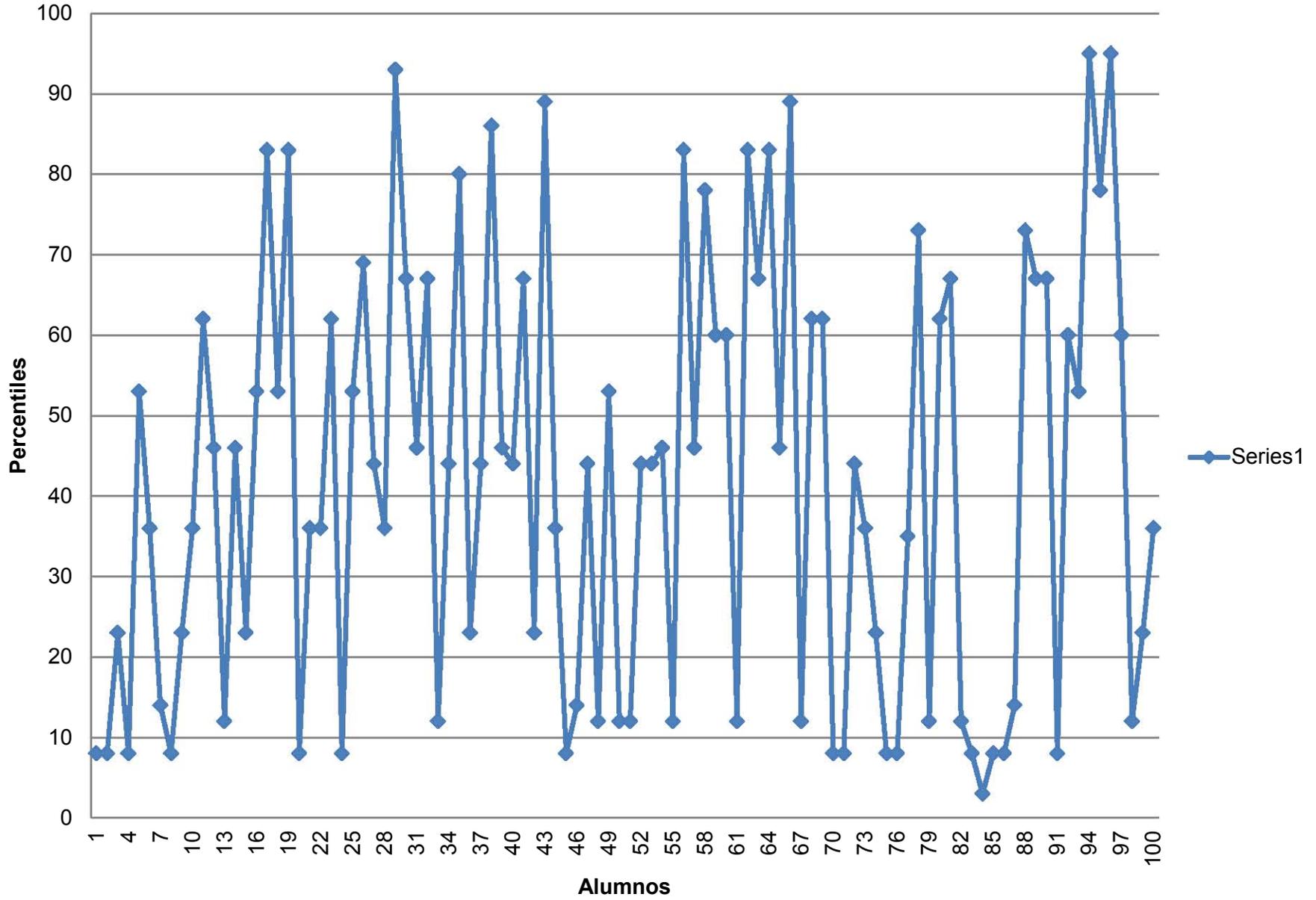
Anexo 3 Insatisfacción Corporal



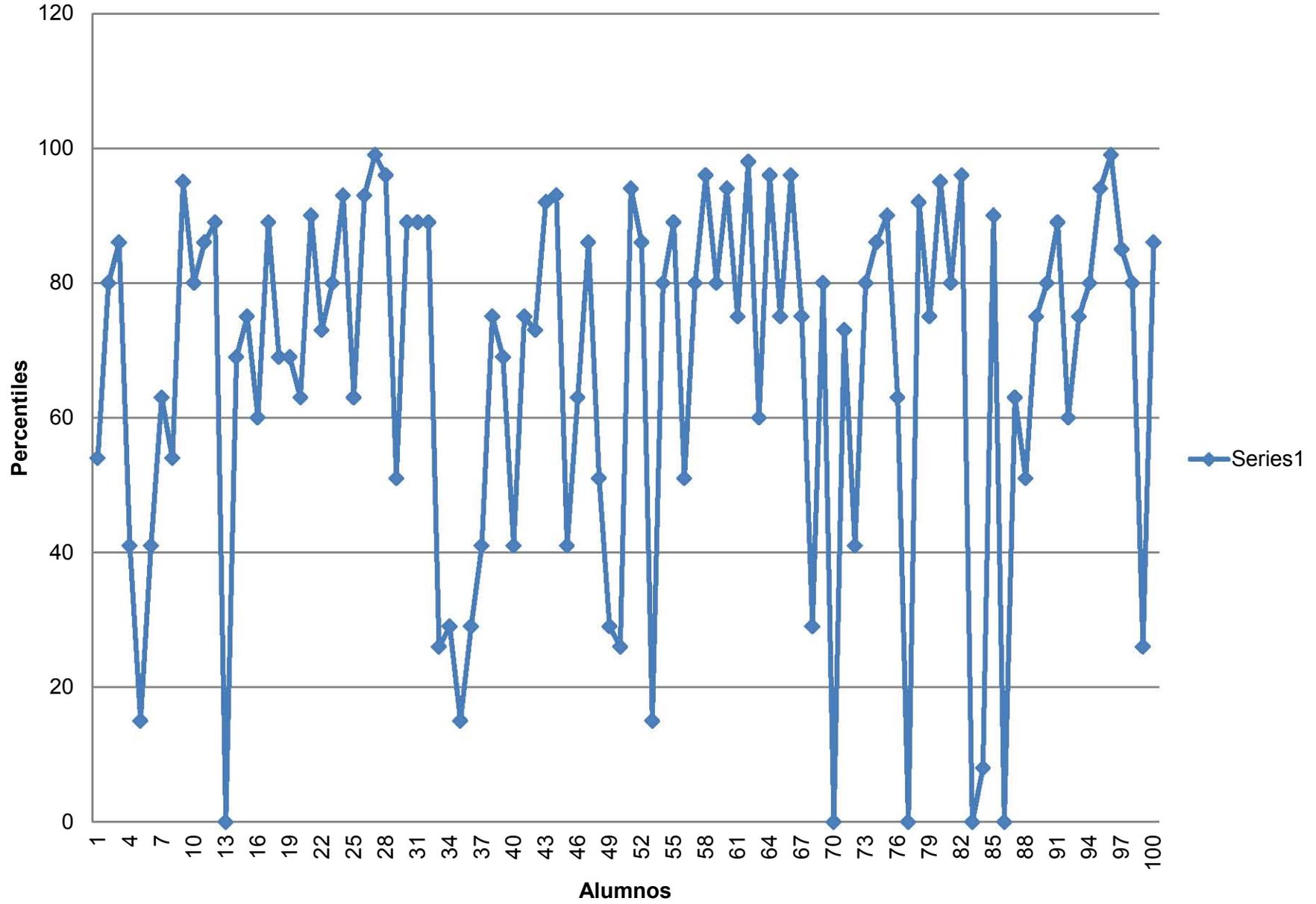
Anexo 4 Ineficacia



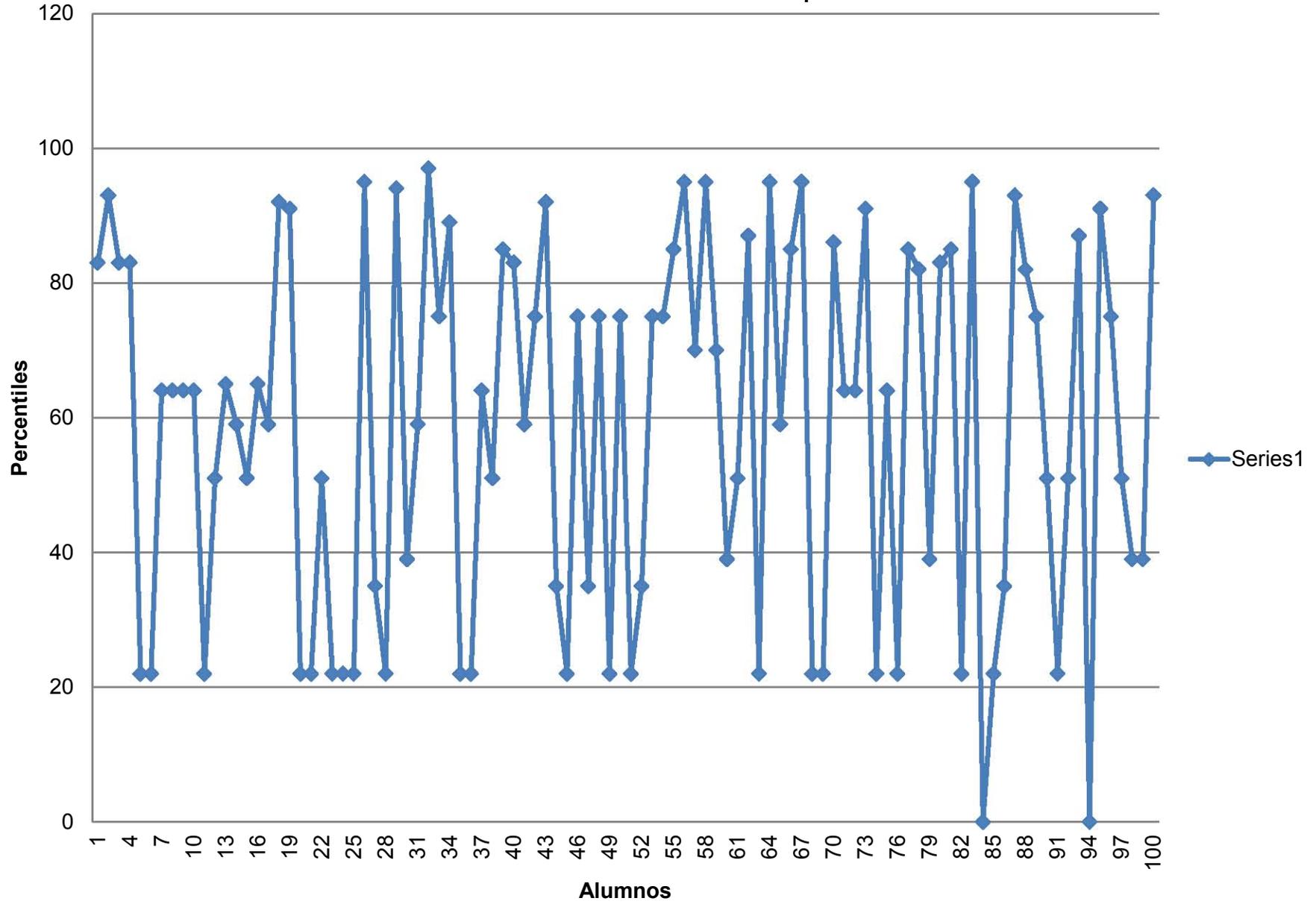
Anexo 5 Perfeccionismo.



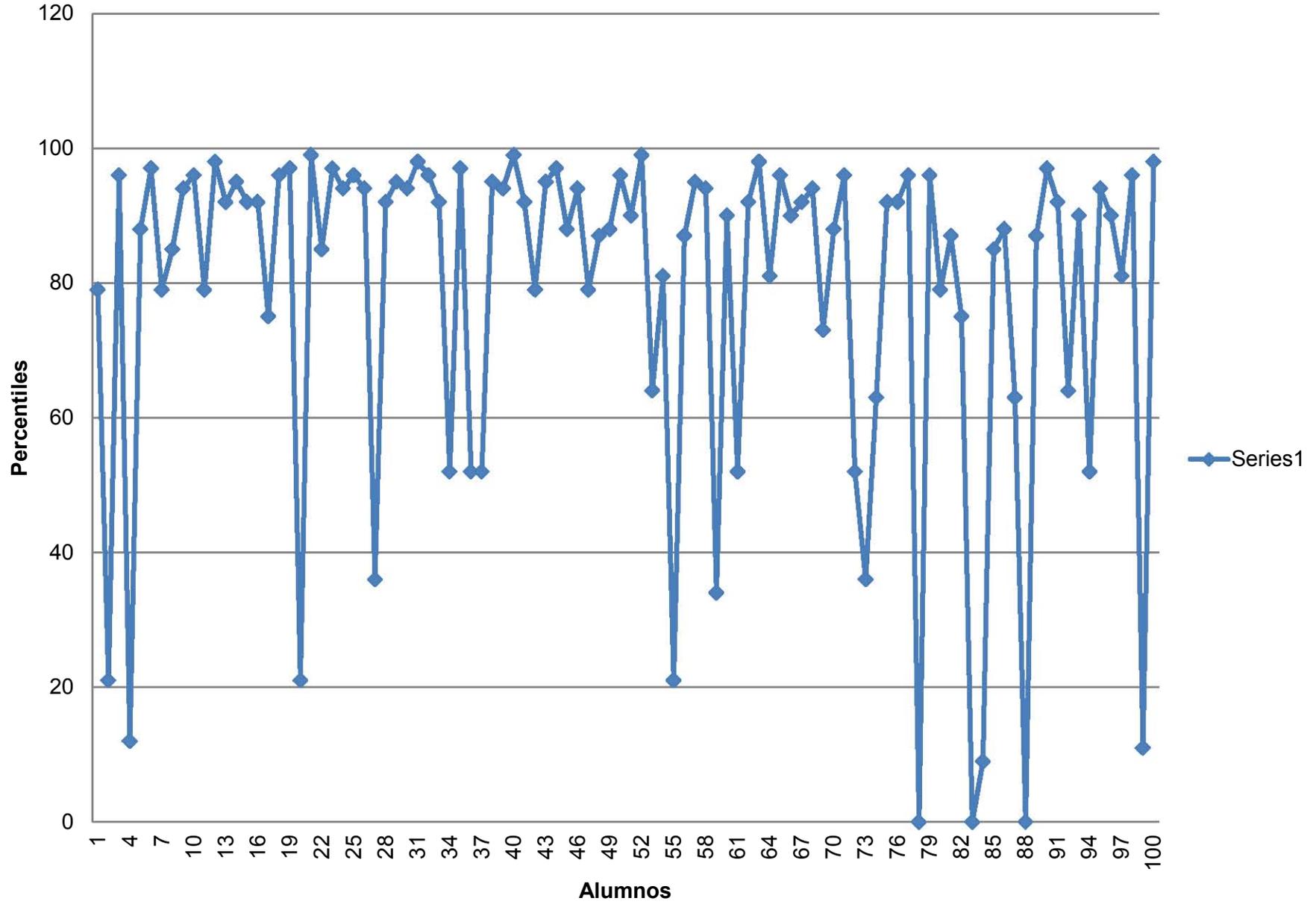
### Anexo 6 Desconfianza Personal



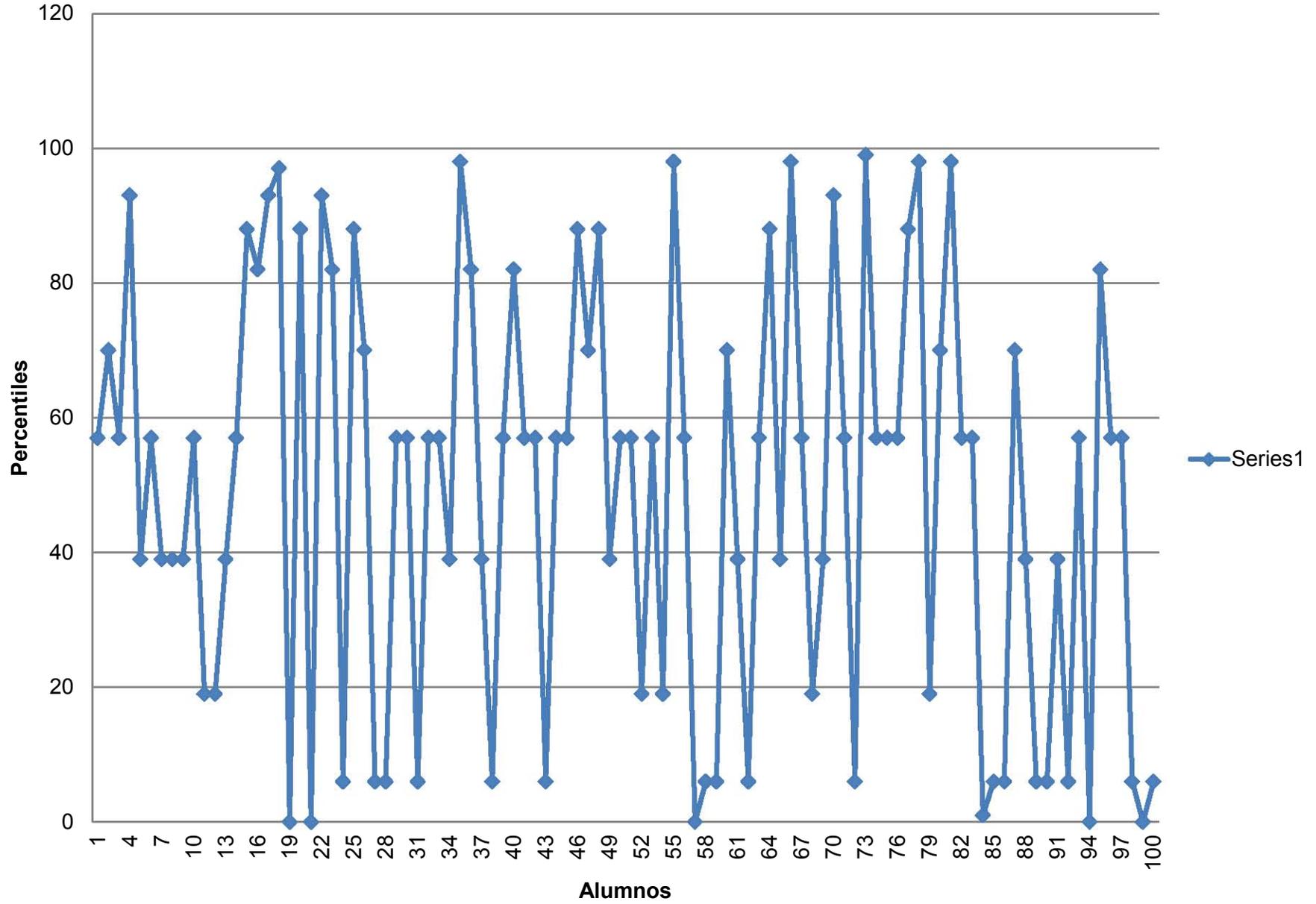
Anexo 7 Conciencia Introceptiva



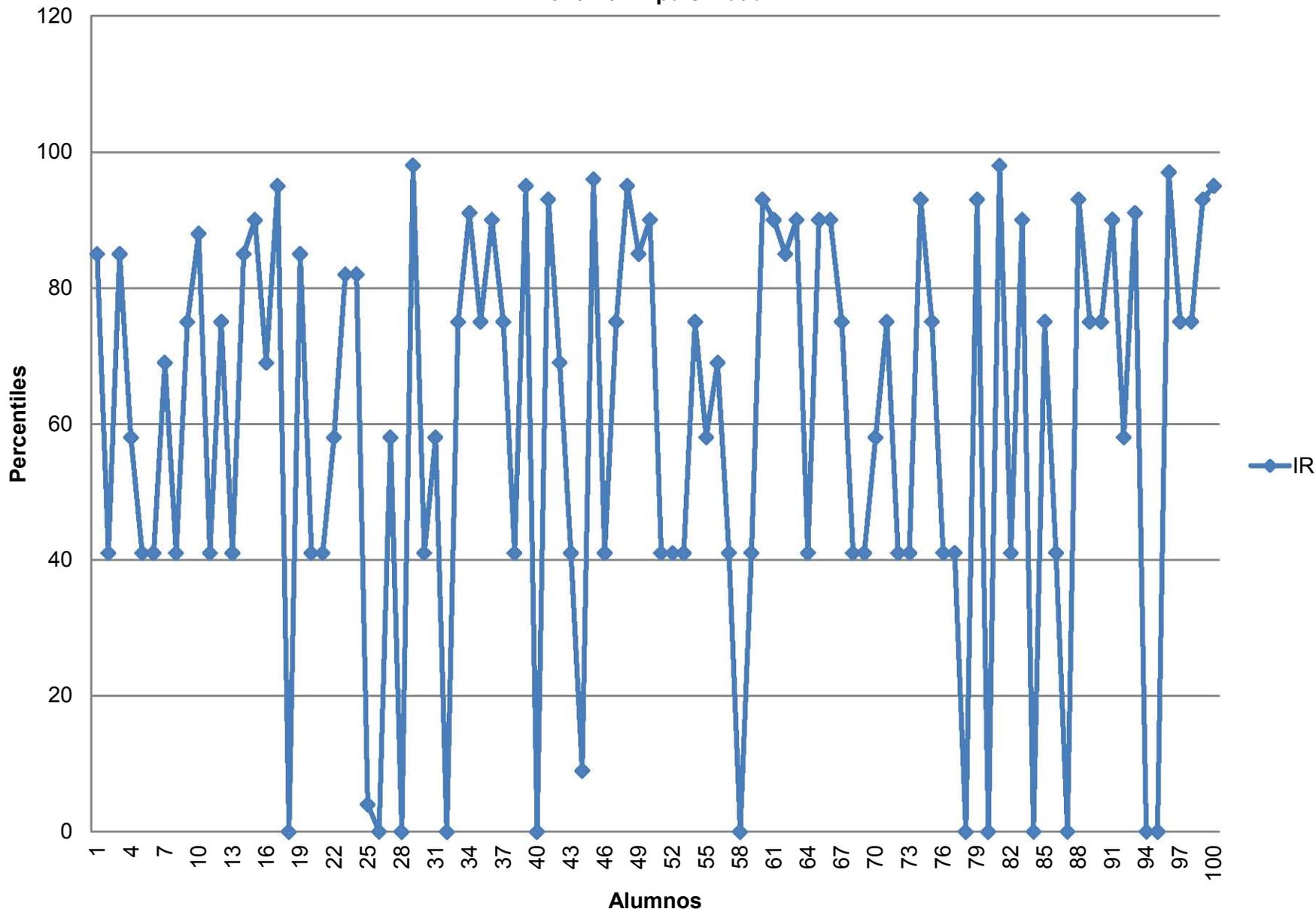
Anexo 8 Miedo a la Madurez



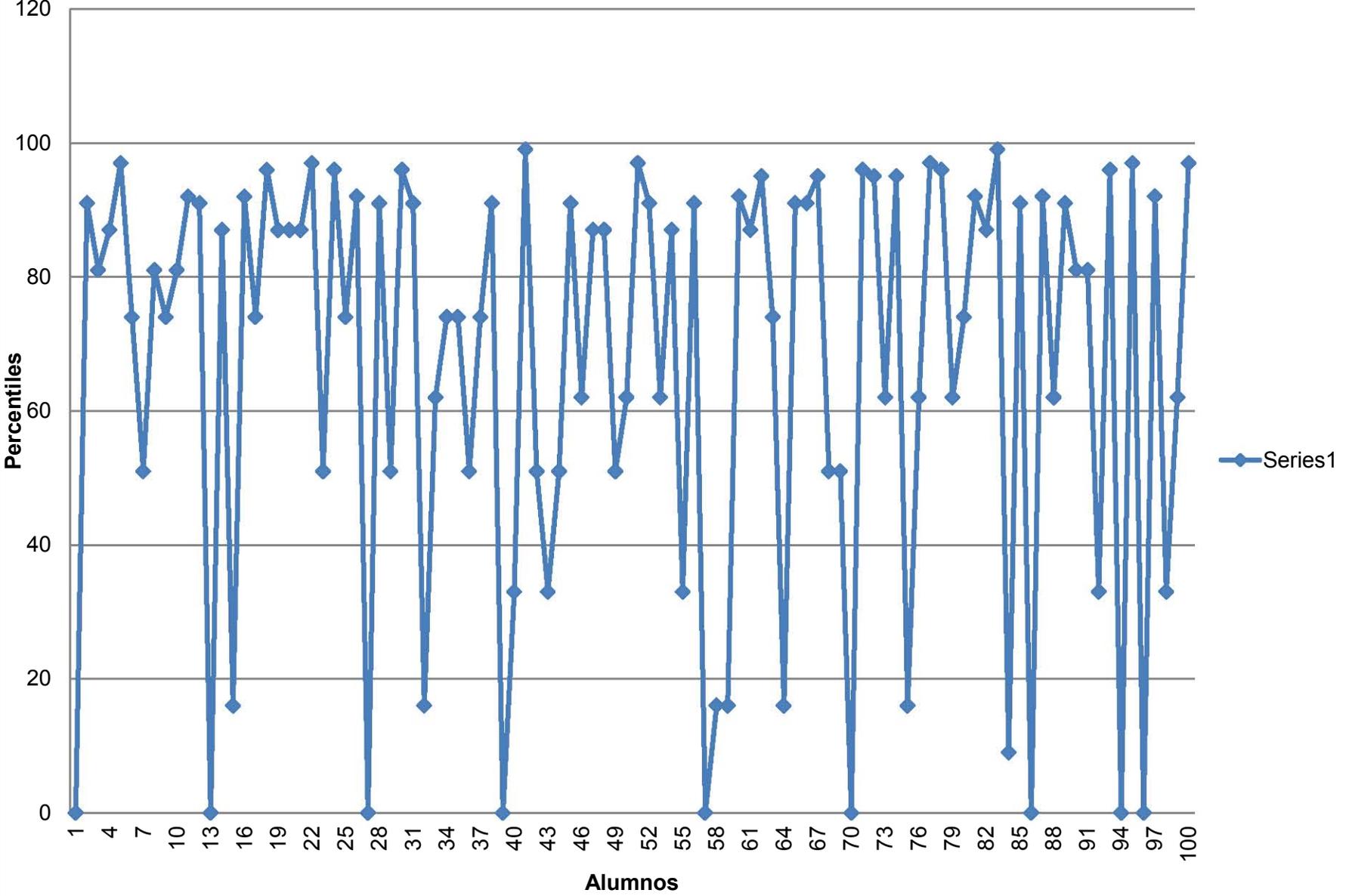
Anexo 9 Ascetismo



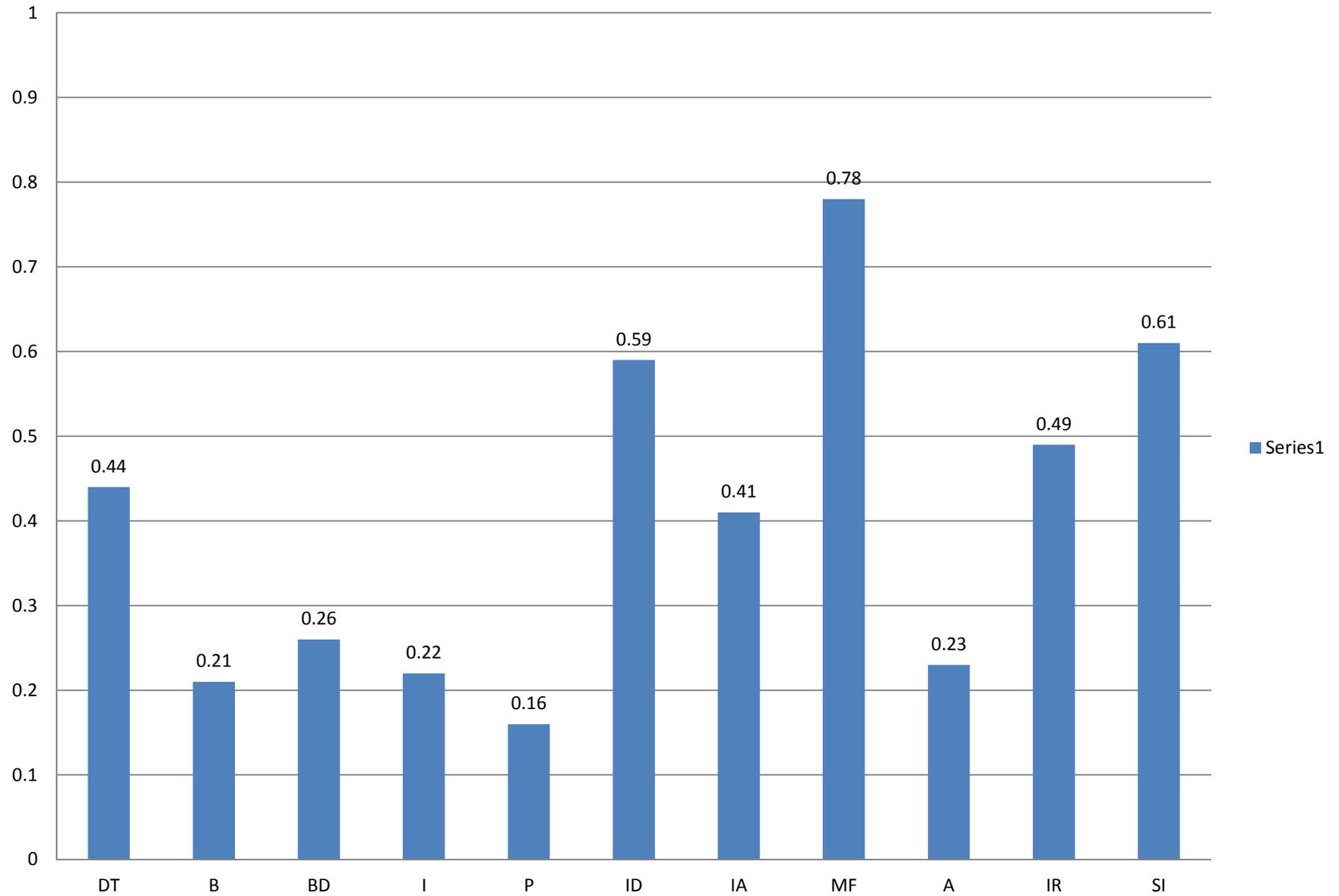
Anexo 10 Impulsividad



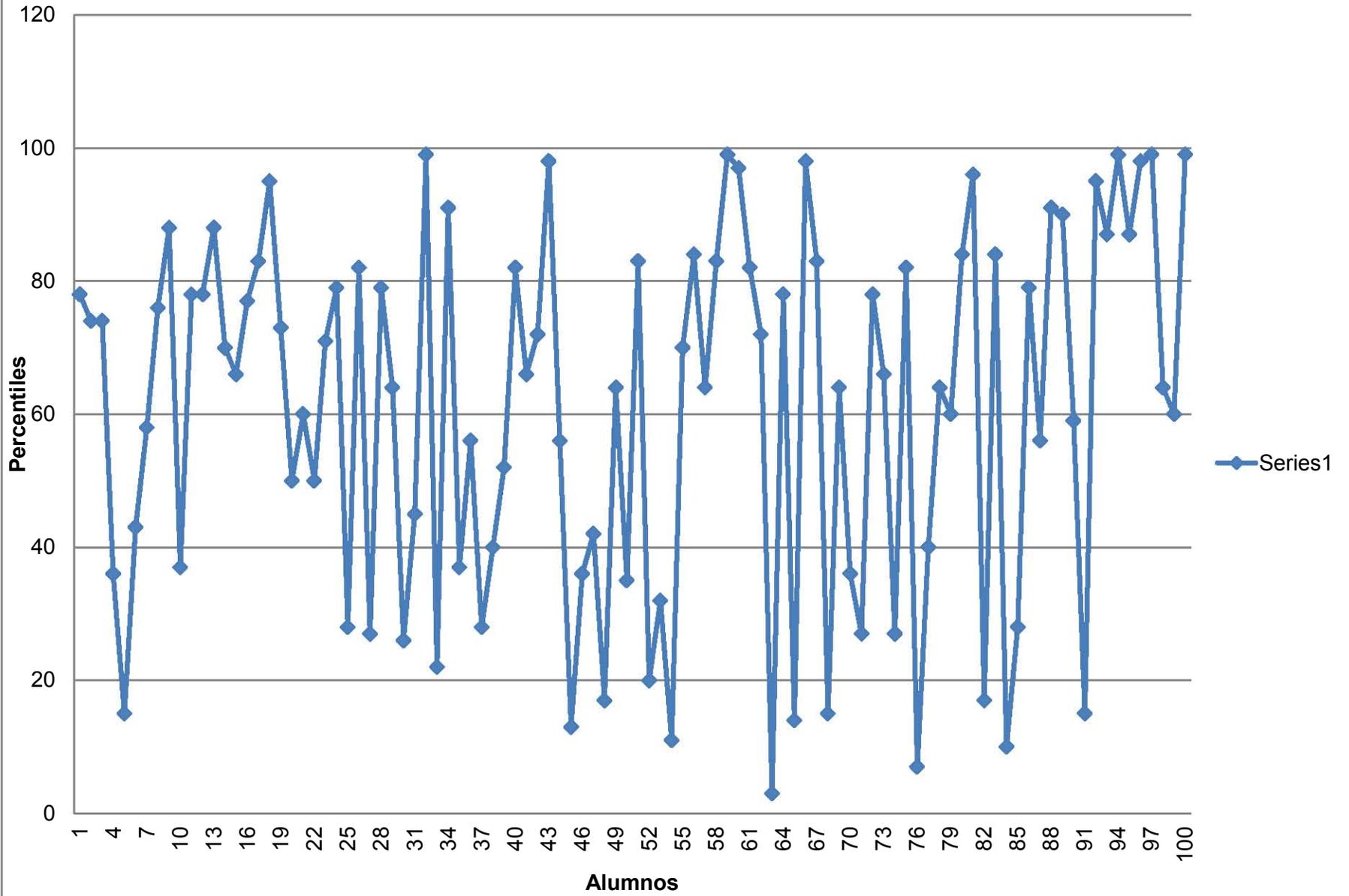
Anexo 11 Inseguridad Social



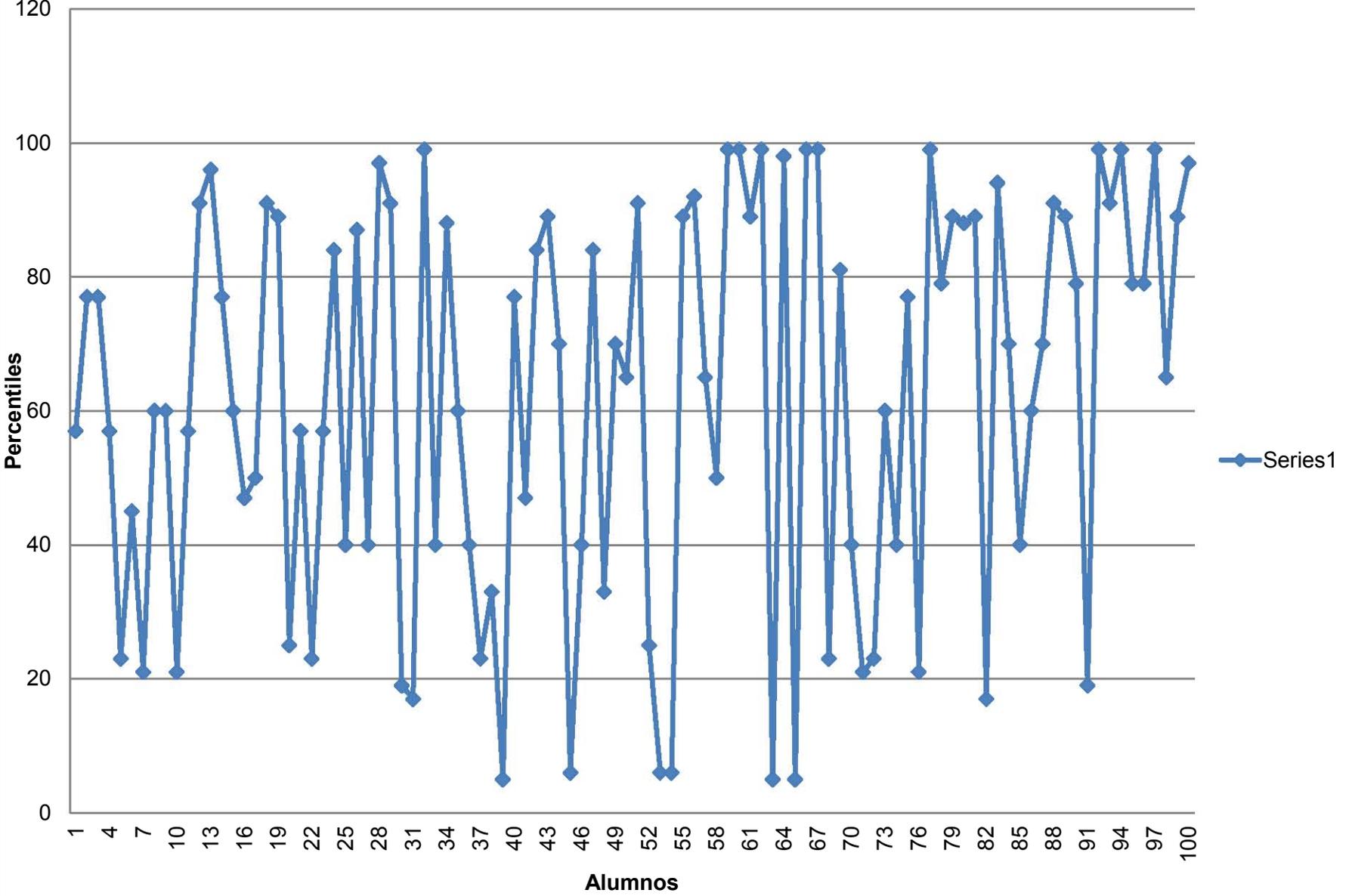
## Anexo 12 Porcentajes de sujetos con puntaje alto



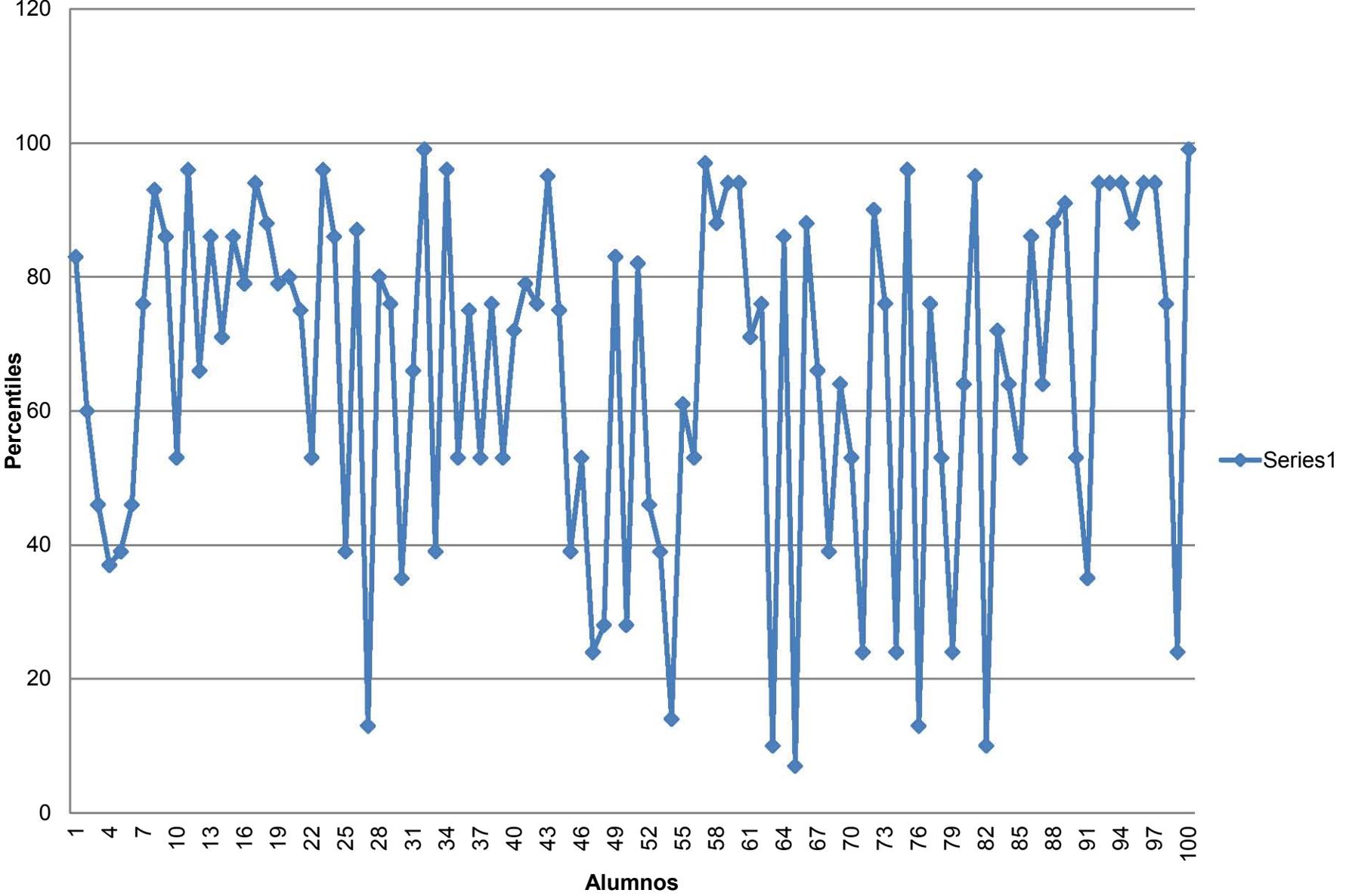
Anexo 13 Ansiedad total



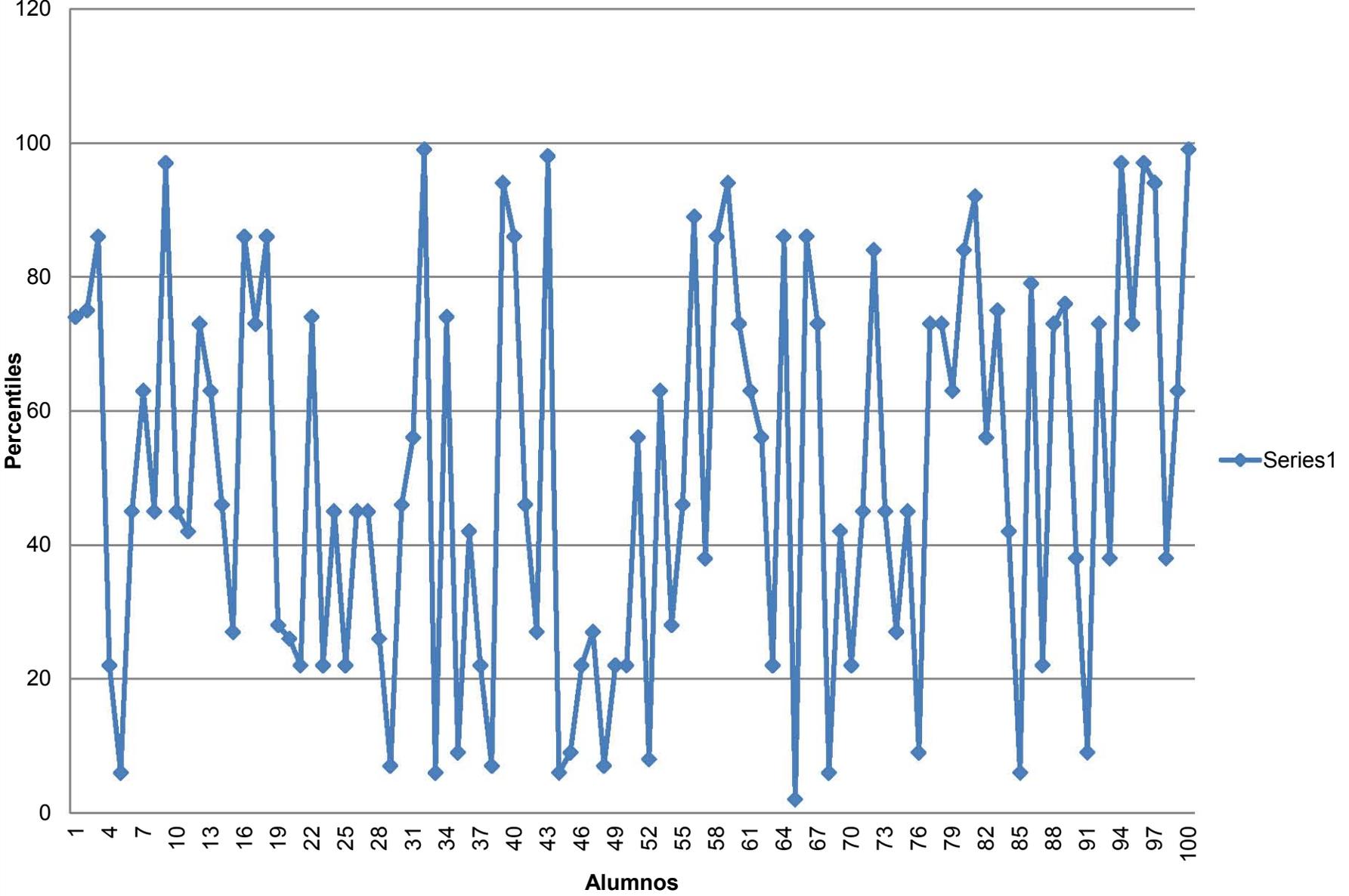
Anexo 14 Ansiedad Fisiológica



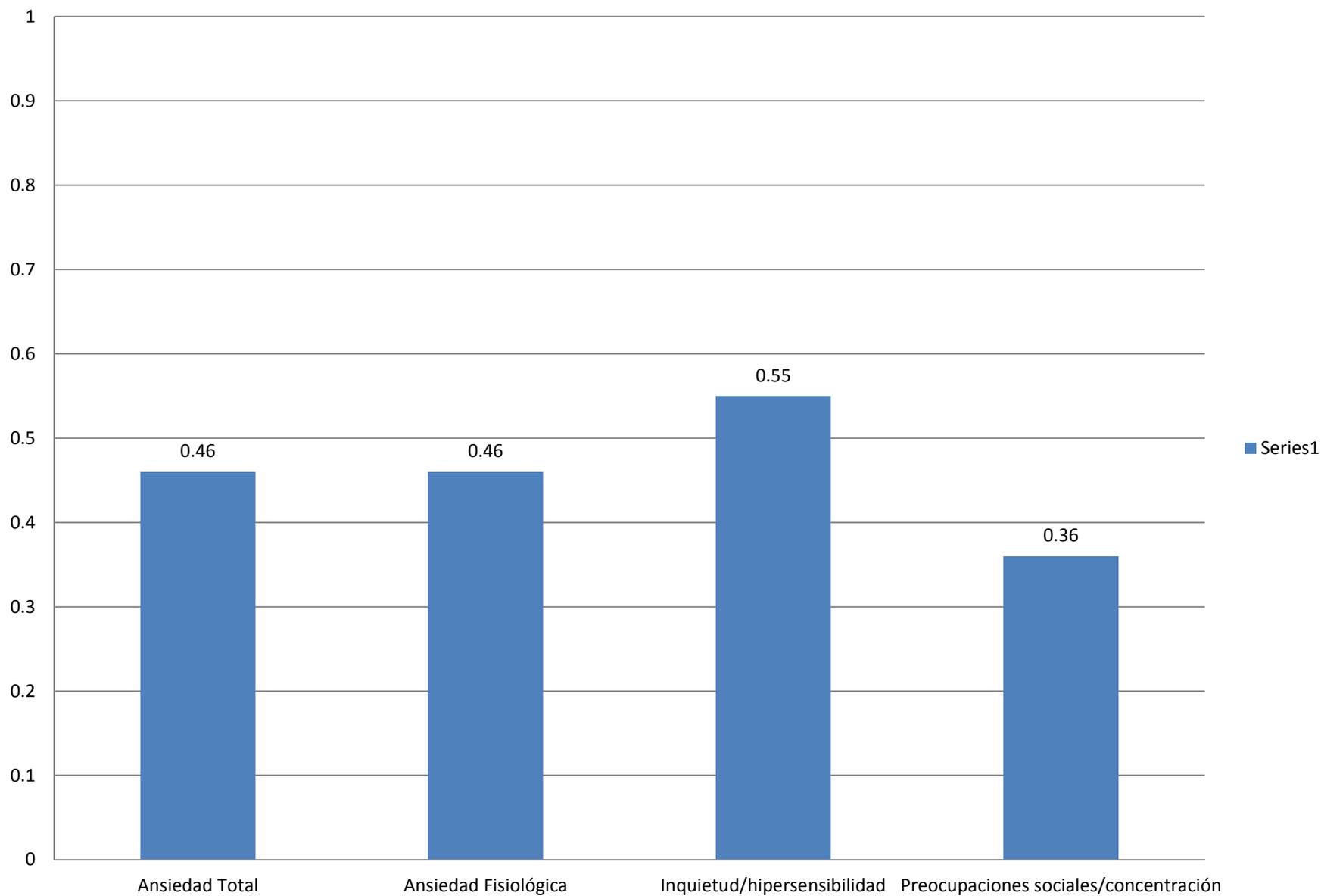
Anexo 15 Inquietud /hipersensibilidad



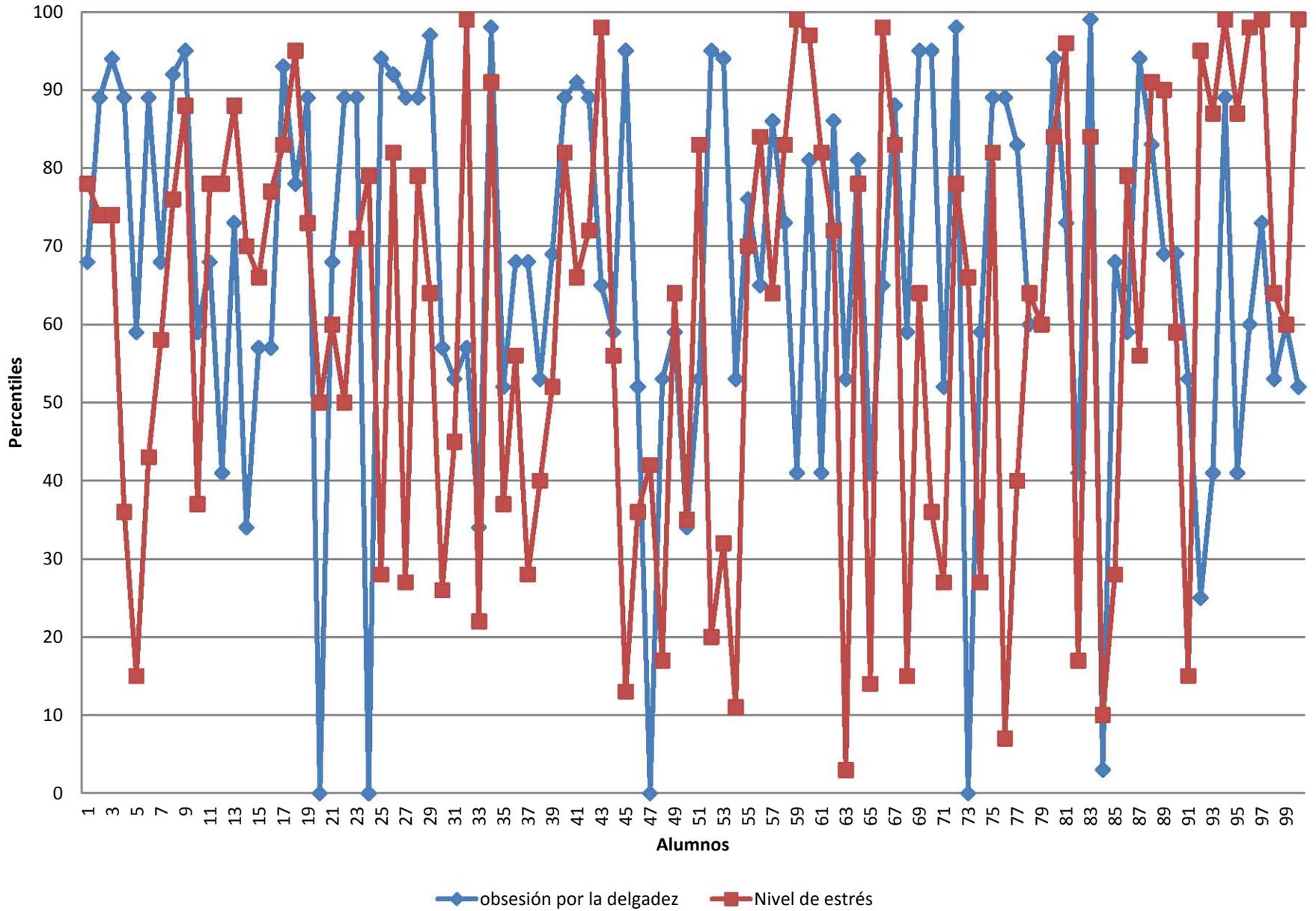
Anexo 16 Preocupaciones sociales/concentración



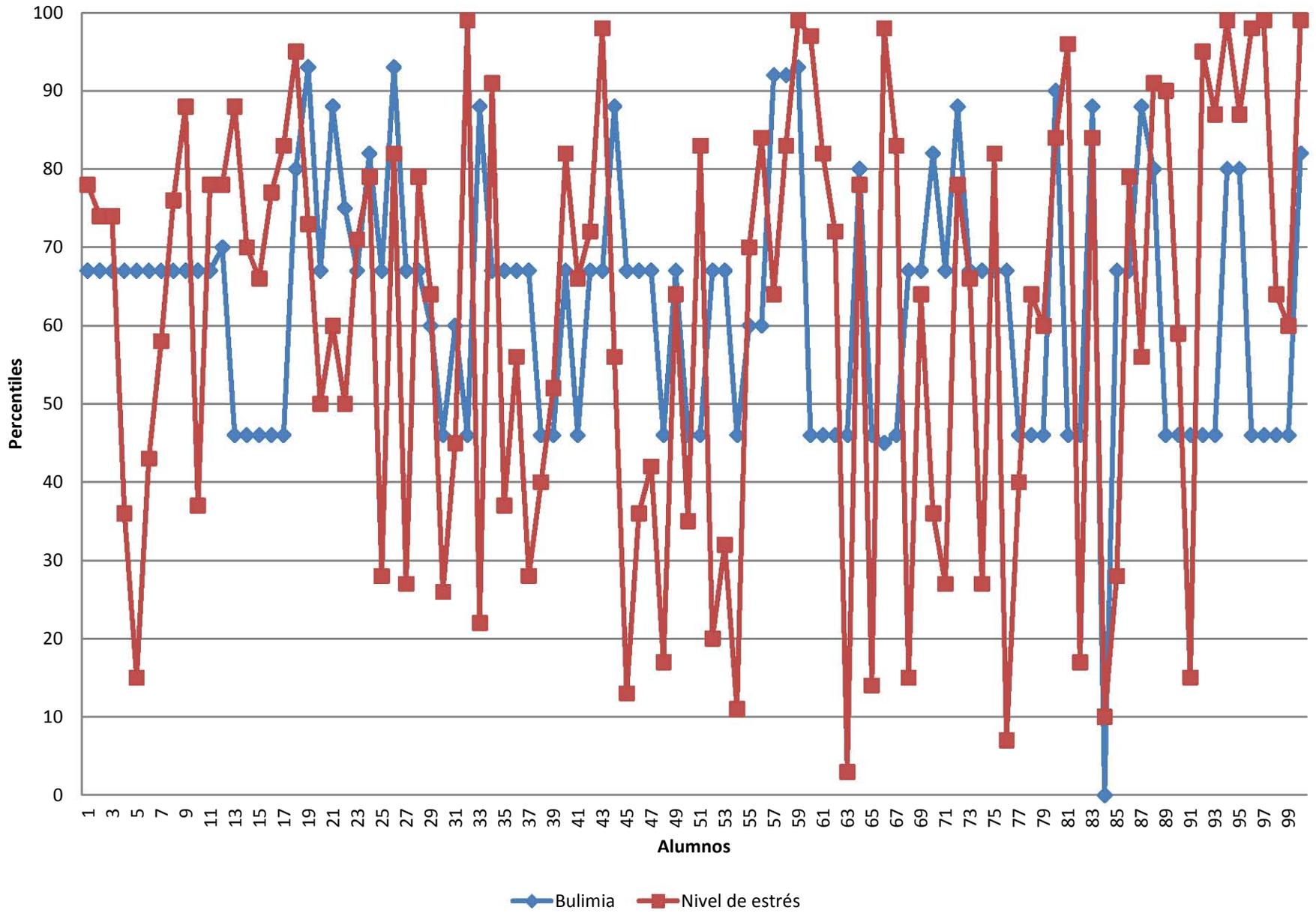
**Anexo 17 Porcentajes de sujetos con puntaje alto en las escalas de estrés**



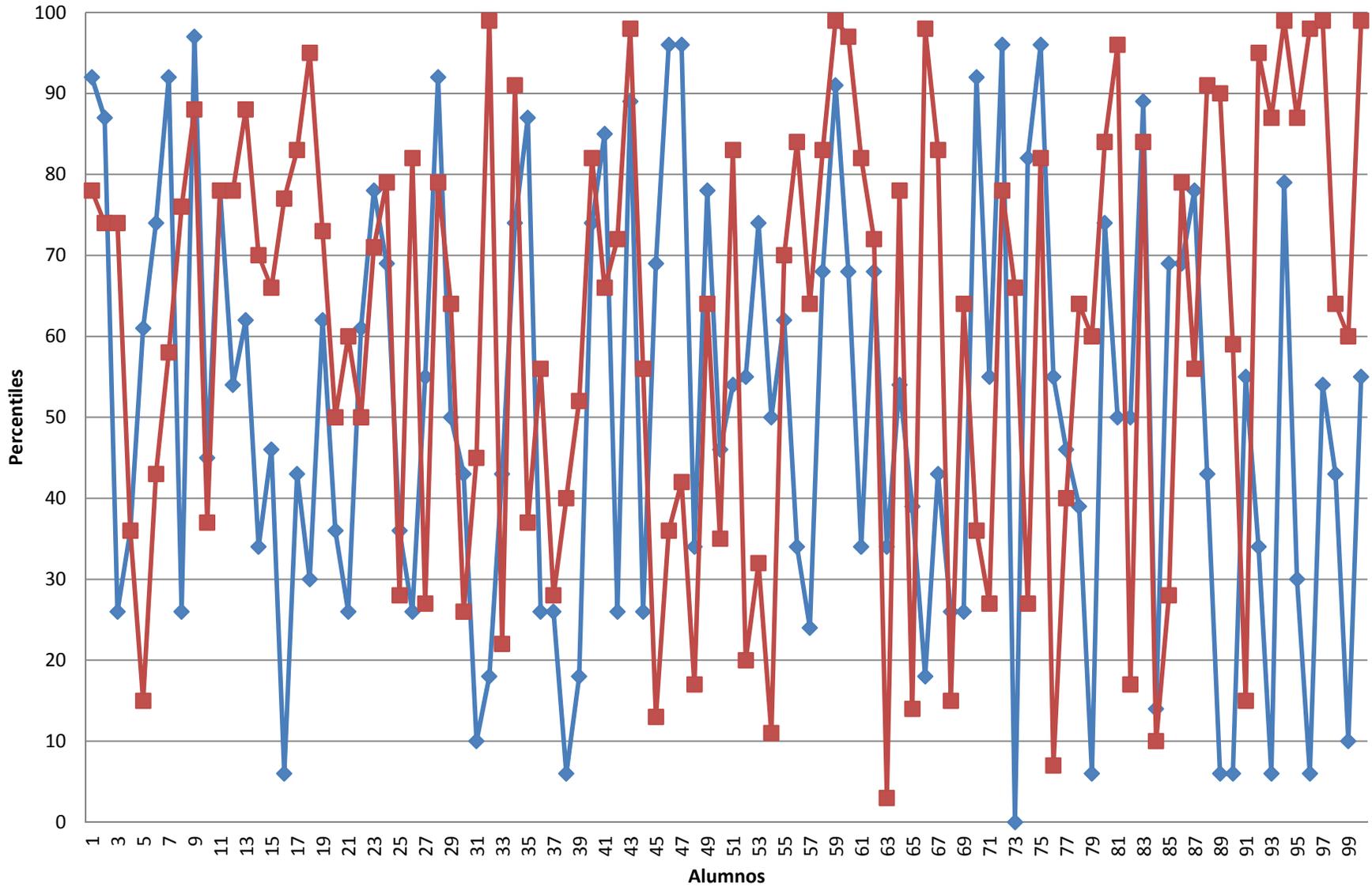
Anexo 18 Correlación entre el nivel de estrés y la Obsesión por la delgadez



Anexo 19 Correlación entre el nivel de estrés y la Bulimia

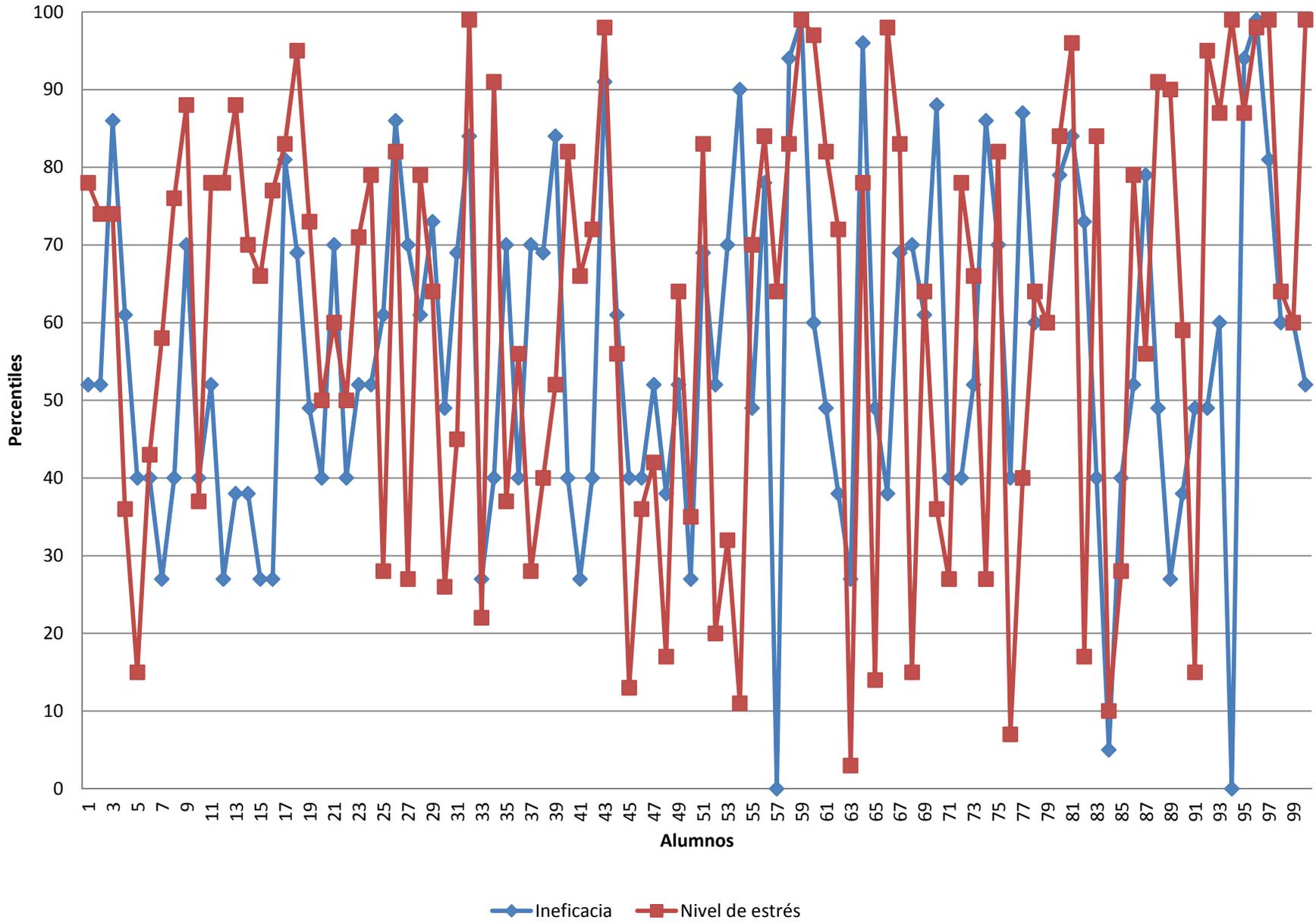


Anexo 20 Correlación entre el nivel de estrés y Insatisfacción Corporal

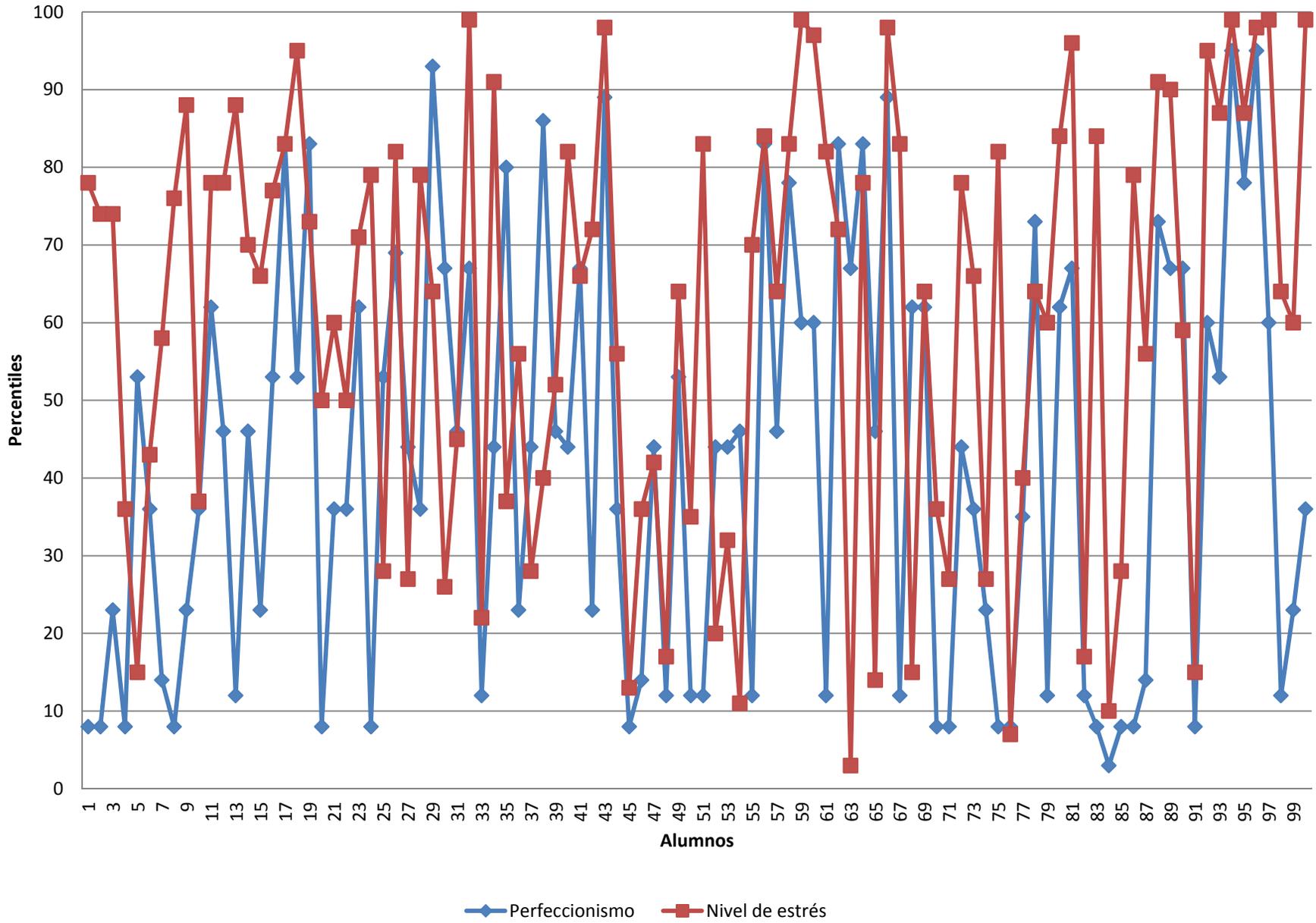


—◆— Insatisfacción corporal    —■— Nivel de estrés

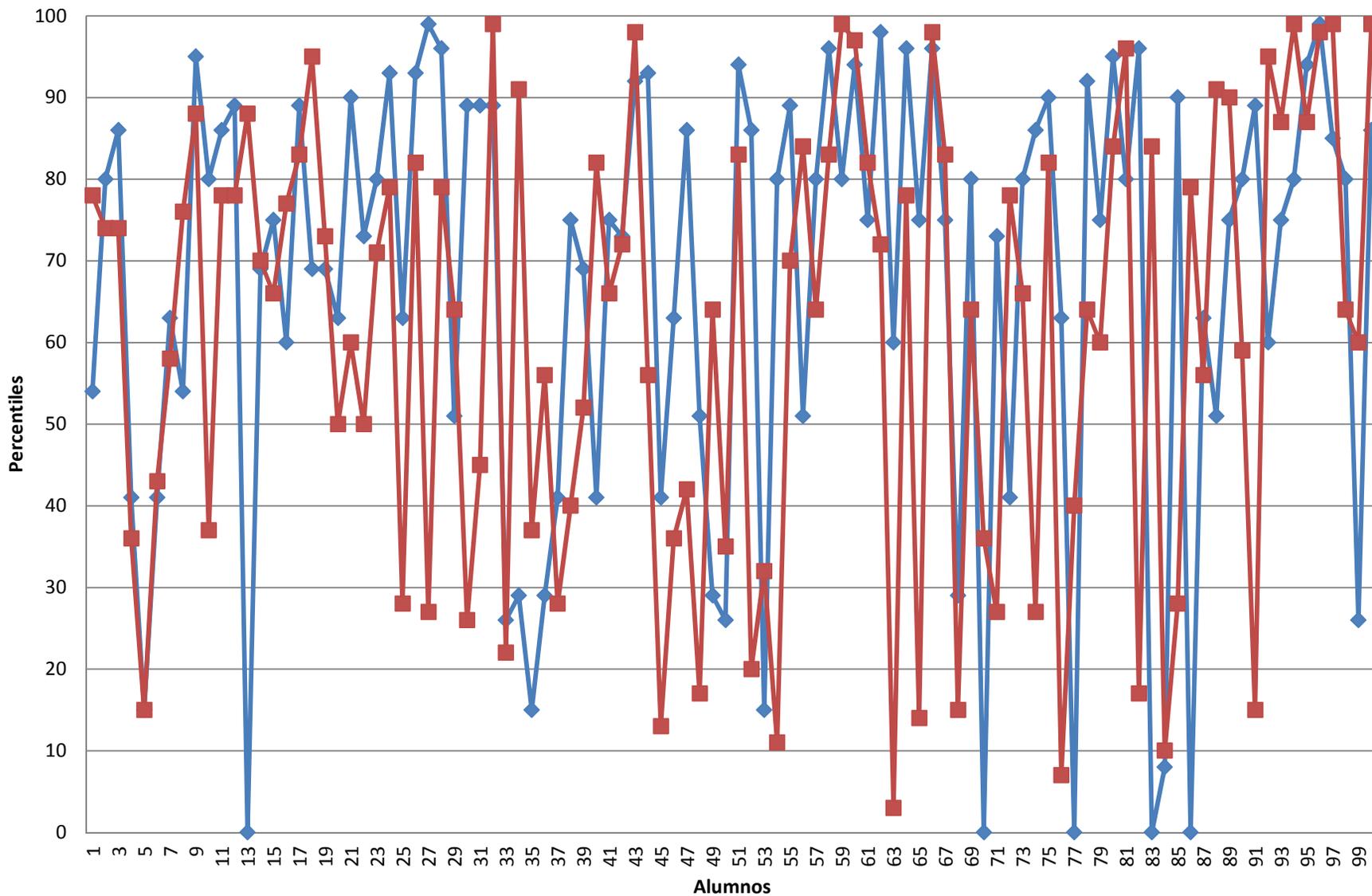
Anexo 21 Correlación entre el nivel de estrés y Ineficacia



Anexo 22 Correlación entre el nivel de estrés y Perfeccionismo

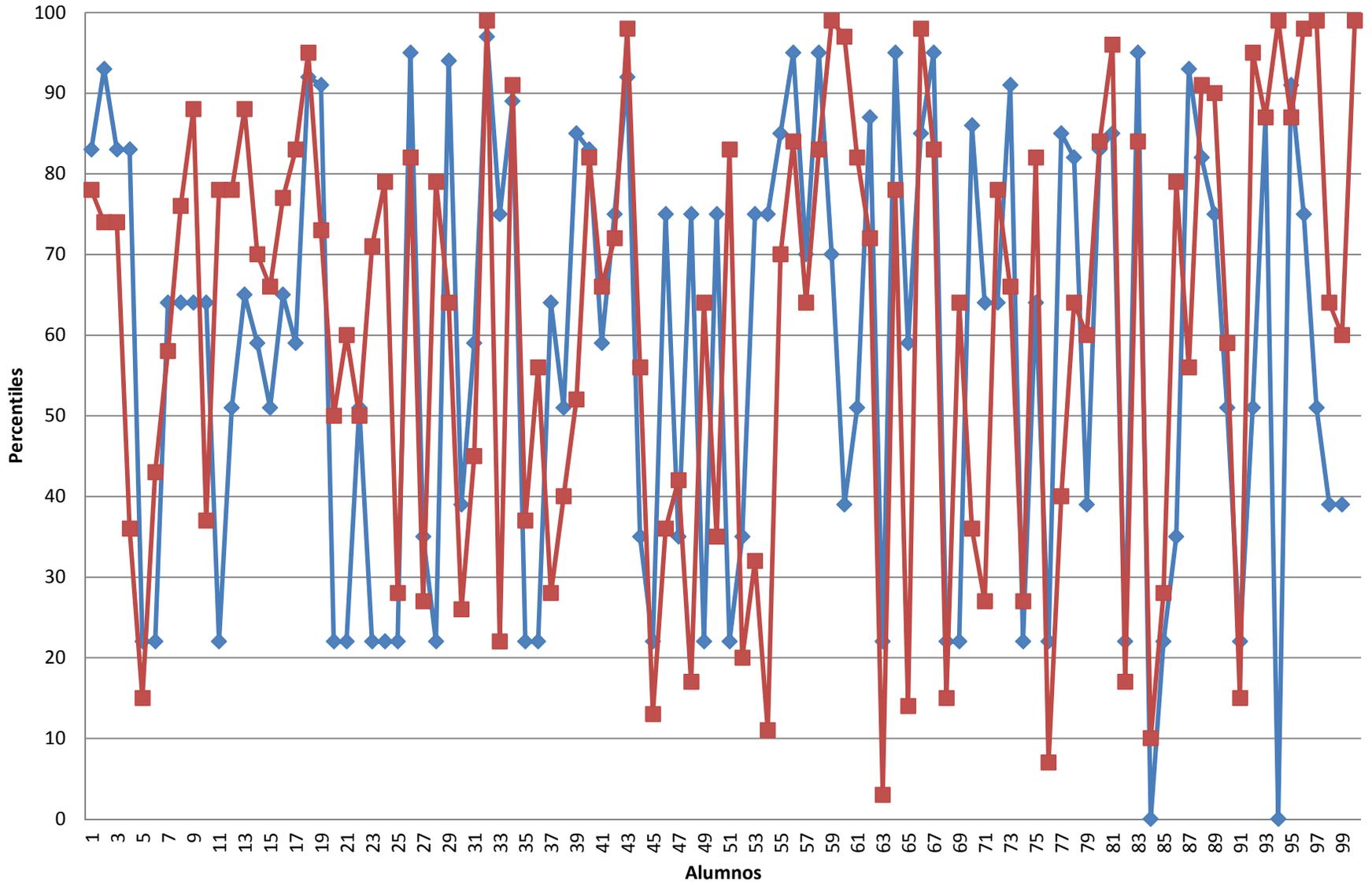


Anexo 23 Correlación entre el nivel de estrés y Desconfianza Personal



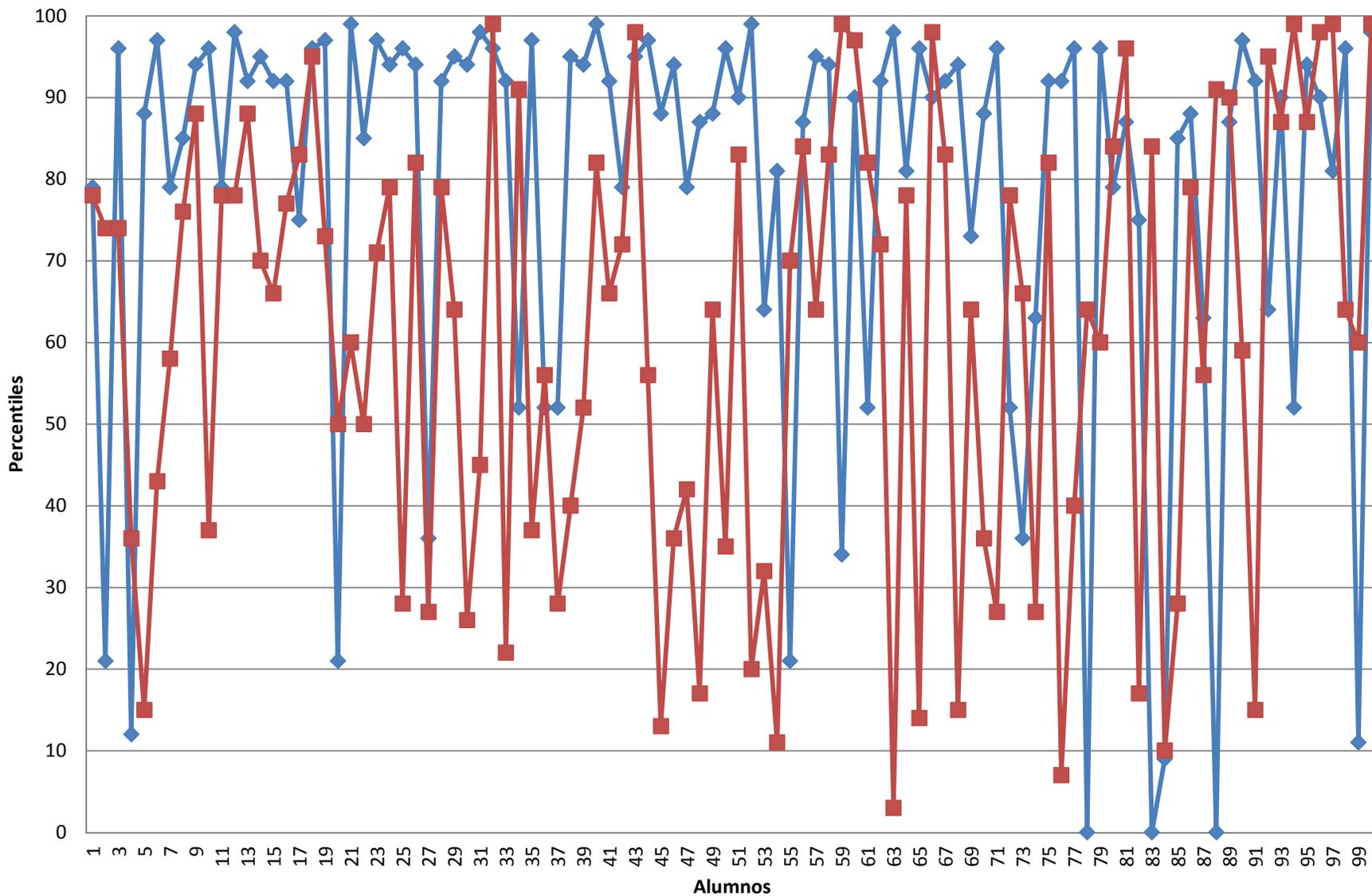
◆ Desconfianza Personal    ■ Nivel de estrés

Anexo 24 Correlación entre el nivel de estrés y Conciencia introceptiva



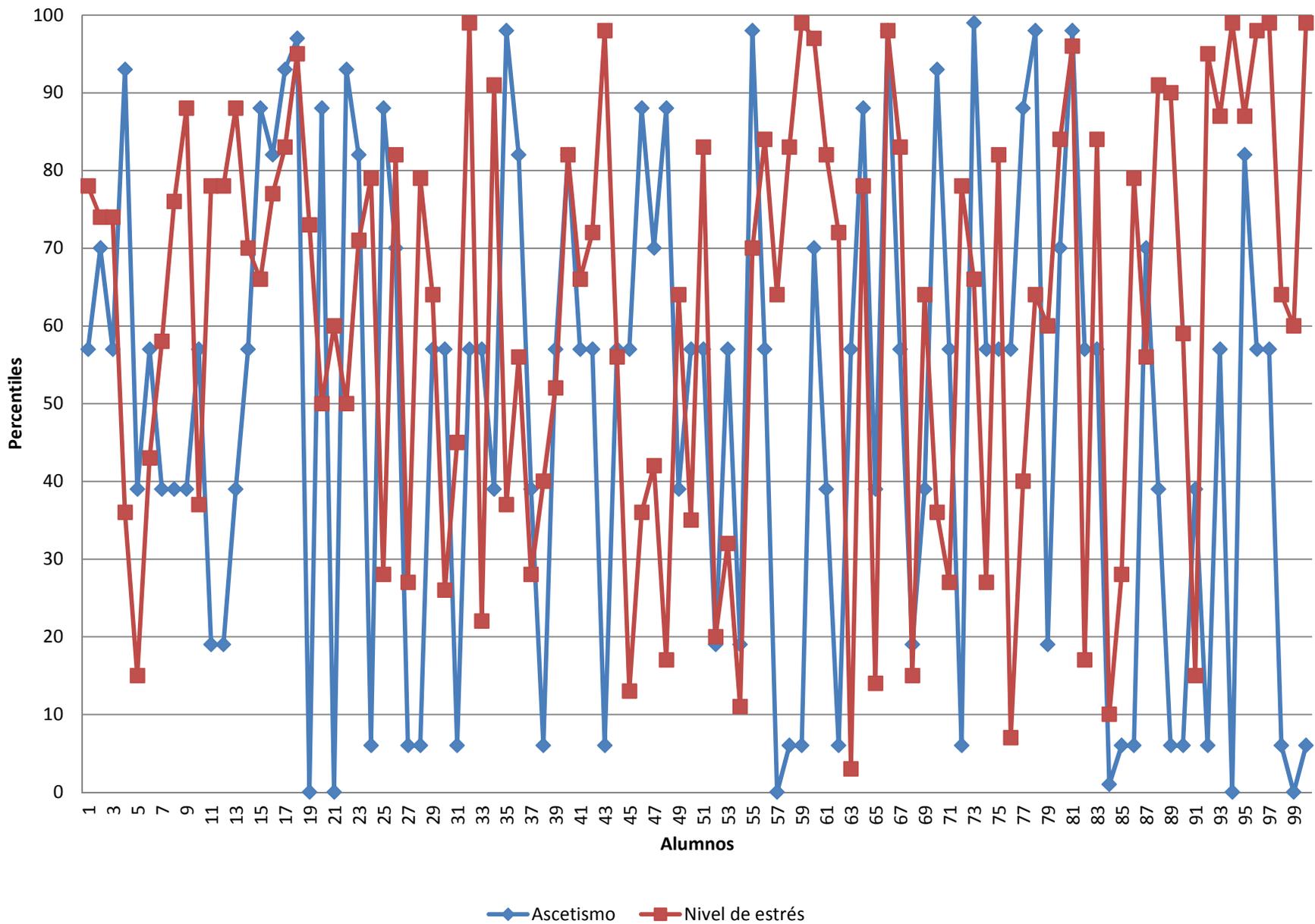
◆ Conciencia Introceptiva    ■ Nivel de estrés

Anexo 25 Correlación entre el nivel de estrés y Miedo a la madurez

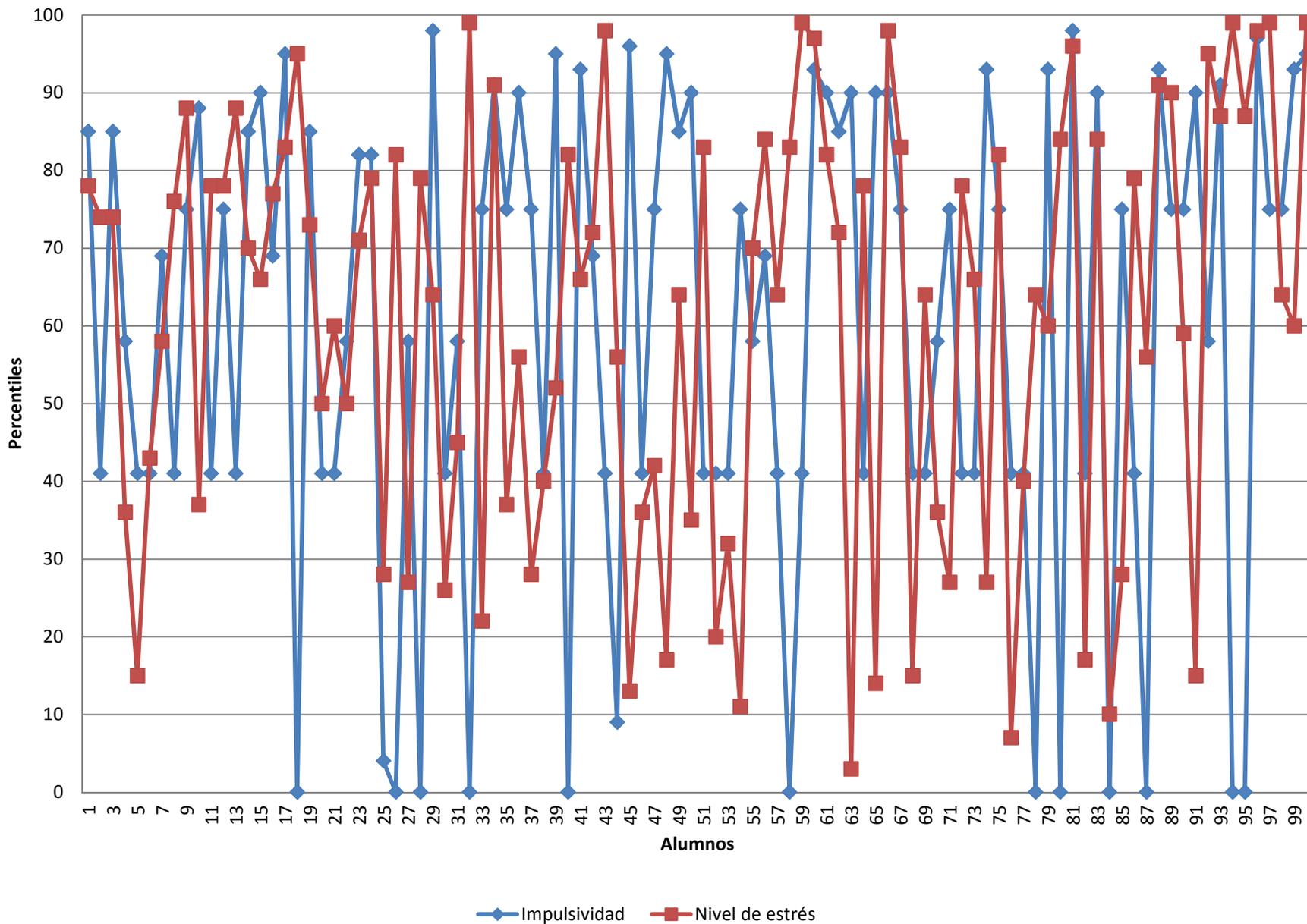


—◆— Miedo a la Madurez    —■— Nivel de estrés

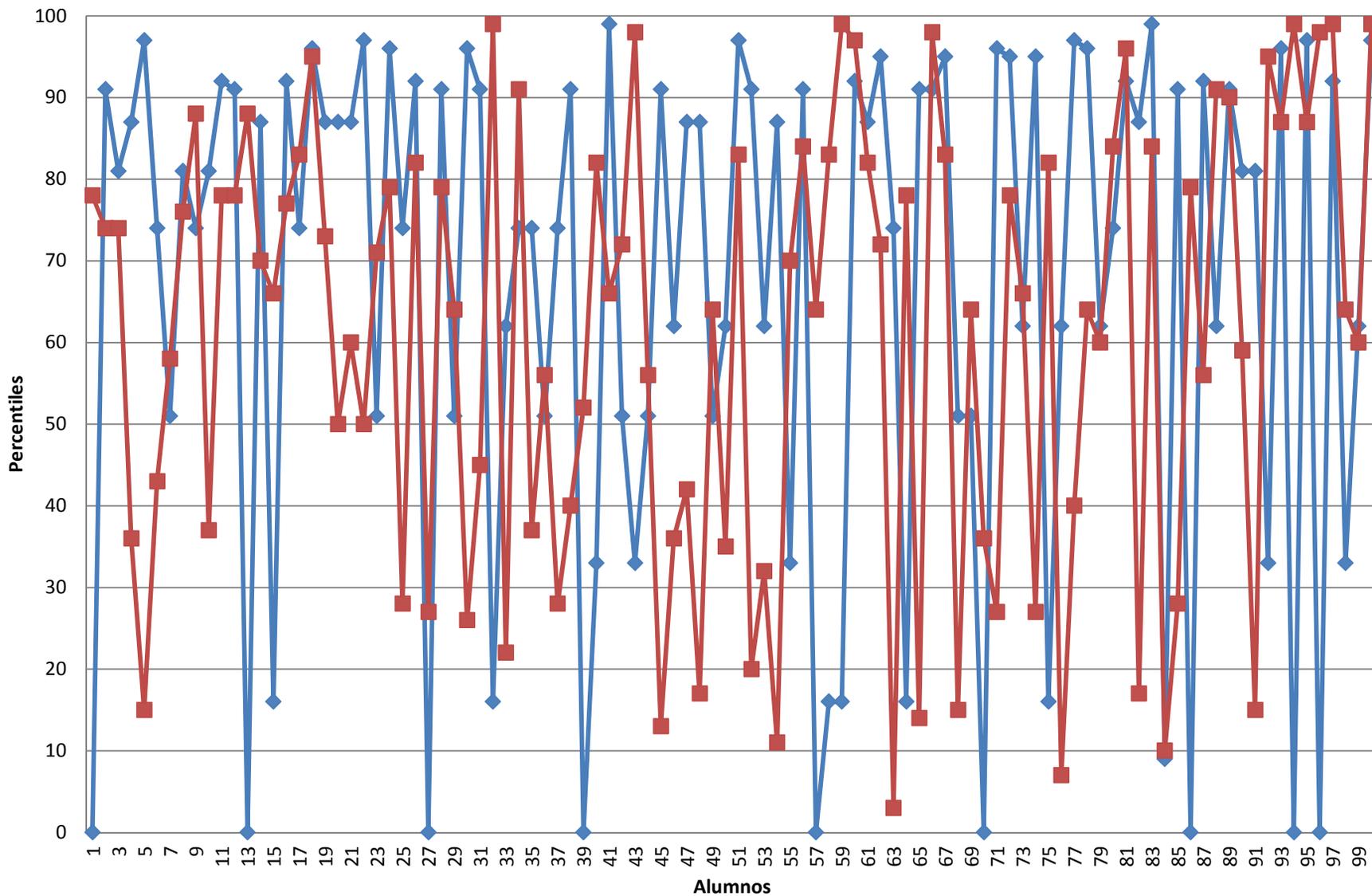
Anexo 26 Correlación entre el nivel de estrés y Ascetismo



Anexo 27 Correlación entre el nivel de estrés y Impulsividad



Anexo 28 Correlación entre el nivel de estrés y Inseguridad social



◆ Inseguridad social    ■ Nivel de estrés