



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

INCORPORACIÓN 8727-25 A LA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

**RELACIÓN ENTRE LOS TRASTORNOS ALIMENTICIOS Y EL  
ESTRÉS QUE VIVEN LOS ESTUDIANTES DEL NIVEL EDUCATIVO  
MEDIO SUPERIOR DE TARETAN, MICHOACÁN**

**TESIS**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE :

**Licenciada en Psicología**

Astrid Isabel Cruz Maldonado

Asesor: Lic. Gisela Mayanin Tafolla Torres

Uruapan, Michoacán, a 6 de septiembre de 2012.



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

# ÍNDICE

## **Introducción.**

|                                      |    |
|--------------------------------------|----|
| Antecedentes.....                    | 1  |
| Planteamiento del problema.....      | 7  |
| Objetivos.....                       | 8  |
| Hipótesis.....                       | 9  |
| Operacionalización de variables..... | 10 |
| Justificación.....                   | 11 |
| Marco de referencia.....             | 12 |

## **Capítulo 1. El estrés.**

|   |    |
|---|----|
| 1.1. Antecedentes históricos del estrés.....                                  | 15 |
| 1.2. Tres enfoques teóricos del estrés.....                                   | 20 |
| 1.2.1. El estrés como estímulo.....   | 20 |
| 1.2.2. El estrés como respuesta.....  | 22 |
| 1.2.3. El estrés como relación persona-entorno.....                           | 24 |
| 1.2.3.1. El concepto integrador del estrés.....                               | 26 |
| 1.3. Los estresores.....  | 27 |
| 1.3.1. Los estresores psicosociales: cambios mayores, menores y cotidianos... | 28 |
| 1.3.1.1. Cambios mayores.....   | 29 |
| 1.3.1.2. Cambios menores o acontecimientos vitales.....                       | 29 |
| 1.3.1.3. Estresores cotidianos o microestresores.....                         | 30 |

|  |    |
|--|----|
| 1.3.2. Estresores biogénicos .....                         | 32 |
| 1.3.3. Los estresores en el ámbito académico.....          | 33 |
| 1.4. Procesos del pensamiento que propician el estrés..... | 35 |
| 1.5. Los moduladores del estrés.....                       | 36 |
| 1.5.1. El control percibido.....                           | 37 |
| 1.5.2. El apoyo social.....                                | 38 |
| 1.5.3. El tipo de personalidad A/B.....                    | 39 |
| 1.6. Los efectos negativos del estrés.....                 | 41 |

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

|  |    |
|--|----|
| 2.1. Antecedentes históricos de la alimentación.....                                 | 44 |
| 2.2. Definición y características clínicas de los trastornos de la alimentación..... | 46 |
| 2.2.1. Anorexia nerviosa.....  | 46 |
| 2.2.2. Bulimia nerviosa.....   | 48 |
| 2.2.3. Obesidad.....   | 50 |
| 2.2.4. Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas.....                            | 51 |
| 2.2.5. Vómitos en otras alteraciones psicológicas.....                               | 51 |
| 2.2.6. Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia.....                     | 52 |
| 2.3. Esfera oroalimenticia en el infante.....  | 57 |
| 2.3.1. Organización oroalimenticia.....  | 57 |
| 2.3.2. Alteraciones en la esfera oroalimentaria.....                                 | 60 |
| 2.4. Perfil de la persona con trastorno de la alimentación.....                      | 62 |
| 2.5. Causa del trastorno alimenticio.....  | 65 |
| 2.5.1. Factores predisponentes individuales.....                                     | 66 |

|   |    |
|---|----|
| 2.5.2. Factores predisponentes familiares.....                        | 70 |
| 2.5.3. Factores socioculturales.....                                  | 72 |
| 2.6. Percepción del cuerpo en el trastorno alimenticio.....           | 75 |
| 2.7. Factores que mantienen los trastornos alimenticios.....          | 78 |
| 2.8. Trastornos mentales asociados a los trastornos alimenticios..... | 81 |
| 2.8.1. Trastornos alimenticios y depresión.....                       | 81 |
| 2.8.2. Trastornos alimenticios y ansiedad.....                        | 83 |
| 2.9. Tratamiento de los trastornos alimenticios.....                  | 85 |

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

|   |     |
|---|-----|
| 3.1. Descripción metodológica.....  | 89  |
| 3.1.1. Enfoque cuantitativo.....  | 89  |
| 3.1.2. Investigación no experimental .....  | 92  |
| 3.1.3. Diseño transversal.....  | 92  |
| 3.1.4. Alcance correlacional.....   | 93  |
| 3.1.5. Técnicas de recolección de datos.....                                      | 94  |
| 3.2. Población y muestra.....   | 96  |
| 3.2.1. Descripción y delimitación de la población.....                            | 96  |
| 3.2.2. Descripción del proceso de muestreo.....                                   | 97  |
| 3.3. Descripción del proceso de investigación.....                                | 98  |
| 3.4. Análisis e interpretación de resultados.....                                 | 101 |
| 3.4.1. El estrés.....   | 101 |
| 3.4.2. Indicadores psicológicos de los trastornos alimenticios.....               | 104 |
| 3.4.3. Correlación entre los niveles de estrés y los trastornos alimenticios..... | 108 |

|                   |     |
|-------------------|-----|
| Conclusiones..... | 115 |
| Bibliografía..... | 118 |
| Mesografía.....   | 121 |
| Anexos.           |     |

# INTRODUCCIÓN

Este apartado tiene como finalidad proveer al lector de un contexto con el cual pueda entender qué se estudia en el presente documento y por qué. Para ello, se proporcionan, como primer punto, diversas indagaciones previas que ayuden a comprender con claridad la investigación realizada.

## **Antecedentes**

El estrés como término tiene sus orígenes en la década de 1930, cuando Hans Selye, estudiante de medicina en la Universidad de Praga, notó que sus pacientes presentaban una serie de síntomas similares independientemente de la enfermedad por la cual eran tratados; estos indicadores incluían al cansancio, pérdida del apetito, baja de peso, astenia, entre otros; a esta sintomatología la llamo “síndrome de estar enfermo” (citado por Caldera y cols.; 2007).

Al graduarse, Selye continuó con sus investigaciones, experimentando con ratas de laboratorio, a las cuales imponía a un extenuante ejercicio físico, para revelar así, el aumento de ACTH (hormona adrenocorticotropa), adrenalina y noradrenalina, la atrofia del sistema linfático y la presencia de úlceras gástricas. A este conjunto de reacciones de alarma le llamó “estrés biológico” para más tarde simplemente nombrarlo “estrés”.

En la actualidad, varios autores han definido al estrés de distintas maneras, en una de ellas se retoma a la Organización Mundial de la Salud, la cual menciona que el estrés es el conjunto de reacciones fisiológicas que prepara al organismo para la acción. A partir de ahí define el estrés como “un proceso psicológico que se origina ante una exigencia al organismo, frente a la cual éste no tiene recursos para dar una respuesta adecuada, activando un mecanismo de emergencia consistente en una activación psicofisiológica que permite recoger más y mejor información, procesarla e interpretarla más rápida y eficientemente, y así permitir al organismo actuar de una manera adecuada a la demanda” (Palmero y cols.; 2002: 424).

Por otra parte, los trastornos alimenticios han tenido su origen en la Edad Media, en dicho contexto se han encontrado relatos sobre la anorexia, la cual más tarde se asociaría con la bulimia (López y cols.; s/f, en [www.tallersur.com](http://www.tallersur.com)).

Aun así, no es hasta el año 1694 cuando Morton realiza la primera descripción metodológica de la anorexia, para que años más tarde, en 1874, William Gull la nombrara anorexia nerviosa y destacara su presencia principal durante la adolescencia y mayormente en mujeres (López y cols.; s/f, en [www.tallersur.com](http://www.tallersur.com)).

Actualmente, según Shvill y el DSM-IV, la anorexia es un trastorno “manifestado por cambios fisiológicos, conductuales y psicológicos. Se caracteriza por un miedo mórbido a la gordura o a ganar peso, además de una búsqueda constante de lograr la delgadez en su extremo máximo” (López y cols.; s/f, en [www.tallersur.com](http://www.tallersur.com)).

Por su parte, la bulimia ha tenido un reconocimiento más lento a través de los años; los reportes más antiguos de personas que se inducían el vómito después de la ingesta excesiva de alimentos, se remiten al siglo XIX, sin embargo, hacían referencia a casos donde la bulimia se veía asociada con padecimientos como la depresión, ansiedad, trastornos afectivos, y como se menciona con anterioridad, también se le asoció con la anorexia nerviosa.

En 1940 la bulimia empezó a considerarse como un síndrome, y en 1980 la APA resaltó la diferencia entre la anorexia y la bulimia, incluyendo a ésta última en el manual de psiquiatría (DSM-III). (López y cols.; s/f, en [www.tallersur.com](http://www.tallersur.com))

Con base en lo anterior se puede concluir que la bulimia “es la forma particular de ingesta excesiva de alimentos, acompañada del temor a engordar, sensación de pérdida de control, remordimientos y distintos intentos de anular lo hecho”. (Hernández; 2006, en [www.uvmnet.edu](http://www.uvmnet.edu)).

Frideres y Palao realizaron una investigación con atletas del campeonato de España Universitario 2003-2004. La muestra constó de 24 atletas voluntarios a quienes se aplicó un cuestionario previamente diseñado por los autores, conformado por diez preguntas cerradas y cinco semiabiertas. Este instrumento midió el tipo de implicación atlética, auto-percepción del cuerpo, estrés relativo al control de peso, conductas alimentarias y conocimiento sobre los trastornos alimenticios (Frideres y Palao; 2005).

Para el análisis descriptivo se utilizó el software SPSS 12.0 de medidas, desviaciones típicas y porcentajes.

Los resultados mostraron que el 13% de la población padece anorexia, mientras que el 4.3% indica utilizar el vómito para el control de peso; el 34.8% de los sujetos de investigación no están satisfechos con su peso y su talla; a la vez, se mostró que el 73.9% ha recurrido a algún tipo de método para controlar su peso.

Otro dato encontrado fue que 6 de cada 10 atletas han recibido presiones para tener una figura delgada, y 2 de cada 10 indican que su estrés relativo al control de peso proviene de sus entrenadores.

Por otra parte, en 2009 Behar y Valdés realizaron un estudio que tuvo como objetivo comparar la exposición a situaciones vitales estresantes, características psicológicas y conductuales en mujeres con y sin trastornos alimentarios. Asimismo, se buscó la correlación existente entre el estrés y sintomatología alimentaria. Para este estudio se aplicaron las pruebas SRRS, EAT-40, EDI y BSQ a 50 mujeres diagnosticadas con trastornos alimentarios y a 50 universitarias sin este tipo de patología (Behar y Valdés; 2009).

Los resultados mostraron que las pacientes presentaron un mayor nivel de estrés acumulado durante el año previo al diagnóstico, principalmente por conflictos familiares y cambios de hábitos.

Las pruebas aplicadas demostraron diferencias significativas entre pacientes y universitarias; en las pacientes, el estrés se relacionó positivamente con perfeccionismo, mientras que en las estudiantes el estrés se relacionó con la sensación de inutilidad, temor a madurar, conciencia introceptiva e insatisfacción corporal.

De igual forma, se mostró que el perfeccionismo, la motivación por la delgadez, los síntomas bulímicos, el temor a la madurez y la idea del peso ideal incrementan el riesgo a desarrollar estrés.

Un estudio realizado por Vidales en el año 2011 planteaba como hipótesis la existencia de una relación significativa entre el nivel de estrés y los trastornos alimentarios, en los alumnos de segundo y tercer grado de la escuela telesecundaria San Rafael, de Uruapan, Michoacán, durante el ciclo escolar 2010-2011.

Para esta indagación se utilizaron las pruebas CMAS-R y EDI-2, a través de las cuales se encontró correlación significativa del estrés con cuatro de las once escalas del Inventario de los Trastornos de la Conducta Alimentaria: ineficacia, conciencia introceptiva, impulsividad e inseguridad social; igualmente se mostró la inexistencia de correlación significativa del estrés con las escalas de obsesión de la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, miedo a la madurez y ascetismo (Vidales; 2011).

En una línea un tanto similar, Maldonado (2011), realizó un estudio con 100 mujeres estudiantes del CECyTEM de Nahuatzen, Michoacán, con edades entre 14 y 18 años; se planteó como hipótesis la existencia de correlación significativa entre el nivel de estrés y los factores psicológicos de los trastornos alimenticios en estas alumnas.

Al utilizar las pruebas CMAS-R y EDI-2, se encontró correlación significativa en los factores de obsesión por la delgadez, bulimia, ineficacia, desconfianza interpersonal, impulsividad e inseguridad social; mientras que hubo ausencia de correlación significativa en el resto de los factores.

Con base en lo anterior se puede observar que los trastornos alimenticios han tomado intensidad, al presentarse a lo largo del mundo con más fuerza en los últimos años, de igual forma, se observa que incluso en contextos cercanos es un fenómeno que tiene una presencia considerable en adolescentes y adultos jóvenes; a partir de esto, se ha observado que en el CBTA 89 de Taretan, Michoacán, los estudiantes han mostrado conductas alarmantes referentes al control de su peso o de su imagen corporal, en las que se destacan los comentarios de algunas estudiantes de compleción física delgada que manifiestan estar gordas o que necesitan llevar una dieta alimenticia para la reducción de peso. Como se ha mencionado con anterioridad, estas conductas pueden considerarse como indicadores de los trastornos alimentarios.

## **Planteamiento del problema**

En la actualidad, el estrés se ha visto ligado a diferentes enfermedades no sólo de tipo mental, sino también físico, se ha observado como estos vínculos son cada vez más mencionados en las diferentes esferas de la sociedad; el hecho de que el estrés haya pasado de ser tema de conversación entre los expertos, a serlo ahora en las charlas entre individuos comunes, habla del gran incremento que este fenómeno ha tenido. Es justamente esta tendencia la que hace importante el investigar y brindar información clara, precisa y verídica de las verdaderas asociaciones que puedan existir entre el estrés y otras enfermedades.

A la par, otro tema que se vuelve cada vez más frecuente en todo tipo de charlas es el de los trastornos alimenticios. Especialmente, se ha observado como los índices de manifestación de estos trastornos en los adolescentes aumentan de manera alarmante. Con esto se puede remarcar la conveniencia de conocer más información acerca de dicha problemática.

Al observar la recurrencia significativa de estos temas, se ha vuelto inevitable el querer conocer alguna posible conexión entre ambas variables; sin embargo, aún no se han agotado los recursos para dicho fin.

Por otra parte, a través de los años se ha observado que de las etapas de la vida, en la adolescencia el ser humano se torna vulnerable respecto a un sinnúmero de padecimientos físicos y psicológicos que pueden marcar al individuo

permanentemente. Si se toma en cuenta que los adolescentes pasan gran parte de su tiempo en el entorno educativo, y que después de su familia, la escuela se convierte en su sociedad, es entonces imprescindible tomar este escenario como fuente de información, y, por tanto, como el ambiente idóneo para indagar y obtener datos reales acerca de este lazo entre los factores mencionados.

Por lo tanto, la presente investigación tiene como finalidad responder la siguiente interrogante: ¿Existe relación significativa entre los indicadores psicológicos de los trastornos alimenticios y el nivel de estrés que viven los estudiantes del segundo semestre del CBTA 89 de Taretan, Michoacán?

## **Objetivos**

Cada investigación plasma su intencionalidad mediante fines específicos, llamados objetivos. Para la presente se han planteado los siguientes:

### **Objetivo general**

Determinar la correlación existente entre el nivel de estrés y los indicadores psicológicos de los trastornos alimenticios en los estudiantes del segundo semestre del CBTA 89 de Taretan, Michoacán, durante el ciclo escolar 2011-2012.

## **Objetivos particulares**

1. Establecer el concepto de estrés.
2. Identificar las principales clasificaciones del estrés.
3. Analizar los distintos enfoques teóricos del estrés.
4. Conceptualizar los trastornos alimenticios.
5. Analizar las principales aportaciones teóricas acerca de los trastornos alimenticios.
6. Enunciar los indicadores psicológicos más relevantes de los trastornos alimenticios.
7. Observar el nivel de estrés que presentan los alumnos del segundo semestre del CBTA 89.
8. Valorar los indicadores psicológicos de los trastornos alimenticios que se manifiestan en los alumnos del segundo semestre del CBTA 89.

## **Hipótesis**

Como mencionan Hernández y cols. (2010), las guías que se requieren en una investigación son llamadas hipótesis, éstas tienen la función de indicar lo que se quiere probar y se caracterizan por dar explicaciones tentativas del fenómeno a investigar. Para el presente caso, se han planteado las siguientes.

### **Hipótesis de trabajo**

Existe correlación significativa entre el nivel de estrés y los indicadores psicológicos de los trastornos alimenticios en los estudiantes del segundo semestre del CBTA 89, de Taretan, Michoacán.

### **Hipótesis nula**

No existe correlación significativa entre el nivel de estrés y los indicadores psicológicos de los trastornos alimenticios en los estudiantes del segundo semestre del CBTA 89, de Taretan, Michoacán.

### **Operacionalización de variables**

La variable nivel de estrés será entendida como el resultado que se obtenga producto de la administración de la prueba denominada Escala de Ansiedad Manifiesta en el Niño (CMAS-R), de los autores Reynolds y Richmond (2010); la prueba consta de cuatro subescalas más una para evaluar la mentira. El instrumento consta de la validez y confiabilidad que exige la comunidad científica de la psicología.

La variable indicadores psicológicos de los trastornos alimenticios será conceptualizada operacionalmente como el resultado obtenido del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2) diseñada por Gardner (1998), la cual evalúa 11 indicadores psicológicos que se encuentran comúnmente asociados con

los trastornos de la conducta alimentaria. Al igual que el instrumento mencionado anteriormente, este inventario cuenta con los estándares de confiabilidad y validez exigidos en este tipo de pruebas.

## **Justificación**

El impacto primordial que tendrá este trabajo consiste en proporcionar un panorama claro y real acerca de las variables mencionadas anteriormente y su posible relación.

La presente investigación se torna necesaria al tener como campo de ejecución la comunidad escolar; esto a su vez, deja una cantidad importante de beneficiados directa e indirectamente.

Al desglosar los beneficios y los beneficiarios de conocer esta realidad se encontrará que a través de este trabajo, la comunidad educativa tendrá una fuente teórica y científica de lo que ocurre en su interior.

Padres, maestros, directivos e incluso los propios sujetos de investigación tendrán en sus manos información teórica y práctica acerca de las variables, y una realidad más amplia para trabajar sobre ella.

Por otra parte, el área de la psicología se verá favorecida, ya que los resultados de la presente indagación aportarán datos concisos sobre fenómenos de

la actualidad, de los cuales aún no se han agotado recursos para conocer sus diferentes relaciones.

A través de esta investigación, la sociedad en general será beneficiada con información relevante acerca de temas de interés, ante los cuales se puede ser susceptible incluso sin ser miembro directo de la población estudiantil.

Es propio de la psicología el realizar este estudio, ya que el psicólogo es un profesional que se enfoca a observar, analizar y estudiar a fondo los indicadores mentales y conductuales de la aparición del estrés y de los trastornos alimenticios para, a partir de éstos, buscar medidas de trabajo que mejoren la calidad de vida del sujeto.

### **Marco de referencia**

El Centro de Bachillerato Tecnológico agropecuario No. 89 “Lic. José Vasconcelos Calderón” (CBTA 89), es una institución pública que no hace distinciones religiosas.

Su misión es “coadyuvar a la formación de bachilleres y técnicos con calidad y competitividad, para que puedan continuar en su vida profesional y laboral, con una actitud emprendedora, clara y social”, por tal motivo ofrece dos bachilleratos: Físico-Matemático y Químico-Biológico a través de sus tres carreras: Técnico Agropecuario,

Técnico Informático y Técnico en Soporte y Mantenimiento de Equipo de Computo, todas ellas en modalidades abierta y escolarizada.

Ubicado en el kilómetro 3, Carretera Taretan - Nuevo Urecho, en Taretan, Michoacán, el CBTA 89 abrió sus puertas el 1° de octubre de 1976 y atiende desde entonces a jóvenes del municipio y de las zonas rurales próximas, quienes son, mayormente, de un nivel económico medio-bajo y bajo.

La matrícula para el ciclo 2011–2012 fue de 631 estudiantes, de los cuales se atendieron 437 en la modalidad escolarizada y 194 en el sistema abierto. El modelo educativo establecido en el plantel corresponde al de la Educación Media Superior Tecnológica, implantado en el año 2004 por la SEP.

El perfil profesional con que cuenta el personal del plantel es el siguiente: 11 profesores con estudios de maestría, 24 titulados en nivel licenciatura en diferentes disciplinas, un Técnico Agropecuario titulado, cuatro Técnicos Agropecuarios pasantes, dos con preparatoria y nueve con educación básica. El personal docente, administrativo y manual se mantiene en constante capacitación a través de la semana de actualización en cada período intersemestral y capacitación que por indicaciones de la subsecretaría se recibe a nivel estatal y central conforme a la Reforma Integral de la Educación Media Superior.

Al ser un bachillerato técnico y agropecuario, las instalaciones son amplias y suficientes para cubrir las necesidades de la población estudiantil y sus distintas

carreras, se puede distinguir un edificio de oficinas administrativas y cuatro más exclusivos para las 18 aulas educativas, además, cuenta con dos salas de cómputo y un aula interactiva.

Asimismo, la institución cuenta con una biblioteca y una sala audiovisual, además del taller de frutas y hortalizas, el de productos lácteos y el de industrias mecánicas; de igual manera, cuenta con dos almacenes de herramientas, así como una cochera de uso exclusivo para los tres tractores que la escuela posee.

En la parte deportiva resaltan las dos canchas de básquetbol y una de futbol rápido. En busca de satisfacer todas las necesidades estudiantiles, se cuenta con dos cafeterías y tres edificios de sanitarios con sus respectivas divisiones de exclusividad de mujeres y hombres.

Con respecto a la parte agropecuaria, el CBTA 89 cuenta con un área de chiqueros y sala de maternidad porcina; un corral que ocasionalmente aloja ganado y dos estanques para el cultivo de peces; asimismo, cuenta con dos invernaderos para la producción de plantas o flores de temporada.

Por último, se puede resaltar que institución está parcialmente cubierta de áreas verdes, en las que se levanta gran cantidad de pinos y, en zonas específicas, árboles frutales propios de la región.

# CAPÍTULO 1

## EL ESTRÉS

El presente capítulo contiene el sustento teórico necesario para respaldar la variable estrés dentro de esta investigación y dar, así, la contextualización necesaria para que el lector conozca la variable a fondo.

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

La palabra estrés, como hace referencia Sánchez (2000), tiene su raíz en el vocablo del latín stringere, que significa, presionar, comprimir u oprimir. El término fue usado en la física y en la metalurgia para describir la fuerza mediante la cual un objeto puede ser deformado o destruido.

Con el paso del tiempo, este término y su significado fueron adoptados por las ciencias de la salud para detallar la presión que altera el desempeño físico y mental de las personas.

El origen del estrés se remonta al del ser humano, ya que este atributo estimula al individuo para actuar de manera asertiva ante situaciones de emergencia o peligro. Aun cuando el hombre ha evolucionado a través de los siglos, esta programación mental sigue vigente promoviendo la supervivencia del individuo. Por tal motivo, el estrés resulta benéfico para la especie.

Según Lazarus y Lazarus (2000), el término estrés tiene una formación un tanto moderna. En el siglo XVI esta palabra se usaba ocasionalmente para referirse a la dureza, momentos angustiosos, adversidad o aflicción.

Más tarde, en el siglo XVII, el físico y biólogo Robert Hooke colaboró con ingenieros al tratar de diseñar estructuras resistentes a las cargas y a las distintas fuerzas de la naturaleza.

Esta colaboración llevo a Hooke al análisis que marcó la primera importancia técnica de la palabra estrés, en la cual se le definía como “una exigencia del entorno sobre un sistema biológico, social o psicológico que sería análoga a la carga que un puente podría soportar” (referido por Lazarus y Lazarus; 2000: 280).

El análisis de este físico acerca de los diversos metales y sus diferentes resistencias a las distintas fuentes de daño, originó en la psicología la comparación de esta resistencia de los metales, con la capacidad de los seres humanos para soportar el estrés.

En otro contexto, en el tiempo de la Primera Guerra Mundial las crisis emocionales eran analizadas desde la neurología y no desde la psicología. La llamada conmoción por proyectiles, hacía referencia a la presión producida por el ruido de los proyectiles estallando, lo cual se consideraba que producía daños en el cerebro (Lazarus y Lazarus; 2000).

Claude Bernard (referido por Sánchez; 2000) descubrió la capacidad de los seres vivos para mantenerse estables internamente, a pesar de que su entorno se viera perturbado.

“La estabilidad del medio ambiente interno es la condición indispensable para la vida libre e independiente. Desde este punto de vista, el proceso de sobrevivencia estaría determinado por una interacción entre el ambiente externo y los mecanismos biológicos internos que posee el organismo” (Slipak, referido por Sánchez; 2000: 16).

Estos resultados propiciaron que Bernard reconociera la facultad de adaptación al cambio y las consecuencias de que un individuo sea sometido a cambios perturbadores en su ambiente, por lo cual un organismo es saludable cuando tiene éxito en mantener el equilibrio y en consecuencia, habrá pérdida de la salud cuando se falle en mantener esta armonía.

Estos principios fueron retomados y ampliados por el fisiólogo estadounidense Walter Bradford Cannon, quien en 1922 acuñó el término homeostasis para referirse a los procesos fisiológicos que se mantienen coordinados durante el equilibrio del organismo. Asimismo, resaltó el papel del sistema nervioso central en la conservación de la homeostasis; dicha estructura, ante la presencia de estímulos de peligro o emergencia, despidió adrenalina a través de las glándulas suprarrenales, preparando así al organismo para actuar en su defensa.

Con estas bases, Cannon planteó que los estímulos sorprendidos para el individuo, que son acompañados de emociones, pueden ser tomados como una amenaza a la homeostasis, por tanto, el individuo tendrá una respuesta que bien puede ser de ataque o de fuga (referido por Sánchez; 2000).

Fueron estos estudios la referencia más relevante que Selye tomó al utilizar el término estrés para referirse a la presión externa o estímulo heterogéneo al que un organismo es sometido y provoca una reacción no específica, fisiológica y adaptativa en él. A esta reacción le llamo Síndrome General de Adaptación.

Sin embargo esto fue sólo en un principio, ya que más tarde Selye definió ante la Organización Mundial de la Salud, al estrés como “la respuesta no específica del organismo a cualquier demanda del exterior” (Referido por Sánchez; 2000).

Esta reacción, como se mencionó con anterioridad, es la forma en la que el organismo se prepara, ya sea para enfrentar el peligro o huir de él, por lo cual es natural que repentinamente la visión y el oído se agudicen, que exista una tensión muscular para responder a la amenaza y aumente la oxigenación celular para facilitar esta respuesta. De esta manera, la sangre es enviada a las zonas de mayor importancia en la acción, mientras se inhiben las áreas de menos prioridad en el momento.

Con los años el estudio del estrés tomó gran fuerza. Según Lazarus y Lazarus (2000), con la Segunda Guerra Mundial, apareció la llamada fatiga de combate o

neurosis de guerra, que hacía referencia a soldados que se derrumbaban emocionalmente en el combate. Esto decepcionaba a los hombres al grado de evadir la batalla, esconderse o simplemente no disparar en contra del enemigo. Ante ello, los líderes militares se vieron en la necesidad de encontrar la manera de seleccionar individuos que resistieran el estrés o fueran capaces de manejarlo eficazmente.

Estos estudios abrieron camino para observar que el estrés no sólo aparecía en hombres de guerra, sino también en el ritmo cotidiano de la población en general.

Sin embargo, en las décadas de los sesenta y los setenta, del siglo XX, después de identificar al estrés como causa de angustia, fue reconocido como una fuente de energía que moviliza al individuo en sus enfrentamientos cotidianos; lo cual se convierte en un punto positivo de este fenómeno.

Aun así, se observó que las personas reaccionan de diferente manera ante el estrés: lo que para algunos es devastador, para otros es algo más común; mientras algunos cuerpos trabajan mejor bajo presión, otros simplemente no funcionan. Por todo esto fue necesario ampliar estudios y así, explicar las características psicológicas que aumentan la vulnerabilidad ante el estrés en unos más que en otros.

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

Existen tres enfoques que dan explicación al estrés y lo describen desde distintos orígenes: como estímulo, como respuesta y como interacción. A continuación se presentarán los argumentos teóricos que los describen a detalle.

### **1.2.1 El estrés como estímulo.**

Esta conceptualización data del siglo V antes de Cristo, cuando Hipócrates denotaba al entorno como condicionante de las características de la enfermedad y la salud. En este enfoque inicial se observaba como un modelo estático de estímulo y respuesta que tenía sus bases firmes en la física y la ingeniería.

En la actualidad los autores que respaldan este enfoque argumentan que existen diversas características ambientales que son molestas para el individuo y actúan sobre él de forma nociva. Los daños que se generen en esta reacción dependerán del sujeto y de la fuerza y permanencia con las que el estímulo se presente.

Debido a que la fuerza o presión ejercida sobre el sujeto puede ser de carácter físico o emocional, se asume que el estrés “es una condición ambiental. Este entorno puede ser físico o psicológico” (Fisher, citado por Travers y Cooper; 1997: 31).

Esta perspectiva maneja una metodología orientada a identificar las características con potencial de estrés, sean éstas ambientales, sociales, físicas, psicológicas o algún tipo de desastre natural; para una vez definidos los estímulos, medir la toxicidad de cada uno de ellos.

A través de estas observaciones surgió un elemento fundamental en esta teoría, el cual señala la capacidad de cada individuo de tolerar estímulos estresores y manejarlos de una forma saludable. Sin embargo, al llegar al nivel máximo o sobrepasar esta capacidad, el sujeto puede sufrir daños temporales o permanentes.

Por otro lado Travers y Cooper (1997) retoman a Selye y señalan que el término estrés no puede ser tomado como exclusivamente negativo, ya que se puede considerar como un estimulante o un rasgo de vida. Por lo que lo dividen en hiperestrés (presencia excesiva de estrés), hipoestrés (defecto de estrés), distrés (estrés negativo) y eustrés (estrés provechoso).

Una vez mencionados los aspectos de relevancia dentro de este enfoque teórico, se puede observar que si bien se trata de una visión clara y sustentada, también es un tanto limitada, ya que se dejan fuera de consideración aspectos intrínsecos de la persona sometida a estresores diversos.

### **1.2.2. Estrés como respuesta.**

Este enfoque sugiere que el estrés es toda respuesta que el sujeto tiene ante algún estímulo o evento percibido como amenaza. “Se puede decir que una persona ha sido expuesta a condiciones estresante si manifiesta indicios de tensión”. (Fisher, citado por Travers y Cooper; 1997: 29)

Hans Seyle realizó estudios integradores de la medicina y la psicología; se enfocó en estas respuestas de los seres humanos y las llamó Síndrome General de Adaptación. En éste, señala tres fases específicas de respuesta:

- 1) Reacción de alarma.
- 2) Etapa de resistencia.
- 3) Fase de agotamiento.

En primera instancia, dichas etapas fueron estructuradas en un modelo biológico en donde el organismo se alerta ante la presencia de un estímulo, originando la reacción de alarma. Posteriormente se desarrolla una actividad autónoma o resistencia que, al ser prolongada en su duración, producirá daños que llevaran al colapso o fase de agotamiento.

Al analizar los vínculos y similitudes entre la fisiología y la psicología, se encontró que las fases del modelo biológico bien pueden corresponder a las fases psicológicas en la mayoría de los individuos. Lo anterior debido a que, como

menciona Fontana (1992), una vez que el individuo es expuesto a un estresor, existirá una pausa que es dependiente a la proximidad y complejidad de éste y durante la cual el sujeto realiza ciertas valoraciones cognoscitivas que le llevan a la fase de resistencia. Una vez que el sujeto exceda su capacidad de soporte en esta etapa, se iniciará el colapso psicológico, ocasionando un deterioro progresivo que puede terminar en la inutilidad del funcionamiento mental.

A partir de lo anterior, se encontraron efectos psicológicos del estrés, los cuales pueden ser benéficos durante la fase de resistencia, cuando el sujeto puede utilizar su capacidad para valorar la utilidad del estresor y su necesidad de enfrentar desafíos.

Por otra parte, se encontró que durante la fase de colapso, los efectos psicológicos pueden ser dañinos y variables de sujeto a sujeto, pero englobables en las siguientes categorías, las cuales se consideran cuando el estrés se vuelve excesivo Fontana (1992):

- Efectos cognoscitivos: entre los que se destacan el decremento del periodo de concentración y atención, aumento de la distractibilidad, deterioro de la memoria a corto y largo plazo, velocidad de respuesta impredecible, acentuación de la frecuencia de errores, deterioro de la capacidad de organización y planeación a largo plazo, así como aumento de los delirios y trastornos del pensamiento.

- Efectos emocionales: aumento de la tensión física y psicológica, incremento de la hipocondría, cambios en los rasgos de personalidad, elevación de los problemas de personalidad existentes, debilitamiento de las restricciones morales y emocionales, aparición de depresión e impotencia, así como pérdida repentina del autoestima.
- Efectos conductuales generales: aumento de los problemas del habla, disminución de los intereses y el entusiasmo, incremento del ausentismo, acentuación del consumo de drogas, descenso en los niveles de energía, alteración de los patrones de sueño, aumento del cinismo, ignorancia ante nueva información, se depositan las responsabilidades en otros, la resolución de problemas se efectúa de forma superficial, hay patrones de conducta excéntricos e incluso puede haber existencia de amenazas de suicidio.

Como se observa, los esfuerzos de Selye por unificar la atención de médicos y psicólogos, se ven completados no sólo al mostrar la influencia del estrés y sus efectos en cada uno de los campos, sino también en factores de vida que competen a ambos sectores.

### **1.2.3. Estrés como relación persona-entorno.**

En la actualidad, muchos de los autores que se enfocan al área del estrés han mostrado que éste no puede ser tomado como un fenómeno aislado de causa o de efecto, sino como una interacción entre la persona y su entorno. Es decir “el entorno

per se no es estresante, sino que es la relación entre la persona y el entorno lo que puede dar lugar a una experiencia estresante” (Travers y Cooper; 1997: 32).

Con base en esto, se considera que los estímulos estresantes son el resultado de dos entidades que interactúan entre sí, por lo que el estrés, a su vez, nace cuando el individuo sobrepasa sus niveles de resistencia a estas instigaciones.

De igual manera, este modelo sugiere que para que la persona logre controlar su condición de estrés, es necesario que pueda modificar su entorno, o bien transforme su reacción ante éste, es así como la actitud del individuo marca la pauta para que él y su ambiente alcancen una adaptación mutua. Es decir, la percepción que tenga el sujeto sobre el estímulo estresante determinará la presencia o ausencia de estrés.

A partir de lo anterior se deduce que la esencia de este enfoque radica en la evaluación cognitiva y la respuesta ante el estímulo estresor. Según Travers y Cooper (1997) existen cinco aspectos del modelo cognitivo que se deben tomar en cuenta para estudiar el estrés:

- 1) Valoración cognitiva: se refiere a toda percepción propia del sujeto sobre la situación vivida, la cual puede ser neutra, positiva o negativa.
- 2) Experiencia: la percepción se verá afectada positiva o negativamente si el sujeto tiene familiaridad con el evento.

- 3) Exigencia: existe una demanda real y una percibida para la acción ante el estímulo, las cuales son fortalecidas según las necesidades del individuo.
- 4) Influencia interpersonal: la percepción de intensidad del estímulo variará si el sujeto se encuentra solo o en compañía.
- 5) Un estado de desajuste. La percepción del estímulo se ve afectada cuando existe un desequilibrio entre la exigencia percibida y la capacidad que el individuo considera tener para reaccionar ante ella.

En conclusión, se puede señalar que desde este enfoque, el estrés “es un desequilibrio subjetivo entre las demandas que recibe la persona y sus recursos para satisfacerlas. Dependiendo del grado de desequilibrio, experimentamos más o menos estrés” (Lazarus y Lazarus; 2000: 282). Es decir, el grado de estrés que se experimente no será proporcional a la cantidad de demandas que sufra el individuo, sino que dependerá de la relación entre las demandas y los recursos con los que se cuenta para hacerles frente.

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

Una vez analizados los tres enfoques del acerca del estrés, se vuelve necesario brindar un concepto que los integre y dé un panorama amplio y completo sobre el cual se guíe esta investigación. Para esto, se toma como base el concepto de Lazarus (señalado por Trianes; 2002) en el que propone que el estrés aparece ante la existencia de una demanda percibida como una amenaza, pérdida o daño, ante la cual el individuo se considera falto de los recursos necesarios para afrontarla,

y que además, aparece acompañada de una emoción negativa, dejando al sujeto en peligro de inadaptación o desajuste psicológico.

De igual manera, se puede señalar otro concepto que engloba las características más relevantes de los distintos enfoques, en el cual se establece que el estrés “es una respuesta adaptativa, mediada por las características individuales y/o procesos psicológicos. La cual es al mismo tiempo consecuencia de una acción, situación o evento externo que plantea a la persona especiales demandas físicas o psicológicas” (Ivancevich y Matteson; 1985: 23).

Una vez establecidos los conceptos que integran los distintos enfoques, es importante recalcar la división del estrés según su contenido. Por lo que se señalan dos tipos básicos:

- Distrés: cualquier experiencia estresante de tono desagradable o negativo. También llamado mal estrés.
- Eustrés: cualquier experiencia estresante con un tono positivo o agradable. También llamado buen estrés.

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

En el tema anterior se examinó el concepto de estrés, en el cual se hizo mención de características ambientales que representan, para el sujeto, algún tipo de

demanda ante la cual debe hacerse de recursos para afrontarla; es decir, estas características generan algún tipo de cambio en las rutinas de la vida.

Palmero y cols. (2002) consideran que todo tipo de acontecimiento que implique un cambio en la vida rutinaria del sujeto es llamado un estresor; sin importar que este sea positivo, negativo, deseado o no.

Este planteamiento dio origen a diferentes estudios de sistematización, con fines meramente descriptivos, generando una clasificación de los estresores según el efecto producido; al ser éstos en su gran mayoría situaciones psicosociales, se pueden definir en esta clase tres tipos de estresores, según la intensidad del cambio que producen en la vida del sujeto.

Sin embargo, es necesario mencionar que hay otro tipo de estresores, los llamados biogénicos, que son aquellos que atacan los procesos de activación física sin necesidad de que algún proceso psicológico actúe como mediador.

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

Lazarus y Cohen (retomados en Palmero; 2002) proponen tres tipos de estresores psicosociales: cambios mayores, cambios menores o acontecimientos de vida y estresores cotidianos o microestresores, cada uno será expuesto con detalle a continuación.

#### **1.3.1.1. Cambios mayores.**

Se refieren a todas las situaciones que conllevan a un cambio drástico en la vida de la persona. Este tipo de estresores se define por su notable capacidad de afectar a un gran número de personas. De la misma forma, su duración suele ser prolongada y por tanto, el efecto traumático que ocasionan también puede quedar presente por un largo tiempo.

Entre algunos ejemplos, se pueden mencionar: el ser víctima de la violencia o el terrorismo, sufrir alguna cirugía mayor o enfermedad terminal, la migración, el encarcelamiento y los desastres naturales, como terremotos o inundaciones. Son estos estresores mayores los que originan los patrones de estrés post-traumático, descritos en el DSM-IV.

#### **1.3.1.2. Cambios menores o acontecimientos vitales**

Este tipo de estresores se refiere a cualquier situación que se encuentre fuera del control del sujeto o sea causada por la propia influencia personal. La característica primordial de este conjunto es que se trata de eventos altamente significativos para el individuo y que, a diferencia de los cambios mayores, varían de una persona a otra.

Palmero y cols. (2002) señalan una diversidad de desencadenantes para este tipo de estresores, tales como:

- La vida conyugal: contraer compromiso, matrimonio, vivir un divorcio, separación o muerte.
- La paternidad: convertirse en padre, tener una relación padre-hijo complicada o la enfermedad de un hijo.
- Las relaciones interpersonales: vínculos problemáticos con los vecinos, socios o amigos, incluso la enfermedad de alguna persona allegada.
- El ámbito laboral: en el que se incluye el trabajo, la escuela o labores domésticas; así como paros, huelgas, jubilación o reprobación escolar.
- Ámbito económico: mal manejo de las finanzas o cambio del nivel económico.

Adicionalmente, en el caso de niños y adolescentes se deben tomar en cuenta situaciones desencadenantes de acuerdo con la edad del individuo.

### **1.3.1.3. Estresores cotidianos o microestresores.**

Se entiende por estresor cotidiano a todo evento que, si bien llama poco la atención del sujeto, aparece con tal frecuencia que puede perturbarlo de manera significativa.

Este tipo de estresores, a diferencia de los mayores o de los vitales, trabajan directamente sobre los procesos de adaptación y conservación de la salud mediante el cambio progresivo de los patrones de comportamiento automatizado.

Palmero y cols. (2002) señalan las siguientes características comunes de los microestresores:

- Implican una novedad en la situación ambiental.
- La toma de decisiones se ve afectada por la falta de información sobre la situación.
- Existe un estado de incertidumbre.
- Hay ambigüedad o sobrecarga de información.
- Existe ausencia o disminución en las habilidades para afrontar el evento estresor.

Asimismo, se resaltan dos tipos de microestresores:

- Las contrariedades: eventos que causan un efecto negativo en las emociones del individuo. Éstas a su vez, se pueden dividir en problemas prácticos, como la pérdida de un objeto o estar en medio de un embotellamiento de tráfico; sucesos fortuitos, por ejemplo, los fenómenos meteorológicos, y los problemas sociales, discusiones o problemáticas familiares.
- Las satisfacciones: se refieren a aquellas situaciones que causan un efecto positivo en las emociones del sujeto. Su característica principal es que compensan las contrariedades.

### **1.3.2. Estresores biogénéticos**

Everly (retomado por Palmero y cols.; 2002) señalan a estos estresores como aquellos que actúan en el sujeto directamente, sin pasar por los procesos de valoración cognitiva, con lo que dan paso a la respuesta de estrés.

Algunos ejemplos de este tipo de estresores son:

- Cambios hormonales del sujeto: en éstos se incluye la pubertad, el síndrome premenstrual, el post parto, el climaterio, entre otros.
- Ingestión de sustancias químicas.
- Reacciones a ciertos factores físicos: entre ellos los estímulos causantes de dolor, calor o frío extremo.
- El estrés alérgico, es decir, las alergias como fuente de estrés.

Con lo anterior queda comprobado que este tipo de estresores van del estímulo a una reacción física sin pasar por la emoción, a diferencia de los tipos anteriores.

Una vez descritos los estresores psicosociales y biogénéticos, quedan señaladas de la misma manera las características físicas y psicológicas que respaldan la concepción del estrés como un evento de interacción biopsicosocial de cada individuo.

### **1.3.3. Los estresores en el ámbito académico**

Para los fines de esta investigación fue necesario tomar la visión del estudiante y conocer los factores estresantes, así como su repercusión en el ámbito académico.

Hernández y cols. (retomados por Barraza; 2005), señalan que el estrés académico se vuelve disfuncional cuando no permite al estudiante responder de la manera para la cual se ha preparado. Al mantener un estado de alerta más allá de los límites tolerables, el estudiante puede presentar síntomas como dolor de cabeza, problemas gástricos, acné, alteraciones de sueño, dificultad de concentración, entre otros.

Estos síntomas, junto con los mismos factores estresantes, afectan negativamente el rendimiento académico, ya que el estudiante se ve forzado a tomar más tiempo para lograr el aprendizaje. Por otra parte, se puede presentar un bloqueo ante las pruebas académicas, el cual imposibilita al estudiante para responder de manera óptima a pesar de que posea los conocimientos necesarios.

Algunas situaciones académicas estresoras que se pueden observar en el ámbito educativo son las siguientes:

- Exposición de trabajos.
- Participación en clase.

- Sobrecarga académica.
- Competividad entre compañeros.
- Trabajos en grupo.
- Falta de incentivos.
- Tiempo limitado para la realización de trabajos.
- Problemas o conflictos con compañeros y/o profesores.

A partir de estos estresores, Barraza (2005) menciona que se pueden esperar las siguientes respuestas por parte de los estudiantes:

- Preocupación.
- Aumento del ritmo cardiaco acompañado de hiper o hipoventilación.
- Aparición de movimientos repetitivos o estereotipados.
- Sentimiento de miedo.
- Molestias gástricas.
- Aparición de adicciones como el alcoholismo, tabaquismo o glotonería.
- Presencia de sentimientos y pensamientos negativos.
- Temblores musculares en piernas y manos.
- Expresión verbal inestable, presencia de tartamudeo.
- Sentimiento de inseguridad.
- Llanto.

De esta manera, quedan remarcadas las repercusiones que el estrés pueda traer consigo en el ámbito educativo, aunque como se ha mencionado con anterioridad, estas respuestas pueden ser variables de un individuo a otro según la intensidad o tipo de proceso cognitivo que cada se lleve.

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

De acuerdo con el señalamiento de Palmero y cols. (2002), existen, más que procesos, distorsiones del pensamiento que favorecen la presencia del estrés. Éstas son creadas por la persona y suelen ser reiterativas e irracionales, por lo cual lo incapacitan para evaluar de forma acertada las situaciones que se le presentan.

Por su parte, Cungi (2007) muestra los diferentes tipos de procesos de distorsión, clasificándolos de la siguiente manera:

- La inferencia arbitraria: son todas aquellas conclusiones o predicciones que el individuo hace sin tener pruebas que le sustenten y tienen un alto tono negativo. En éstas se incluyen las ideas que el sujeto genera acerca de lo que los demás opinan de él.
- La abstracción selectiva: hace referencia al aislamiento de información dentro de su contexto, que el sujeto realiza para crear conclusiones negativas, las cuales terminan agravando el estrés.

- La minimización y la maximización: en éstas, el individuo menosprecia sus éxitos o aciertos y exagera sus fracasos o errores.
- La sobregeneralización: es decir, la persona realiza conclusiones generales a partir de un evento específico; por ejemplo, al obtener una nota baja, se siente inútil en todo su desempeño académico.
- La personalización: se refiere a la tendencia de las personas de cargar con toda la responsabilidad ante situaciones generales. Por ejemplo, ante una tarea en equipo, un solo sujeto puede sentirse responsable o culpable al obtener una nota no satisfactoria.
- El pensamiento dicotómico: se resume en un pensamiento extremista, de todo o nada.

Es importante señalar que cada sujeto utiliza en mayor o menor proporción alguno o todos estos tipos de distorsiones, y por tanto, el nivel de estrés que provoquen variará de un caso a otro.

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

Existen factores que causan una influencia considerable en el estrés, estos son llamados moduladores y se caracterizan por su capacidad de determinar y predecir el curso del estrés y las consecuencias que éste tendrá sobre la salud del sujeto. Palmero y cols. (2002) señalan que estos moduladores pueden ser de origen

social, como el apoyo moral en alguna situación difícil; cultural, así como de carácter personal, como las creencias o los rasgos individuales.

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

Este modulador señala que la percepción de control que el sujeto tenga sobre su entorno, afectará directamente los niveles en los que se presenta el estrés en él; es decir, a medida que se sienta con los recursos necesarios para afrontar la situación estresante, podrá realmente alcanzar su objetivo de regular la situación y evitar en mayor o menor grado los efectos sobre su salud.

La investigación de Bourne (retomada por Palmero y cols.; 2002) se basó en medir la percepción del control y su relación con los niveles de cortisol en soldados estadounidenses en la guerra de Vietnam. A partir de esta indagación se encontró que el entrenamiento recibido proporcionó mejores estrategias afrontamiento. A esto se le agregó la limitada información acerca de su situación real, lo cual creó una amplia percepción del control. De esta forma, se desarrollaron niveles sanos de cortisol, esto indujo que la glucosa y el metabolismo se mantuvieran en un nivel normal y fomentaran la competencia y la capacidad de respuesta en los soldados.

En conclusión, se puede señalar que a mayor percepción de control, hay mayores recursos para afrontar el evento estresante.

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

Este modulador del estrés juega un papel importante en la mediación de acontecimientos vitales (expuestos anteriormente) y la enfermedad, buscando así la reducción del nivel de estrés.

A este fenómeno se le conoce como efecto de amortiguación, por su misión primordial de reducción del efecto negativo y soporte benéfico directamente a la salud física y mental del individuo.

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

Estas provisiones dan origen a los recursos necesarios para enfrentar las demandas del medio ambiente. Su modo de actuar se ve marcado en dos teorías que no son mutuamente excluyentes:

- La hipótesis del efecto indirecto o protector.
- La hipótesis del efecto directo o principal.

La primera señala que los estímulos estresores de índole social sólo tendrán un efecto negativo en las personas que carecen de este apoyo social, sin embargo,

ante la ausencia de este tipo de estresores, el apoyo social se convierte en protector del sujeto de los agentes patógenos del estrés.

Por su parte la hipótesis de efecto directo asevera que el apoyo social incrementa la salud y el bienestar del sujeto, sin importar el nivel de estrés que éste maneje. “A mayor nivel de apoyo social, menor malestar psicológico” (Cascio y Guillén; 2010: 190).

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

Según argumentan Travers y Cooper (1997), se han clasificado estilos de conducta que actúan al modificar las respuestas de los sujetos ante el estrés, causando de ese modo un efecto significativo entre los estresores psicosociales y las tensiones. Así, retoman a Friedman y Rosenman para señalar los conceptos de Tipo A y Tipo B como una serie de actitudes y efectos emocionales y modelos de conducta que aparecían en los pacientes portadores de enfermedades causadas por el estrés.

A fines de la década de los años 50 del siglo pasado, Friedman y Rossenman, ambos cardiólogos, observaron patrones de conducta compartidos por sus pacientes con algún tipo de enfermedad coronaria. A este conjunto de reacciones le llamaron Tipo A, y lo caracterizaron por la presencia de competitividad, impaciencia y hostilidad.

Cascio y Guillén (2010) remarcan la relación de la personalidad de Tipo A y las enfermedades cardiovasculares. De esta manera, señalan que los sujetos de esta clase, tienen un riesgo de presentar trastornos coronarios seis veces superior al de el resto de las personas, además de un riesgo mayor de manifestar presión sanguínea alta y colesterol.

A partir de lo anterior, Travers y Cooper (1997) señalan una serie de características para la identificación de los sujetos con personalidad Tipo A:

- Son personas que sienten o manifiestan, en presencia de otros, impaciencia ante el ritmo al que se mueve su entorno.
- Enfatizan explosivamente palabras clave en su forma de cotidiana de hablar.
- Se mueven, caminan, hablan e intentan hacerlo todo rápidamente.
- Buscan la manera de realizar dos o más tareas a la vez.
- Suelen ser reconocidos por tener algún tic nervioso, hacer énfasis golpeando algo al hablar o mantener los puños cerrados.
- Buscan ser el centro de las conversaciones; en caso de fallar, guardan silencio mientras su mente sigue ensimismada.
- Presentan culpa ligera en momentos de ocio.
- Les es complicado darse cuenta de las situaciones positivas que suceden durante el día.
- Mantienen un sentido crónico de la urgencia.

- Repelen a otras personas con su mismo tipo de personalidad.

De esta forma queda descrita la personalidad Tipo A como la que presenta más riesgos de sufrir enfermedades físicas, en especial del área de las cardiopatías; todas originarias de eventos o estímulos estresantes.

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

Como se ha mencionado con anterioridad, una de las características del estrés es su función adaptativa ante las demandas del medio ambiente, sin embargo, existen eventos ante los cuales esta función no consigue su éxito, es decir, existen eventos estresores a los cuales el organismo no logra satisfacer en sus demandas; ante esta situación, se verá debilitado y esto dará pie a los efectos negativos, nombrados por Ivancevich y Mattenson (1985) como enfermedades originadas por estrés o enfermedades de adaptación.

Estos autores retoman los primeros estudios del estrés realizados por Seyle, en los cuales hacen mención de diferentes dolencias que sus pacientes presentaban en común, para, por su parte, clasificarlas y analizarlas según su relación directa con el estrés, de la siguiente manera:

1. La hipertensión: se refiere a los momentos en que la sangre fluye por las venas a presión excesiva. Ésta puede presentarse como respuesta del organismo ante situaciones estresantes, ya que orgánicamente el cuerpo

comprime las paredes arteriales ante este tipo de estímulos, de tal forma que si estos niveles se prolongan, pueden originar que la presión no regrese a su estado normal.

2. Las úlceras: son lesiones inflamatorias en el estómago o intestino y generalmente son producidas por la variación de niveles de cortisona. Como ha sido mencionado con anterioridad, el organismo aumenta la producción de esta sustancia ante eventos estresantes, lo cual crea el ambiente propicio para la aparición de dichas lesiones.
3. La diabetes: se caracteriza porque el cuerpo no puede absorber los azúcares en grandes cantidades debido a una deficiencia de insulina. Se observa su relación con el estrés ya que en presencia de éste, el organismo aumenta los niveles de azúcar y, en consecuencia, los de insulina. Si esta situación es persistente, el páncreas será debilitando, ocasionando niveles de insulina cada vez más bajos.
4. Las jaquecas: son caracterizadas por constituir una respuesta a la tensión muscular que se origina en presencia de estímulos estresores. Tienen la particularidad de que a su vez, generan más tensión muscular, lo cual prolonga su intensidad y duración.
5. El cáncer: una de las teorías que manejan el origen de este mal, señala que las células mutantes son producidas continuamente en el organismo, pero son destruidas por el sistema inmunológico antes de su crecimiento y diseminación. Sin embargo, estudios recientes han comprobado que los estresores traen como consecuencia alteraciones en el sistema

inmunológico, el cual, al verse debilitado, no puede cumplir su función y da paso a la reproducción de las células mutantes.

A pesar de que puedan existir otras enfermedades resultantes del estrés, las ya mencionadas son las que cuentan con un mayor estudio en su relación con este fenómeno.

En resumen, se puede retomar que el estrés es una respuesta ante las demandas del ambiente que rodea al sujeto y tiene la función primordial de restablecer la homeostasis de la persona. Esta función puede tener éxito y terminar así el proceso del estrés o bien, ser fallida, originando daños directos en la salud del sujeto.

## **CAPÍTULO 2**

### **TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN**

El presente capítulo tiene la finalidad de describir la variable de trastornos alimenticios, de manera tal que el lector tenga una perspectiva clara y suficiente para apreciar de manera eficaz los contenidos y resultados de esta investigación.

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

Desde tiempos remotos, las personas han presentado conductas alimentarias dañinas tanto en el plano físico como el emocional. Se pueden retomar los viejos festines que los reyes o emperadores de la antigüedad daban para demostrar a sus invitados el poder que tenían sobre otros, o bien, para celebrar alguna unión simbólica como los matrimonios. En cualquiera de los casos se podía apreciar la inducción al vómito para seguir comiendo después.

En contraparte, se hace notar la recurrencia de los ayunos prolongados desde los inicios de la cultura cristiana como una penitencia que les llevaría a una espiritualidad más elevada.

En 1873, Gull, en Londres, y Lassege, en París, (retomados por Jarne y Talarn; 2000) realizaron las primeras descripciones completas de cuadros anoréxicos. Por su parte, Gull, en su experiencia médica constató la falta de

patología clínica que justificara la existencia de la anorexia como padecimiento orgánico, lo cual le encaminó a la proposición de etiologías de tipo psicógeno, para la explicación de esta perturbación.

Incluso con la información anterior, las primeras teorías registradas acerca de la anorexia, hablan acerca de un origen panhipopituitario, en el que se proponía el rechazo a la alimentación como consecuencia de fallas en la glándula hipófisis, hasta que años más tarde, las ideas psicoanalistas de Freud y Melanie Klein se impusieron a las propuestas orgánicas de la explicación a la anorexia.

En un contexto muy similar, en el año de 1979 Russell observó un patrón de conducta alimenticia disruptiva, el cual se caracterizaba por periodos de ingesta voraz y episodios de purga consecuentes a ésta; a dicho trastorno lo llamó bulimia nerviosa. Este autor proponía un vínculo entre anorexia y bulimia, ya que suponía a ésta última como una forma evolucionada de la primera, suponiendo un continuum entre estas formas, el cual, según dicho investigador, se veía sustentado por la existencia de pacientes que presentaba bulimia sin tener algún tipo de antecedente anoréxico (retomado por Jarne y Talarn; 2000).

En lo que respecta a la obesidad, se observa la negativa de considerarlo como un trastorno psicógeno, ya que esta perturbación implica más bien “un cuadro médico que podría comportar una serie de riesgos para la salud a partir de cierto nivel de peso por encima del considerado como peso ideal” (Jarne y Talarn, 2000: 143).

A pesar de que en épocas pasadas la obesidad era considerada como símbolo de belleza, salud o posición social, a través de los años se han demostrado los riesgos de salud que se corren al tenerla; de igual manera, se agregan problemáticas de tipo estético, social y psicológico que aparecen a partir de ella.

Se puede observar que a pesar de la aprobación e incluso el fomento que cualquier tipo de trastorno de la alimentación solía tener, los estudiosos del tema se han dado a la tarea de demostrar las implicaciones dañinas que dichos cuadros pueden tener en el sujeto como un ser biopsicosocial.

## **2.2. Definición y características clínicas de los trastornos de la alimentación.**

A continuación se describen los conceptos y las características específicas de los trastornos mencionados con anterioridad: anorexia y bulimia nerviosas, así como obesidad, ésta última descrita en una definición sencilla, ya que como se mencionó con anterioridad, no puede ser considerada como un trastorno de tipo psicógeno.

### **2.2.1. Anorexia nerviosa.**

Con la globalización de la población mundial, la probabilidad de sufrir algún trastorno alimenticio, en este caso la anorexia, ha aumentado en grandes proporciones. Con esto, se ha notado que el factor de población con mayor riesgo son las mujeres en su etapa de adolescencia.

Según mencionan Jarne y Talarn (2000), los niveles socioeconómicos medio alto y alto, se ven altamente asediados por los mensajes en los diversos medios de comunicación que promueven la idea de perder peso y mantener una figura estilizada al precio que sea.

Por su parte la APA (2002) señala que las características determinantes de este trastorno son: el rechazo a mantener un peso normal, el miedo creciente a la obesidad y una notable distorsión en la percepción de la forma y tamaño del propio cuerpo. De igual manera, se destaca la presencia de amenorrea en las mujeres y la negación del apetito, más que una pérdida de éste.

La persona anoréxica representa la utilización de purgas, incluyendo los vómitos provocados, y el ejercicio excesivo. Así, es común observar que la pérdida mayor de peso se debe a la reducción significativa en la ingesta de alimento.

Esta misma asociación destaca la presencia de dos subtipos de este padecimiento: el restrictivo y el compulsivo/purgativo.

El subtipo restrictivo se verá manifestado por la pérdida significativa de peso ocasionada por las dietas estrictas, ayunos prolongados y ejercicios excesivos, sin hacer uso de alguna clase de purga. En este caso el individuo no presenta atracones de comida.

En lo que concierne al subtipo compulsivo/purgativo, se encuentra la presencia de atracones que son seguidos por algún tipo de purga. Incluso pueden existir casos donde el laxante o el vómito provocado sean un recurso de la persona sin haber ocurrido el atracón o cuando la ingesta de comida sea mínima.

Es necesario retomar que en ambos casos existe una distorsión de la percepción de la imagen corporal en forma y tamaño.

De igual forma, se puede resaltar la existencia de algunos casos en los que no se encuentre pérdida de peso significativa, o bien, que no cumpla con todas las características clínicas del trastorno; de ser así, será llamado anorexia atípica.

### **2.2.2. Bulimia nerviosa.**

Otro de los trastornos alimenticios que se presenta con mayor frecuencia en mujeres adolescentes es la bulimia nerviosa, la cual es identificada por atracones seguidos de conductas de purga. Jarne y Talam (2000) señalan que después de estos eventos, el individuo tiene cambios de humor, tristeza, sentimientos de autocompasión y menosprecio.

La APA (2002) define el atracón como el consumo de alimento en cantidades superiores a las normales en un periodo de tiempo corto. El tipo de comida ingerida durante estos episodios es variado, pero se caracteriza por ser dulce o de alto contenido calórico.

Se remarca que el individuo se esconde durante el atracón, o en su defecto, lo hace lo más disimuladamente posible. Se ha observado que estos episodios suelen ser desencadenados por estados de ánimo disfóricos, situaciones personales estresantes, hambre intensa después de una dieta o cualquier sentimiento relacionado con el peso.

Por su parte, Jarne y Talarn (2000) señalan que el término del atracón se ve reflejado en la conciencia de que el alimento producirá ganancia de peso, lo cual se vuelve inaceptable para la persona y ello la conduce a un estado de ansiedad y miedo que sólo resolverá con las conductas de purga.

Estos autores exponen la relación entre bulimia y anorexia al hacer referencia que en ambas existen pensamientos erróneos en lo que compete a la comida, el peso y la figura; en ambas se nota el miedo y el rechazo creciente a la obesidad; incluso se mencionan casos donde la paciente anoréxica pasa de un control estricto de dieta a un control intermitente, lo que da lugar a los atracones y a las purgas, con lo que se pasa entonces de la anorexia a la bulimia.

La APA (2002) distingue dos tipos de bulimia nerviosa: uno es el tipo purgativo, donde se encuentra el vómito inducido y el uso de laxantes, diuréticos o enemas como técnicas compensatorias ante el atracón.

Por otro lado, se encuentra el tipo no purgativo, en el cual las técnicas compensatorias serán manifestadas en ejercicios físicos intensos o ayunos prolongados, sin provocar el vómito o utilizar algún purgante.

Es importante señalar que el atracón y su conducta compensatoria deberán presentarse al menos tres veces por semana para poder constituirse como trastorno clínico.

### **2.2.3. Obesidad.**

Como se ha mencionado anteriormente, la obesidad es considerada un trastorno alimenticio, ya que se manifiesta a través de un peso muy por encima del estimado normal para cada persona.

Aun así, es difícil determinar el límite o el inicio de la obesidad ya que como mencionan Jarne y Talarn (2000), los métodos para valoración de peso son cambiantes de un individuo a otro y entre países.

A pesar de esto, se ha observado que el nivel socioeconómico influye en la obesidad, dado que los infantes de menores recursos económicos tienden a la obesidad en mayor proporción que los que tienen una posición más elevada.

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

Castillo y León (2005, retoman el término de la hiperfagia en otras alteraciones, del CIE -10, donde se señala que ésta es considerada como una obesidad de tipo reactivo ante situaciones estresantes como lo son los duelos, accidentes, intervenciones quirúrgicas y acontecimientos emocionantes estresantes. Este tipo de alteración aparece con más facilidad en sujetos con tendencia a ganar peso rápidamente.

Es necesario aclarar y diferenciar esta variación de las situaciones donde el paciente ya es obeso y esto origina sentimientos estresantes, como falta de autoestima o desconfianza en las relaciones interpersonales. Asimismo, diferenciarla de los casos donde la obesidad es resultado de efectos secundarios por uso de fármacos.

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

Según Castillo y León (2005), puede ser llamado también vómito psicógeno o hiperémesis gravídica psicógena, que se puede resumir en la aparición de vómito recurrente sin ser autoprovocado. Aparece en cuadros disociativos, en la hipocondría o en los embarazos donde las situaciones emocionales que prevalecen, incrementan la aparición del vómito.

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

Durante la primera infancia existe una serie de problemáticas, que si bien no son consideradas como trastornos, sí llaman la atención de los padres, ya que están relacionadas con los hábitos alimenticios, ante los cuales los niños pueden mostrar algunas resistencias cuando los progenitores intentan que estos hábitos sean adoptados.

A pesar de los intentos, no existe un sistema único de clasificación de estos desordenes en la infancia, debido a la variedad de disciplinas que tratan de abordar esta problemática.

Por su parte, Palmer y cols. (retomados por Jiménez; 1997) proponen un sistema clasificatorio con fines meramente descriptivos, con base tanto en las posibles causas como en las manifestaciones de la problemática. De esta forma, agrupan las siguientes perturbaciones:

- 1) Comportamientos disruptivos durante la comida y hábitos inadecuados.

En este apartado se encuentran los casos donde el infante come de pie, juega durante la comida o está levantándose continuamente; en sí, cualquier comportamiento que impida o dificulte el establecimiento de hábitos alimenticios adecuados.

Es importante señalar que estas conductas suelen ser normales durante las primeras edades, aunque es de igual relevancia mencionar que el padre o tutor es el encargado en tomar cuidado si estas conductas se presentan en edades normales para, desde ahí, moldear estas acciones de tal manera que tiendan a desaparecer entre el primer y los 5 años de edad.

## 2) Rechazo de alguna clase de comida.

Según Jiménez (1997), esta conducta se valorará en el infante a través de la indagación: si el rechazo es hacia un alimento tipo de alimento en concreto, el cual puede sustituirse para no perder el valor nutricional, o bien, si es una negativa hacia una rama amplia de alimentos que puede desencadenar una deficiencia orgánica importante.

Las razones de estos rechazos son variadas y pueden estar relacionadas con el olor, el sabor, la consistencia y la dificultad para ser ingeridos por parte del infante; dependerá de esta causa fijar la línea a seguir en la intervención.

## 3) Negación a tomar alimentos sólidos.

En este tipo de rechazo, se encontraran niños que sólo acceden a ingerir alimentos líquidos, colados o semicolados, o bien, que hagan alguna clase de distinción entre alimentos sólidos o semisólidos.

Nuevamente es importante señalar que este proceso puede considerarse normal mientras el niño está en la etapa de cambio de alimentación, es decir, cuando se dejan los alimentos propios de bebés como las papillas y se pasa a los alimentos de adultos. Se encontrará que este proceso pasa alrededor de los 8 meses, con la aparición de los dientes (retomado por Jiménez; 1997).

En esta etapa es normal encontrar niños que se cansan de masticar o que simplemente se niegan a hacer este esfuerzo, y dependerá de los padres fomentar o no este tipo de conductas al dar alimentos triturados.

#### 4) Ingesta de comida mezclada.

Esta conducta nace a partir de la negación hacia la comida sólida, lo cual lleva al adulto a triturar los alimentos, en esta misma búsqueda, el adulto intenta equilibrar la dieta mezclando diversos grupos de alimentos, los cuales son proporcionados al infante en una sola composición. Esta actividad se convierte en un problema a largo plazo, ya que el niño se acostumbra a ingerir las comidas de esta forma, sin la implicación de algún esfuerzo, propiciando su negativa a los hábitos alimenticios adecuados.

#### 5) Falta de apetito.

Como menciona Jiménez, (1997), esta pérdida de apetencia puede provocar ansiedad en los padres, quienes pueden forzar al niño a tomar más alimentos de los

que en realidad necesita, creando así un hábito alimenticio distorsionado, el cual, mostrará sus repercusiones cuando el infante llegue a la edad escolar y el apetito incremente nuevamente.

De esta forma se puede resaltar que la falta de apetito no suele ser una problemática en sí, sino que puede ser más una apreciación inadecuada de los padres en relación con lo que creen que sus hijos deberían de comer.

#### 6) Los vómitos.

Como señala Jiménez (1997), ante esta situación debe realizarse una evaluación que descarte la existencia de alguna patología orgánica, una vez negada ésta, se optará por alguna de las explicaciones psicológicas a esta problemática. En repetidas ocasiones se ha observado que el vómito es una reacción de rechazo ante una situación específica. En el caso de los niños, puede deberse a una negativa hacia la escuela, ante la cual la presencia del vómito puede llevar a los padres a satisfacer su deseo de no ir a la escuela.

#### 7) Pica o alotriofagia.

De acuerdo con las descripciones de la CIE-10 y el DSM-IV (retomado por Castillo y León; 2005), la pica es un trastorno donde el infante ingiere persistentemente sustancias no nutritivas y que no son consideradas como alimentos comunes, por ejemplo, la tierra o el ladrillo.

Es importante resaltar que se puede considerar una actividad normal hasta los 18 meses de edad. Posteriormente puede ser encontrado en infantes con trastornos psiquiátricos graves, como el autismo o retraso mental.

#### 8) Rumiación o mericismo.

Otra problemática presentada por la CIE-10 y el DSM-IV es la rumiación. Este trastorno aparece entre los 3 y los 12 meses, se manifiesta porque el infante regurgita la comida ingerida, para expulsarla en forma definitiva, o bien, deglutirla nuevamente. Debido a esto, existe pérdida o incapacidad para ganar peso. A pesar de ser un trastorno poco común, se considera de gran gravedad debido a la tasa de mortalidad del 25% con la que cuenta.

#### 9) Potomanía.

Según Castillo y León, (2005) se trata de una alteración donde existe una ingesta de líquidos, generalmente agua, excesiva. Ésta puede ser encontrada como síntoma en individuos con características histéricas o en pacientes anoréxicos donde el objetivo de la ingesta excesiva de líquidos es inducir la saciedad. Es importante resaltar que ante cualquier caso, se debe realizar el diagnóstico diferencial con la diabetes insípida.

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

Según Ajuriaguerra (1973), las zonas que rodean la boca: labios, mucosas intrabucales y lengua, tienen una representación cortical muy amplia.

Diversos estudios y observaciones han señalado que al experimentar excitación eléctrica y química, se provocan series complejas de automatismos oroemocionales y oroalimenticios, es decir, una serie de movimientos rítmicos de lamido, masticación, deglución o regurgitación, o de husmeamiento que van acompañados de vocalización, reacciones orientatorias y conductas que recuerdan el ataque y la defensa.

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

De los distintos reflejos humanos, el automatismo oroalimentario de succión y deglución es uno de los que aparece más tempranamente, los movimientos de succión labial están ahí desde el nacimiento. A medida que se excita la zona oral, los labios se estrechan y la succión se hace más profunda.

Algunos autores sostienen la existencia de cierto magnetismo por parte del objeto excitativo, en este caso el pecho, lo que da lugar al reflejo de búsqueda por parte del infante, el cual también suele ser llamado reacción focalizadora, o prueba de los puntos cardinales.

L. Margailan-Fiammengo (retomado por Ajuriaguerra; 1973) propone distintas fases en el proceso de deglución, y, de igual manera marca una diferencia entre la deglución al mamar del pecho, donde la lengua crea un vacío bucal; y la deglución al mamar de un biberón, donde ese vacío no puede ser creado.

Como se mencionó anteriormente, el reflejo oroalimentario aparece desde el nacimiento, en este momento ya existe una orientación hacia la fuente de excitación y por tanto, empiezan a surgir las relaciones con el mundo exterior; en este punto, no se puede hablar de relaciones objetales precisas.

En el caso de la madre, no puede ser considerada como objeto de amor, sino de dependencia; la progenitora es considerada por el infante como alimento del cual depende y ante el cual reacciona más al estar hambriento que al estar saciado.

Por su parte, Anna Freud (citada por Ajuriaguerra; 1973), remarca dos tipos de satisfacción: la primera hace referencia a la satisfacción del hambre y la segunda, a la satisfacción erótica oral.

En lo que se refiere al hambre, el infante se encuentra en su etapa narcisista, por lo que sólo pasará de la tensión por apetencia, a la tensión por estar satisfecho. Poco más tarde las tensiones se enfocaran al alimento en sí como fuente de placer, por lo que al llegar a la etapa objetal, sus emociones se tornarán hacia la madre al ser ésta la fuente de alimento.

Una vez cumplidos los dos años, el infante será capaz de distinguir perfectamente entre su madre y el alimento, sin embargo la relación objetal seguirá formando parte de su inconsciente.

Se puede observar que las actividades de la boca son fuente de satisfacción y de nutrición en lo que concierne a la biología, pero de igual forma es la mayor fuente de contacto del infante con su mundo exterior, dado que la apropiación de los objetos consiste en tomar y dejar, jugar con sus labios o mordisquear, ingurgitar y regurgitar.

Para Melanie Klein (referida por Ajuriaguerra; 1973), desde el primer momento de su curso alimenticio, el recién nacido percibe inconscientemente la existencia del pecho materno como un objeto bondadoso que le provee de todo lo bueno.

Desde el primer momento de alimentación, el hecho de tener y perder el objeto de satisfacción genera en el infante dos sensaciones opuestas: una de ellas es identificada cuando el niño se siente agradecido con el pecho que lo alimenta y éste es percibido como como objeto de amor, por lo que se le considera el “pecho bueno”. La otra sensación aparece cuando el niño se siente frustrado por la falta de alimento y de la presencia del pecho en sí, lo cual lo lleva a sentir odio o rencor por el pecho. Por este motivo es considerado “pecho malo” (retomado por Ajuriaguerra; 1973).

Se puede considerar la existencia de un equilibrio entre los impulsos de la libido y los de tipo agresivo, siempre y cuando el menor esté libre de hambre y de

tensiones; al aparecer cualquiera de éstas, el equilibrio se rompe y aparece la llamada voracidad de carácter oral.

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

Durante la primera infancia el neonato puede experimentar anorexia o negación a la alimentación. Para esta etapa se han distinguido distintos tipos de clasificación de acuerdo con sus características.

Ajuriaguerra (1973) propone en primera instancia la anorexia esencial precoz, que puede aparecer desde el primer día de vida o en el transcurso de las primeras semanas. En este caso se encontraran neonatos con poco peso, nerviosos o muy despiertos e implica que se muestren pasivos ante la alimentación y que incluso algunos meses después, aún se muestren reacios a comer.

Por otra parte, se encuentra la anorexia del segundo semestre, la cual aparece cuando la leche se va suprimiendo paulatinamente y el régimen alimenticio se va modificando. Esta perturbación puede deberse a los cambios infantiles que todavía se encuentran en proceso y a que el apetito aún es lábil.

Durante este segundo semestre, el niño puede presentar dos tipos de comportamiento que dan paso a sendos tipos de anorexia:

- Inerte: es representada por la falta de iniciativa o cooperación por parte del infante para la alimentación, es decir, evita la ingesta de alimento, devuelve la comida antes de tragarla y vomita lo poco que ingiere.
- De oposición: ésta se distingue por el gran contenido caracterológico con el que el niño se rehúsa a la alimentación, ya que se vale de toda clase de chillidos, agitación o rotaciones que lo puedan dejar victorioso ante el intento de sus padres para alimentarlo.

Por su parte, L. Kreisler (citado por Ajuriaguerra; 1973) propone dos tipos de anorexia para este segundo semestre de vida:

- Simple: puede ser iniciada como una reacción al destete o al cambio de alimentación, esto origina que la madre quiera imponerse en la alimentación y el infante, por su parte, persiste en su oposición.
- Compleja: se caracteriza por la intensidad de los síntomas y por la resistencia a los tratamientos habituales. El menor deja en claro su desinterés por los alimentos.

Es importante señalar que en los casos más graves de anorexia infantil, la relación con la madre suele ser conflictiva.

Ajuriaguerra (1973) señala que este tipo de conflictos pueden seguir hasta la segunda infancia o aparecer en ésta, debido a ciertas ritualizaciones de la comida en

el ambiente familiar, o bien, pueden aparecer como gesto de oposición a la figura parental que le exige un orden o un comportamiento adulto ante su alimentación.

Hay que señalar que para el infante, su alimentación es más un rito, por lo que hay que hacer toda clase de evaluaciones, observaciones y consideraciones antes de querer tratar algún episodio anoréxico como tal, ya que esto pudiera deberse más a las necesidades emocionales del infante.

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

Existe cierta dificultad al tratar de especificar el perfil de la persona con riesgo de un trastorno alimenticio, ya que los aspectos comunes son observables una vez que el trastorno ya está instalado en el individuo, mientras que al estar éste en proceso de recuperación, aquéllos van desapareciendo. Aun así, se puede hablar de ciertas características comunes en jóvenes con trastorno alimenticio.

Para Costin (2003), una de las posibles predisposiciones que tienen las personas hacia estos trastornos, es su dificultad para desenvolverse de forma autónoma dentro y fuera de la familia. En este caso se encuentran jóvenes que centran su atención y sus acciones en lo que los demás esperan de ellos, viven para tratar de cumplir las expectativas de sus padres o satisfacer a los demás, por lo cual dejan poco margen a la seguridad de desarrollar un pensamiento personal.

Al centrarse la seguridad personal en el exterior, se encuentra cierto sentimiento de ineficacia personal, ésta se vera reflejada en una gran dificultad para resolver conflictos o tomar decisiones adecuadas, ya que termina poniendo en duda el propio actuar del sujeto.

Se puede considerar que es justamente esta dificultad para encarar situaciones de la vida cotidiana lo que lleva a una persona a ser vulnerable hacia estos trastornos, ya que ante la adversidad, convierte su cuerpo en la fuente de su autonomía, control y eficacia personal. A partir de esto, interpreta erróneamente la delgadez como signo de ser especial y convierte la pérdida de peso en indicador de autocontrol.

Por otra parte, hay que recordar que todos los individuos desarrollan imágenes de sí mismos y fabrican así, su propio concepto. El grado en el que la persona acepta este concepto de sí mismo es llamado autoestima y éste según Costin, (2003), es otro de los factores de vulnerabilidad en los trastornos alimenticios.

Entre más separado esté el concepto propio del ideal que se tiene de sí mismo, menor será el nivel de autoestima que maneje el sujeto y mayor será su vulnerabilidad a generar un trastorno alimenticio.

En el caso de las mujeres, el autoestima esta directamente ligada con la imagen externa, cumplir las expectativas o las necesidades externas, entre otros. Por

este motivo, la joven llega a dudar tanto de su capacidad de cumplir estas demandas externas, que refleja en el peso su área de triunfo y aceptación.

Costin (2003) marca la tendencia al perfeccionismo como un tercer aspecto de relevancia en los factores de vulnerabilidad. Esta autora señala que el sufrimiento y la ineficacia personal que el joven siente, le hacen proponerse a no hacer nada a menos de estar seguro de poder realizarlo a la perfección.

En esta búsqueda de la perfección, la imagen corporal se ve alcanzada: las jóvenes que viven esta situación terminarán por convencerse de que al transformar su aspecto físico, lograrán transformarse en su interior y así, lograr la seguridad y la confianza necesarias para enfrentar los desafíos de la vida; sin embargo, terminan aún más inseguras al exigirse no fallar, en lugar de afirmar sus propios recursos.

En esta misma línea, es común encontrar una tendencia a controlar todas las situaciones de vida; aquí, las jóvenes “se sienten poderosas manipulando el peso corporal, seguramente como compensación de las sensaciones de impotencia que surgen frente a situaciones que les son difíciles de manejar” (Costin; 2003: 76); a pesar de lo anterior, las personas terminan viviendo dominadas por su propio sistema de control.

Como se ha mencionado con anterioridad, los trastornos alimentarios aparecen mayormente en el periodo de la pubertad, adolescencia y juventud; esto implica una serie de cambios físicos, emocionales, sociales y sexuales. Costin,

(2003) señala que algunos adolescentes en realidad presentan poca habilidad para lidiar con estas modificaciones.

Entre los cambios físicos, se encuentra cierto aumento de peso requerido para dar la forma del cuerpo adulto. Para algunos adolescentes esto puede representar un factor predisponente, ya que se encuentra resistencia a aceptar ese cuerpo adulto que transmite el mensaje de haber dejado la infancia.

En este caso se encuentran personas que tienen miedo a crecer y aceptar la independencia que eso representa. De igual manera, se pueden encontrar jóvenes que se dan cuenta del temor que sienten sus padres a que lleguen a esta etapa, por lo que el individuo sufre ante la falta de estimulación para llegar al mundo adulto (Costin; 2003).

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

Al igual que en el perfil, definir las causas exactas de un trastorno alimentario, resulta una tarea difícil de concretar, debido a la serie de factores que inciden a que éste ocurra.

Por tal motivo, Costin (2003) señala que los trastornos alimentarios obedecen a un origen multifactorial, es decir, a la combinación de distintas situaciones que adquieren características muy específicas en cada caso y que al concretarse, no

causan directamente el trastorno alimenticio, pero sí hacen que la persona sea más vulnerable a desarrollarlo.

En este punto es importante señalar que los factores a considerarse en este apartado, son los factores predisponentes; es decir, todas aquellas situaciones que preparan el ánimo y el entorno de la persona, de tal manera que ésta pueda introyectar con más fuerza y con más peso la idea del culto a la figura corporal.

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

Estos factores se refieren a todas las características individuales que influyen en la conducta del comer, todo esto retomando el aprendizaje, las creencias, las actitudes y la constitución psicológica de cada individuo. Al elegir una dieta alimenticia, el sujeto hace uso de una red de significados sociales y comunes, pero cambiantes de cultura a cultura, a los que da su propia interpretación.

Ante esta situación, Helman (retomado por Ogden; 2005), destaca cinco tipos de sistemas de clasificación de las comidas:

- Comida frente a no comida: es la delimitación que el sujeto realiza entre las cosas que se pueden ingerir y las que no.
- Comidas sagradas frente a las profanas: son las comidas marcadas como aceptables o inaceptables, según las ideas religiosas que tenga el

individuo; por ejemplo, la carne de cerdo es considerada profana por los musulmanes.

- Clasificaciones de comidas paralelas: se refieren a la consideración que se hace de que los alimentos pueden ser fríos o calientes, y, que la salud será el resultado de un equilibrio entre ambos. La determinación de si un alimento es frío o caliente no depende de su temperatura, sino del simbolismo que el alimento tenga, el cual puede variar de cultura a cultura.
- Comida como medicina, medicina como comida: se refiere al uso o a la restricción que se da a la comida ante ciertos estados físicos. Por ejemplo, algunos alimentos se utilizan como auxiliares ante alguna enfermedad y otros se evitan.
- Comidas sociales: en esta clase, se considera que la comida puede usarse como método para afirmar o crear relaciones sociales. En algunas culturas simboliza el estatus económico y social de quien la ofrece.

A partir de lo anterior, en un análisis alternativo, se considera que se debe considerar la comida como un medio que comunica toda una serie de significados y que éstos pueden estar relacionados en un tiempo y espacio específicos.

Con esto, Ogden (2005) propone los siguientes significados:

- La comida como afirmación del yo: hace referencia a la facilidad de información sobre la identidad personal que brinda la comida, ya que

actúa estableciendo comunicación entre necesidades y conflictos internos y el sentido del yo. La comida representa la sexualidad y los conflictos entre culpabilidad y placer, comer y negación, y es una expresión de autocontrol.

- Comida y sexualidad: se denota la relación entre ambas, la cual existe en muchas culturas. En algunas la comida se usa como rito de iniciación, mientras que en otras es utilizada para despertar los impulsos sexuales.
- Comer frente a la negación: se destaca la comida como fuente de placer, y, a la mujer como la persona que lo controla, aunque de modo contradictorio, se ve obligada a negarse a sí misma este placer.
- Culpabilidad frente al placer: aquí se muestra la falla que la persona experimenta después de consumir alimentos que son considerados fuente de conflicto entre placer y culpa, como lo son los chocolates o los postres.
- La comida y el autocontrol: se señala los alimentos como representantes del autodomínio, en el caso de los ayunos, o como pérdida de éste, en el caso de los atracones.
- La comida como interacción social: como se ha mencionado con anterioridad, la comida juega un papel importante en la interacción social. Puede ser considerada como herramienta en la comunicación familiar o como auxiliar en el sentido de pertenencia a un grupo, en el caso de las reuniones sociales.
- La comida como amor: se ha observado que los alimentos dulces son usados para tranquilizar a los infantes o para mantener la armonía familiar

y social; de igual forma, se ha señalado que la mujer demuestra su amor y preocupación por sus seres queridos a través de la comida.

- Salud frente a placer: se refiere al conflicto en que caen principalmente las mujeres, ya que se debaten entre proporcionar alimentos sanos o placenteros.
- Relaciones de poder: alude al contexto de poder que aparece con la comida y en mayor proporción, en las horas en que se proporciona. En esta cultura y, tal vez más, en generaciones anteriores, se distinguía el poder del padre o del jefe de familia, dándole porciones más abundantes de alimento o simplemente sirviéndole primero que al resto de la familia.
- La comida como identidad cultural: hace referencia a la comida como una forma de comunicación; se puede observar cuando un individuo con una identidad propia aparece o se involucra en el contexto de otras personas con identidades diferentes.
- La comida como identidad religiosa: este punto se puede considerar como parte del anterior, debido a la función comunicativa que ambas tienen de reafirmar y postergar la identidad de las personas. En este caso, existen religiones con platillos muy tradicionales y únicos, que le dan valía a la persona que los sirve.
- La comida como poder social: engloba el símbolo de estatus social que conlleva la comida. Se ha observado que las personas con mejor nivel económico comen mejor y no sólo en el aspecto económico, sino que quienes desempeñan cargos sociales o gubernamentales, tienden a

demostrar su poder mediante la organización de comidas de carácter social.

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

Mucho se ha debatido sobre si la familia de una persona trastornada es víctima de ésta o generadora del trastorno, sin embargo, como se mencionó con anterioridad, no se puede considerar un solo factor, en este caso el entorno familiar, cómo causante directo de este tipo de padecimientos.

Rausch (1996) muestra que si bien no se puede generalizar para todos los casos, sí se han encontrado características comunes en las familias que tienen algún miembro con trastorno de la alimentación, tales como las que se mencionan a continuación.

- Se ha encontrado que son familias con un nivel significativo de conflicto y una relación emocional negativa entre el enfermo y los progenitores, manteniendo un vínculo más alejado con el padre.
- Las madres suelen ser dominantes, controladoras y con expectativas más altas en cuanto al desempeño de sus hijos.
- Los padres suelen mostrar depresión, rigidez, excesiva autodisciplina y distancia emocional.

- Se señala a los progenitores como guiados por el éxito, el rendimiento y los tradicionales conceptos de feminidad y aspecto físico, con gran preocupación por los temas relacionados a la comida, la apariencia y el control.
- Se ha encontrado rigidez en las reglas, es decir, en la familia no existe la suficiente flexibilidad como para encarar nuevos requerimientos de los miembros. Por tal motivo el paciente usa su salud y bienestar para enfrentar sus problemáticas y así generar cambios.
- Suelen ser familias con fronteras problemáticas, esto se refiere a que no se respetan los espacios o los límites de cada integrante para vivir como individuo. Puede ser que haya intromisión física y mental entre los miembros, o, que sean tan rígidos que sean incapaces de adaptarse a los cambios de la convivencia diaria.
- Se han observado jerarquías alteradas en estas familias; esto indica que se encuentran hijos realizando las funciones de los padres, y padres que actúan como hijos o como amigos de éstos.
- Estos entornos familiares han mostrado fallas en el control, el cual se puede presentar en dos extremos: ya sea muy rígido como se ha mencionado con anterioridad, o puede lindar en lo caótico. En cualquiera de los casos se ve como el resultado del desacuerdo de los padres en el método de crianza.

### **2.5.3 Factores socioculturales.**

Al ser individuos gregarios que necesitan el contacto con otros individuos, los seres humanos se ven influenciados por la masa de gente a su alrededor, llamada sociedad. Ésta puede en realidad saturar al individuo de mensajes que repercuten directamente en cada una de las esferas de su vida, en este caso, especialmente en sus emociones y valor propio.

En concreto, el peso tiene un significado importante en el autoestima y la felicidad de las mujeres en la cultura occidental, más aún cuando los medios se encargan de mostrar mujeres de bajo peso y figura esbelta, con vidas sofisticadas, de manera que promueven el deseo de las mujeres comunes de llegar a ser como las modelos presentadas en los anuncios.

Costin (2003) ha encontrado que el contexto sociocultural tiene prejuicios en contra de la gordura, mientras los reconocimientos en torno a la delgadez van en aumento.

De igual manera, esta autora ha encontrado que aun cuando los trastornos alimentarios son propios de la cultura occidental, se empiezan a manifestar en mujeres de otras regiones del mundo, aunque no con las mismas proporciones o efectos.

Asimismo, se señala que este tipo de problemática aparece regularmente en las clases altas y que las contadas jóvenes de estrato modesto que la presentan, es porque están en constante interacción con el ambiente de las clases media y alta, donde se juega con los valores y la mimetización se vuelve indispensable.

En los últimos tiempos se ha manejado la belleza y la delgadez como conceptos equivalentes, a los cuales se les ha adjuntado el éxito como factor dependiente o resultante.

Este pensamiento llega a penetrar tanto en la mente de las mujeres, que terminan obsesionadas con la comida y el mismo acto de comer, a tal grado que no les queda tiempo o energía requerida para una estabilidad emocional que les permita el óptimo desempeño en sus actividades laborales, escolares o sociales.

Inmersa en esta obsesión, mujer pondera su valor personal a partir de la aceptación que tenga su cuerpo ante quienes la rodean.

Tal como señala Costin (2003), el prototipo de mujer usado por las campañas publicitarias es el de una joven casi púber, con cuerpo pequeño debido a esa etapa de la vida, sin embargo, el mensaje que recibe el género femenino, es el de que la mujer exitosa en esta sociedad no debe desarrollar un cuerpo femenino con formas propias de una mujer adulta, incluso se sobrentiende que no le está permitido crecer y madurar de manera natural.

De esta forma se puede observar que la mujer se ve directamente bombardeada por anuncios publicitarios, fotografías en los medios y toda clase de pensamientos y expectativas ajenas que incide marcadamente en su perspectiva, exigiéndole tener el cuerpo y el trabajo perfecto, construir un matrimonio admirable y ser la madre ideal.

En el otro extremo, se encuentran los prejuicios que la gente obesa vive y que ejercen presión para llevarlos a modificar sus hábitos alimenticios. Costin (2003) señala los siguientes:

- Los obesos tienen esa condición porque comen más que los que no lo son.
- Las personas obesas tienen mayores problemas psicológicos que las delgadas.
- La obesidad conlleva a mayor riesgo de mortalidad.
- Todos los tratamientos de dietas prolongadas son satisfactorios.

Es importante remarcar que estos prejuicios son ideas infundadas por los medios y por la cultura en sí y que a pesar de que pueden existir casos donde estos se pueden percibir como verdaderos, en realidad existen investigaciones que pueden demostrar como falsos cada uno de ellos.

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

Es un hecho que el ingerir o no alimentos origina cambios en el cuerpo y, eventualmente, la preocupación por el peso. Una forma de esta preocupación es la insatisfacción corporal.

Primeramente hay que definir la imagen corporal como la proyección mental que cada individuo hace de su mismo cuerpo; por tanto, la insatisfacción corporal mencionada hace un momento nace como reflejo de una imagen corporal distorsionada o dañada.

Ogden (2005) señala tres componentes o factores indispensables en la insatisfacción corporal:

En primera instancia, se habla de una estimación deformada del tamaño corporal y la percepción de que el cuerpo tiene más volumen de lo que es en realidad. En los individuos diagnosticados con algún trastorno del comer, se observa esta deformación perceptiva en mayor proporción que en el resto de la población.

En esta inercia se encuentra como segundo enfoque la discrepancia del ideal, es decir, las personas crean una imagen corporal según lo que ellos perciben de sí mismos, pero al mismo tiempo crean una imagen ideal del cuerpo que les gustaría tener. La insatisfacción radica justamente esta distancia entre la imagen corporal y la ideal.

Ante la existencia de los factores ya mencionados, llega el tercero; casi como consecuencia aparecen las respuestas negativas al cuerpo, en este caso surgen casi de forma automática los sentimientos y pensamientos negativos acerca del cuerpo; éstos, a su vez, generan acciones de respuesta que intentarán remediar la emoción del sujeto, entonces se encontrarán los regímenes alimenticios severos o las jornadas de ejercicio extenuantes.

A través de los años se han realizado diversas investigaciones para intentar unificar criterios en cuanto las distintas polaridades de la insatisfacción corporal.

Ogden (2005) retoma diversos estudios al respecto y concluye que las mujeres presentan mayor discrepancia entre su peso ideal y el real, lo que las lleva a recurrir a métodos para la pérdida de peso a través de la restricción alimentaria, los cuales pueden o no ser seguros. De la misma manera, se identifica que las mujeres presentan mayor insatisfacción en lo que respecta al estómago, las caderas, los muslos y las nalgas.

Por su parte, los hombres resultan con mayor discrepancia en cuanto al volumen real e ideal de su cuerpo. Se ha encontrado que los hombres manifiestan mayor insatisfacción en lo que respecta a los brazos, la espalda, el pecho y el estómago.

Al ser la insatisfacción corporal parte de los trastornos del comer, se puede deducir que su origen es también multifactorial. Ogden, (2005) separa estos factores de la siguiente manera.

Entre los factores de índole social, se pueden citar:

- Los medios de comunicación: como se ha mencionado con anterioridad, las mujeres que aparecen en las campañas suelen ser delgadas y de poco peso; esto conlleva el mensaje implícito que ataca al resto de la población y le hace plantearse imágenes ideales alejadas de su realidad.
- La cultura: para ésta se retomaría el carácter étnico y la posición social.
- La familia: en especial se hace referencia a la madre, quien al estar descontenta con su cuerpo, transmite esta sensación a su hija, lo cual le lleva a su propia insatisfacción corporal.

Los factores psicológicos incluyen:

- Las creencias: se refiere a que a pesar de la presión que puedan ejercer los factores sociales, su efecto será en mayor o menor grado según las creencias y valores de la persona.
- La naturaleza de las relaciones: se hace mayor referencia a las relaciones madre e hija donde, al igual que en los factores sociales, el que la primera

no crea en su propia autonomía, genera mayor insatisfacción corporal en la segunda.

En este punto se puede obviar que existen consecuencias a esta insatisfacción corporal. La más común de ellas es el hecho que la mujer se somete a un régimen alimenticio para compensar esta insatisfacción.

Otra acción consiste en iniciar una rutina de ejercicio físico con el objetivo de mejorar el tono muscular y perder peso, más que mantener su salud.

De igual manera, es importante mencionar las cirugías plásticas, que se dan en menor proporción pero de igual manera, son producto de la insatisfacción. Las investigaciones en torno a esta situación siguen sin poder definir si la cirugía elimina la insatisfacción o la agrava, al hacer sentir a la mujer con más control y disposición a los cambios.

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

Una vez que se han abordado los factores que originan o predisponen los trastornos alimentarios, se puede entonces considerar aquellos factores que prolongan la estancia aquéllos.

Costin (2003) aborda el modo en que las prácticas de control del peso y las obsesiones pasan de ser una solución al problema, a convertirse en factores que perpetúan el malestar.

Las dietas son la primera salida y, en muchos casos, el único medio que las mujeres emplean al sentirse con sobrepeso, sin embargo, también tienen su repercusión. Al estar el cuerpo subalimentado, se genera un malestar anímico y emocional, y la falta de fuerzas en la persona. Por tanto, se puede observar que el daño causado ataca los aspectos orgánico y emocional de la persona.

Dentro de las transformaciones anímicas que sufre el sujeto a partir de su régimen dietético, se encuentra en primer lugar un descenso generalizado del estado de ánimo. Se han encontrado personas que han llegado a una depresión profunda a partir del uso de la dieta.

A partir de esto se observó que las conductas bulímicas permanecieron aun cuando el sujeto ya estaba en condiciones normales de alimentación. Es decir, que los efectos de este tipo de restricciones llegan a ser tan traumáticos en el organismo, que perduran incluso cuando la persona está tratando de recuperarse.

De igual manera, se reportaron cefaleas, molestias gastrointestinales, apatía y somnolencia asociadas a los atracones. Todos éstos fueron en aumento y estuvieron seguidos de náuseas y vómitos.

En el lado mental, se reportaron dificultades para focalizar la atención y concentración, así como fallas en la comprensión y en el estado de alerta. Esto se puede comparar con lo que muchos jóvenes viven durante un trastorno alimentario y que les dificulta mantener sus estudios.

A partir de lo anterior, con el conocimiento de las consecuencias y de los factores que conllevan a los trastornos alimentarios, se pueden puntualizar diversas situaciones, según afirma Costin (2003).

En primer lugar, hay que señalar que en el origen de los trastornos del comer habrá siempre un tiempo de dietas restrictivas que llevan al sujeto a la semiinanición, por consiguiente le llevarán a presentar diversos síntomas orgánicos y psicológicos.

Costin (2003) rescata, a partir de la investigación, que la comida se vuelve una obsesión que enferma, los alimentos con alto contenido calórico como los postres, se convierten en prohibidos y por tanto, se vuelven una tentación irresistible a la que se compara con las drogas.

Se puede considerar que lo que adictivo es la dieta y no la comida en sí, dicho de otra manera, la dieta lleva a la sintomatología de la cual se pretende salir, paradójicamente, a través de un método distinto de control de comida.

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

Como se ha venido mencionando, los trastornos alimentarios deben su origen a un sistema multifactorial que al interactuar, convierte al individuo en un ser vulnerable a desarrollar trastornos.

En esta interacción y dentro de esta vulnerabilidad, la persona está expuesta a desarrollar diferente sintomatología que se puede presentar en diversos cuadros clínicos y así complicar, hasta cierto punto, las condiciones necesarias para determinar el diagnóstico correcto.

Se ha encontrado que la serotonina juega un rol importante en lo que respecta a los trastornos alimentarios y su relación con los de otro tipo; al modificarse los niveles de esta sustancia, aparecerán síntomas como variaciones del estado de ánimo, impulsividad, violencia, rasgos de ansiedad, evitación y rasgos obsesivo-compulsivos. Estos mismos atributos suelen aparecer en los trastornos de ansiedad, por tal motivo se abordan éstos como los trastornos mentales relacionados a los de esencia alimenticia.

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

En tiempos pasados, era aceptada la idea de la anorexia como una forma frustrada de melancolía, y sus manifestaciones eran tomadas como un intento de solución de conflictos en los adolescentes.

En la actualidad, estos padecimientos cuentan con sus cuadros diagnósticos claramente establecidos e independientes, sin embargo, no se puede dejar fuera que algunos de los síntomas bien pueden presentarse en ambos.

Kirschman y Salgueiro (2002) concluyen a partir de diversos estudios, la existencia de trastornos afectivos en las familias de las pacientes con algún trastorno alimenticio. Se encontró que estos antecedentes suelen venir de la línea materna y evidencian una fuerte transmisión familiar en estas pacientes.

De igual manera, estas autoras señalan que algunos signos de la anorexia como la obsesión con la delgadez y el temor a la gordura, permanecen en las pacientes durante su periodo de seguimiento, incluso en las crónicas o las que sufren recaídas. Asimismo, como factor correlacional encuentran síntomas psiquiátricos que aparecen en el periodo de seguimiento, entre ellos están la depresión, la fobia social y el trastorno obsesivo compulsivo.

A partir de estas aseveraciones, se encontró que los estados de malnutrición y prácticas selectivas de alimentación presentes en los trastornos alimenticios, explican los rasgos depresivos y las alteraciones endocrinas en las pacientes.

De la misma manera, se señala que los rasgos básicos del síndrome de inanición como lo son la disforia, la irritabilidad, la pérdida de peso, los trastornos del sueño, la disminución de la libido, la disminución de la capacidad de atención y

concentración y el aislamiento social, son también rasgos básicos del síndrome depresivo (Kirschman y Salgueiro; 2002).

Como consecuencia, se encuentra que algunos pacientes anoréxicos, especialmente en su fase más crítica, cumplen también con los criterios necesarios para el diagnóstico de la depresión mayor.

Casper (retomado por Kirschman y Salgueiro; 2002) realiza un contraste de la sintomatología emocional, conductual, fisiológica y conductiva entre la anorexia y la depresión y concluye, por una parte, que el estado de ánimo disfórico, el autorreproche y la evaluación negativa de la propia persona, las tendencias obsesivas y el aislamiento social se encuentran en ambos cuadros; por otro lado, señala que los síntomas físicos son iguales al considerarse la severa disminución de peso corporal.

### **2.8.2. Trastornos alimenticios y ansiedad.**

Al igual que en el caso de la depresión, la ansiedad ha sido punto de partida para los estudiosos que intentan probar su relación con los trastornos de la alimentación.

A pesar de la diversidad de los resultados de estas investigaciones, se ha encontrado que la mayoría de los pacientes con bulimia nerviosa y trastorno por atracón presentan, en algún momento, uno o más diagnósticos de trastornos de

ansiedad, entre los cuales se destacan el trastorno de ansiedad generalizada y la fobia social. De igual manera se han encontrado sujetos que presentan rasgos de ansiedad generalizada o fobia social desde la infancia, como precedente al trastorno alimentario.

Por su parte, Cooper y Fairbun (retomados por Kirschman y Salgueiro; 2002) demostraron que el 80% de los pacientes diagnosticados con trastorno alimentario presentan ideas obsesivas y rumiación de pensamiento; de igual manera, se señala que los pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo muestran conductas alimentarias anormales y con cierta frecuencia se identifica una historia de anorexia o bulimia nerviosa.

A partir de esto se puede concluir que la subalimentación conduce al pensamiento obsesivo, a los rituales y compulsiones relacionados con la comida, a los que se adjunta una tendencia al aislamiento.

En otra línea de investigación, Diehl (Retomado por Kirschman y Salgueiro; 2002) considera que la ansiedad social relacionada con el físico, representa un riesgo en el desarrollo de los trastornos alimenticios, debido a que esta ansiedad social es expresada con altos índices de insatisfacción corporal y preocupación excesiva de los atributos del cuerpo y el peso.

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

Son muchos los intentos que se han realizado para obtener el tratamiento más funcional en los trastornos alimentarios, sin embargo, hasta el momento no se puede decir que alguna de las líneas de tratamiento logra la recuperación al cien por ciento de las pacientes.

Sin embargo, hay que rescatar distintos casos donde los tratamientos han sido exitosos y se la logrado dar a los pacientes de alta. Estos procedimientos tienen la característica de ser multimodales, es decir, se conjuntan diversas líneas, principalmente la clínica y la psicológica, para mover al individuo en las diferentes áreas de su vida.

En muchos de los casos, el objetivo primordial es la recuperación de peso en el paciente y la disminución de su desnutrición. Aun así, diversos enfoques psicológicos se orientan a modificar la conducta alimentaria que se encuentra distorsionada, más que en el aumento de peso como tal.

El enfoque de Gardner y Bemis (retomados por Rausch; 1997), relaciona pensamiento, emoción y comportamiento manifiesto. El tratamiento que estos autores proponen, radica en hacer que el paciente examine la validez de sus creencias en el presente. Los procesos cognitivos de estos casos son examinados, definidos y posteriormente cuestionados sistemáticamente, con el fin de modificar los pensamientos y los supuestos automáticos en el paciente.

Como ya se mencionó el tratamiento debe ser multidimensional, por tal motivo, Minuchin (citado por Rausch; 1997) propone la terapia familiar como parte del procedimiento ante la anorexia. El objetivo primordial de dicho tratamiento es modificar la estructura familiar disfuncional que organiza las transacciones de sus miembros.

De igual manera, se hace uso de cierto tratamiento farmacológico con el fin de producir aumento de peso, corregir la acción de los neurotransmisores y modificar la ansiedad o depresión del paciente.

También existe el tratamiento hospitalario, que debe postergarse tanto como sea posible, debido a que en el 80% de los pacientes tiene el efecto negativo de postergar la resolución de conflictos en el núcleo familiar, dando lugar a que el paciente recaiga en la pérdida de peso.

Por tanto, Rausch (1997) señala que este tipo de tratamiento sólo es viable en los siguientes casos:

- En pacientes donde el diagnóstico no está claramente definido por la negación de alguno de los síntomas y en casos donde es necesario un diagnóstico diferencial.
- Personas con complicaciones físicas severas como deshidratación, desequilibrio electrolítico, hipotensión u otros trastornos metabólicos.

- Casos donde la familia es o se siente incapaz de atender al enfermo debido a ideación o gestos suicidas.
- Ante la falla del tratamiento ambulatorio.

Aun cuando se de la internación, el personal deberá compartir los objetivos del equipo interdisciplinario para la recuperación del paciente. Su meta primera es atender al paciente como un caso meramente clínico y con autonomía, para posteriormente ir incorporando a la familia en el proceso.

En lo que respecta al tratamiento de la bulimia, se puede observar que tiene objetivos muy similares a los de la anorexia. Jarne y Talarn (2000) resumen estos objetivos de la siguiente manera:

- Recuperar las pautas normales de nutrición.
- Recuperar el estado físico del paciente: incluye la normalización del peso, la rehidratación y nivelación electrolítica, la corrección de alguna anomalía física que se pudiera presentar, como reflujo gastrointestinal, erosión de la mucosa digestiva, dilatación gástrica, erosión del esmalte dental e inflamación de las parótidas.
- Normalizar el estado mental: implica la mejora del estado de ánimo, el tratamiento de posibles trastornos de personalidad, evitación de abuso de sustancias y corrección del estilo cognitivo erróneo.

- Restablecer relaciones familiares adecuadas, aumentando la participación y comunicación entre los miembros, restablecer pautas y roles, así como evitar los sentimientos de fracaso.
- Corrección de pautas de interacción social: aceptación del trastorno, afrontamiento del fracaso, aceptación de la responsabilidad, enfrentamiento de la impotencia y la evitación de los marcos sociales denigrantes.

En cualquiera de los casos, ya sea anorexia o bulimia, es importante recordar que el tratamiento debe realizarse en un ambiente multidisciplinario, con las condiciones adecuadas para la mejora del paciente.

De este modo concluye el presente capítulo y con él, el marco teórico. En las páginas siguientes se muestran los pormenores metodológicos del presente estudio, tanto de diseño como de recolección y procesamiento de datos.

## **CAPÍTULO 3**

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

Este capítulo está dedicado a presentar la investigación de campo referente a la metodología, descripción poblacional y el análisis de los resultados encontrados, los cuales permitieron el cumplimiento de los objetivos inicialmente planteados.

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

El presente apartado está enfocado a presentar los detalles y características metodológicas del trabajo de investigación realizado; éstas incluyen el enfoque, el tipo de investigación, el diseño, el alcance del estudio y las técnicas de recolección de datos.

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

A través de los años, los hombres de ciencia han manifestado distintos modos de interpretar la realidad y los fenómenos que se presentan en esta; en la actualidad, los estudiosos han establecido distintos enfoques sobre los cuales se pueden trazar las líneas de investigación.

La presente investigación estuvo basada en la línea del enfoque cuantitativo, el cual es descrito por Hernández y cols. (2010) como un conjunto de procesos

secuenciales y probatorios que inician con idea, la cual, una vez delimitada, deriva en objetivos y preguntas de investigación, que llevan a la revisión de la bibliografía para la creación de una perspectiva teórica.

En esta óptica, las preguntas de investigación originan hipótesis y determinan variables que son medidas en un contexto específico, de modo que sus resultados son analizados para establecer las conclusiones respectivas.

A partir de lo anterior, se puede resaltar que el enfoque cuantitativo se distingue por las siguientes características:

- Se plantea una problemática a estudiar, delimitada y concreta.
- Se consideran investigaciones pasadas sobre la misma temática para la construcción de un marco teórico que genera hipótesis.
- Se busca la comprobación de las hipótesis establecidas. De ser así, se aporta la evidencia a su favor; en caso contrario, las hipótesis son descartadas para dar pie a mejores explicaciones y nuevas teorías.
- La recolección de los datos se basa en la medición, por lo que se emplean procedimientos estandarizados y aceptados por la comunidad científica.
- Como resultado de las mediciones, los resultados son representados en forma numérica y analizados a través de la estadística.

- La interpretación se realiza con base en las suposiciones iniciales y de los estudios previos, por tanto, se debe explicar como los resultados encajan en el conocimiento existente.
- La investigación cuantitativa requiere ser objetiva. El investigador no debe alterar el fenómeno estudiado y por tanto, se deben dejar de lado las creencias, deseos y tendencias que pudiesen modificar los resultados.
- Debe seguirse un patrón predecible y previamente estructurado.
- Dentro de este tipo de investigaciones, se pretende generalizar los resultados encontrados en una población específica.
- Los resultados deben posibilitar la explicación y predicción de los fenómenos investigados.
- Ya que se sigue un orden establecido y se emplean técnicas estandarizadas, los datos concebidos son poseedores de los estándares de validez y confiabilidad necesarios para la generación de conocimiento.
- El razonamiento deductivo es utilizado de principio a fin.
- En este enfoque se pretende identificar las leyes universales y causales.
- Como resultado de una experimentación en la realidad externa del sujeto, se obtiene una explicación acerca de la concepción de la realidad que es objetiva y susceptible de conocerse.

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

Una vez descrito el enfoque de esta investigación y sus principales características, se procede a señalar el diseño adoptado.

El presente estudio cuenta con un diseño no experimental, el cual es descrito por Hernández y cols. (2010) como aquella investigación realizada sin alguna manipulación intencionada sobre los fenómenos trabajados, por tanto, éstos son sólo observados en su ambiente natural para su posterior análisis.

Tanto el estrés como los factores psicológicos de los trastornos alimenticios son variables que no pueden ser manipuladas para su análisis, lo cual justifica el diseño del presente trabajo.

### **3.1.3. Diseño transversal**

Una vez establecido que ésta es una investigación de diseño no experimental; es necesario mencionar que este tipo de estudios pueden ser longitudinales o transversales.

Hernández y cols. (2010), conceptualizan los estudios transversales como aquellos en los que se recolectan los datos en un momento único y determinado. De tal manera que su finalidad radica en la descripción de las variables, así como su incidencia e interrelación en ese momento preciso.

Con base en lo anterior, se define que el presente trabajo es un estudio transversal debido a la aplicación única de las pruebas correspondientes.

#### **3.1.4. Alcance correlacional.**

Los estudios transversales son divididos en tres tipos: se pueden encontrar exploratorios, descriptivos y correlacionales-causales.

Por sus características, esta investigación es de alcance correlacional. Hernández y cols. (2010), señala que este tipo de estudios se caracterizan porque describen la relación entre dos o más variables en un contexto determinado, ya sea en términos de correlación o en términos de causa-efecto.

El propósito de este tipo de trabajos es el conocer el nivel o grado de esta relación entre variables, tal como en el caso específico de esta investigación, que se propuso conocer la correlación entre el nivel de estrés y los factores psicológicos de los factores alimentarios.

Por último, es importante señalar que los estudios correlacionales tienen un valor explicativo, debido que al conocer las relación entre las variables se aporta la información causal, por tanto, entre mayor sea el numero de variables relacionadas y mayor sea la fuerza de esta relación, más completa es la información que se aporta.

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

Las técnicas de recolección de datos, bajo el enfoque cuantitativo, se pueden dividir en dos grandes grupos: las estandarizadas y las no estandarizadas. Las primeras poseen instrucciones de aplicación y calificación previa y confiablemente establecidas, así como ciclos de desarrollo y confirmación. En el caso de las no estandarizadas, sus procesos de aplicación son menos rigurosos y por tanto, son limitadas.

Para los fines de esta investigación se utilizaron dos pruebas o inventarios estandarizados; el CMAS-R y el EDI-2.

La prueba CMAS-R, subtitulada “lo que pienso y siento”, fue creada por Reynolds y Richmond (2010). Es un instrumento autoinforme, compuesto de 37 afirmaciones a responderse con un “sí” o con un “no”, y, que valoran el nivel y la naturaleza de la ansiedad en niños y adolescentes de seis a diecinueve años de edad.

La aplicación puede ser individual o colectiva y debe realizarse bajo los principios éticos de la aplicación de pruebas psicométricas.

Para la calificación, las respuestas “sí” son contadas y brindan la puntuación natural de ansiedad total. De igual manera, esta prueba brinda la posibilidad de puntuar cuatro subescalas:

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

En lo que corresponde a las características de confiabilidad y validez, la consistencia interna del CMAS-R, fue calculado con el coeficiente Alfa de Cronbach, el cual arrojó 0.76 para la escala de ansiedad total, 0.61 para la ansiedad fisiológica, 0.66 para inquietud/hipersensibilidad y 0.58 para la escala de preocupaciones sociales/concentración.

Por la parte de validez concurrente y discriminante, se obtuvo una correlación de 0.69 entre la escala de ansiedad total del CMAS-R y la puntuación Rasgo del Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo.

Referente al EDI-2 o Inventario de Desórdenes Alimenticios, creado por David Gardner (1998), se encuentra que es un instrumento de autoinforme para la evaluación de síntomas de la anorexia y bulimia nerviosa.

La prueba cuenta con 91 reactivos a contestarse con “nunca”, “pocas veces”, “a veces”, “a menudo”, “casi siempre” o “siempre”, según se presente cada situación en el individuo.

Los reactivos dan puntuación a las 11 escalas que componen el instrumento y 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.

La confiabilidad de esta prueba fue obtenida con el cálculo Alfa de Cronbach, mediante un coeficiente de consistencia interna, el cual dio un resultado de 0.80, suficiente para ser declarado confiable.

Por otra parte, la prueba fue sometida a los procedimientos de validez de contenido, de criterio, concurrente y de constructo, los cuales arrojaron puntajes suficientes para considerar esta prueba como válida.

### **3.2. Población y muestra.**

En este punto se torna importante señalar las características de los sujetos estudiados en el presente trabajo, así como el método de selección de los mimos.

#### **3.2.1. Descripción y delimitación de la población.**

Para los fines de investigación, la población es, según Hernández y cols. (2010) la totalidad de casos concretos que poseen y comparten una serie de especificaciones.

De igual manera, la muestra corresponde a cierta porción tomada de esta totalidad de casos.

En el presente trabajo, se contó con la población estudiantil del CBTA no. 89 de Taretan, Michoacán, la cual está conformada por jóvenes y adolescentes de 15 a 19 años distribuidos, en los tres grados de educación correspondientes al nivel de preparatoria.

### **3.2.2. Descripción del proceso de muestreo.**

De la población total antes mencionada se realizó un muestreo no probabilístico o dirigido el cual es definido por Hernández y cols. (2010) como el subgrupo de la población total donde la elección de los participantes no depende de la probabilidad, sino de las características específicas de la investigación.

Bajo este método, la muestra resultante en esta investigación fue de 116 estudiantes del segundo semestre de bachillerato tecnológico y agropecuario, según el programa de educación que la institución maneja. Estos jóvenes están en un rango de edad de 15 y 16 años, con características socioeconómicas oscilantes entre el nivel medio-bajo y bajo.

La muestra utilizada fue elegida deliberadamente por el director de la institución, con base en las necesidades de la escuela y las posibilidades de intervención y seguimiento en los estudiantes elegidos.

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

La idea de realizar el presente trabajo nació de la inquietud expresada por los profesores de la institución examinada, quienes manifestaron haber escuchado comentarios de sus estudiantes relacionados con el peso; sobre todo alumnas con una complexión física delgada que se hacían reproches por estar, desde su punto de vista y en sus palabras, gordas. De igual manera, algunos profesores comentaron observar en sus estudiantes gran fatiga o conductas relacionadas al estrés y la ansiedad, como la sudoración de manos o los movimientos repetidos de extremidades.

Una vez captadas las dos variables, se concretó la idea de la investigación, la cual permitió plantear objetivos e hipótesis sobre la correlación de las variables y sobre la información necesaria sobre ellas para sustentar los resultados encontrados.

De esta forma, se elaboró un marco teórico constituido por dos capítulos con información vasta acerca de las variables; se abordó la conceptualización de cada una, los principales enfoques o teorías al respecto, así como causas y consecuencias en cada caso.

Para realizar la parte experimental, se llevó un proceso sencillo gracias a las facilidades por parte de la institución. Primeramente se tuvo una entrevista con el director, quien ya tenía conocimiento de la situación manifestada por los profesores

con anterioridad, por lo que seleccionó la muestra a utilizar y otorgó los permisos y las facilidades necesarias para realizar el trabajo.

Posteriormente, se visitaron los salones donde se efectuó la aplicación de las pruebas, cuidando todos factores que pudieran propiciar la eficacia de dicha tarea. Ésta se realizó de manera colectiva en grupos de aproximadamente 30 sujetos, los cuales trabajaron en las pruebas de manera ordenada, siguiendo las indicaciones y mostrando su interés; ocasionalmente realizaron preguntas al no entender alguno de los reactivos de las escalas e incluso se acercaron a formular algunas preguntas de carácter personal al término de la aplicación.

Los instrumentos fueron calificados con las plantillas correspondientes a cada test, para posteriormente obtener los valores percentilares de cada escala con ayuda de los baremos establecidos por la prueba y por las características de la población.

En el caso de la prueba CMAS-R, se evaluó la escala de Mentira, la cual invalidó los instrumentos que excedían los límites para ser considerados como confiables.

Posteriormente, se realizó el análisis de resultados mediante una matriz con los datos recabados de la aplicación, para después, ser utilizada en la obtención de las medidas de tendencia central: media, moda y mediana. Del mismo modo, se obtuvo la desviación estándar, el coeficiente de correlación “r” de Pearson, la

varianza de factores comunes, el porcentaje de influencia y la proporción de sujetos que presentan niveles altos en las distintas escalas.

Con esta información también se realizaron los anexos que representan gráficamente los resultados del trabajo de investigación.

Finalmente se procedió a redactar el informe de los resultados obtenidos. Este fue presentado en tres categorías: la primera aborda los resultados de la variable estrés; la segunda, los resultados de la variable indicadores psicológicos de los trastornos alimenticios; la tercera, las correlaciones encontradas entre las variables.

Con base en este informe se redactaron las conclusiones y las sugerencias de trabajo sobre las problemáticas encontradas, para llegar así a la culminación del presente estudio.

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

En el siguiente apartado se muestran los resultados obtenidos empíricamente. En primer lugar se aborda la variable estrés, seguida por la variable factores psicológicos de los trastornos alimenticios y, por último, se señala la correlación encontrada entre dichas variables.

#### **3.4.1. Estrés.**

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

Con esta conceptualización se realizó el acopio de datos, los cuales fueron primeramente analizados para obtener las medidas de tendencia central de los puntajes percentilares en cada escala, de modo que se obtuvieron los siguientes resultados.

Respecto a los datos correspondientes al nivel de ansiedad total, subescala tomada como el principal indicador del estrés, se encontró una media de 68. Es importante señalar que la media es la medida de tendencia central resultante de la suma de un conjunto de datos, dividida entre el número de total de medidas (Hernández y cols.; 2010).

De igual manera fue calculada la mediana, la cual es señalada por Hernández y cols. (2010) como el valor medio de un conjunto de valores ordenados: el valor abajo y arriba del cual cae un número igual de medidas. El resultado de este índice para la ansiedad total fue de 73.

A continuación se encontró el valor que ocurre con más frecuencia en el conjunto de observaciones (Hernández y cols.; 2010), llamado moda, la cual mostró un resultado de 99.

También se obtuvo el valor de la desviación estándar, medida de dispersión que es descrita por Hernández y cols. (2010) como la raíz cuadrada de la suma de las desviaciones al cuadrado de una población, dividida entre el total de observaciones; la cual resultó en 26.

Bajo este mismo análisis se trabajó con la subescala ansiedad fisiológica, a partir de la cual se obtuvo una media de 68, una mediana de 71, una moda de 99 y una desviación estándar de 27.

Posteriormente se analizó la subescala inquietud/hipersensibilidad, en la que se encontró una media de 66, una mediana de 72, una moda de 87 y una desviación estándar de 24.

Por último, se realizaron los cálculos correspondientes a la subescala preocupaciones sociales/concentración, donde se obtuvo como resultado una media de 60, una mediana de 63, una moda de 76 y una desviación estándar de 29.

El anexo 1 muestra los resultados de la media aritmética de las escalas mencionadas, en forma gráfica.

Una vez presentados los datos de medidas de tendencia central y desviación estándar, se muestran ahora los porcentajes de los sujetos que obtuvieron puntuaciones altas en las diferentes escalas, es decir, que presentan un percentil mayor a 70 en cada una de ellas.

Respecto a la escala de ansiedad total, el 51% de la población resultó por arriba del percentil 70; en la subescala ansiedad fisiológica el porcentaje fue de 50%; por su parte, la subescala inquietud/hipersensibilidad resultó en el 52% de sujetos con niveles altos; por último, la subescala preocupaciones sociales/concentración muestra el 43% de sujetos que presentan percentiles superiores al límite indicado.

Estos porcentajes pueden ser observados gráficamente en el anexo 2.

A partir de los datos expresados se puede concluir que el nivel resultante en los indicadores de ansiedad en los alumnos de segundo semestre del CBTA 89 se encuentra en general lindando el nivel alto y de alarma, ya que aunque las escalas se encuentran dentro del rango de normalidad, se puede observar que la tendencia

es a la alza y que la diferencia entre los niveles obtenidos y los de riesgo, es mínima. Tal situación es digna de llamar la atención de las autoridades de la institución para desarrollar líneas de trabajo en torno a esta problemática.

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

Es necesario recordar que se distinguen dos principales trastornos alimenticios: la anorexia y la bulimia.

La anorexia es caracterizada según la APA (2000), por el rechazo a mantener un peso normal, el miedo creciente a la obesidad y una notable distorsión en la percepción de la forma y tamaño de su cuerpo. De igual manera se destaca la presencia de amenorrea en las mujeres y la negación del apetito, más que una pérdida de éste.

Por su parte, la bulimia es considerada por Jarne y Talarn (2000) como una serie de atracones seguidos por conductas de purga, ante los cuales el individuo genera cambios de humor, tristeza, sentimientos de autocompasión y menosprecio.

Al igual que con la variable anterior, con la conceptualización presente se analizaron los datos correspondientes para conocer las medidas de tendencia central y de dispersión de cada una de las escalas del EDI-2.

En primera instancia se trabajó con la subescala obsesión por la delgadez, la cual dio como resultado una media de 59, una mediana de 59, una moda de 32 y una desviación estándar de 25.

En cuanto a la subescala de bulimia, la media se encontró con un valor de 58, la mediana mostró 47, la moda 41 y la desviación estándar, 18.

Al analizar la insatisfacción corporal, la media resultó en 63, la mediana en 63, la moda en 91 y la desviación estándar, en 24.

Por su parte, la subescala de ineficacia mostró una media de 65, una mediana de 67, una moda de 44 y una desviación estándar de 22.

En continuidad, se encontraron los valores de la subescala perfeccionismo, los cuales arrojaron una media de 54, la mediana de 51, la moda de 76 y la desviación estándar de 29.

Respecto a la subescala de desconfianza interpersonal, se obtuvo la media de 68, la mediana de 74, la moda de 40 y desviación estándar de 25.

En la subescala de conciencia introceptiva, se encontró una media de 59, una mediana de 59, una moda de 59 y una desviación estándar de 26.

Para continuar, se analizó la subescala de miedo a la madurez, donde la media fue de 74, la mediana de 82, la moda de 94 y la desviación estándar de 22.

Por otra parte, se encontró que la subescala de ascetismo mostró en valores, una media de 43, una mediana de 40, una moda de 19 y una desviación estándar de 29.

A continuación se trabajó sobre la subescala impulsividad, la cual mostró una media de 64, una mediana de 66, una moda de 36 y una desviación estándar de 25.

Por último, se trabajó con la subescala inseguridad social, en la que se encontraron: una media de 74, una mediana de 81, una moda de 88 y una desviación estándar de 21.

Las medias aritméticas de las subescalas ya analizadas, son representadas gráficamente en el anexo 3.

A continuación se presentan los porcentajes de los individuos que presentaron niveles altos en las escalas analizadas, es decir, que obtuvieron un percentil mayor a 70 en éstas.

En la subescala obsesión por la delgadez, se encontró un 41% de sujetos con niveles altos; en la subescala bulimia se tiene el 25%; en la insatisfacción corporal, el 38%; en ineficacia y en perfeccionismo, el 39%; en desconfianza interpersonal, el

57%; en conciencia introceptiva, el 36%; en la subescala miedo a la madurez, el 65%; en contraste, la de ascetismo muestra el 21%; se encontró el 49% de niveles altos en la subescala impulsividad, mientras que la última subescala, inseguridad social, arrojó el 70%.

Los porcentajes mencionados pueden ser observados gráficamente en el anexo 4.

Según estos resultados, se puede afirmar que los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en el CBTA 89 se presentan en general, con notable proximidad a los niveles altos. Aun cuando la mayoría de las escalas se encuentran dentro del rango de normalidad, se puede observar que la diferencia es mínima para aparecer en el nivel de alarma.

En el caso de las escalas de miedo a la madurez e inseguridad social, se puede observar que presentan un nivel alto y por tanto de alarma, al presentar ambas, percentiles mayores a 70.

Dichos resultados son de relevancia esencial para llamar la atención de los directivos de la institución y así comenzar a tomar las medidas necesarias en esta problemática.

### **3.4.3. Correlación entre los niveles de estrés y trastornos alimenticios.**

En este apartado se muestran los resultados obtenidos en el análisis de correlación estadística entre las dos variables estudiadas.

A lo largo de este trabajo se han mencionado fuentes literarias que sustentan la relación entre ambos fenómenos. Ejemplo de éstas son la denominada “Los trastornos alimentarios y su relación con el estrés en alumnas del CECyTEM de Nahuatzen, Michoacán”, realizada por Maldonado (2011) o el trabajo llamado “La relación del estrés y los trastornos alimenticios en una escuela secundaria” elaborado por Vidales (2011), donde los trastornos alimenticios se han visto presentes en sujetos que manifiestan altos niveles de estrés, en poblaciones similares a la estudiada en el presente documento.

A través de este estudio, se analizan los índices de correlación “r” de Pearson, entre las variables ya expuestas, en la población estudiantil del segundo semestre del CBTA 89. Los resultados fueron los siguientes:

En primera instancia se encontró que la correlación entre el estrés y la escala de obsesión por la delgadez, tiene un coeficiente de 0.02, que es considerado positivo, sin embargo, estadísticamente no es suficiente para ser considerado como indicador de correlación entre las variables, según Hernández y cols. (2010).

Con el fin de conocer la influencia entre el nivel de estrés y los factores psicológicos de los trastornos alimenticios, se obtuvo la varianza de factores comunes, en la cual, a través de un porcentaje se muestra el grado de correlación entre las variables. Para obtener esta medida, sólo se eleva al cuadrado el coeficiente de correlación obtenido mediante la “r” de Pearson (Hernández y cols.; 2010).

El resultado de la varianza fue de 0.00, lo cual muestra que el estrés y la obsesión por la delgadez están relacionados en un 0%, con lo cual se corrobora la ausencia de correlación significativa entre estos dos fenómenos, debido a que se necesitaría al menos un 10% para considerarlo estadísticamente relevante.

Posteriormente se obtuvo la correlación entre la variable estrés y la subescala bulimia, la cual arrojó un coeficiente de 0.21, esto nuevamente señala una correlación positiva débil y por tanto, no significativa.

Estos datos se ven corroborados por la varianza de factores comunes encontrada con un valor de 0.05, equivalente a un porcentaje de influencia del 5%.

En continuidad, se analizó la correlación entre estrés y la subescala insatisfacción corporal, cuyo resultado fue un coeficiente de 0.09, que indica la ausencia de correlación entre estas variables.

Tal información es reforzada por la varianza de factores comunes, que en este caso fue de 0.01, lo cual se traduce en un 1% de influencia entre el estrés y la insatisfacción corporal.

Consiguientemente, se calculó la correlación entre el estrés y la subescala ineficacia. Dicho coeficiente fue de 0.17, lo que indica una correlación positiva entre los datos, sin embargo, estadísticamente es una correlación positiva débil y por tanto, no significativa.

Al calcular la varianza de factores comunes se obtuvo un resultado de 0.03, el cual representa el 3% de influencia entre las variables; ratificando así, la ausencia de correlación significativa.

A continuación se examinó la correlación entre las variables estrés y perfeccionismo, dicho análisis arrojó un coeficiente de 0.21, el cual indica una correlación positiva débil entre los fenómenos, lo cual es insuficiente para ser considerada como significativa.

Dicha concepción es corroborada por la varianza de factores comunes resultante en 0.04, esto es, 4% de nivel de influencia entre las variables.

Consiguientemente, se trabajó sobre la escala estrés y la subescala desconfianza interpersonal; al calcular la correlación, se encontró un coeficiente de 0.10, el cual indica una clara ausencia de correlación.

Con la varianza de factores comunes resultante en 0.01 y representada en el 1% de influencia, se corrobora la ausencia de correlación entre estas variables.

A continuación se calculó la correlación entre el estrés y la conciencia introceptiva, tal operación resultó en un 0.32 de coeficiente, éste indica una correlación positiva media y por tanto, significativa.

De igual manera, se corroboró la información con la varianza de factores comunes, en la cual se obtuvo 0.11, mostrando un 11% de influencia entre las variables analizadas.

Posteriormente se realizó el análisis entre el estrés y la subescala miedo a la madurez, del cual se obtuvo un coeficiente de correlación de 0.03, el cual indica ausencia de correlación significativa entre las variables.

Consecuentemente, al calcular la varianza de factores comunes, se encontró como resultado 0.00, representado en el 0% de influencia, lo cual reitera la ausencia de correlación.

Enseguida se calculó la relación entre el estrés y la subescala ascetismo, dicha operación resultó con un coeficiente de 0.09, el cual indica la ausencia de correlación entre estos fenómenos.

Tal aseveración es corroborada por la varianza de factores comunes, que resulta en 0.01 y que representa el 1% de influencia entre estas escalas.

Se prosiguió con el trabajo sobre la escala estrés y la subescala impulsividad, éstas dieron como resultado un coeficiente de correlación de 0.24, que indica una correlación positiva débil entre las escalas, sin embargo, estadísticamente no es significativa.

Por su parte la varianza de factores comunes, resultó en 0.06, la cual representa el 6% de influencia entre variables y por tanto corrobora la ausencia de correlación significativa.

Para finalizar, se calculó la correlación entre el estrés y la inseguridad social, esto mostró un coeficiente de 0.17, lo cual indica una correlación positiva débil y por tanto, no significativa estadísticamente.

Lo anterior es comprobado de igual manera por la varianza de factores comunes, resultante en 0.03 y equivalente al 3% de influencia entre las variables analizadas.

Los resultados obtenidos en cuanto a los niveles de correlación entre las escalas se pueden observar gráficamente en el anexo 5.

Con base en los datos estadísticos mencionados anteriormente, se puede concluir que la escala de los indicadores psicológicos de los trastornos alimenticios llamada conciencia introceptiva, presenta una correlación positiva y significativa con la variable estrés; mientras que el resto de las escalas: obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad e inseguridad social, muestran estadísticamente ausencia de correlación significativa con la escala de estrés.

Con esta base se afirma que la hipótesis de trabajo que enuncia: existe correlación significativa entre el nivel de estrés y los indicadores psicológicos de los trastornos alimenticios en los estudiantes del segundo semestre del CBTA 89, se corrobora en el caso de la subescala conciencia introceptiva.

De igual manera, para el resto de las subescalas se confirma la hipótesis nula que señala: no existe correlación significativa entre el nivel de estrés y los indicadores psicológicos de los trastornos alimenticios en los estudiantes del segundo semestre del CBTA 89.

Desde el punto de vista de la psicología educativa, se puede observar que si bien los trastornos alimenticios y el estrés no están totalmente correlacionados, sí se encuentran presentes en la población estudiantil, y, aún más, existen en porcentajes altos de la población y en un nivel tendiente al de riesgo, por tal motivo, se deben

dirigir líneas preventivas y de trabajo para contrarrestar los efectos de estos fenómenos en la población.

## CONCLUSIONES

La presente investigación planteó como hipótesis de trabajo que existe correlación significativa entre el nivel de estrés y los indicadores psicológicos de los trastornos alimenticios en los estudiantes del segundo semestre del CBTA 89, sin embargo, esto pudo corroborarse sólo con una de las once subescalas de los indicadores psicológicos de los trastornos alimenticios, llamada conciencia introceptiva.

De tal manera que la hipótesis nula, que señala: no existe correlación significativa entre el nivel de estrés y los indicadores psicológicos de los trastornos alimenticios en los estudiantes del segundo semestre del CBTA 89, es aceptada para el resto de las escalas.

Por su parte, los objetivos particulares de naturaleza teórico conceptual concernientes al estrés, fueron vastamente cubiertos en el capítulo teórico 1. En éste, se conceptualizó la variable, se identificaron las principales clasificaciones y se analizaron los distintos enfoques del fenómeno.

Bajo el mismo esquema, los conceptos fundamentales relacionados a la variable trastornos alimenticios, y, que son considerados en los objetivos particulares del presente trabajo, son cubiertos en el capítulo teórico 2. Aquí se conceptualizan los trastornos alimenticios, se analizan las principales aportaciones teóricas acerca

de la variable, y se abarcan los principales indicadores psicológicos de los trastornos alimenticios.

De igual manera el objetivo empírico donde se pretendió observar el nivel de estrés en los estudiantes del CBTA 89, se logró mediante el uso de la prueba CMAS-R. Es importante reiterar que la población estudiada presenta una tendencia al nivel alto de estrés, tal como se analiza en el capítulo 3.

Por su parte, el objetivo de trabajo relacionado con la variable trastornos alimentarios, se cumplió ampliamente utilizando la prueba psicométrica EDI-2, la cual arrojó que las escalas miedo a la madurez e inseguridad social se encuentran en un nivel alto. De igual forma se encontró que aun cuando el resto de las escalas se encuentra dentro del rango normal, se presenta una clara tendencia a superarlo, como se explica en el capítulo 3.

De manera global, el objetivo general del presente trabajo pretendió encontrar estadísticamente la correlación entre las variables establecidas. Dicho objetivo se vio cumplido a través de la consecución y culminación de los objetivos particulares, por tanto, es importante retomar que dicha correlación se encontró significativa entre el estrés y la escala conciencia introceptiva.

Si bien la presente investigación no encontró correlaciones significativas en todas las variables, sí encontró niveles altos de estrés y de indicadores psicológicos

de los trastornos alimenticios. Esto da origen a distintas líneas de trabajo sobre dichos fenómenos.

Al ser ésta una de las primeras investigaciones en este contexto y la primera sobre esta población específica, deja abiertas muchas posibilidades de investigación y de intervención; se puede emplear el presente trabajo para descartar los trastornos alimenticios como originarios del estrés y así, realizar otros estudios para encontrar la causa de éste; de igual manera, se pueden realizar trabajos en torno a los trastornos alimenticios y sus causas.

En cualquiera de los casos es importante retomar que ambas problemáticas están presentes en la población estudiada. Por tal motivo, es imperioso generar líneas y métodos de trabajo tanto de enfoque preventivo como de acción inmediata en búsqueda de soluciones que mejoren el nivel de vida de los estudiantes del CBTA

89.

## BIBLIOGRAFÍA

- Ajuriaguerra J. (1973)  
Manual de psiquiatría infantil.  
Editorial Masson. Barcelona.
- American Psychiatric Association (APA). (2002)  
DSM-IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.  
Editorial Masson. Barcelona.
- Cascio Pirri, Andrés; Guillén Gestoso, Carlos (Coordinadores). (2010)  
Psicología del trabajo.  
Editorial Ariel. Barcelona.
- Castillo S., María Dolores; León E., María Teresa. (2005)  
Trastornos del comportamiento alimentario: anorexia y bulimia nerviosa.  
Editorial Formación Alcalá, 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.
- Cungi, Charyl. (2007)  
Estrés bajo control.  
Ediciones Larousse. México.
- Fontana, David. (1992)  
Control del estrés.  
Editorial Manual Moderno. México.
- Gardner, David M. (1998)  
Inventario de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2).  
TEA Ediciones. Madrid.
- Hernández Sampieri, Roberto; Fernández-Collado, Carlos; Baptista Lucio, Pilar.  
(2010)  
Metodología de la Investigación.  
Editorial McGraw-Hill. México.
- Ivancevich, John; Matteson, Michael. (1985)  
Estrés y trabajo.  
Editorial Trillas. México.

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

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

Kirszman, Diana; Salgueiro, María del Carmen. (2005)  
El enemigo en el espejo.  
Ediciones TEA. México.

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

Maldonado Villa, Alejandra. (2011)  
Los trastornos alimentarios y su relación con el estrés en alumnas del CECyTEM de Nahuatzen, Michoacán.  
Tesis inédita de la Escuela de Psicología de la Universidad Don Vasco, A.C., Uruapan, Michoacán, México.

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

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

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

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

Reynolds, Cecil R.; Richmond, Bert O. (2010)  
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.

Vidales Esquivel, Paola Alejandra. (2011)  
La relación del estrés y los trastornos alimenticios en una escuela secundaria.  
Tesis inédita de la Escuela de Psicología de la Universidad Don Vasco, A.C.,  
Uruapan, Michoacán, México.

## MESOGRAFÍA

Barraza Macías, Arturo. (2005)

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

Revista PsicologíaCientífica.com, 7(9).

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

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

“Estrés y trastornos de la conducta alimentaria”

Revista Chilena Neuro-psiquiatría.

<http://www.scielo.cl/pdf/rchnp/v47n3/art02.pdf>

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

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

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

[http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu\\_desarrollo/anteriores/7/007\\_Caldera.pdf](http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/7/007_Caldera.pdf)

Frideres, Jillian; Palao, José Manuel. (2005)

“Estudio descriptivo de los factores de riesgo de los trastornos alimenticios en atletas universitarias de cross country”

Revista Digital, Buenos Aires. Año 10, N° 89, octubre de 2005.

<http://www.efdeportes.com/efd89/cross.htm>

Hernández García, Mariamparo A. (2006)

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

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

[http://www.uvmnet.edu/investigacion/episteme/numero8y9-06/reportes/a\\_anorexia.asp](http://www.uvmnet.edu/investigacion/episteme/numero8y9-06/reportes/a_anorexia.asp)

López, C. Berenice; Nuño, G. Bertha Lidia; Arias, I. Alba Gloria.

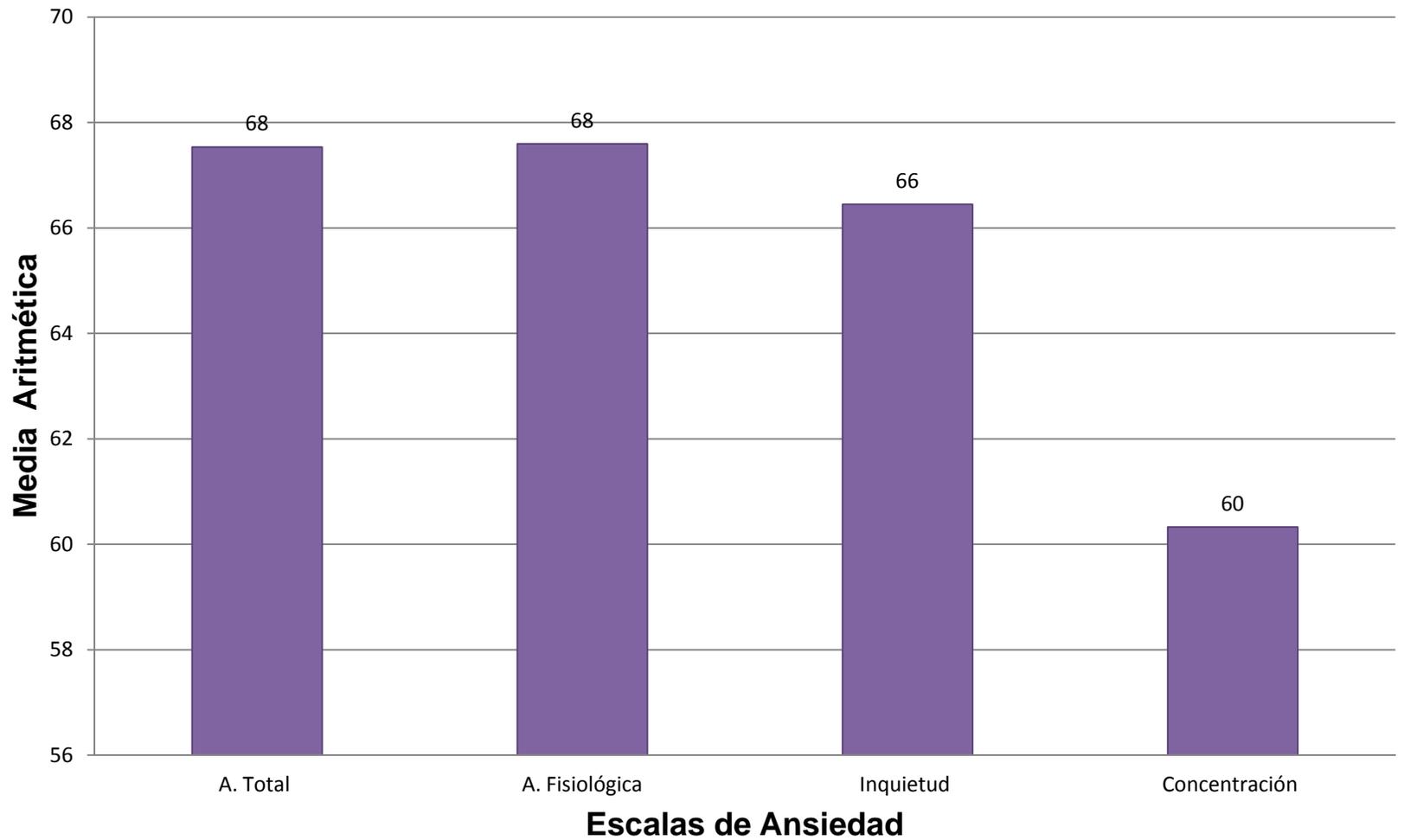
“Una aproximación a la estructura familiar de mujeres con anorexia y bulimia”

Instituto Mexicano del Seguro Social.

<http://www.tallesur.com/adolec/libros/libroanorexia.pdf>

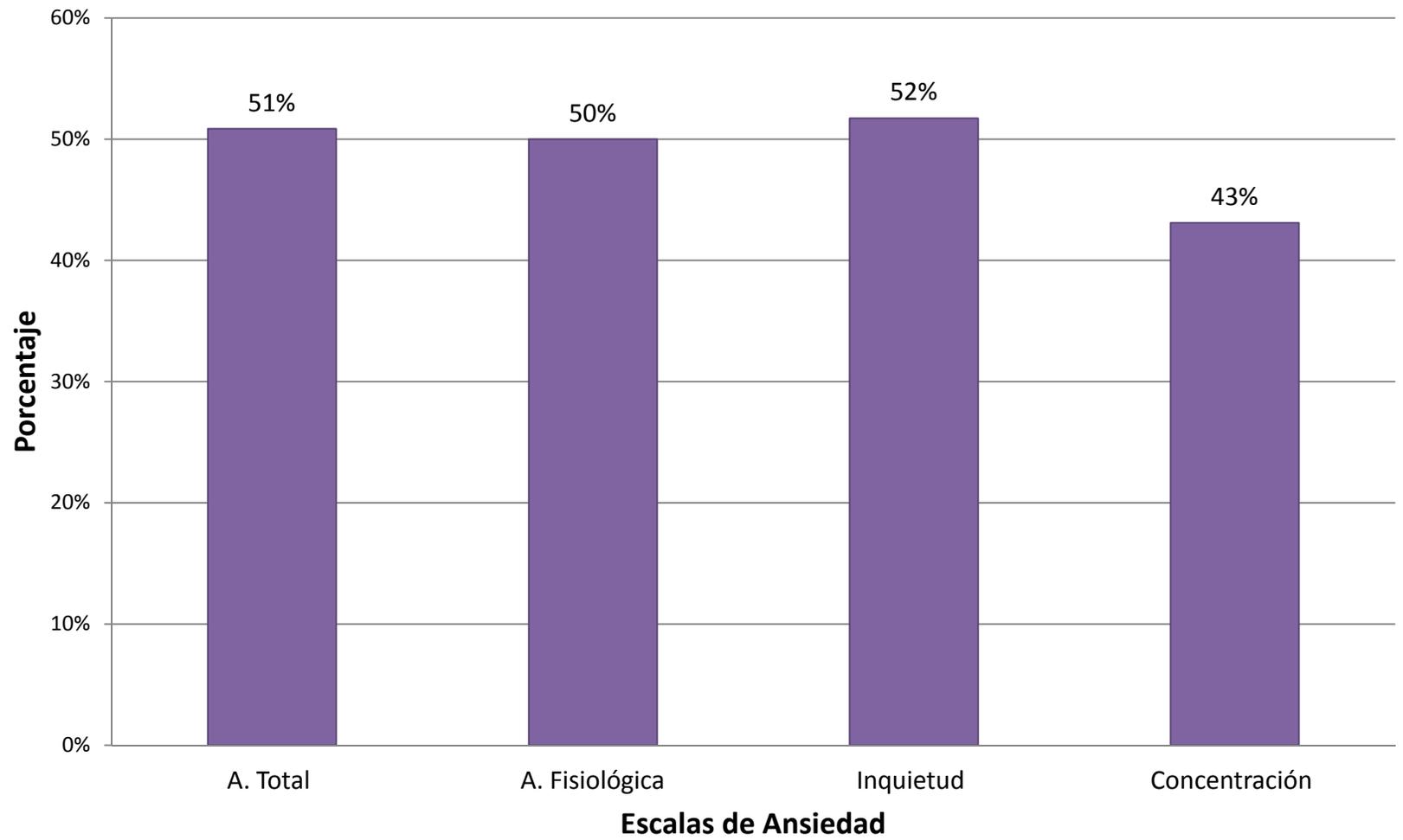
## Anexo 1

### Media Aritmética Escalas de Ansiedad



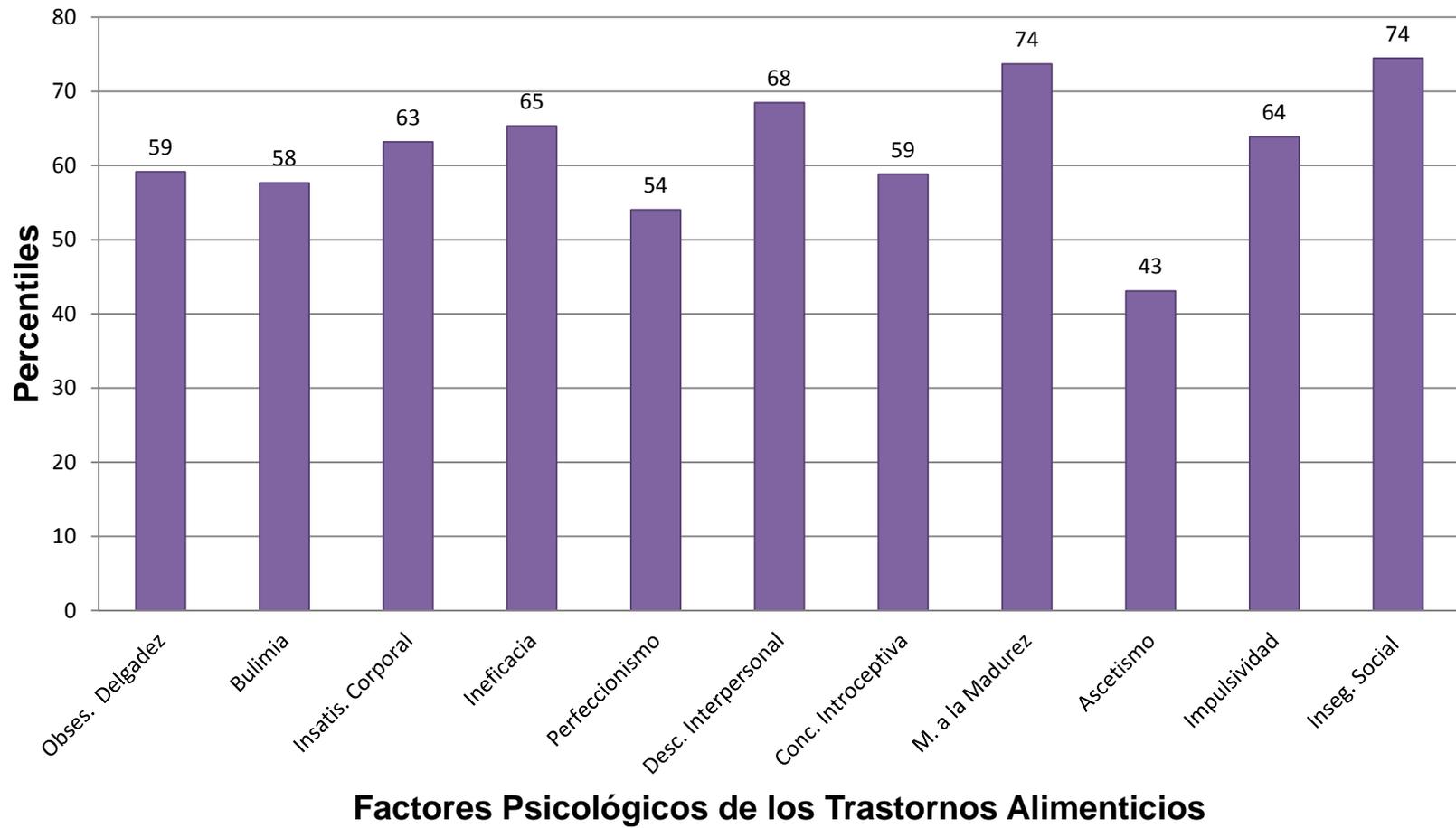
## Anexo 2

### Porcentaje de Sujetos con Nivel Alto de Ansiedad



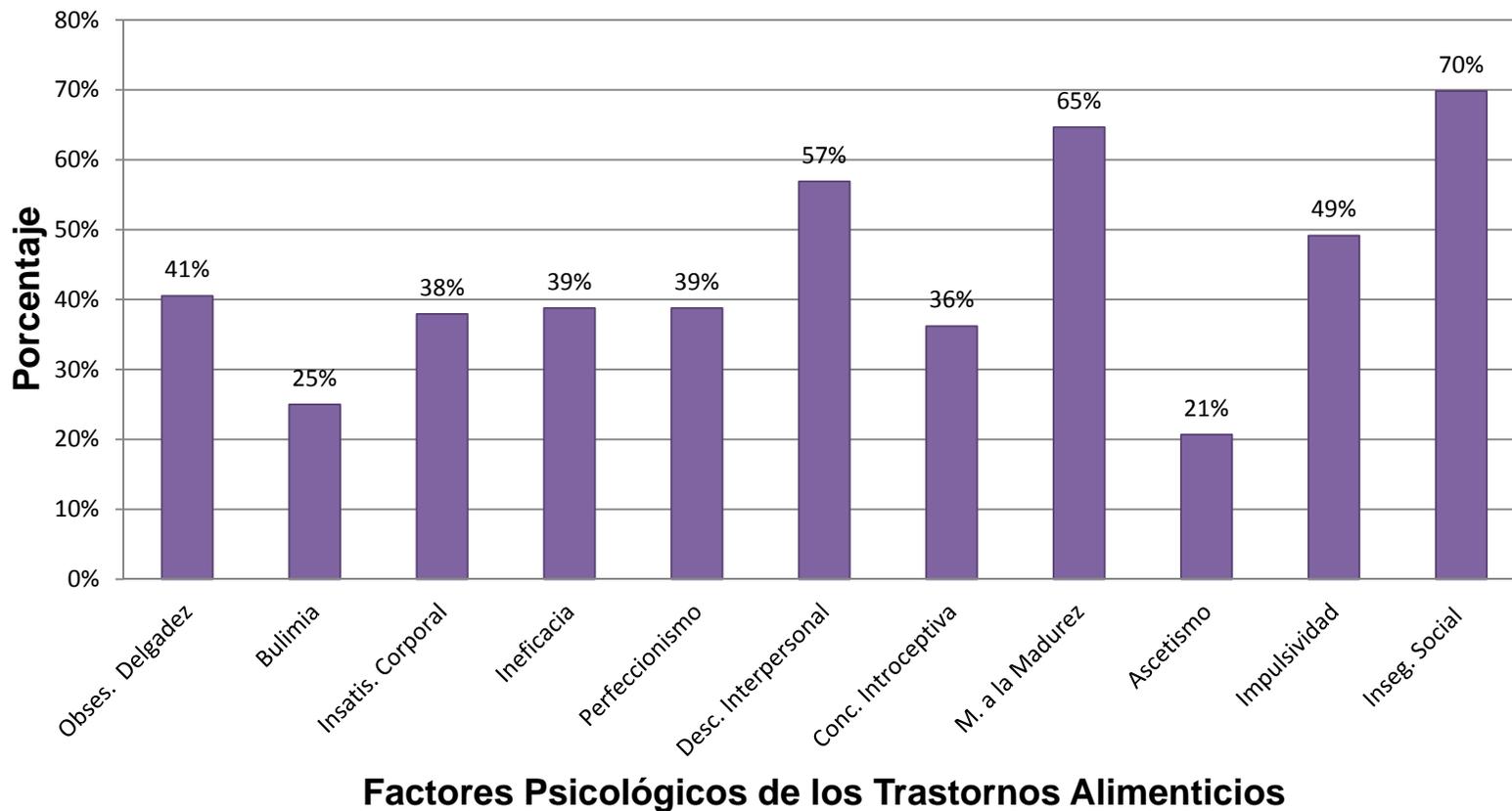
### Anexo 3

## Media Aritmética Factores Psicológicos de los Trastornos Alimenticios



## Anexo 4

### Porcentajes Altos de los Factores Psicológicos de los Trastornos Alimenticios



## Anexo 5 Correlación entre Variables

