



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

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

***RELACIÓN ENTRE EL ESTRÉS Y LOS FACTORES PSICOLÓGICOS ASOCIADOS  
A LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN EL CETIS N° 27, DE URUAPAN MICH.***

**TESIS**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

**Licenciada en Psicología**

Karla Ivett Amezcu Caballero

Asesora: Lic. Gisela Mayanín Tafolla Torres

Uruapan, Michoacán, a 8 de mayo de 2013



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

# ÍNDICE

## **Introducción.**

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

## **Capítulo 1. Estrés.**

1.1. Antecedentes históricos del estrés . . . . .	13
1.2. Tres enfoques teóricos. . . . .	16
1.2.1. El estrés como estímulo. . . . .	16
1.2.2. El estrés como respuesta . . . . .	17
1.2.3. El estrés como relación persona-entorno. . . . .	17
1.2.3.1. El concepto integrador de estrés. . . . .	19
1.3. Los estresores. . . . .	19
1.3.1. Estresores psicosociales. . . . .	21
1.3.2. Estresores biogénicos. . . . .	23
1.3.3. Estresores en el ámbito académico. . . . .	24
1.4. Procesos de pensamiento que propician el estrés . . . . .	26
1.5. Los moduladores del estrés. . . . .	27
1.5.1. El control percibido. . . . .	28

1.5.2. El apoyo social.	30
1.5.3. El tipo de personalidad: A/B.	31
1.5.3.1. Personalidad tipo A y problemas cardíacos.	33
1.6. Los efectos negativos del estrés.	35

## **Capítulo 2. Trastornos alimenticios.**

2.1. Antecedentes históricos de la alimentación.	39
2.2. Definición y características clínicas del trastorno alimenticio	40
2.2.1. Anorexia.	41
2.2.2. Bulimia.	44
2.2.3. Obesidad.	47
2.2.4. Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas.	47
2.2.5. Vómitos en otras alteraciones psicológicas.	49
2.2.6. Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia.	49
2.3. Esfera oroalimenticia en el infante.	54
2.3.1. Organización oroalimenticia.	54
2.3.2. Alteraciones en la esfera oroalimenticia.	56
2.4. Perfil de la persona con trastornos de alimentación.	58
2.5. Causas de los trastornos alimenticios.	60
2.5.1. Factores predisponentes individuales.	61
2.5.2. Factores predisponentes familiares.	62
2.5.3. Factores socioculturales.	63
2.6. Percepción del cuerpo en el trastorno alimenticio.	64
2.7. Factores que mantienen los trastornos alimenticios	66

2.8. Trastornos mentales asociados a los trastornos alimenticios. . . . .	67
2.8.1. Trastornos alimenticios y depresión. . . . .	68
2.8.2. Trastornos alimenticios y ansiedad. . . . .	69
2.9. Tratamiento de los trastornos alimenticios. . . . .	70

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

3.1. Descripción metodológica. . . . .	73
3.1.1. Enfoque cuantitativo. . . . .	73
3.1.2. Investigación no experimental. . . . .	74
3.1.3. Diseño transversal. . . . .	75
3.1.4. Alcance correlacional. . . . .	75
3.1.5. Técnicas de recolección de datos. . . . .	76
3.2. Población y muestra. . . . .	80
3.2.1. Delimitación y descripción de la población. . . . .	81
3.2.2. Proceso de selección de la muestra. . . . .	81
3.3. Descripción del proceso de investigación. . . . .	82
3.4. Análisis e interpretación de los resultados.. . . .	84
3.4.1. Estrés. . . . .	84
3.4.2. Indicadores psicológicos de los trastornos alimenticios. . . . .	87
3.4.3. Correlación entre el estrés y los trastornos alimenticios. . . . .	90
Conclusiones. . . . .	102
Bibliografía. . . . .	104
Mesografía . . . . .	106
Anexos.	

## **DEDICATORIAS Y AGRADECIMIENTOS**

A mis padres: Ma. del Carmen Caballero Vázquez y José Gpe. Amezcua Torres, por enseñarme el valor detrás de cada esfuerzo, por apoyar cada una de mis decisiones y alentarme a perseguir siempre mis sueños, por el amor y los regaños, por la confianza y por estar siempre a mi lado sin importar las circunstancias. Infinitas gracias.

A mis hermanos Emmanuel y Alejandro, gracias por su apoyo incondicional y por ser parte de esta etapa tan importante en mi vida.

A mi amigo, compañero y amor Ulises, por compartir conmigo este nuevo logro, porque a lo largo de esta etapa hemos crecido y aprendido el uno del otro y lo más importante, porque hoy nos une la felicidad y el amor hacia nuestra bebé que viene en camino; a ella, por ser de hoy en adelante mi mayor motivación, muchas gracias.

A mis amigos Elí, Rosalinda, Paola, Alina, Patty y Abril, por cada uno de los momentos vividos, por estar ahí de manera incondicional, por cada recuerdo y por lo que aún nos falta por compartir, mil gracias.

A mis profesores Lic. José de Jesús González Pérez y Lic. Héctor Raúl Zalapa Ríos, por el conocimiento compartido y por ejercer su labor docente con tanta responsabilidad, gracias.

# INTRODUCCIÓN

Hoy existen problemáticas que son más notorias con el paso del tiempo y que afectan en gran medida a la sociedad; el estrés y los trastornos alimentarios son algunas de ellas. Por esto, en el presente estudio se abordan dichas variables, con la finalidad de conocer si existe correlación entre las mismas. La población a examinar se compone de estudiantes del segundo semestre de bachillerato.

En este apartado se mencionan aquellos puntos que dan estructura a la presente investigación, como son: los antecedentes, el planteamiento del problema, los objetivos, las hipótesis, la justificación y el marco de referencia. A continuación se puntualiza cada uno de ellos.

## **Antecedentes**

Al escuchar la palabra estrés es muy común asociarla a diversas situaciones de la vida cotidiana: la carencia económica o el conseguir trabajo son claros ejemplos de cómo algunas personas pueden sentirse identificadas con dicha condición, pero ¿en qué momento es adecuado hablar de este fenómeno?, o ¿cómo puede diferenciarse el estrés de otra problemática? Para que el término no se confunda ni se aplique de forma inadecuada, se considera conveniente definir este término y de esta forma, buscar su entendimiento y aplicación correcta.



El término estrés fue adoptado por Selye en la década de 1930 cuando el estudiante de origen austriaco identificó una sintomatología común en los enfermos a los que estudiaba: el cansancio, la pérdida de apetito y la astenia eran algunos de ellos (Caldera y cols.; 2007)

El origen del término estrés es anglosajón y significa tensión o presión, esto de acuerdo con Caldera y cols. (2007), y se refiere a un proceso adaptativo para la supervivencia. Según dichos autores, Selye discurre que enfermedades como las cardíacas, la hipertensión arterial, así como los trastornos emocionales, eran resultado de cambios fisiológicos originados por una prolongación del estrés en los órganos, además de que dichas variaciones podrían determinarse genéticamente.

Cabe mencionar que Caldera y cols. (2007) refieren que tanto el enfoque fisiológico como el bioquímico convergen en la importancia de acentuar las respuestas orgánicas, mientras tanto, en lo que respecta a las orientaciones psicológicas y sociales, éstas se concentran en el estímulo y la situación causante del estrés, por lo que enfatizan el agente externo.

Caldera y cols. realizaron en el año 2007 una investigación utilizando la variable estrés, esto se llevó a cabo en la carrera de psicología del Centro Universitario Los Altos, en Jalisco, México. Dicha investigación tuvo como objetivo conocer si los niveles de estrés incidían en el rendimiento académico de los estudiantes. Se eligió a 115 de ellos y se utilizó el Inventario de Estrés Académico (IEA) para la recolección de datos;

los resultados de esta investigación arrojaron que no existía relación significativa entre las variables planteadas.

Por otra parte, en lo que respecta a la variable indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios, se tomarán en cuenta tanto la anorexia como la bulimia.

El termino anorexia proviene del griego anoertous o asitous, y hace referencia a quienes carecen de apetito o evitan el alimento (Hernández; 2006). De acuerdo con esta autora, la anorexia nerviosa representa un síndrome que afecta a mujeres de todas las edades, así como también a los hombres, pero en menor medida. La pérdida de peso provocada a través de la restricción de alimentos es una característica de dicha enfermedad.

En la actualidad, existen definiciones como las expuestas en el DSM-IV, que son utilizadas con mayor frecuencia y que definen a la anorexia nerviosa como una “alteración de la percepción del peso o la silueta corporal y exageración de la importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal” (Hernández; 2006: s/p). Por otro lado, en lo referente a la bulimia nerviosa, el término se define como el consumo excesivo de alimentos, acompañado del temor a ganar peso, según lo afirma Hernández (2006)

De igual forma, en el DSM-IV la bulimia nerviosa se define como el conjunto de aquellas “conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida con el fin de

no ganar peso, como son provocación de vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno y ejercicio excesivo” (referido por Hernández; 2006).

La investigación titulada “Las influencias familiar y social en la anorexia y la bulimia, el caso de Saltillo, México” realizada por Hernández en el año 2006, hace referencia a un estudio que comparte algunas características con la presente investigación; en aquél se utilizó un total de 200 estudiantes del primer grado de preparatoria, de los cuales el 50% provenía de un nivel socioeconómico medio alto y el resto pertenecía a un sector socioeconómico bajo. A los participantes se les aplicó un cuestionario compuesto por 40 reactivos, el cual comprendía datos generales, así como información familiar y un análisis de la imagen corporal y el peso. Los resultados obtenidos de dicha aplicación fueron que en ambos grupos existía la presencia de síntomas relacionados con los trastornos alimentarios; asimismo, se concluyó que uno de cada cuatro sujetos presentó al menos un síntoma relacionado con lo anterior; además, en los resultados también se dio a conocer que un 15% de la población no se encuentra conforme con su figura corporal y un 20% siente presión por la exigencia de una figura esbelta. En lo que al diagnóstico familiar se refiere, se encontró que en ambos grupos la comunicación con la madre es mayor y que la figura del padre se mantiene distante la mayor parte del tiempo.

Por otra parte, en el año 2009 se llevó a cabo la investigación denominada “Estrés y trastornos de la conducta alimentaria” por Behar y Valdés para la Revista Chilena de Neuro-psiquiatría. En ella el objetivo radicaba en correlacionar el estrés y los trastornos alimentarios. Se utilizaron pruebas como: la Escala de Autoevaluación

del Estrés (SRRS), el Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40), el Inventario de Desórdenes Alimentarios (EDI) y el Cuestionario de la Silueta Corporal (BSC). En lo que respecta a la población utilizada, se componía de cincuenta pacientes con algún trastorno alimentario y cincuenta libres de dichas patologías. Los resultados obtenidos mostraron que aquellas pacientes con algún trastorno alimentario presentaban una acumulación alta de estrés en el año anterior a ser diagnosticadas; a esto se le relacionó con problemáticas familiares, así como cambios de hábitos. Gracias a esta indagación se pudo concluir la importancia que los eventos vitales trascendentes tienen en los trastornos de la conducta alimentaria.

En junio de 2011, Rodríguez realizó una investigación en el plantel del CETis N°27 de esta ciudad, en la cual pretendía encontrar si existía alguna relación entre el nivel de estrés y los trastornos alimentarios en los alumnos del cuarto semestre de dicha institución. A los participantes se les aplicaron tanto pruebas de estrés como de trastornos alimentarios. Con esta investigación pudo concluirse que no existe correlación significativa entre las variables mencionadas, sin embargo al aplicar la escala EDI-2 para trastornos alimentarios se encontraron niveles elevados en cuanto a puntuación de las escalas siguientes: desconfianza interpersonal, miedo a la madurez, impulsividad e inseguridad social, lo cual resulta alarmante, ya que se considera que estos elementos pueden predisponer al sujeto al padecimiento de algún tipo de trastorno alimentario. Es por esto que se considera importante y necesario realizar una nueva investigación para de esta manera descartar o confirmar la problemática antes planteada.

## **Planteamiento del problema**

Al parecer, actualmente la belleza se encuentra estandarizada y con esto, el mantener una figura esbelta se convierte en un sinónimo de perfección; es común ver en la televisión anuncios que hacen de la imagen corporal un afiche que funge como una carta de presentación ante la sociedad. Dicha situación puede resultar relevante para el ser humano y en especial, para aquel sector que resulta un blanco fácil o vulnerable: el adolescente.

En la actualidad, la preocupación por la imagen física es un tema recurrente entre los adolescentes, esto puede reflejar que para ellos sea sumamente importante la forma en que son percibidos por sus pares, lo cual trae consigo cambios en su comportamiento que pueden llevar a desarrollar trastornos alimentarios.

Asimismo, cuando se habla de este tipo de problemática, es necesario conocer aquellos factores que se relacionan directamente con ésta. Se cree que el estrés en este caso es un detonante de los trastornos alimentarios y por consiguiente, resulta de suma importancia examinarlo a través de una investigación como la presente, ya que a pesar de ser un fenómeno estudiado continuamente, es preciso conocer la situación actual de la ciudad de Uruapan, Michoacán, ya que no se sabe si éste es un problema existente dentro de la misma.

Por lo tanto, en el presente estudio se plantea la siguiente cuestión: ¿Existe relación significativa entre el estrés y los indicadores psicológicos que se asocian a los trastornos alimentarios en el CETis N° 27?

## **Objetivos**

Al realizar una investigación, es necesario cumplir con diversos lineamientos, en este caso los objetivos, ya que de esta forma se puede generar una idea más clara del alcance que se pretende lograr. En cada uno de ellos se especifica una intención particular, es por eso que a continuación se enunciarán los pertenecientes a la presente indagación.

### **Objetivo general**

Establecer la correlación que existe entre el estrés y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios de los alumnos del segundo semestre del CETis N° 27, durante el ciclo escolar 2011-2012.

### **Objetivos particulares**

- 1) Conceptualizar el término de estrés
- 2) Señalar los principales indicadores psicológicos del estrés.
- 3) Identificar los enfoques teóricos fundamentales sobre el estrés.
- 4) Exponer el origen y el desarrollo del estrés a nivel individual.

- 5) Definir el concepto de trastorno alimentario.
- 6) Examinar aquellas causas que provocan los trastornos alimentarios.
- 7) Identificar las principales aportaciones teóricas referentes a los trastornos de carácter alimentario.
- 8) Evaluar el nivel de estrés que presentan los alumnos del segundo semestre de la preparatoria CETis N° 27.
- 9) Valorar los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios de los alumnos de segundo semestre de la preparatoria CETis N° 7.

## **Hipótesis**

Ya expuestos los objetivos, es necesario plantear una posible explicación que dé respuesta a la problemática planteada.

### **Hipótesis de investigación**

El nivel de estrés y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios se encuentran correlacionados significativamente en los alumnos del segundo semestre del CETis N° 27.

## **Hipótesis nula**

El nivel de estrés y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios no se encuentran correlacionados significativamente en los alumnos del segundo semestre del CETis N° 27.

## **Operacionalización de variables**

La variable nivel de estrés para esta investigación será identificada como el resultado obtenido mediante de la aplicación de la prueba psicológica denominada Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños (CMAS-R), Revisada, de Reynolds y Richmond (1997). La prueba consta de cuatro subescalas, más una para medir mentira y sesgo en la respuesta. El instrumento posee la validez y la confiabilidad exigidas por la comunidad científica de la psicología.

La variable indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios se entenderá como el resultado obtenido en el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2), del autor David M. Gardner, la cual evalúa once 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**



Las exigencias sociales a las que se ve sometido cualquier individuo, pueden traer consigo algunos problemas que llegan a afectar no sólo su estado físico, sino también el psicológico, además, muchas veces no consigue identificarse la raíz de dichas situaciones. Por ello, a través de la presente investigación se pretendió conocer si existe relación entre el nivel de estrés y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios, con la finalidad de generar un beneficio en primera instancia para la institución educativa en la que se trabajó, al aportar datos reales de la presunta presencia de una problemática como la planteada. Además, al tratarse de un sector poblacional vulnerable como lo son los adolescentes, resulta importante profundizar en cualquier temática en la que éstos puedan verse afectados, de modo que al tener acceso a esta información, los alumnos examinados tendrán la oportunidad de adquirir el conocimiento necesario que los impulse, de ser necesario, a buscar ayuda para atender dicho problema.

En lo que concierne a los padres de los alumnos, el tener alcance a los resultados de esta investigación les permitirá mantenerse al tanto de aquellos problemas que aquejan a sus hijos y de la misma forma, los incentivará a la búsqueda de posibles tratamientos.

Asimismo, al tratarse de un tema tan complejo, es importante que sea tratado por el campo pertinente, que es el de la psicología, ya que en él se intenta aportar conocimiento, con fundamento en información teórica sustentable, así como en la observación de campo, teniendo como objetivo el dar a conocer las diversas

problemáticas relacionadas con lo ya planteado. La investigación beneficiará al campo de la psicología al brindar datos reales que sirvan de sustento para la aplicación de algún proyecto futuro.

Por otro lado, en lo que respecta a otras disciplinas, como la pedagogía o la medicina, esta investigación aportará la información necesaria para dar pie a otras en las que las disciplinas ya mencionadas puedan involucrarse.

### **Marco de referencia**

A continuación se presenta la descripción del lugar donde esta investigación fue realizada.

El Centro de Estudios Tecnológico, Industrial y de Servicios (CETis) N° 27 es una institución pública y se encuentra ubicada sobre la carretera Uruapan-Carapan a la altura del km 66.8, esta institución comprende los lineamientos educativos del sistema denominado Dirección General de Educación Tecnológica Industrial (DGETI), el cual tiene como finalidad apoyar la formación de técnicos industriales en el nivel medio superior.

El CETis N°27 tiene por misión el formar profesionales técnicos y bachilleres competitivos, en las áreas industrial, comercial y de servicios, con el fin de contribuir al desarrollo sustentable de la entidad, así como el desarrollo del país; por otra parte, su visión es ser la primera opción de educación media superior certificada en la

entidad, orientada hacia el aprendizaje y desarrollo con conocimientos tecnológicos y humanísticos.

En lo que a su historia respecta, el CETis N° 27 fue creado en 1978 al observar la necesidad de aquellos jóvenes que por razones económicas no tenían el acceso a la educación, es así como en ese año abre sus puertas el entonces llamado Centro de Estudios Tecnológicos N° 10, en las instalaciones de la Secundaria Técnica N° 30, no fue hasta el año de 1981 que se le cambió el nombre, definiéndose hasta la actualidad como CETis N° 27.

La institución señalada atiende a una población muy diversa, sin importar el nivel económico o sus creencias, los jóvenes son aceptados ya que el interés principal de dicha institución radica en dar apoyo a todo aquél que busca superarse y sobresalir, adoptando los conocimientos que una carrera técnica puede brindarle para su desarrollo en el exterior.

Actualmente el número de alumnos en esta institución es de 1383, de los cuales 709 se encuentran en el turno matutino y 674, en el vespertino. Cuenta con un total de siete especialidades: secretario ejecutivo bilingüe, técnico en contabilidad, técnico en enfermería, técnico en construcción, técnico en electricidad, técnico en electrónica y técnico en soporte y mantenimiento de equipo de cómputo.

En lo que respecta al personal, se encuentra integrado por un total de 93 personas, de los cuales 63 son docentes y tienen por carreras profesionales las siguientes: médicos, ingenieros, contadores, químicos, enfermeras y profesores.

En lo referente a la infraestructura del lugar, cuenta con siete edificios en donde se imparte clase a los alumnos, así como las oficinas administrativas, servicio médico y el departamento de orientación educativa. Además, cuenta con biblioteca, taller de dibujo, laboratorios de cómputo, canchas de basquetbol, voleibol, futbol y zona de comida.

# CAPITULO 1

## ESTRÉS

En el presente capítulo se expone una reseña histórica de la variable estrés con la finalidad de dar a conocer desde su raíz etimológica, así como su estudio diacrónico, a fin de proporcionar una idea clara de lo que refiere el término y del alcance que han tenido los diversos estudios sobre dicho fenómeno.

De igual forma, se abordan aspectos como los diferentes tipos de estresores, además de aquellos aspectos psicológicos que propician situaciones de estrés, así como sus efectos negativos. Por otro lado, también se abordan los enfoques teóricos del estrés, así como su concepto integrador.

### 1.1 Antecedentes históricos del estrés

El término estrés puede parecer nuevo para muchas personas, sin embargo resulta tan antiguo como la existencia misma del ser humano, ya que gracias a dicho factor es posible hacer frente de una manera apropiada y eficiente a todas aquellas situaciones que representen un peligro para la preservación de la vida, debido a esto, se considera como un fenómeno favorecedor.

“La palabra estrés proviene del latín stringere, que significa presionar, comprimir u oprimir” (Sánchez; 2007: 14). Este término comenzó a utilizarse en ciencias como la

física y la metalurgia para hacer referencia a la fuerza aplicada a un objeto, a través de la cual éste puede ser moldeado. En el ámbito biológico, a dicho fenómeno se le considera como benéfico, ya que gracias él, el organismo se encuentra preparado para sobrevivir.

Dicho término cobró relativa popularidad partir de la Segunda Guerra Mundial, ya que diversos estudiosos comenzaron a interesarse en él, si bien ya desde el siglo XVII, gracias a Robert Hooke, un destacado físico y biólogo, el término estrés tuvo importancia técnica.

“Hooke ayudó a ingenieros de esa época en la construcción de puentes; él mostraba gran interés en la manejabilidad de los metales, fue este tipo de análisis el que tuvo un gran impacto en la manera en la que era percibida la tensión en campos de estudio como la fisiología, psicología y la sociología. De esta manera, el estrés se especificó como un término que indica una exigencia del entorno sobre un sistema biológico” (Lazarus y Lazarus; 2000: 280).

El estrés comenzó a estudiarse gracias a la inquietud de Hans Selye, quien, con sus investigaciones, logró reconocer una reacción inespecífica adaptativa ante cualquier impacto ejercido sobre el organismo, a dicha reacción le denominó Síndrome General de Adaptación. Fue así como más tarde la Organización Mundial de la Salud conceptualizó el término estrés como “la respuesta no específica del organismo a cualquier demanda del exterior” (referida por Sánchez; 2007: 15).

Por su parte, Claude Bernard infirió que los seres vivos son capaces de mantener la estabilidad interior aun cuando su entorno cambie, así logró identificar una característica de la vida, ésta fue la facultad dinámica de adaptación al cambio, así pues, siguió estudiando las consecuencias de un organismo desequilibrado al ser sometido a situaciones de estrés. Las investigaciones de Bernard sirvieron de base para el fisiólogo Walter Cannon, quien dio el nombre de homeostasis al estado dinámico propuesto anteriormente, esto logró demostrar que el cuerpo es capaz de adaptarse y enfrentar así cualquier situación de peligro (Sánchez; 2007).

Anteriormente se habló del papel que jugó la Segunda Guerra Mundial en la importancia del estrés ya que, de acuerdo con Lazarus y Lazarus (2000), fue en este tipo de acontecimientos donde se descubrió que muchas veces los soldados se quebrantaban emocionalmente en un combate militar, a este tipo de agotamiento se le denominó fatiga de combate o neurosis de guerra. Así comenzó la preocupación por parte de los altos mandos, ya que cuando los militares se enfrentaban a este tipo de situaciones, no lograban actuar como era esperado, entonces los altos mandos se interesaron en encontrar una forma de seleccionar a hombres resistentes al estrés, por lo que comenzaron entonces a promover otras investigaciones.

Después de estos acontecimientos, se hizo evidente que el estrés se encontraba presente en otras situaciones de la vida cotidiana, y comenzó a tener más interés por parte de la sociedad. De esta manera también se conoció que si bien el estrés forma parte del entorno cotidiano, era importante resaltar las diferencias de

respuesta en cada organismo ante una situación de vulnerabilidad (Lazarus y Lazarus; 2000).

## **1.2. Tres enfoques teóricos**

En el campo de la psicología se han presentado tres propuestas teóricas sobre el estrés: como estímulo, como respuesta y como relación persona-entorno. En el siguiente apartado se procederá a desarrollar cada una de ellas.

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

Hipócrates concebía al entorno como aquel factor determinante de la salud o enfermedad en el individuo. En el mismo sentido, de acuerdo con Sutherland y Cooper (referidos por Travers y Cooper; 1997) existen características ambientales que resultan molestas para el individuo, que generan un malestar que se refleja de manera física o emocional y que si llega a prolongarse, puede desembocar en una reacción de ansiedad que finalmente conduzca al estrés. Dentro de esta misma teoría se habla de que cada individuo tiene un grado de tolerancia distinto y que al sobrepasarse, puede llegar a provocar daños temporales o permanentes.

Travers y Cooper (1997) refieren que en 1980, Selye indicó que el estrés no puede ser denominado como algo negativo, porque también resulta un incentivo y parte vital del individuo.



Dichos autores dividen el estrés en positivo, denominado eustrés, que motiva el crecimiento, desarrollo y el cambio; y el negativo, nombrado distrés, que resulta indeseable, incontrolable y de alguna forma, dañino. Asimismo, exponen cuatro tipos de estrés: en exceso, se le denomina hiperestrés; también hay escasez de estrés o hipoestrés; estrés negativo o distrés y estrés positivo o eustrés.

### **1.2.2 El estrés como respuesta**

En este modelo el estrés se define de acuerdo con la reacción que tiene el individuo ante alguna situación de amenaza. Fisher (citado por Travers y Cooper; 1997) sugiere que cuando una persona manifiesta un estado de tensión, es porque se ha visto expuesta a condiciones de estrés.

En general, lo que resulta relevante para este modelo es la forma en que se manifiesta el estrés, ya que existen tres clases de respuesta que éste puede provocar: psicológica, fisiológica y conductual, relacionadas entre sí.

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

Travers y Cooper. (1997) indican que en lo que respecta a este modelo, el estrés resulta un proceso complejo, en él se unen los modelos anteriormente expuestos, de esta forma, el estrés pasa de considerarse como una exigencia o respuesta ante el entorno, a términos relacionales.

Es la relación persona-entorno lo que lleva a la experiencia del estrés, dado que se dice que cuando la magnitud de los estímulos rebasa la capacidad del individuo de resistencia, es cuando surge el estrés. De esta forma, cuando una persona necesita controlar una situación estresante, recurre a la modificación de su entorno o aprende a reaccionar ante dicho contexto, esto se hace con el propósito de mantener o llegar a un punto de adaptación. De acuerdo con Lazarus (citado por Travers y Cooper; 1997), un estímulo estresante se define como tal cuando el individuo logra interpretarlo fenomenológicamente.

De igual forma, en este modelo se resalta la importancia de la percepción que posee el individuo sobre el estímulo estresante y no de su existencia objetiva.

De manera general, el estrés resulta un concepto dinámico y relacional: persona-entorno se interrelacionan y en ello se ven involucrados diversos procesos cognitivos.

Travers y Cooper (1997) resaltan cinco aspectos del modelo cognitivo que resultan importantes al realizar cualquier estudio sobre el estrés:

1. Valoración cognitiva: se refiere a la percepción subjetiva de la situación que conduce la experiencia.
2. Experiencia: indica que la percepción del suceso dependerá de las experiencias y aprendizajes previos del sujeto.

3. Exigencia: incluye la real y la percibida, además de la capacidad real y percibida por parte del sujeto.
4. Influencia interpersonal: incluye la percepción de una fuente potencial de estrés como algo que depende en gran medida de la presencia o ausencia de otros sujetos.
5. Un estado de desequilibrio: cuando se presenta un estado de inestabilidad entre la exigencia y la capacidad percibida para superar tal demanda, se llegan a crear diversas estrategias para superarlas, éstas se relacionan con las consecuencias aprendidas de experiencias pasadas.

Es importante conocer a profundidad el tema del estrés, ya que diariamente se convive con él. Para esto es necesario presentar un concepto que lo clarifique, es por ello que a continuación se expondrá el adecuado para la presente investigación.

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

Existe una definición formal para el estrés, ofrecida por la Organización Mundial de la Salud, que lo delimita como aquel conjunto de reacciones fisiológicas que prepara al organismo para la acción. Palmero y cols. (2002), refieren que el estrés se define como un proceso psicológico en el que el organismo se prepara para enfrentar las exigencias del medio, esto lo hace a través de un dispositivo de emergencia, generando una activación psicofisiológica que permite al organismo recoger información de una manera más adecuada, de igual forma se procesa y esto permite al individuo actuar de una forma eficiente ante la situación estresante.

### **1.3. Los estresores**

Todas las personas tienen una rutina diaria: levantarse a cierta hora, desayunar y salir a trabajar, por ejemplo, pero cuando se suscita algún cambio en ella, por mínimo que parezca y sin importar si es favorable o dañino, se genera estrés. También los cambios imaginarios (preocupaciones) son fuentes potenciales de estrés.

De acuerdo con Palmero y cols. (2002), en el estrés existe una relación significativa entre la persona y su entorno, el cual se evalúa como amenazante dependiendo de la percepción de aquél, este tipo de sucesos quebrantan los automatismos y generan nuevas necesidades en el individuo que lo llevan a buscar otras formas de respuesta.

A este tipo de cambios se le denomina estresores, los cuales pueden generar consecuencias tanto positivas como negativas, esto dependerá de la percepción de cada persona. Dichas situaciones tienen una naturaleza psicosocial y es necesario clasificarles dependiendo del tipo de cambio que producen en el individuo.

Lazarus y Cohen (retomados por Palmero y cols.; 2002) presentan tres tipos de situaciones definidas como estresores psicosociales, que se evalúan en función del impacto que tienen en la vida de una persona:

- Los cambios mayores, o estresores únicos, que se refieren a los cataclismos y cambios dramáticos en las condiciones del entorno vital de la persona.
- Los cambios vitales, o estresores múltiples, éstos afectan solamente a una persona o a un grupo pequeño de ellas, pueden ser cambios significativos y trascendentes.
- Los estresores cotidianos, o microestresores, reflejados en aquella acumulación de molestias, imprevistos y alteraciones en las rutinas diarias.

Además, se habla de un cuarto tipo, el biogénico, que representa aquellas alteraciones en el proceso de activación fisiológica, sin la mediación de los procesos psicológicos.

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

Para empezar, se tienen los cambios mayores, los cuales representan aquellos cambios que resultan drásticos para la vida de una persona, como una enfermedad terminal, por ejemplo. Este tipo de acontecimientos pueden afectar a un gran número de personas o a una sola, pero esto no modifica la capacidad perturbadora de dicho acontecimiento.

De acuerdo con el DSM-IV (APA; 2002) existen factores que definen este tipo de acontecimientos como los causantes de los patrones de estrés post-traumático: el vivenciar un acontecimiento caracterizado por muertes, el re-experimentar aquel evento en forma de recuerdo o en sueños, evitar continuamente el estímulo asociado

al estresor, llegando a prolongar la respuesta esperada. Este tipo de alteraciones van de la mano con un aumento en la activación psicofisiológica y traen consecuencias como manifestaciones de ira e hipervigilancia.

En lo referente a los cambios menores o acontecimientos vitales estresantes, se encuentra la muerte de alguna figura significativa o alguna enfermedad incapacitante, es decir, situaciones de las cuales la persona no tiene control. Palmero y cols. (2002) exponen una lista de las principales fuentes desencadenantes de estrés:

- Vida conyugal, incluye tanto la matrimonial como la extramatrimonial, aquí se engloban los desacuerdos de pareja, separaciones o la muerte de alguno de los miembros.
- La paternidad, ser padre o madre, el mantener relaciones difíciles con los hijos.
- Las relaciones interpersonales, en esta fuente se encuentran los conflictos entre amigos, vecinos, familiares o socios.
- El ámbito laboral, que incluye trabajo, escuela y tareas domésticas.
- Las situaciones ambientales, como cambios en el lugar de residencia e inmigración.
- El ámbito económico, que incluye el manejo inadecuado de las finanzas o algún cambio en el status económico.
- Las cuestiones legales, como ser detenido o encarcelado, por ejemplo.
- El desarrollo biológico, que remite a procesos evolutivos como la pubertad o la menopausia.

- Las lesiones o enfermedades somáticas, padecer alguna enfermedad o someterse a algún procedimiento quirúrgico.

Por último, en lo que concierne a los estresores cotidianos o microestresores, se definen como aquellos acontecimientos de poca relevancia, pero de alta frecuencia, son aquellas situaciones que pueden irritar a la persona como una pelea de pareja, por mencionar un ejemplo. Si bien los disgustos diarios son menos dramáticos que los acontecimientos trascendentes, pueden llegar a ser más notables en el proceso de adaptación. Palmero y cols. (2002) identifican dos tipos de microestresores:

- Las contrariedades, que hacen referencia a situaciones que ocasionan malestar emocional, se clasifican en problemas prácticos, como perder un objeto; sucesos fortuitos, como algún fenómeno meteorológico y problemas sociales, como los de índole familiar.
- Las satisfacciones, que hablan de experiencias y emociones positivas, se caracterizan por compensar los efectos de los problemas.

### **1.3.2. Estresores biogénicos**

Anteriormente se conoció que los estresores son aquellos sucesos o situaciones del medio ambiente que pueden ser reales o imaginarios y que la mayoría de ellos son de naturaleza psicosocial, sin embargo, éstos no son los únicos existentes, también están los estresores biogénicos.

Palmero y cols. (2002) señalan que los estresores de esta naturaleza, operan directamente desencadenando la respuesta de estrés, la cual inician sin el proceso cognitivo-afectivo, y lo hacen de esta forma debido a sus propiedades bioquímicas.

Existen diversos ejemplos de los estresores biogénicos como: los cambios hormonales en la pubertad, el síndrome premenstrual, ingerir ciertas sustancias como anfetaminas o cafeína, reaccionar ante ciertos factores físicos como los que ocasionan calor o frío y el estrés alérgico, en éste entran las reacciones alérgicas, que representan un mecanismo de defensa del organismo.

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

Continuamente se escuchan comentarios de lo estresante que pueden llegar a ser las labores escolares: los alumnos replican cuando se les encomienda algún proyecto que requiera de tiempo extraescolar, aunque no sólo situaciones como éstas parecen estresarles, también hay materias y profesores que generan en ellos dicha tensión, por esto se considera importante dar a conocer aquellas circunstancias generadoras de estrés en lo que respecta al ámbito escolar, con la inquietud de mostrar un panorama más amplio de este tema.

Barraza (2005) enlista lo que considera una serie de los principales estresores académicos:



- Exceso de responsabilidad.
- Interrupciones de trabajo.
- Ambiente físico desagradable.
- Falta de incentivos.
- Tiempo limitado para realizar los trabajos.
- Conflictos con los profesores y/o compañeros.
- Evaluaciones.
- Tipo de trabajo que se pide.

Por otra parte, Polo y cols. (referidos por Barraza; 2005) indican que la sobrecarga académica, como los trabajos obligatorios y la competitividad entre los compañeros, son otras fuentes importantes de estrés.

También existen situaciones que podrían parecer positivas en la vida de un joven, pero que al mismo tiempo resultan ser una fuente de tensión como el entrar a la universidad, comenzar una relación amorosa o viajar por mencionar algo, Barraza (2005) menciona que el estrés académico se vuelve disfuncional cuando no permite a la persona responder de la manera que quiere, además, el rendimiento académico también puede verse afectado cuando al sujeto le lleva más tiempo aprender, o los bloqueos a la hora de hacer alguna prueba, sin importar si se estudió la noche entera.

Polo y cols. (mencionados por Barraza; 2005) involucran doce tipos de respuestas de estrés académico:

1. Preocupación.
2. El corazón late con más fuerza, llega a faltar el aire o la respiración se agita.
3. Realizar con alguna parte del cuerpo, movimientos repetitivos, torpes o llegar a paralizarse.
4. Sentir miedo.
5. Sentir molestias en el estómago.
6. Fumar, beber o comer demasiado.
7. Tener pensamientos o sentimientos negativos.
8. Temblor en manos o pies.
9. Tartamudeo o problemas al expresarse verbalmente.
10. Sentir inseguridad.
11. Boca seca y dificultades para tragar.
12. Sentir ganas de llorar.

Hasta ahora se ha expuesto lo referente a los estresores, qué son y cómo identificarlos, pero también es necesario conocer aquellos procesos del pensamiento que generan el estrés, por esto en el siguiente punto serán definidos.

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

Estos procesos del pensamiento son distorsiones cognitivas, que aunque irracionales, son creídas por la persona, tienden a ser reiterativas e impiden evaluar adecuadamente los eventos (Palmero y cols.; 2002).

Existen diversas formas en que se analizan los procesos de distorsión: en primer lugar la inferencia arbitraria, en la cual se llega a una conclusión negativa de los hechos sin pruebas suficientes. Cungi (2007) afirma que la persona interpreta el pensamiento de los otros y emite juicios sobre ellos, lo asemeja a tener una bola de cristal donde se ven sólo eventos negativos.

En segundo lugar se encuentra la abstracción selectiva, en ella se toman únicamente ciertos hechos para concluir una consecuencia negativa para la persona. Ocurre una percepción selectiva o “visión de túnel”.

En el tercer punto está la minimización y maximización; aquí la persona menosprecia sus éxitos y magnifica sus fracasos.

La sobregeneralización se encuentra en el cuarto punto y en ella se obtienen conclusiones generales a partir de un solo evento, incluso, de un pequeño y único incidente.

Por último, está la personalización, aquí el sujeto se siente responsable de cualquier situación que ocurra a ella o a sus allegados. Se individualizan los fracasos o aspectos negativos de las acciones desarrolladas.

Después de conocer los procesos del pensamiento que favorecen el estrés, es importante exponer aquellos factores que fungen como reguladores del mismo, con

esto se busca informar al lector acerca de los tipos de personalidad y de la importancia que tiene la percepción y el apoyo social en la temática planteada.

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

Como anteriormente se vio, existe un sinnúmero de situaciones que resultan generadoras de estrés y cada persona posee la capacidad de enfrentarlas.

De acuerdo con Palmero y cols. (2002), las personas utilizan diversos recursos personales y sociales para enfrentar una situación de estrés; esto, sin embargo, dependerá de las particularidades de la situación y de las propias del individuo, a lo cual se le denomina estilo de afrontamiento.

Son varios los elementos que se ven involucrados en el estrés, éstos se definen como moduladores, ya que pueden predecir y determinar el curso y las repercusiones de salud a causa del estrés en el individuo. Existen diversos tipos de moduladores como los sociales, en ellos entra el apoyo recibido por alguien en situaciones difíciles, así como las normas culturales, con ello se logra predisponer a la persona a la apreciación de las fuentes de estrés.

Por otro lado, se encuentran los moduladores personales como las creencias, experiencias y los rasgos de personalidad, este tipo de moduladores existen aun cuando el individuo no se encuentre en una situación de estrés; llegan a perturbarlo continuamente, pero es en situaciones críticas cuando logran determinar el núcleo del

estrés, así como sus consecuencias perjudiciales o su posible beneficio (Palmero y cols.; 2002).

Si bien existen factores que le permiten a cada individuo regular el estrés, se necesita de la percepción de control que cada uno tiene sobre éste, ya que el impacto que puede llegar a tener el estrés en el organismo dependerá en gran medida del control que pueda tenerse sobre el mismo, esto de acuerdo con Palmero y cols. (2002). En el siguiente punto se clarificará lo afirmado.

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

Cuando se habla de estrés y sus características, el control es algo que también debe considerarse, ya que gracias a él se puede o no enfrentar una situación de estrés, además, el poseerlo o no también trae consigo otras dificultades en las áreas emocional, cognoscitiva y motivacional, como lo señaló, gracias a sus investigaciones, Martin Seligman (citado por Palmero y cols.; 2002).

La percepción de control se entiende como la creencia del grado en que la persona por sí misma puede controlar y lograr las metas deseadas, se afirma que cuando alguien cree tener el control sobre el entorno, aun cuando no sea real, esta creencia le protege de las consecuencias negativas que el estrés podría tener sobre ella.

Por otra parte, en el año de 1971, Bourne (retomado por Palmero y cols.; 2002) realizó una investigación donde estudió los niveles de cortisol plásmico, para esto utilizó a un grupo de combatientes de la guerra de Vietnam antes, durante y después del combate. Se estudió el efecto de la percepción de control sobre los niveles de cortisol; los resultados arrojaron que el entrenamiento al que se sometieron los soldados les proveyó de estrategias eficaces de afrontamiento, así como altos niveles de percepción de control sobre dicha situación. Los participantes indicaron que al seguir las instrucciones recibidas en el entrenamiento lograrían sobrevivir al combate, también surgieron otros factores que aumentaron la percepción de control, como probar la calidad de su armamento.

Sin embargo, no sucedió lo mismo con los oficiales y los operadores de radio, ya que ellos poseían tal cantidad de información sobre la gravedad real de la situación, que las estrategias de afrontamiento no resultaron, por ello percibieron menos control y mostraron un nivel más alto de cortisol que el de los soldados (Martínez, citado por Palmero y cols.; 2002).

La percepción de control que se tiene sobre el estrés no es sino uno de tantos factores que intervienen en este tema tan complejo. El apoyo social también juega un papel elemental, ya que la interacción entre pares es constante y vital, debido a esto, en el siguiente punto se desarrollará dicho tema.

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

El apoyo social tiene un rol significativo en lo que concierne al estrés, ya que sirve de mediador entre los sucesos vitales y la enfermedad, disminuyendo de esta manera el impacto del estrés. Se dice que un nivel bajo de apoyo social se asocia al aumento de la vulnerabilidad para padecer enfermedades mentales o físicas (Palmero y cols.; 2002).

Podría considerarse que el apoyo social se encuentra estrechamente conectado con la salud en distintas formas, ya que éste puede disminuir el impacto negativo de los acontecimientos vitales que resulten estresores, elimina o reduce el impacto del estresor mismo, ayuda al individuo a enfrentar la situación estresora y mitiga la experiencia de estrés; a esto se le denomina efecto de amortiguación. Palmero y cols. (2002) refieren que la integración a redes sociales puede resultar favorecedor para la autoestima del sujeto, además de brindar un efecto de percepción de control, expresión de afecto y en general, mejorar su salud física y mental. De acuerdo con estos autores, se dio a conocer que el apoyo social es capaz de extender la supervivencia de pacientes con cáncer de mama.

Por otro lado, Cascio y Guillén (2010) exponen dos mecanismos que van estrechamente relacionados con el modo de acción del apoyo social, éstos son:

- La hipótesis del efecto indirecto o protector: afirma que cuando el individuo se expone a estresores sociales, éstos sólo tienen un efecto negativo en aquéllos que cuentan con un apoyo social bajo; en lo que refiere a esta hipótesis, al no

existir estresores sociales, el apoyo social tampoco influye sobre el bienestar y sólo resguarda al sujeto de los efectos patogénicos del estrés.

- La hipótesis del efecto directo o principal: sostiene que el apoyo social, independientemente del grado de estrés, fomenta la salud y el bienestar del individuo. Así pues, se dice que a mayor nivel de apoyo social, menor malestar psicológico; y a menor apoyo social, mayor incidencia de trastornos. Esta hipótesis asegura que el apoyo social posee una función preventiva y determinante en la experiencia de algunos sucesos estresantes.

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

Existen otras variables que pueden ser personales o ambientales y que sirven de moderadoras en los efectos del estrés, entre ellas se encuentra la conducta de tipo A. Como señalan Cascio y Guillén (2010), se ha observado que algunas personas se comportan de alguna forma que les hace más propensas a padecer estrés.

Travers y Cooper (1997) señalan que hacia el año de 1959, los cardiólogos Friedman y Rosenman, al observar a sus pacientes con enfermedades coronarias, notaron que compartían un patrón de conducta semejante, así como reacciones emocionales. Ellos lo definieron como conducta de tipo A (TAB), describiéndola como “un complejo acción-emoción”. Este patrón conductual implica hostilidad, agresividad, competitividad y un sentido de urgencia, se caracteriza por la prisa y la forma acelerada al hablar, así como un sentimiento de culpa cuando no se está realizando ninguna labor.



Se dice que el estilo conductual de tipo A es una característica que se basa en la persona y que puede llegar a influir en el estrés. Se descubrió que los estilos de conducta actúan como modificadores de la respuesta individual ante el estrés, influyendo en la relación entre los estresantes psicosociales y la tensión (Travers y Cooper; 1997, citando a Ivancevich y Matteson).

A continuación, Travers y Cooper (1997) puntualizan algunas características que sirven de referencia para identificar una personalidad de tipo A:

- La persona tipo A generalmente manifiesta ante otros una impaciencia frente al ritmo al que van los acontecimientos, además, se le dificulta no acelerar la forma de hablar de los demás, suele terminar la frase del hablante.
- Estos individuos suelen enfatizar de manera explosiva palabras clave en su forma común de expresarse, dicen más rápido la última palabra de cada frase.
- Se mueven, caminan y comen muy rápido.
- Generalmente realizan dos tareas al mismo tiempo.
- Poseen ciertas características visibles como tics nerviosos o gestos, mantener los puños cerrados o golpear objetos.
- Les gusta ser el centro de las conversaciones.
- Continuamente sienten culpa por intentar relajarse.
- No perciben las simplezas de un día cotidiano.
- Tienen un sentido crónico de la urgencia.

- No sienten atracción por personas de su mismo tipo.

Después de conocer las particularidades del estilo conductual de tipo A y cómo identificarlo, también deben señalarse aquellas problemáticas físicas que esto puede acarrear, por lo tanto, en el siguiente punto se procede a desarrollar lo antes mencionado.

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

Se ha encontrado una asociación entre el patrón conductual de tipo A y las enfermedades cardiovasculares. “Las personas de tipo A presentan una tasa seis veces más alta en lo referente a trastornos coronarios en comparación con otras, de aquí que el riesgo de que una persona tipo A desarrolle problemas cardiovasculares es mayor que el asociado a la edad, la presión sanguínea alta y al colesterol, en conjunto” (Cascio y Guillén; 2010: 188).

Como anteriormente se observó, existen diferencias en cuanto a la percepción del control en cada individuo, gracias a éste se tienen expectativas sobre las causas de las experiencias propias. Cascio y Guillén (2010) indican que existen dos tipos de expectativas de control: el interno y el externo. En el primero, cree que todo lo que sucede al individuo se debe a sus propias acciones; por el contrario, en el segundo, los sujetos creen que todo es producto del azar, la suerte u otras personas. Se han realizado diversos estudios donde se ha encontrado que las personas de control externo han mostrado mayor asociación entre los acontecimientos estresantes y los

trastornos de salud, debido a que poseen la creencia de que sus experiencias dependen de factores ajenos a ellos y no optan por medidas adecuadas para su malestar.

Cuando se habla de la capacidad de un individuo para afrontar de forma adecuada una situación de estrés, es necesario conocer aquellos procesos que convierten el conocimiento en acción. De acuerdo con Cascio y Guillén (2010), Albert Bandura le denominó pensamiento autorreferente, en el cual la autoeficacia es uno de los principales aspectos. Una de sus características es que determina en gran medida el funcionamiento psicosocial del individuo, de esta forma Bandura concibe la autoeficacia como una capacidad generativa de acción, la cual hace referencia a las creencias de la propia capacidad para organizar y realizar ciertas acciones que lleven a determinar metas. El logro de ejecución dependerá entonces de la realización de la tarea real y percibida, de esta forma la autoeficacia hace la diferencia entre la manera en que se piensa, siente y actúa, entonces un sentido bajo de autoeficacia se asocia con la depresión y a la ansiedad.

En general, la autoeficacia sirve de mediador en la relación entre el estrés y sus consecuencias. Cascio y Guillén (2010), citando a Grau, Salanova y Peiró, confirman que el impacto de los estresores es menor en el individuo cuando éste posee una percepción positiva sobre sí mismo.

A lo largo de este capítulo se ha venido hablando desde los antecedentes históricos del estrés, pasando por sus enfoques teóricos, la definición de los tipos de

estresores, los procesos del pensamiento que generan dicha condición y los moduladores del mismo. Para finalizar el primer capítulo de esta investigación, se considera importante señalar como último punto los efectos negativos del estrés.

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

Cuando el organismo se expone constantemente a situaciones estresantes, pueden llegar a generarse padecimientos que se ven reflejados en la salud del individuo. Ivancevich y Matteson (1985) denominaron a las enfermedades originadas por estrés como patologías de adaptación, ya que ayudan al cuerpo a adaptarse al estresor y lo mantienen guardado. Se dice que estas enfermedades de adaptación no resultan de algún agente externo, sino que son la consecuencia del intento imperfecto del cuerpo por enfrentar la amenaza de uno o más agentes externos.

Selye, en el año de 1976, realizó una lista en donde indicaba cuáles eran las enfermedades de adaptación: la alta presión sanguínea, las enfermedades del corazón y los vasos sanguíneos, del riñón, la artritis reumatoide, las inflamatorias de la piel y ojos, las alérgicas y las de hipersensibilidad, nerviosas y mentales. Algunas disfunciones sexuales y distintas enfermedades digestivas, metabólicas y posiblemente el cáncer (Ivancevich y Matteson; 1985).

En relación con lo anterior, podría cuestionarse la forma en que las enfermedades se relacionan con el estrés, para esto Ivancevich y Matteson (1985) plantea una posible relación entre el estrés y algunas afecciones:

1. Hipertensión: la sangre fluye a través de las arterias a una presión elevada; una de las respuestas del cuerpo ante los estresores es comprimir las paredes arteriales, aumentando de esta forma la presión. Si se prolonga el estrés, la presión puede permanecer en niveles anormales muy altos.
2. Las úlceras: se definen como lesiones inflamatorias en el recubrimiento del estómago o intestino y una de sus causas más conocidas es el aumento de cortisona, generalmente durante los periodos de estrés, los cuales cuando se prolongan pueden crear un ambiente interno que propicie la aparición de lesiones.
3. La diabetes: resulta una enfermedad grave que implica deficiencias de insulina y que tiene como alguna de sus consecuencias que quien lo padece, no logre absorber suficiente azúcar de la sangre, el estrés aquí aumenta el nivel de azúcar en la sangre, demandando un aumento en la secreción de insulina.
4. Las jaquecas: son el resultado de la tensión muscular, la cual aumenta cuando se está expuesto a estresores durante periodos prolongados.
5. El cáncer: una teoría actual afirma que las células mutantes (cáncer) se producen continuamente en el cuerpo, pero que se destruyen por el sistema inmunológico antes de poder multiplicarse y crecer. Gracias a estos estudios, se ha demostrado que las respuestas ante los estresores traen como consecuencias pequeñas alteraciones bioquímicas en el sistema inmunológico, se cree que estos pequeños cambios son suficientes para reproducir más células mutantes que al mismo tiempo pueden llegar a convertirse en tumores malignos.

En conclusión, el estrés es una afección compleja que no respeta edad ni situación económica, y que depende en gran medida de la percepción que el individuo posea de sí mismo y de su entorno. Gracias a su estudio, se han podido conocer las complicaciones que éste puede generar y la manera en que el organismo es capaz de enfrentar las situaciones estresantes. De igual forma, se expuso el impacto que el apoyo social tiene en la experiencia de una situación de estrés, así como los efectos negativos que éste tiene sobre la salud psicológica y física del individuo.

En el capítulo siguiente se abordará lo referente a la segunda variable de esta investigación, la cual involucra a los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios. Con esto se pretende mostrar un panorama más extenso que favorezca el entendimiento y nutra de información al lector para comprender la importancia que tienen hoy en día problemáticas tan complejas como las ya planteadas.

## **CAPÍTULO 2**

### **TRASTORNOS ALIMENTICIOS**

Actualmente resulta común encontrarse con carteles de cuerpos esbeltos que se asocian a la belleza, los cuales representan un estereotipo de perfección que en ocasiones se convierte en una meta social, sin embargo, cuando para ello se llega al extremo de suprimir la alimentación o por el contrario, de exagerar su consumo, esto se convierte en un trastorno alimenticio que da lugar a un sinnúmero de complicaciones, que en muchos casos pueden concluir con la muerte.

Por lo anterior, en el presente capítulo se abordan los temas referentes a los trastornos alimenticios, en ese apartado se pretenden conocer los antecedentes históricos de la alimentación así como la etiología de términos como anorexia y bulimia nerviosa, además de otros trastornos relacionados con el tema, ya que se considera importante ampliar el panorama de los trastornos alimentarios y sus implicaciones.

Por otro lado, se dará a conocer la organización funcional de la esfera oroalimenticia, que se encuentra relacionada con la etapa infantil, además, se presentará el perfil de la persona con trastornos de alimentación, así como las causas y los factores individuales, familiares y socioculturales que predisponen al individuo a algún tipo de trastorno alimenticio.

Asimismo, será abordada la percepción que posee de sí mismo el individuo con algún trastorno alimenticio y por último, se propondrá un posible tratamiento para la problemática planteada.

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

Desde la antigüedad, la comida ha servido al hombre como una respuesta a sus necesidades sociales y culturales, llegándose a convertir en un referente de poder y status social.

De acuerdo con Jarne y Talarn (2000), en épocas pasadas ya existían los desordenes alimenticios, como los grandes banquetes en los que se comía en exceso y que en algunas ocasiones poseían un tinte sagrado; cuando se llevaban a cabo estos convites, resultaba común vomitar con la finalidad de comer nuevamente.

Los alimentos también se han asociado a la cuestión religiosa: el ayuno, por ejemplo, era para los cristianos una forma de penitencia, con ella manifestaban su rechazo al mundo y le consideraban una manera de elevar su espíritu.

Si bien la anorexia ya se encontraba presente en algunas personas de estas épocas como forma de penitencia también existía con un sentido clínico, de forma que comenzó a prestarse más atención a este tipo de trastorno (Jarne y Talarn: 2000).



Jarne y Talarn (2000) explican que en el año de 1873, Gull y Lasségue realizaron descripciones completas de cuadros anoréxicos, esto llevó al primero a confirmar que la anorexia clínica era etiológicamente psicógena y no una patología orgánica, como se creía.

Por otra parte, las primeras teorías sobre este tema aludían una enfermedad de origen panhipopituitario, lo cual hace referencia a que los trastornos alimenticios se relacionan directamente con la tiroides, sin embargo, más adelante se propusieron otras hipótesis psicológicas de índole psicoanalítico mayormente, es así como desde los años setenta, la perspectiva que se tiene sobre los trastornos alimenticios es la de una problemática más compleja y en la cual se deben tomar en cuenta aspectos psicológicos, biológicos y sociales (Jarne y Talarn; 2000).

Los autores anteriores refieren que en el año de 1979 se realizó una descripción de un cuadro en el que se presentaban episodios en los que se ingería alimentos de forma voraz, seguidos de purgaciones y lo cual se relacionaba con la anorexia nerviosa, a esto le denominó bulimia nerviosa, ya que se consideró una forma evolucionada de la anorexia.

Con la intención de que la variable trastornos alimenticios resulte más clara, en el siguiente punto serán abordadas las definiciones de los diferentes trastornos relacionados con lo alimenticio, entre las cuales se encuentran: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad (sólo conceptualizada y no desarrollada), la hiperfagia en

otras alteraciones psicológicas, los vómitos en otras alteraciones psicológicas y los trastornos de la conducta alimentaria en la infancia.

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

En el DSM-IV (APA; 2002) se manifiesta que los trastornos alimenticios poseen ciertas características para ser considerados como tales, las alteraciones en la conducta alimentaria de una persona pueden ser una de las principales características de dichas perturbaciones.

Entre ellas se encuentran dos tipos: la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa; de igual forma, en esta sección van incluidos los trastornos de conducta alimentaria no especificados, a los cuales se les denomina de dicha forma debido a que en ellos no se cumple con los criterios para un trastorno alimentario específico.

Asimismo, “existen trastornos de la ingestión y la conducta alimentaria que son diagnosticados durante la infancia, entre ellos se encuentran: pica, trastorno de rumiación y trastornos de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez” (APA; 2002: 99).

Para que el tema de los trastornos alimenticios sea comprendido en su totalidad, en los siguientes puntos se proporcionan las definiciones necesarias para los trastornos involucrados en el presente tema.

### **2.2.1. Anorexia nerviosa**

En la cultura occidental, actualmente se ha observado que los riesgos de padecer algún trastorno alimenticio en la población adolescente, en especial la femenina, se ha incrementado bruscamente en los últimos años.

Como mencionan Jarne y Talarn (2000), en la constante búsqueda del cuerpo perfecto se ven involucrados otros factores como el económico, de los cuales se desprenden la incidencia y prevalencia; el sexo, que se asocia en un porcentaje mayor al sexo femenino debido a la influencia de factores socioculturales sobre los biológicos; la edad también se relaciona, y de acuerdo con estudios realizados por Turón en el año de 1997, se encontró que las épocas más frecuentes en las que se presenta algún trastorno alimenticio son entre los 12 y los 25 años.

En la anorexia nerviosa puede claramente identificarse el rechazo a mantener el peso corporal en su nivel mínimo. “Esta enfermedad se caracteriza porque el paciente desea pesar menos, tiene un miedo intenso al aumento de peso, además su representación corporal se ve alterada, ya que se percibe más gordo de lo que es realmente” (APA; 2002: 553).

De igual forma, existen otros criterios para diagnosticar dicha enfermedad. El DSM-IV (APA; 2002) refiere que en las mujeres pospuberales se presenta amenorrea con un mínimo de ausencia de tres ciclos menstruales contiguos.

Por otra parte, en lo concerniente a las pautas para diagnosticar un cuadro de anorexia nerviosa, se considera necesario que se encuentren presentes las alteraciones siguientes:

- a) Pérdida significativa de peso, refiriéndose a un decremento en la masa corporal de por lo menos 17.5; en lo que respecta a los enfermos prepúberes, no se logra ganar el peso propio de la edad debido a la enfermedad.
- b) La pérdida de peso es causada por el enfermo, debido a que se rehúsa a ingerir cualquier alimento que considere puede subirle de peso, además, se presentan los siguientes síntomas: vómitos autoprovocados, purgas intestinales, excesivo ejercicio, consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos.
- c) Existe la distorsión de la imagen corporal, caracterizada por la persistencia de miedo ante la obesidad o flacidez de las formas corporales.
- d) Presencia de concentraciones elevadas de hormonas de crecimiento y cortisol, así como alteraciones en el metabolismo periférico de la hormona tiroidal y anomalías en la secreción de insulina.
- e) Si la enfermedad llega a presentarse antes de la pubertad, ésta se retarda o llega incluso a detenerse, en las mujeres es común que no se desarrollen las mamas y en los hombres persisten los genitales infantiles.

En el DSM-IV (APA; 2002) se afirma que el miedo que posee el enfermo a ganar peso, no se reduce, aun cuando su peso disminuya; también se considera que el nivel de autoestima de quienes padecen un trastorno alimenticio, depende de la forma y peso de su cuerpo, para ellos es un logro y demuestra autodisciplina el perder peso,

pero el aumento de éste representa para ellos un sinónimo de fracaso y poco autocontrol.

En ocasiones, cuando se padece este tipo de trastorno, es común que quien lo presenta, niegue su condición y llegue a inventar cualquier explicación para su negación ante los alimentos, debido a esto se recurre a la búsqueda de información de otras fuentes, como los familiares, para recopilar datos que puedan ser relevantes.

En el DSM-IV (APA; 2002) se exponen dos subtipos que deben considerarse para puntualizar si existen o no los llamados atracones durante la anorexia nerviosa.

- Tipo restrictivo: en él, la pérdida de peso se debe a las dietas estrictas, ayuno o a los ejercicios exhaustivos a los que se somete el individuo, sin embargo, éste no recurre al atracón ni la purga.
- Tipo compulsivo/purgativo: por su parte, se caracteriza porque el individuo recurre constantemente a los atracones o las purgas, utiliza diuréticos o laxantes de forma abusiva, aun cuando haya consumido una cantidad mínima de alimentos.

Como se ha expuesto en este punto, la anorexia es un trastorno complejo, que no implica solamente el dejar de comer, sino también otros aspectos que hacen de esta enfermedad un peligro constante tanto para quien lo padece, como para quién le rodea. Por otra parte, no es el único trastorno de tipo alimentario, ya que existen otros como la bulimia nerviosa, que en el siguiente punto será descrita.

### **2.2.2. Bulimia nerviosa**

Este trastorno de la conducta alimentaria “se caracteriza por un patrón de alimentación alterado, en el se tienen episodios de ingesta voraz, a los cuales le anteceden estrategias para desechar las calorías consumidas; cuando se lleva a cabo este tipo de acciones, el individuo experimenta sentimientos de autocompasión, así como tristeza y mal humor” (APA; 2002: 164).

Para la CIE-10 (referida por Castillo y León; 2005) existe una serie de criterios que sirven como apoyo para diagnosticar la bulimia nerviosa:

- 1) Presencia de atracones: el atracón se caracteriza por la ingesta de gran cantidad alimentos en un corto tiempo, así como la sensación de pérdida de control sobre la ingesta misma.
- 2) Conductas compensatorias inapropiadas: esto se refiere al uso descontrolado de diuréticos, laxantes, provocación de vómitos, ayuno, ejercicio excesivo o enemas.
- 3) Las conductas inapropiadas y los atracones suceden al menos dos veces por semana en un periodo de tres meses.
- 4) En lo que respecta a la autoevaluación, el individuo se ve influido enormemente por su peso y la forma de su cuerpo.
- 5) La alteración no es exclusiva en la anorexia nerviosa.

Al igual que en la anorexia nerviosa, en la bulimia también existen subtipos como:

- Tipo purgativo: aquí, el individuo recurre al vómito, al uso de laxantes, diuréticos o enemas.
- Tipo no purgativo: durante el episodio bulímico, el individuo recurre a otros tipos de conductas como el ayuno o el exceso de ejercicio, sin llegar al vómito o uso de laxantes (Castillo y León; 2005).

De acuerdo con la CIE-10 en este tipo de trastorno, el individuo experimenta una inquietud constante debido a la comida, llegando a la polifagia, lo cual se refiere al consumo excesivo de alimentos en periodos cortos de tiempo.

Para que tanto la anorexia como la bulimia nerviosa sean identificadas, a continuación se presenta una lista de las diferencias entre ambos trastornos.

En el DSM-IV (APA; 2002) se indica que el bulímico puede presentar una conducta desordenada, no sólo en su forma de alimentación, sino en la vida misma, lo cual representa una diferencia entre bulimia y anorexia, ya que en la última la forma de comer y vivir es más organizada. El estado de ánimo juega un papel muy importante en la bulimia nerviosa, ya que depende en gran medida de él, para que se presenten los atracones, los cuales se definen como la ingesta de grandes cantidades de comida en un corto lapso de tiempo.

Al presentarse un atracón, la sensación de falta de control es experimentada por quién padece bulimia. Conforme la enfermedad avanza, conductas como el evitar los atracones o detenerlos, se hacen presentes.

De acuerdo con el DSM-IV (APA; 2002), las personas que padecen tal enfermedad pueden no comer uno o dos días seguidos, además, realizan ejercicio excesivo. Con la intención de compensar los atracones, dichos ejercicios llegan a interferir con las actividades cotidianas del sujeto o realizarse en lugares poco apropiados. El bulímico llega incluso a consumir hormonas tiroideas, con el fin de no ganar peso.

Después de presentarse el atracón, el bulímico comienza a tener pensamientos sobre lo que comió, es entonces cuando se hace consciente de que ésto le hará subir de peso, lo cual resulta inadmisibile, por ello le provoca tanto ansiedad como temor; para eliminar estas sensaciones, recurre al vómito o la purga.

Por otro lado, también existen algunas alteraciones de tipo cognitivo, que no son propios de la bulimia, sino que también aparecen en la anorexia, ya que en ambas se llegan a tener pensamientos errados entre la relación, comida, peso y figura corporal, siendo inaceptable para ambos casos el engordar (APA; 2002: 168).

Cuando se habla de los trastornos alimentarios, inmediatamente se piensa en anorexia y bulimia, sin embargo, existen otras enfermedades que se encuentran



relacionados de alguna manera con dicha clasificación, por ello, en el punto siguiente serán abordados.

### **2.2.3. Obesidad**

Es común encontrar en la televisión programas que abordan el tema de la obesidad; en el mercado, existen infinidad de productos que prometen ayudar a combatir la obesidad, incluso Jarne y Talarn (2000) refieren que actualmente ha crecido la producción de bibliografía referente al tema. Sin embargo, en primer lugar se necesita conocer lo que implica la obesidad.

Las cifras son altas y aumentan continuamente, de modo que generan no sólo personas obesas, sino otras complicaciones que a lo largo del tiempo se ven reflejadas en problemas de tipo emocional, conductual y físico, debido a esto, a continuación se abordan otras alteraciones ligadas a los trastornos alimentarios.

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

Castillo y León (2005) refieren que para la CIE-10, éste término responde a la ingesta excesiva de alimentos, como una reacción ante algunos acontecimientos que resultan estresantes y que tienen como consecuencia la obesidad.

Sin embargo, debe diferenciarse este trastorno, cuando al paciente le antecede una obesidad y ésta causa en él una baja confianza en las relaciones interpersonales,

una autoestima baja o situaciones en las que la obesidad es el resultado de algún tratamiento farmacológico (Castillo y León; 2005).

Existen además, otros trastornos que no cumplen con las especificaciones planteadas, y éstos se denominan trastornos de la conducta alimentaria no especificados. El DSM-IV ofrece una clasificación para lo antes mencionado, y propone algunos ejemplos:

1. Mujeres que cumplen todos los requisitos para la anorexia, pero que presentan menstruaciones regulares.
2. Cumplir con todos los criterios para el diagnóstico de anorexia, pero el peso del sujeto se halla en el límite normal.
3. Cumplir con todos los criterios diagnósticos de la bulimia, sin embargo, tanto los atracones como las conductas compensatorias se presentan durante menos de tres meses.
4. Recurrir a conductas compensatorias después de ingerir cantidades pequeñas de comida.
5. Masticar y deponer, sin tragar, grandes cantidades de alimento.
6. Trastorno por atracón: se caracteriza por atracones periódicos, pero sin conductas compensatorias inapropiadas propias de la bulimia.

De igual forma, hay otros trastornos que se encuentran ligados de algún modo con los trastornos de la conducta alimentaria, y en el siguiente segmento se describirán.

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

Castillo y León (2005) indican que se les conoce como “vómitos psicógenos e hiperémesis gravídica psicógena”. Llegan a presentarse vómitos de forma continua, no son autoprovocados, los ejemplos incluyen la hipocondría o el embarazo, donde los elementos emocionales provocan su aparición.

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

Por otra parte, existen trastornos que son propios de la etapa infantil. Para la CIE-10, lo que caracteriza a estos trastornos es la negación del infante ante los alimentos, presentada mediante conductas caprichosas que no son normales en la conducta alimentaria.

Para que el diagnóstico de este tipo de trastornos sea el adecuado, debe descartarse que se tenga una raíz orgánica, además, no debe confundirse con conductas típicas de la niñez. Lo que hace la diferencia entre una conducta alimentaria normal y un trastorno alimentario, como el subir o bajar de peso en un periodo corto de tiempo (un mes), debería tomarse como una señal de alarma.

A continuación se muestra una lista de aquellos trastornos que sirven para la diferenciación del diagnóstico (Castillo y León; 2005: 226):

1. “Trastornos en los que el niño come bien en compañía de adultos distintos a su cuidador habitual.
2. Enfermedad orgánica suficiente para explicar el rechazo a la comida.
3. Anorexia y otros trastornos de la conducta alimentaria.
4. Trastorno psiquiátrico más amplio.
5. Pica.
6. Trastorno de la conducta alimentaria por malos tratos”.

Asimismo, existen síntomas propios de algunas patologías psiquiátricas, como el rechazo alimentario. En la anorexia nerviosa, por ejemplo, cuando el paciente se encuentra en las primeras etapas, aunque no pierda el apetito, rechaza la comida. El paciente psicótico, por su parte, utiliza pretextos como molestias intestinales para no ingerir alimentos, ya que se tiene una ideación delirante de envenenamiento, debido a lo anterior, el tratamiento que se aplique dependerá de la patología psiquiátrica que se padezca.

En otro punto, se encuentra la pica o alotriofagia, que se refiere a un trastorno de la conducta alimentaria, en el que se ingieren sustancias no nutritivas como tierra, de forma constante.

De acuerdo con Castillo y León (2005), cuando se presenta en niños, puede derivarse de un síntoma de algún trastorno psiquiátrico como el autismo o el retraso mental. Por otro lado, en el caso de los adultos, dicha conducta puede encontrarse en sujetos psicóticos, con retraso mental o dementes.

Dentro de los trastornos de la conducta alimentaria en la infancia también se encuentra la rumiación o mericismo, que se refiere a la regurgitación continua de la comida ingerida, y aparece alrededor de los tres años; se acompaña de la pérdida de peso y puede aparecer en niños con retraso mental o trastorno generalizado del desarrollo. Castillo y León (2005) indican que el origen de dicho trastorno puede estar ligado a la relación madre-hijo.

En último lugar se encuentra la potomanía. Castillo y León (2005) señalan que en ella, el paciente ingiere cantidades excesivas de líquidos, regularmente agua, sin embargo, este trastorno debe diferenciarse de la diabetes insípida, ya que en ella existe una alteración de la neurohipófisis; en la potomanía se encuentran características típicas de la histeria, ésta también puede asociarse con la anorexia, debido a que los pacientes ingieren grandes cantidades de agua para provocar saciedad.

Dentro de este apartado, también se encuentran los problemas alimentarios menores, si bien éstos no representan un riesgo mayor como la anorexia o la bulimia, es importante tomarlos en cuenta. “En esta parte se incluyen los denominados comportamientos disruptivos durante la comida y hábitos alimentarios inadecuados, aquí entran conductas como comer de pie, levantarse constantemente de la silla, jugar mientras se come, negarse a utilizar cubiertos, aun cuando el tipo de comida lo requiere” (Jiménez; 1997: 211).

Conductas como el rechazo de ciertos alimentos, negarse a comer alimentos sólidos, ingerir comida sólo si está mezclada, la falta de apetito, tiempo de comida excesivo o vomitar, son conductas normales hasta ciertas edades; para que este tipo de comportamientos puedan prevenirse, es importante que los padres adquieran el conocimiento y las herramientas necesarias para afrontarlas.

Jiménez (1997) señala que entre los 1 y 5 años, comienzan a formarse tres aspectos básicos en el niño: el apetito en esta etapa es menor al del primer año; en segundo lugar, el menor hace más notables sus preferencias alimenticias y en tercer lugar, los comportamientos de autonomía comienzan a surgir.

A continuación se desarrollarán las conductas referidas anteriormente.

- Rechazo de alguna clase de comida: es normal que algunos alimentos sean rechazados por el niño; el olor, sabor o la dificultad de ingerir estos alimentos pueden ser los motivos de la negativa.
- Negación a tomar alimentos sólidos: aquí, el niño sólo ingiere alimentos líquidos o triturados, este tipo de dificultades suelen aparecer cuando el niño pasa de alimentos de bebé como las papillas, a los alimentos de adulto. De acuerdo con Jiménez (1997), el niño rechaza este tipo de alimentos debido a que se está adaptando a la nueva consistencia de los alimentos. En esta etapa es importante que los padres le den al infante la oportunidad de experimentar con texturas distintas en los alimentos.

- Ingesta de comida mezclada: el niño sólo ingiere alimentos triturados y con sabores mezclados, esto es generado por sus mismos padres, ya que encuentran una solución rápida para que éste coma todos los alimentos que desean, lo que se convierte en un problema a largo plazo, cuando el hijo se niega a comer a menos de que sus alimentos estén mezclados.
- Falta de apetito: es importante resaltar que durante el primer año de vida, el niño sube entre 5 y 8 kilos de peso, sin embargo, después del primer año, su apetito disminuye de modo que sólo llegará a subir aproximadamente 2 kilos por año.
- Tiempo de comida excesivo: en general, al infante le puede llevar mucho tiempo el comer; las razones pueden ser varias, como el rechazo a la comida que se le prepara, negarse a pasar de la alimentación triturada a la sólida, rechazo a ingerir cualquier comida que los padres quieren que coma o estímulos excesivos que intensifican su poca atención en los alimentos.
- Los vómitos: éste es un problema que puede llegar a inquietar a los padres del infante, ya que lo ligan con problemáticas físicas, esto debe corroborarse con el médico pertinente, pero si no se trata de algo físico, se debe pensar entonces en el entorno. En muchas ocasiones los vómitos son el resultado de un rechazo a la escuela, lo cual es un medio que el niño aprende para evadir la escuela (Jiménez; 1997).

Para que el tema trabajado se comprenda de una forma óptima, es necesario conocer la relación persona-alimento desde su raíz, es por esto que en el siguiente punto se profundizará.

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

“Desde muy temprana edad, la actividad oral es una fuente de satisfacción, la cual sacia la necesidad de nutrición del ser humano, los movimientos que implican succión labial, existen desde el nacimiento.” (Ajuriaguerra; 1973: 178).

Por su parte, la ciencia ha recurrido a la experimentación animal, esto ha permitido a los científicos observar algunas alteraciones en la conducta. Ajuriaguerra (1973) indica que existen dos tipos de fenómenos a los que dichas conductas se encuentran ligadas: por un lado se encuentran los automatismos oroalimenticios con movimientos de lamido, masticación y deglución, como una forma de conocer los objetos que forman una relación oral.

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

De acuerdo con Ajuriaguerra (1973), el reflejo oroalimenticio y la fuente de excitación se presentan desde muy temprano en el ser humano, ya que conforman una de las primeras formas de relación con el mundo exterior. Para el recién nacido, la madre no resulta un objeto amado, sino más bien una dependencia infantil, como resultado del contacto con los dedos y el pecho de ella, es entonces cuando el niño desarrolla un vínculo que pasa por diversas fases.



“Para el segundo mes de vida, el niño sólo conoce la señal de comida cuando tiene hambre, más adelante fijará su mirada en la de su madre mientras lo amamanta, y así se creará un vínculo entre ambos” (Ajuriaguerra; 1973: 179).

De igual forma, el bebé al lactar, no sólo experimenta la satisfacción de comer, sino que también experimenta placer, así pues, cuando aprende a succionar su pulgar, activa un automatismo para lograr el placer cuando el pecho de su madre no está cerca.

Por otra parte, autores como M. Klane (retomada por Ajuriaguerra; 1973), afirman que desde el momento de nacimiento, el bebé reconoce el pecho, percibiendo inmediatamente como un objeto incomparablemente bueno. De ésta manera el perder y recuperar el “objeto querido” (pecho bueno), fungirá como un acontecimiento primordial para la vida emocional del niño, así pues el objeto dador de alimento será amado, mientras que el de frustración será odiado y percibido como “malo”.

En comparación con lo anterior, otros autores le brindan gran importancia a la forma de alimentación del niño, y lo relacionan con la formación de su psique, esto debido a que se vincula la succión con las primeras fantasías del mismo. El hecho de ser alimentado a pecho, o por medio de biberones u otros recipientes, también resulta importante, siempre y cuando sea la madre o un personaje permanente quien alimente al infante (Ajuriaguerra; 1973)

Por su parte, S. Freud consideraba que la falta de amamantamiento generaba en el individuo un sentimiento de privación, con estas observaciones se clarifica que el comportamiento oroalimenticio forma parte de la relación objetal de la que anteriormente se habló.

Ajuriaguerra (1973) afirma que una de las primeras formas de relación entre madre e hijo, es el acto de comer. Cuando la mujer observa al menor comer con rapidez y sin problema alguno, genera en ella un sentimiento narcisista, llevando la relación por un camino optimista, de esta manera, un niño regordete da a la madre una sensación de alivio, ya que la libera de culpas, por el contrario el niño delgado y poco comedor, la exaspera y crea agresividad en la relación de ambos.

Asimismo, la comida es un símbolo de institución social que conlleva un ritual y la participación activa de la familia, debido a los horarios y a la forma en que se lleva a cabo: el tiempo de comida es percibido por el niño como una obligación; al ser admitida, para los padres representa un regalo. Ajuriaguerra (1973), señala que el acto de comer representa alimento, placer y un acto que tiene por objetivo el crecer.

Si bien en este punto ya se ha descrito lo que hace referencia a la esfera oroalimenticia y su función, es importante también conocer aquellas alteraciones que forman parte de la misma, es en el siguiente punto que se darán a conocer.

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

Aquí se pueden encontrar diversas formas derivadas de la anorexia del recién nacido. Ajuriaguerra (1973) las clasifica de la siguiente manera:

- Anorexia esencial precoz: podría llegar a aparecer en las primeras semanas de vida, o incluso en el primer día; en ésta, al principio el recién nacido se muestra pasivo ante la comida y cuando pasa el tiempo, se niega a comer.
- La anorexia del segundo semestre: se hace presente entre el quinto y octavo mes, al quitarle la leche de manera paulatina al niño cuando aún tiene apetito.

De acuerdo al comportamiento del niño frente a la comida, se ubican dos tipos de anorexia:

- Anorexia inerte: se le denomina así cuando el infante no tiene iniciativa ni coopera, es decir, no ingiere, o vomita lo poco que haya comido.
- Anorexia de oposición: el menor reacciona con chillidos y agitación, esquiva para no comer, también vomita y rechaza la comida. Algo tan sencillo se vuelve una lucha que termina por ganar.

Ajuriaguerra (1973), menciona que se genera una relación oral entre madre e hijo, que puede ser de rechazo o aceptación, ya que el rebelarse o aceptar la comida es la única forma que el pequeño tiene para mostrar su personalidad.

Por otro lado, también se encuentra la anorexia compleja, la cual se caracteriza porque los síntomas son más intensos y el niño se resiste a los tratamientos habituales, este caso se diferencia del poco comedor, ya que el menor lo manifiesta con anticipación.

De acuerdo con Ajuriaguerra (1973), los casos de anorexia más graves, comúnmente se relacionan con un conflicto en la relación con la madre. Sin embargo no debe considerarse a la anorexia infantil como un síntoma, sino que se toman en cuenta todos los aspectos que implica el comer, como los horarios y el número de comidas, por ejemplo, ya que de alguna manera, comer simboliza un ritual y es resultado de un condicionamiento previo, a esto debe agregarse el adelgazamiento de origen orgánico que se da en la primera infancia.

Así pues, en los puntos anteriores se desarrollaron las temáticas involucradas con lo referente a la estructura oroalimenticia del infante, y se describieron las diferentes afecciones que se derivan de la misma, ahora bien, en el segmento siguiente se presentarán las características propias de quien padece algún trastorno de alimentación.

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

Las frases de descontento respecto a la propia obesidad o el deseo de ser más delgado son de cierta frecuencia social o incluso aparecen en los pensamientos

propios, sin embargo, hay una línea muy delgada entre este tipo de afirmaciones y un trastorno de tipo alimentario.

Son muchos los factores que intervienen en la posible predisposición al trastorno alimentario, por ello, en el presente punto se abordan de manera detallada.

Costin (2003) indica que en un primer plano, la dificultad que poseen algunas personas para funcionar de forma independiente de su familia, o la obligación de responder siempre a las expectativas, son algunos de los elementos predisponentes para los trastornos de tipo alimentario. Explica, que cuando la seguridad del individuo se ubica en cumplir con lo que los demás esperan de él, puede llegar a generarse un sentimiento de ineficacia personal, debido a que se duda continuamente de las propias capacidades de resolución.

Existen situaciones que involucran cambios en la vida de la joven adolescente: el cambiar de casa, escuela o amigos, lo convierten en un blanco vulnerable para el desarrollo de un trastorno de la alimentación, ya que su cuerpo se convierte en un símbolo de autonomía, control y eficacia, de forma que se malinterpreta el bajar de peso, como una señal de autocontrol (Costin; 2003: 73).

Por otra parte la autoestima es otro factor importante en estas predisposiciones, ya que es el grado de aceptación sobre sí mismo lo que le permite al individuo generar un ideal. Costin (2003), indica que los parámetros para la autoestima son distintos, dependiendo del sexo del individuo; en las mujeres, por ejemplo, la autoestima se

encuentra ligada a factores externos como la apariencia, así como a la aprobación del otro.

En un tercer punto se encuentra la tendencia hacia la perfección, es una de las características primordiales en quienes padecen algún trastorno de alimentación. Mantener una figura ideal y perder peso, es parte de esto, dado que quien padece el trastorno, piensa que al mantener ese peso o bajarlo, está transformándose a sí mismo y que esto le brindará la seguridad que necesita para afrontar sus problemas.

Sin embargo, este llamado perfeccionismo, sitúa a la persona en una contradicción, ya que ella misma no admite fallas. “El control no sólo aparece en el peso corporal, sino en todos los aspectos de la vida de quien lo padece, para dichas jóvenes es vital percibir que tienen el control sobre todo, ya que les cuesta pensar en otras posibilidades” (Costin; 2003: 77).

Como indica la autora citada, existe un periodo en el que se desarrollan los trastornos de la alimentación, tanto la pubertad, como la adolescencia y la juventud son etapas donde los cambios están a la orden del día; los físicos, sociales, sexuales y emocionales, son algunos de ellos.

De manera específica, los cambios físicos juegan un papel importante, el pasar de un cuerpo infantil a uno cercano a la apariencia adulta, puede llegar a significar un cambio desconcertante para muchas jóvenes, ya que el temor a crecer se hace más evidente. Si bien son diversos los factores que se encuentran ligados al trastorno,

existen otros detonantes que también son importantes, a continuación serán expuestos.

## **2.5. Causas de los trastornos alimenticios**

Costin (2003) menciona que los factores que intervienen en el trastorno alimenticio, no lo hacen de manera aislada, sino que es una mezcla de ellos la que actúa; la autora indica que existen tres tipos de factores, los predisponentes como socioculturales, familiares e individuales; los factores precipitantes: estresores, actitudes anormales con peso-figura, dietas extremas y pérdida de peso; por último, los factores perpetuantes: atracones y purgas, secuelas fisiológicas y psicológicas.

Cuando se habla de predisponer, se debe entender como preparar con anticipación una situación; precipitar, por su parte, indica perdurar (Costin; 2003). De esta forma, en el apartado continuo serán abordados los factores predisponentes.

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

La comida se encuentra ligada a una serie de factores, como la identidad, el género y la cultura de cada individuo, incluso la sexualidad se encuentra asociada, ahí radica el hecho de que en la mayoría de los comerciales publicitarios este componente sea utilizado para vender. “La comida incorpora enunciados acerca del sexo y simboliza al individuo como ser sexual” (Ogden; 2005: 69).

Sin embargo, la comida también simboliza una fuente de conflicto para el individuo. Lawrence (retomado por Ogden; 2005: 70) refiere que “la comida es una fuente de placer, pero con frecuencia no para las personas que tienen la responsabilidad principal de facilitarla. Las mujeres tienen el control de la comida, pero, al mismo tiempo, se niegan a sí mismas el placer de comer”. Quizás de aquí se derive el que la mayoría de los casos de trastorno alimentario se den en mujeres.

De igual forma, la comida funge como un instrumento de interacción social, la forma en que se cocina, es incluso parte de la identidad de grupo de cada individuo, además de significar amor, ya que es común que las madres utilicen la comida como una muestra de dicho sentimiento. Ogden (2005), expresa que además la comida también brinda cierto status social, un sentido de poder.

A manera de conclusión, de acuerdo con Ogden (2005: 71) “la comida es una interpretación del yo como ser sexual, conflictuado por la culpa y el placer, comida y negación, y como una declaración de autocontrol”.

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



La familia es considerada como la primera institución social del ser humano, es por eso que resulta común cuestionarse acerca del papel que tiene en el desarrollo de un trastorno alimentario.

De acuerdo con Rausch (1996), existen ciertas características en las familias de pacientes con trastornos alimentarios, he aquí algunas:

- En las pacientes bulímicas, generalmente se presentan trastornos de tipo afectivo y alcoholismo, en lo que refiere a sus antecedentes familiares.
- Las familias de personas con anorexia nerviosa, comúnmente inhiben la agresión y la hostilidad.
- El grado de conflicto está más acentuado en las familias de anorexia de tipo bulímico y de bulimia nerviosa.
- En algunas familias, se tienen antecedentes de otros miembros con algún trastorno alimentario, lo cual resulta un factor de riesgo.

De la misma forma, algunos estudios afirman que “las opiniones y juicios de los padres, respecto del tamaño de las diversas zonas del cuerpo, influyen en las pacientes; podrían condicionar la evolución de su trastorno” (Rausch; 1996: 50).

Por otra parte, en cada familia existen reglas, que muchas veces pueden llegar a ser tan rígidas, que llegan a convertirse un detonante para el trastorno. El que no se le permita expresarse a alguno de los miembros, en general a los menores, como parte

de las reglas, puede llegar a crear problemas, si bien es necesario establecer jerarquías, no se debe dejar de lado la importancia de expresar pensamientos y emociones por parte de cada miembro de la familia.

Otro punto importante que menciona Rausch (1996) es que cuando una familia tenga una mayor capacidad de reestructurar sus reglas, buscando la manera de adaptarse a las necesidades que vayan surgiendo en cada miembro, generará en ellos una mayor autonomía que resulta sana.

### **2.5.3. Factores socioculturales**

“De acuerdo con datos recopilados por la Clínica de Trastornos de la Alimentación en Toronto, Canadá, se encontró que un 42% de las mujeres muestran que ‘perder peso’ es aquello que les haría más felices, también un 90% de las mismas, dijeron sentirse insatisfechas con su imagen corporal. Esto muestra de manera clara que el peso, es algo que resulta relevante en relación con la autoestima de las mujeres, además el contexto sociocultural recompensa la delgadez y rechaza la gordura” (Costin; 2003: 59).

Debido a lo anterior, Costin (2003) menciona que no resulta extraño que cada día sean más las mujeres que se involucren en la vida de las dietas y ejercicios para llegar a la figura “ideal”, que no significa un prototipo sano, sino uno de moda, es por esto que quienes presentan un trastorno de alimentación, se obsesionan con la comida

y el peso, a lo cual le dedican la mayor parte de su tiempo, dejando de lado su bienestar emocional y físico.

De igual forma, la sociedad impone un papel de súper mujer, lo cual incluye una figura esbelta, una carrera exitosa, un matrimonio feliz y la perfección como madre. Los anuncios publicitarios se valen de esto para vender la misma idea, en las revistas por ejemplo, se proponen miles de dietas que prometen dar la figura ideal, bajar de peso, entonces se convierte en la meta principal de muchas mujeres.

Asimismo, la ansiedad, la culpa, el miedo y la pérdida de control se hacen presentes, y vienen entonces los trastornos de la alimentación. También existen algunos prejuicios acerca de la obesidad, entre los que se encuentran:

- La gente obesa come más que la no obesa, lo cual no es verdad, ya que muchas veces la obesidad tiene otra raíz.
- Los obesos tienen más problemas psicológicos: esto tampoco es cierto, lo que es verdad, es que la presión para ellos es aún mayor.
- Los tratamientos con dietas prolongadas son más satisfactorios: se ha encontrado que sólo el 5% de las personas con obesidad que hacen dieta, consiguen bajar de peso y mantenerse.

Si bien el significado que tiene la comida en cada cultura y la importancia que se da a la imagen corporal, es alta, la manera en que el mismo individuo se percibe,

juega un papel bastante relevante en todo trastorno alimentario. En el siguiente punto se pretende exponer lo antes mencionado.

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

En lo que respecta a la forma corporal, existe una gran influencia en lo que los medios de comunicación ofrecen como lo esperado, en la época actual se espera que los hombres sean más musculosos y las mujeres mucho más delgadas.

Como menciona Ogden (2005), esto afecta el concepto de hombre o mujer que se posee y es primordial para la creación de estereotipos que favorecen la percepción y las conductas mismas del individuo.

Ogden (2005) define la imagen corporal como “el cuadro de nuestro propio cuerpo que formamos en nuestra mente”, pero poseer una percepción sana del propio cuerpo, parece muy difícil con la publicidad constante de los medios sobre cómo debería ser el mismo.

De acuerdo con Ogden (2005), la insatisfacción corporal se puede clasificar en tres formas: como imagen corporal deformada, como discrepancia del ideal y como respuestas negativas al cuerpo.

En la primera, se percibe el cuerpo más voluminoso de lo que es realmente, por ejemplo, algunos estudios demostraron que quienes padecen anorexia nerviosa,

perciben las dimensiones de su cuerpo mayores que como son en realidad, en comparación con las personas que no poseen un trastorno alimentario.

Por su parte, la discrepancia del ideal refiere que la persona posee una insatisfacción entre la percepción de lo ideal y lo real. Mientras que las respuestas negativas al cuerpo indican aquellos sentimientos y cogniciones negativos sobre él.

En general, “la insatisfacción corporal puede definirse como una disconformidad entre la percepción que posee la persona del volumen de su cuerpo y su volumen real, son las mujeres, mayormente, quienes poseen dicha insatisfacción” (Ogden; 2005: 100). Esta autora explica que tanto los factores sociales como los psicológicos, son los que causan la insatisfacción corporal, asimismo, las creencias, la cultura y la familia son una gran influencia.

Después de exponer aquellos factores que inducen y precipitan el trastorno alimentario, a continuación, se mencionarán aquellos que los perpetúan.

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

La exageración con las dietas y el constante control en el peso, son factores que hacen que un trastorno alimentario prevalezca. Costin (2003) indica que las dietas causan malestar anímico y emocional, debido a que el sujeto se alimenta de manera insuficiente.

La subalimentación no sólo afecta al organismo, sino que también a la parte social del individuo: se experimentan estados de aislamiento, así como falta de interés amoroso y sexual. Costin (2005) afirma que las dietas son adictivas, esto lleva al individuo a la sintomatología de obsesiones, depresión, aislamiento e inseguridades físicas.

Cabe puntualizar que existe una predeterminación del peso corporal, que se denomina “punto de partida”, y esto puede explicar aquellas diferencias entre cada individuo para ubicarse en un peso u otro. Como anteriormente se menciona, las dietas resultan un factor que perpetúa el trastorno alimentario debido a que el organismo se acostumbra a mantenerse constantemente bajo este tipo de hábitos, se crea una conducta obsesiva ante los alimentos de tal manera que se convierte en una adicción; en este sentido, los alimentos ricos en carbohidratos son el equivalente a una droga.

Después de haber revisado lo concerniente a la etimología de los trastornos alimentarios, así como las causas y los factores que intervienen en ellos, ahora es momento de abordar aquellos estragos psicológicos que se ven inmiscuidos de la misma forma.

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

Desde hace mucho tiempo se viene asociando a la anorexia con otros trastornos mentales. Kirszman y Salgueiro (2002) mencionan que hace un siglo

aproximadamente, se le consideraba a la anorexia nerviosa como una forma frustrada de la melancolía en la pubertad, así pues, su manifestación se interpretaba como una manera de solucionar el conflicto adolescente.

Por otro lado, en el año de 1914, se hablaba de que la anorexia nerviosa se debía a un déficit hormonal. Existen casos registrados, de las primeras formas de trastornos depresivos asociados con la anorexia, por ejemplo el caso de Ellen West, alrededor de los años 40, quién padecía un temor enorme a engordar y constantemente se deprimía, lo cual la llevo finalmente al suicidio. Más adelante se abordará de manera más amplia el tema de anorexia-depresión.

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

Kirschman y Salgueiro (2002) mencionan que se han realizado varios experimentos en los que se ha encontrado prevalencia de trastornos afectivos entre los familiares de pacientes con trastornos alimentarios.

Sin embargo, otros autores como Sabine (retomado por Kirschman y Salgueiro; 2002), encontraron puntuaciones elevadas de síntomas como depresión, ansiedad y hostilidad, los cuales se asociaban a episodios bulímicos, con esto concluyó que la bulimia no era una manifestación de algún trastorno afectivo, sino que dichos cambios en el estado de ánimo son parte de un rasgo secundario del trastorno alimentario.

“También se habla del uso de antidepresivos, como método anti-atracón, y de su ayuda en el mejoramiento del estado de ánimo, también se ha comprobado su efectividad en problemas como la enuresis y los trastornos de atención en niños” (Kirszman y Salgueiro; 2002: 123).

De igual forma, Kirszman y Salgueiro (2002) refieren que se realizó un estudio de seguimiento a pacientes con bulimia nerviosa, en sus resultados se obtuvo que un 38% de ellas, al transcurrir dos años, presentaban un riesgo de depresión. Sin embargo, es importante resaltar que los trastornos alimentarios en relación con los trastornos de tipo afectivo, son difíciles de valorar, debido a que tanto la inanición como la hiperfagia llegan a producir cambios fisiológicos y psicológicos similares a los de la depresión. De igual manera, la pérdida de peso que aparece en la anorexia, también lo hace en pacientes depresivos, así como los trastornos del sueño y las disfunciones en el hipotálamo y la hipófisis.

De igual forma, se ofrece un par de semejanzas entre ambos trastornos como:

- Ánimo disfórico, auto-reproche y la auto evaluación negativa.
- Algunos síntomas físicos también aparecen en ambos casos.

Si bien parece difícil hacer una diferenciación entre lo anterior, “debe recordarse que los trastornos alimentarios son enfermedades de tipo multidimensionales y no homogéneas” (Kirszman y Salgueiro; 2002: 129).



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

“La relación entre el trastorno alimentario y la ansiedad, al igual que la depresión antes tratada, se ubica en que se comparten síntomas, por ejemplo, se conoce que la recuperación del peso trae consigo una disminución visible de los síntomas de depresión y ansiedad” (Kirschman y Salgueiro; 2002: 133)

Kirschman y Salgueiro (2002), mencionan que en el año de 1992 se llevó a cabo un estudio en el cual se compararon a cuatro tipos de pacientes con bulimia nerviosa, trastorno por atracón, trastorno de pánico y fobia social, relacionándolos con depresión, ansiedad y abuso de sustancias. Los resultados indicaron que los pacientes con bulimia y por atracón presentaban uno o más diagnósticos de ansiedad; además, el trastorno de ansiedad antecedía por lo menos a un año de trastorno alimentario.

De la misma forma, gracias a estudios realizados en el año de 1998, se pudo concluir que “las mujeres con trastorno por atracón indicaron una presencia mayor de depresión, también que un 70% de los pacientes obesos con trastorno por atracón, cuentan con los criterios para un trastorno de ansiedad del DSM-III” (Kirschman y Salgueiro; 2002: 135).

Así pues, a lo largo de éste capítulo se han expuesto aquellos factores que forman parte de los trastornos alimentarios, se ha hablado de otras perturbaciones vinculadas con los mismos y se abordaron diversas investigaciones que sirvieron de referencia para clarificar el entendimiento de la enfermedad. Ahora bien, en el último punto de este capítulo se señalará el tratamiento pertinente.

## 2.9. Tratamiento de los trastornos alimenticios

Rausch (1996) explica que si bien no existe un modelo teórico único que se utilice para el tratamiento de los trastornos alimentarios, algunos como: el modelo psicoanalítico, conductismo, cognitivo-conductual y la educación, son los más recurrentes, ya que se han utilizado tanto en terapias individuales, como familiares y grupales.

Sin embargo, de acuerdo con Rausch (1996), muchos clínicos incluyen una terapia de tipo conductual en el tratamiento de los trastornos alimentarios como la anorexia nerviosa, ésta requiere un tipo de control sobre el comportamiento observable del paciente y para ello se utilizan reforzadores.

La autora citada señala que el modelo cognitivo-conductual involucra tres aspectos: el pensamiento, la emoción y el comportamiento. En el tratamiento, el paciente reconoce la validez de sus creencias en el presente; este tipo de tratamiento puede ser bastante útil, si quien lo aplica está consciente de que se está tomando en cuenta sólo un aspecto parcial de los varios que completan el cuadro.

Por otro lado, en lo que a la terapia familiar respecta, se le considera una alternativa muy conveniente, porque si bien se piensa que el único afectado es el paciente con el trastorno alimentario, las consecuencias son sufridas también por quienes le rodean. La familia, como se sabe, es un punto clave para aligerar los

síntomas y proponer otras salidas que resulten saludables tanto para ellos como para el paciente.

En este tipo de terapia, se parte de conceptualizar a la familia como un componente biopsicosocial. De acuerdo con Rausch (1996), la familia brinda apoyo y sentimientos de pertenencia a cada uno de sus miembros, y es ahí mismo donde se promueve la adaptación a otros contextos, de aquí proviene su importancia en el tratamiento.

Por último, en la terapia individual se trabaja con brindar el apoyo necesario al paciente para que éste reconozca, acepte y externe sus deseos, sentimientos y opiniones; se busca que amplíe su experiencia.

Queda claro que existe una gran diversidad de tratamientos, sin embargo, es necesario tener en cuenta la profundidad de lo que un trastorno alimentario conlleva.

En conclusión, el padecimiento de anorexia nerviosa o bulimia nerviosa trae consigo un sinnúmero de cambios tanto en el paciente como en su entorno. Al ser un trastorno multidimensional, implica la participación de diversos factores como los individuales, sociales y culturales por mencionar algunos; de igual forma, requiere de un tratamiento completo.

## **CAPÍTULO 3**

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

Una vez expuesto el marco teórico en el que se presentan las variables para esta investigación, se procederá en el presente capítulo a exponer la investigación de campo, en cuanto a su metodología, descripción poblacional y el análisis de los resultados encontrados. Con esto se busca dar respuesta a los cuestionamientos planteados con anterioridad, con fundamento en los resultados de las pruebas aplicadas.

#### **3.1 Descripción metodológica**

En el presente apartado se presentan los detalles que componen la caracterización metodológica del presente estudio, incluyendo su enfoque cuantitativo, el tipo de investigación no experimental, el diseño transversal, el alcance correlacional y las técnicas de recolección de datos.

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

Hernández y cols. (2010) refieren que en este tipo de enfoque, la recolección de datos resulta de suma relevancia, ya que gracias a éstos se puede o no probar la hipótesis planteada, esto se logra a través de una medición numérica, así como de un

análisis estadístico, así pues, se establece un patrón comportamental y se logra probar teorías.

El enfoque cuantitativo posee las siguientes características:

1. El o la investigadora plantean un problema de estudio específico.
2. Se elabora un marco teórico, del cual se desprende una o varias hipótesis, las cuales se someten a prueba a través de diseños de investigación apropiados.
3. La recolección de datos se realiza mediante procedimientos estandarizados y aceptados por una comunidad científica.
4. Los datos recolectados se representan a través de números y deben analizarse mediante un método estadístico.
5. Una investigación cuantitativa debe ser objetiva, y los fenómenos medidos no deben verse afectados por el investigador.
6. La finalidad de un estudio de tipo cuantitativo es construir y demostrar teorías.
7. La investigación cuantitativa busca identificar leyes universales y causales.

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

Hernández y cols. (2010) afirman que en este tipo de estudio, los fenómenos a estudiar se observan en su ambiente natural, esto es, no se manipulan las variables

por parte del investigador. “En el diseño no experimental se observa una situación ya existente, es decir, las variables independientes suceden y no es posible manipularlas. Este tipo de investigación es apropiada para variables que no pueden o deben ser manipuladas” (Hernández y cols.; 2010: 150).

### **3.1.3. Diseño transversal**

Existen dos tipos de investigación no experimental: la transeccional y la longitudinal. En el primer caso, se recopilan datos en un único momento, tiene como intención describir, así como analizar la incidencia entre variables en un momento dado. Con este tipo de diseño se pretende llegar a conocer una variable en un momento específico, a diferencia de los estudios longitudinales, en los que se evalúa una variable a través del tiempo.

A su vez, los estudios transeccionales se dividen en exploratorio, descriptivo y correlacional. El primer caso se aplica generalmente a fenómenos poco conocidos o nuevos; por su parte, los descriptivos investigan la incidencia de las categorías o niveles de una o más variables; por último, el de tipo correlacional-causal, describe la relación entre dos o más categorías o variables (Hernández; 2010).

### **3.1.4. Alcance correlacional**

Gracias a este tipo de investigación, se logra responder a las diferentes preguntas que se plantean en la misma. De acuerdo con Hernández y cols. (2010), en

el alcance correlacional se asocian diferentes variables a través de un modelo predecible para una población.

Por otra parte, con el estudio de tipo correlacional se logra indagar la relación existente entre una o más variables. Después de llevarse a cabo esta correlación, se procede a cuantificarla, así como a examinar el vínculo entre las mismas. Este tipo de correlaciones se ven respaldadas en hipótesis sometidas a prueba. Estudios como éstos resultan útiles cuando se intenta predecir el valor aproximado de una variable en relación con el valor que las otras variables poseen.

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

Existen diversas técnicas que sirven para recabar los datos de campo para la investigación, las pruebas e inventarios pueden ser algunas; las hay de dos tipos: estandarizadas y no estandarizadas. Las primeras se caracterizan por poseer uniformidad tanto en las instrucciones como en su aplicación, además, cuentan con tiempos específicos de desarrollo y reconfirmación; las del segundo tipo regularmente son generadas mediante un proceso menos riguroso, además su aplicación es limitada, sin embargo pueden robustecerse metodológicamente y con el tiempo llegar a convertirse en pruebas estandarizadas.

Actualmente existen diversas pruebas que miden aspectos como: habilidades, aptitudes, personalidad, intereses, valores, desempeño escolar, motivación, aprendizaje e inteligencia emocional, por mencionar algunos. Este tipo de pruebas

también puede encontrarse en versión digital, lo cual puede en ocasiones hacer el proceso más sencillo.

En lo que respecta a esta investigación, fueron utilizadas las pruebas: Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños (CMAS-R) y el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2), por lo que a continuación serán descritas.

La prueba CMAS-R, también conocida como “Lo que pienso y siento”, es un instrumento de autoinforme que se compone de 37 reactivos, y que está diseñado para valorar el nivel de estrés en niños y adolescentes desde los 6 hasta los 19 años; se tienen sólo dos opciones de respuesta: sí, indicando que el reactivo describe los sentimientos o acciones del sujeto; no, cuando el reactivo no describe estas acciones. Este instrumento está conformada por la escala de ansiedad total, que se subdivide en las subescalas de: ansiedad fisiológica; inquietud/hipersensibilidad; preocupaciones sociales/concentración y mentira. Esta última sirve para detectar conformidad, conveniencia social o falsificación de la prueba (Reynolds y Richmond; 1997).

En lo que corresponde a las características de confiabilidad y validez, la consistencia interna del CMAS-R, fue calculado con el coeficiente alfa, el cual arrojó .76 para la escala de ansiedad total, .61 para la ansiedad fisiológica, .66 para inquietud/hipersensibilidad y .58 para la escala de preocupaciones sociales/concentración.



Por la parte de validez concurrente y discriminante, se obtuvo una correlación de .69 entre la escala de ansiedad total del CMAS-R y la puntuación Rasgo del Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo de Spielberger (Reynolds y Richmond; 1997).

Por otro lado, la prueba EDI-2 es utilizada para valorar síntomas que forman parte de un cuadro de anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. Al igual que la anterior es una herramienta de auto informe en la que se presentan 11 escalas relacionadas con los trastornos alimenticios; se compone de 91 reactivos, para los cuales se tienen 6 opciones de respuesta: nunca, pocas veces, a veces, a menudo, casi siempre o siempre (Gardner; 1998).

“Clínicamente, el EDI-2 resulta sumamente útil no sólo para comprender al paciente, sino también para planificar un posible tratamiento y evaluar el progreso (Gardner; 1998: 14). Las subescalas que comprende la prueba son las siguientes :

- Obsesión por la delgadez: se refiere a la búsqueda incesante de la delgadez, un gran temor a la obesidad. Los elementos que componen esta escala se relacionan con la preocupación por el peso, las dietas y el miedo a engordar.
- Bulimia: esta escala valora aquellas inclinaciones a tener pensamientos o la acción de realizar atracones incontrolables, lo cual resulta una de las principales características de la bulimia nerviosa.
- Insatisfacción corporal: aquí se mide la insatisfacción del sujeto en cuanto a la forma general de su cuerpo o de aquellas partes que resultan más preocupantes

para aquellos que padecen algún trastorno alimenticio, como lo son el estómago, las caderas y los muslos.

- Ineficacia: evalúa en general aquellos sentimientos de incapacidad, inseguridad, vacío, autodesprecio y falta de control sobre la propia vida. Esta subescala se relaciona directamente con una pobre autoestima o una autoevaluación negativa, que además incluye sentimientos de vacío y soledad.
- Perfeccionismo: en esta subescala se mide el grado en el que el individuo considera que sus resultados deberían ser mejores, esto es una característica de aquellos pacientes que presentan algún trastorno de tipo alimenticio, aquí también se evalúa el nivel en que el sujeto considera que sólo son aceptables aquellos resultados excelentes por parte de los demás.
- Desconfianza interpersonal: se evalúa el sentimiento de alienación del sujeto y su desinterés por establecer conexiones íntimas, así como la dificultad de exponer los propios sentimientos y pensamientos.
- Conciencia introceptiva: en este apartado se evalúa el nivel de confusión o dificultad para reconocer y dar respuesta a los estados emocionales propios, también se relaciona con la inseguridad de reconocer sensaciones viscerales como el hambre y la saciedad, lo cual se relaciona no sólo con la manifestación de un trastorno alimenticio, sino también con su prevalencia.
- Miedo a la madurez: se evalúa aquel deseo de regresar a la seguridad de la edad infantil, se conoce que una de las psicopatologías sobresalientes en los pacientes con anorexia o bulimia nerviosa son el temor a las experiencias psicológicas del peso de la adultez.

- Ascetismo: en este rubro se evalúa la tendencia del individuo de buscar la virtud a través de algunos ideales espirituales como el sacrificio y la autodisciplina.
- Impulsividad: se evalúa la dificultad para regular los impulsos y las tendencias en el abuso del consumo de drogas, la hostilidad, la agitación y la destrucción de las relaciones interpersonales, esto se ha encontrado en los trastornos alimenticios.
- Inseguridad social: en este punto se valora la creencia de que las relaciones sociales son tensas, inseguras, incómodas, insatisfactorias y de poca calidad, se ha encontrado en pacientes con algún trastorno alimenticio la falta de seguridad y felicidad en sus relaciones sociales.

Al igual que la prueba anterior, se comprobaron los datos psicométricos de confiabilidad y validez para ésta.

Es importante resaltar que se logró conocer que la prueba cuenta con un 0.80 en cuanto a nivel de confiabilidad, lo que se considera un nivel aceptable. Esto se logró, a través del coeficiente de consistencia interna también conocida como Alfa de Cronbach.

De igual forma en lo que respecta a la validez, fueron evaluados cuatro aspectos: de contenido, de criterio, concurrente y la de constructo; con esto se comprobó la eficacia de la prueba.

### **3.2. Población y muestra**

La población según Selltiz “es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones” (Hernández y cols.; 2010: 303). Las poblaciones a investigar deben situarse y describirse concretamente en cuanto a las características generales, el nivel de estudios, la demarcación institucional, la edad, la cantidad de integrantes, nivel socio-económico y cultura.

La muestra es el subgrupo de la población del cual se recolectan los datos, se busca que sea representativa de la población (Hernández y cols.; 2010). Del tipo de muestra y del proceso de selección se desprende la posibilidad de generalización de los datos obtenidos.

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

Es importante definir la población con la que se va a trabajar, para que la investigación no se salga de proporciones y se conozcan claramente aquellas especificaciones que la representan como tal.

La población en el caso de la investigación presente se ubica en el contexto de la escuela preparatoria CETis N° 27 de la ciudad de Uruapan, Michoacán. Dicha población se compone por alumnos que van desde el primero hasta el sexto semestre del turno vespertino y que cursan carreras técnicas como: contabilidad, electrónica, electricidad y computación entre otras, se sitúan entre una posición socioeconómica media y media baja

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

Hernández y cols. (2010) mencionan que la muestra es básicamente un subgrupo de la población; existen dos tipos:

- 1) Muestra probabilística: en este tipo, todos los miembros del grupo tienen la misma posibilidad de ser elegidos, y esto se lleva a cabo al definirse las características de la población, así como el tamaño de la muestra a utilizar.
- 2) En segundo lugar se encuentra la muestra no probabilística o dirigida. Es aquel subgrupo de la población en la que la elección de los individuos no depende de la probabilidad, sino de las características de la investigación misma.

En lo que respecta a ésta investigación, la muestra utilizada es la del segundo tipo. En un principio se utilizaron un total de 110 alumnos para la aplicación de las pruebas CMAS-R y EDI-2, sin embargo, después de calificar dichas pruebas se encontró un nivel de mentira por encima del aceptable en las aplicaciones de algunos alumnos, es por ello que se eliminaron 46 y quedó un total de 64 alumnos del turno vespertino, de ambos sexos, del primer y segundo semestre de bachillerato en el CETis N° 27, de la ciudad de Uruapan, Michoacán. Sus edades oscilan entre los 15 y los 17 años.

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

La inquietud de llevar a cabo esta indagación, surge debido que el tema de estrés y su posible relación con otras afecciones resulta trascendente, ya que en la actualidad es un fenómeno con el que se convive diariamente y en ocasiones no se tiene al alcance la información necesaria para conocerlo de una manera adecuada. Asimismo, como se planteó desde un principio en el objetivo general, lo que se busca en la presente investigación es conocer si existe relación alguna entre el nivel de estrés y los trastornos alimentarios.

Por otra parte, en lo referente a la estructura del marco teórico, se construyó con base en dos capítulos teóricos sobre las variables ya expuestas, se abordaron puntos esenciales como sus antecedentes históricos, así como su principal forma de manifestación y los diferentes enfoques teóricos, entre otros, con la finalidad de abarcar aquellos asuntos que se consideran relevantes a la hora de hablar tanto de estrés como de trastornos alimentarios.

Después de constituir el marco teórico, se ubicó la población, para lo cual se acudió al Centro de Estudios Técnicos y de Servicios N° 27, solicitando a la QFB. Maricela Moreno Montes, directora del plantel, el permiso para realizar la aplicación de las pruebas CMAS-R y EDI-2. Para la aplicación fue necesario acudir en distintos horarios en el turno vespertino, debido a que los grupos utilizados no coincidían en horarios. Esto alargó un poco la aplicación de ambos instrumentos, pero finalmente se cumplió con lo planteado. Cada prueba se aplicó colectivamente, utilizando un tiempo

aproximado de 30 minutos en horas de clase; en lo que respecta a los alumnos, participaron de forma tranquila.

Después de la aplicación se procedió a calificar cada prueba, para lo cual se utilizaron las plantillas adecuadas para cada test, en ellas se obtuvieron los percentiles de acuerdo con cada escala. Se prosiguió entonces al vaciado de datos, acomodando a los sujetos en un orden alfabético. Para ello se utilizó el programa de Microsoft Excel, en donde se obtuvieron algunas medidas de tendencia central como la media, la moda y la mediana, así como la desviación estándar, que es una medida de dispersión; del mismo modo se obtuvieron los porcentajes de aquellos sujetos que mostraron puntajes altos en los niveles de estrés y trastornos alimenticios; una vez determinadas todas las puntuaciones, se continuó con la graficación, con la finalidad de ilustrar de una forma más clara los resultados obtenidos.

Finalmente se procedió a la redacción del análisis e interpretación de resultados, para llegar a las conclusiones, las cuales se presentan a continuación.

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

En este apartado, se describen y analizan los resultados obtenidos en la investigación realizada a la muestra de estudiantes del primero y segundo semestre del bachillerato en el CETis N°27 de esta ciudad, con el fin de conocer si los mismos presentan niveles de estrés relevantes y si esto se encuentra relacionado con los indicadores psicológicos de los trastornos alimenticios.

### 3.4.1. Estrés

Sánchez (2007) refiere que el término estrés se deriva del latín stringere, que significa presionar, comprimir u oprimir, y es considerado como benéfico, debido a que gracias a este, el organismo se encuentra preparado para sobrevivir.

Caldera y cols. (2007) refieren que el término estrés se define como aquella respuesta no específica del organismo, ante cualquier exigencia que se presente en el ambiente que rodea a un individuo, y es considerado como benéfico, debido a que gracias a dicho elemento, el organismo se encuentra preparado para sobrevivir.

Después de analizar los resultados que se obtuvieron mediante la aplicación de la prueba CMAS-R, se logró conocer que el puntaje de la media en la categoría de ansiedad total, fue de 66 puntos percentilares.

De acuerdo con Hernández y cols. (2010), la media se define como la medida de tendencia central, en la que se divide la suma de un conjunto de datos entre el número de medidas.

De igual forma, se obtuvo la mediana, que se refiere a la medida de tendencia central, que define el valor medio de un conjunto de valores ordenados: el punto abajo y arriba del cual se sitúa un número igual de medidas (Hernández y cols.; 2010), dicho valor fue de 71 puntos.



Por otra parte, también se logró conocer el valor de la moda, la cual sugiere aquella medida que hace referencia al valor ocurrido con mayor frecuencia en un conjunto de observaciones, según lo descrito por Hernández y cols. (2010); para esta investigación, el resultado fue de 64 puntos.

Además se obtuvo el valor de una medida de dispersión: la desviación estándar, la cual Hernández y cols. (2010) definen como el promedio de desviación de las puntuaciones con respecto a la media, que para la presente investigación equivale a 24.2 puntos.

De igual forma, se obtuvo el puntaje de la subescala de ansiedad fisiológica, encontrando una media de 66, una mediana de 73 y una moda de 55; la desviación estándar, en este caso, fue de 25.7 puntos.

En lo que respecta a la subescala de inquietud/hipersensibilidad, se encontró una media de 67, una mediana de 72, una moda de 84 y una desviación estándar de 21.7.

Por su parte, en la tercera subescala, definida como preocupaciones sociales/concentración, se obtuvo una media de 55, una mediana de 52, una moda de 45 y una desviación estándar de 25.7.

Por último, en la cuarta subescala, que hace referencia al nivel de mentira en la prueba, se obtuvo que el resultado para la media fue de 66, mediana 73, moda 89 y desviación estándar de 23.

Los resultados de las medias de las distintas escalas se pueden observar gráficamente en el anexo 1.

De acuerdo con los resultados obtenidos al aplicar la prueba, es posible afirmar que el estrés de los sujetos evaluados se encuentra en un nivel normal, aunque tendiendo hacia los puntajes altos, lo cual indica que es importante estar atentos para identificar aquellos alumnos que presenten niveles preocupantes de ansiedad.

Así pues, en relación con los puntajes obtenidos, lo anterior es considerado como normal, debido a que se encuentran en un rango de 30-70, lo cual indica que se ubican dentro de un parámetro adecuado.

Asimismo, después de exponer los datos de las medidas de tendencia central y la desviación estándar, a continuación se presentan los porcentajes de aquellos sujetos con niveles altos de estrés, es decir, puntajes por arriba del percentil 70.

En lo que respecta a la escala de ansiedad total, el porcentaje de sujetos con puntajes altos fue del 50%; mientras que para la escala de ansiedad fisiológica, fue de 52%; en lo que respecta a la escala de inquietud/hipersensibilidad, el índice fue del 53%; para la cuarta escala, denominada preocupación social, se obtuvo un 31% y por último, en la escala de mentira, el porcentaje total fue del 58%.Lo anterior puede corroborarse en el anexo 2.

Aunado a los datos ya presentados, se llega a la interpretación de que los resultados encontrados se ubican en un nivel visiblemente alto, ya que se habla de que en cuatro de las cinco escalas el porcentaje obtenido de aquellos sujetos que presentan niveles altos de ansiedad es de más del 50%, esto resulta preocupante y se considera necesario darle el seguimiento adecuado.

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

En el DSM-IV (APA; 2002) se manifiesta que los trastornos alimenticios poseen ciertas características para ser considerados como tales. Las alteraciones en la conducta alimentaria de una persona pueden ser una de las principales características de los trastornos alimenticios, dichos trastornos son la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa.

La anorexia nerviosa de acuerdo con Hernández (2006) hace referencia a una alteración de la percepción del peso o la silueta corporal, así como la exageración de la importancia en la autoevaluación del peligro que comprende un bajo peso, este síndrome se caracteriza por la pérdida de peso autoinducida a través de la restricción de comida o el uso de diuréticos y laxantes.

Por su parte, la bulimia nerviosa se entiende como la forma particular de ingerir alimentos de manera excesiva, acompañada con sentimientos de temor a subir de peso, así como la sensación de pérdida de control y remordimientos; una de las características principales de la bulimia son los atracones (Hernández; 2006).

Respecto a los resultados obtenidos para la prueba EDI-2, enseguida se exponen divididos por escalas:

- 1) En la escala de obsesión por la delgadez, se obtuvo una media de 48, una mediana de 48, una moda de 18 y una desviación estándar de 21.6 puntos.
- 2) En la escala de bulimia, la media fue de 52, la mediana de 47, la moda de 47 y la desviación estándar de 16.3.
- 3) En la tercera escala, insatisfacción corporal, la media obtenida fue de 53, la mediana de 55, la moda de 45 y la desviación estándar de 18.8.
- 4) En lo que a la cuarta escala, denominada ineficacia, la media fue de 52, la mediana de 55, la moda de 55 y la desviación estándar de 19.6.
- 5) En la escala de perfeccionismo, por otra parte, la media fue de 59, la mediana de 55, la moda de 51 y la desviación estándar de 25.6.
- 6) Para la sexta escala, desconfianza interpersonal, la media fue de 59, la mediana de 65, la moda de 52 y la desviación estándar fue de 26.4 puntos.
- 7) En lo que respecta a la escala de conciencia introceptiva, los resultados para la media fueron de 44, la mediana de 34, la moda de 15 y la desviación estándar de 28.
- 8) En la escala de miedo a la madurez, la media fue de 70, la mediana de 77, la moda de 65 y la desviación estándar de 23.2.
- 9) Para la escala denominada ascetismo, la media fue de 51, la mediana de 48, la moda de 22 y la desviación estándar de 26.8.
- 10) En la escala de impulsividad se encontró una media de 57, la mediana de 68, la moda de 14 y la desviación estándar de 29.4.

11) Por último, en la escala de inseguridad social, la media obtenida fue de 63, la mediana de 65, la moda de 46 y la desviación estándar de 21.1 puntos.

Los resultados antes expuestos pueden ser apreciados en el anexo 3.

Al igual que en la variable anterior, a continuación se muestran los porcentajes de los sujetos con niveles altos, con ello es posible identificar aquellos casos que resultan preocupantes en cualquiera de los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios.

En primer lugar, en lo que respecta a la escala de obsesión por la delgadez, se obtuvo un 19%; para la escala de bulimia, el porcentaje fue del 17%; en la tercera escala, insatisfacción corporal, el porcentaje fue del 19%; mientras tanto, en la escala de ineficacia, el porcentaje total fue del 13%; para la escala de perfeccionismo, se obtuvo un 38%; en la sexta escala, desconfianza interpersonal, el porcentaje obtenido fue del 42%, en tanto que en la escala de conciencia introceptiva fue del 25%; en la escala de miedo a la madurez, se obtuvo un porcentaje del 61%; para la escala de ascetismo, el porcentaje total fue del 28%, mientras que en la escala de impulsividad fue del 44%; por último, en la escala de inseguridad social, el porcentaje total fue de 38%.

Estos porcentajes se pueden observar gráficamente en el anexo 4.

De acuerdo con los resultados anteriores, se puede interpretar que los sujetos con niveles altos en lo que refiere al trastorno alimenticio, se encuentran en un rango normal; la escala de miedo a la madurez es la única que presenta un porcentaje por encima de la mitad, esto debe tomarse en cuenta, con la finalidad de darle continuidad a lo ya encontrado.

### **3.4.3. Correlación entre estrés y trastornos alimenticios**

A lo largo de la investigación se ha hablado de la correlación entre ambas variables, los reportes indican que existen evidencias que establecen un vínculo entre las mismas.

De acuerdo con Jarne y Talarn (2000), los trastornos alimenticios son una problemática compleja, en la cual se deben tomar en cuenta aspectos psicológicos, biológicos y sociales. El estrés, como se dio a conocer, es un factor que prevalece en la vida cotidiana de los individuos, y que puede llegar a repercutir en su salud física y psicológica.

En relación con la investigación realizada en el CETis N° 27, los resultados obtenidos en la correlación estadística fueron los siguientes:

En la primera correlación, es decir estrés y la subescala denominada obsesión por la delgadez, se encontró un nivel de correlación de 0.27, calculado con prueba "r" de Pearson, que puede ser interpretado como una correlación positiva débil (Hernández y cols.; 2010).

Para conocer el nivel en que estas escalas se influyen mutuamente se obtuvo la varianza de factores comunes, la cual se obtiene al elevar al cuadrado el coeficiente de correlación. En este caso la varianza de factores comunes fue de 0.07. Para facilitar la interpretación de este resultado se indica como un porcentaje de influencia del 7%.

De acuerdo con Kerlinger (referido por Hernández y cols.; 2010), para considerar una relación como significativa entre dos variables, el porcentaje de influencia debe ser al menos del 10%.

Entre el estrés y la escala de bulimia existe una correlación de 0.26, la cual puede ser interpretada como una correlación positiva débil. La varianza de factores comunes fue de 0.07, lo que muestra una influencia del 7% entre las variables.

En lo que respecta al estrés y la escala de insatisfacción corporal, la correlación es de 0.05, la cual indica una ausencia de correlación. La varianza de factores comunes es de 0.00, por lo que la influencia es de 0%.

Entre el estrés y la escala de ineficacia hay una correlación de 0.18, lo cual se interpreta como una correlación positiva débil. Para la varianza de factores comunes el resultado fue de 0.03, lo que indica una influencia de 3%.

Entre el estrés y perfeccionismo existe una correlación de 0.26, lo cual equivale a una correlación positiva débil. En lo que respecta a la varianza, el total fue de 0.07, lo que indica una influencia del 7%.

En lo referente a estrés y la escala de desconfianza interpersonal, se presenta un 0.00, lo que indica una ausencia de correlación.

Entre el estrés y la escala de conciencia introceptiva, se obtuvo un 0.50, lo que indica una correlación positiva de tipo medio. La varianza de factores comunes fue de 0.25, lo que refiere un 25% de influencia, que se considera como significativa.

En lo que respecta al estrés y la escala de miedo a la madurez, el índice "r" de Pearson es de 0.36, lo que indica una correlación positiva débil. La varianza de factores comunes fue de 0.13, que se interpreta como un 13% de influencia.

Entre el estrés y la escala de ascetismo, se obtuvo una correlación de 0.37, indicando una correlación positiva débil. En lo referente a la varianza de factores comunes el resultado fue de 0.14, lo que refiere un 14% de influencia.

Entre el estrés y la escala de impulsividad, se encontró una correlación de 0.26, lo que se interpreta como una correlación positiva débil. La varianza de factores comunes fue de 0.07, lo que indica un 7% de influencia.



Por último, entre el estrés y la escala de inseguridad social, la correlación es de 0.23, lo que indica una correlación positiva débil. La varianza de factores comunes fue de 0.05, lo que se traduce como un 5% de influencia.

Los resultados de las correlaciones se presentan gráficamente en el anexo 5.

Con base en los resultados estadísticos demostrados anteriormente, se obtiene que existe correlación significativa entre el nivel de estrés y las escalas de conciencia introceptiva, ascetismo y miedo a la madurez.

En contraparte no se encontró correlación significativa entre el estrés y las escalas de: obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, impulsividad e inseguridad social.

Con base en lo anterior se puede corroborar la hipótesis de trabajo, que plantea que el nivel de estrés y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios se encuentran correlacionados significativamente, en lo que respecta a los alumnos del segundo semestre de la preparatoria CETis N° 27, aunque únicamente para las escalas de conciencia introceptiva, ascetismo y miedo a la madurez.

Por el contrario, se corrobora la hipótesis nula para las ocho escalas restantes.

## CONCLUSIONES

Después de realizar la presente investigación, se logran plasmar en este apartado aquellas conclusiones que resultan relevantes, no sólo para conocer los resultados obtenidos en la misma, sino también para entender la importancia que tiene hoy en día el abordar problemáticas como el estrés y los trastornos de tipo alimenticio en la población adolescente de esta ciudad.

En primer lugar, se corrobora la hipótesis de trabajo que plantea una correlación significativa entre los niveles de estrés y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios, ya que se encontró una correlación de tipo positiva entre el estrés y las escalas de conciencia introceptiva, ascetismo y miedo a la madurez.

En contraparte, se corrobora la hipótesis nula para las escalas de obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, impulsividad e inseguridad social, en su relación con los niveles de estrés.

Por otro lado, en lo que respecta a los objetivos particulares planteados en un inicio, los cuales responden a la conceptualización y desarrollo de las variables trabajadas, así como sus diferentes enfoques teóricos y sus posibles causas, fueron alcanzados en el marco teórico, integrado por los capítulos 1 y 2. De igual forma, el evaluar el nivel de estrés en los alumnos del CETis N° 27, así como valorar los

indicadores psicológicos de los trastornos alimenticios, se lograron conseguir en la investigación de campo, cuyos resultados se presentan en el capítulo 3.

La presente tesis, además, permite constatar la importancia que tiene el llevar a cabo investigaciones de esta naturaleza, ya que gracias a ellas se puede conocer un fenómeno en el contexto real en el que se está trabajando, y de esta manera aportar una nueva perspectiva del fenómeno investigado, para coadyuvar a futuras investigaciones que puedan apoyarse con lo ya encontrado en las anteriores.

Por último, se considera relevante resaltar que si bien los resultados obtenidos en esta investigación respecto a los indicadores de estrés y de trastornos alimentarios, no se encuentran en niveles extremos, si están presentes en algunos sujetos, lo cual ya debe tomarse en cuenta para proponer una posible solución, así como para llevar esta indagación a un plano diferente al aquí estudiado.

## 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 alimenticios.  
Editorial Diana. México.

Cungi, Charly. (2007)  
Estrés bajo control.  
Ediciones Larousse. México.

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

Hernández Sampieri, Roberto; Fernández-Collado, Carlos; Baptista Lucio, Pilar.  
(2010)  
Metodología de la Investigación.  
Editorial McGraw-Hill. México.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Rodríguez García, Mehida Maheli. (2011)  
Relación entre el nivel de estrés y los trastornos alimenticios en alumnos del Cetus No.27 de Uruapan, Michoacán.  
Tesis inédita de la Escuela de Psicología de la Universidad Don Vasco, A.C. Uruapan, Michoacán, México.

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

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

## MESOGRAFÍA

Barraza Macías, Arturo. (2005)

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

Revista PsicologíaCientífica.com, 7(9).

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

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

“Estrés y trastornos de la conducta alimentaria”.

Revista Chilena de Neuro-psiquiatría.

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

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)

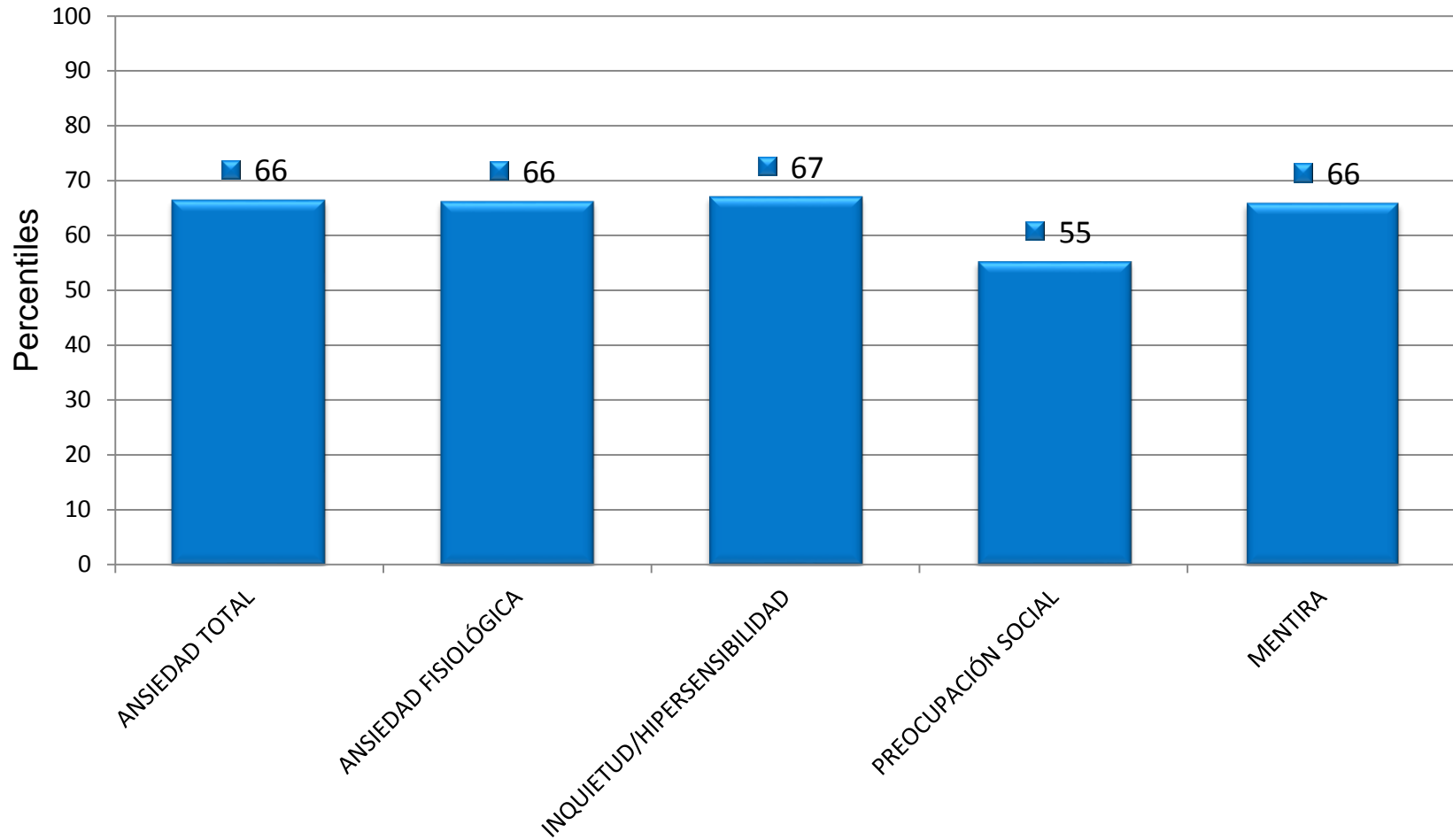
Hernández García, Mariamparo A. (2006)

“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.

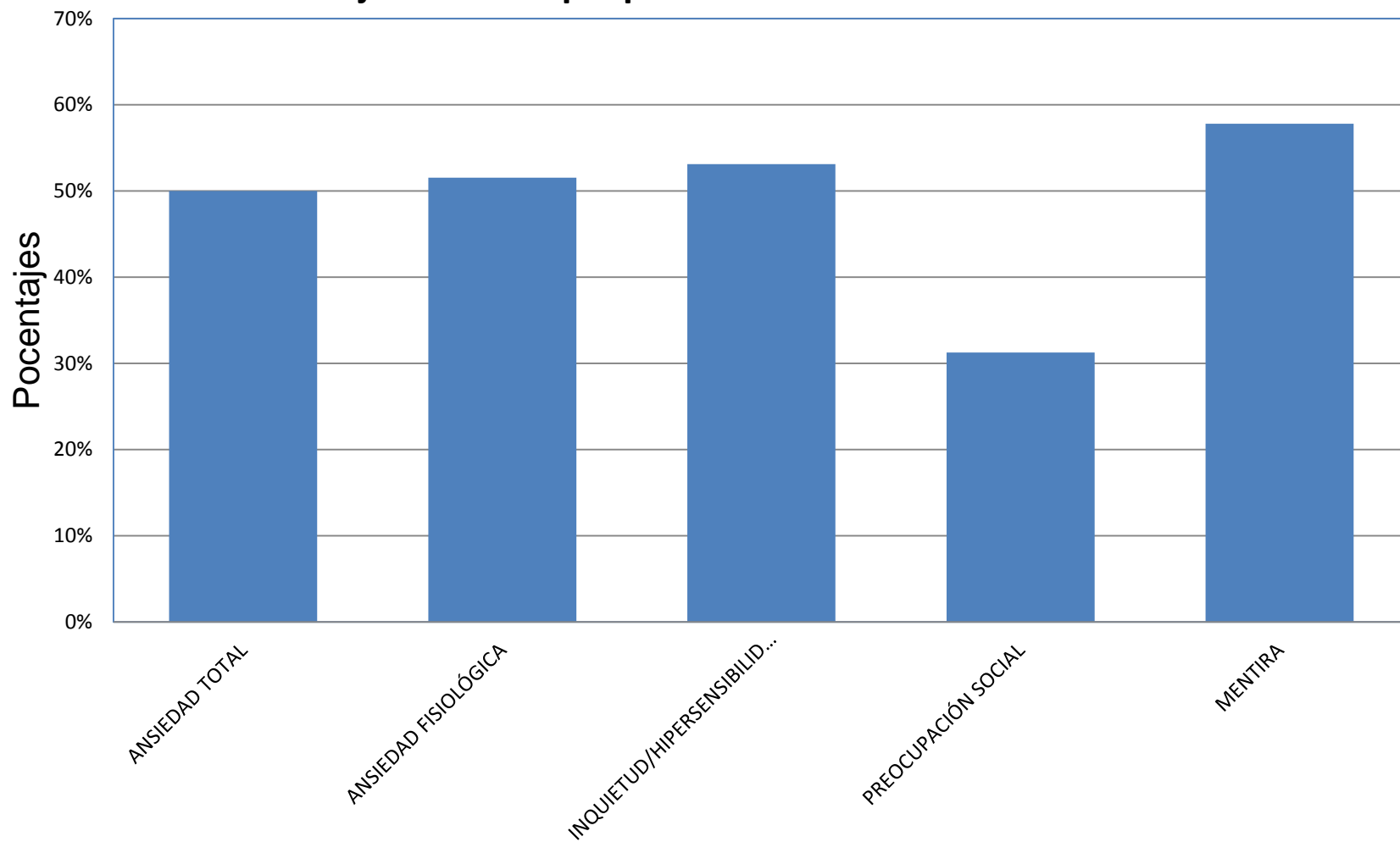
[http://www.uvmnet.edu/investigacion/episteme/numero8y9-06/reportes/a\\_anorexia.asp](http://www.uvmnet.edu/investigacion/episteme/numero8y9-06/reportes/a_anorexia.asp)

Anexo 1  
MEDIA ARITMÉTICA DE LAS ESCALAS DE ANSIEDAD



## Anexo 2

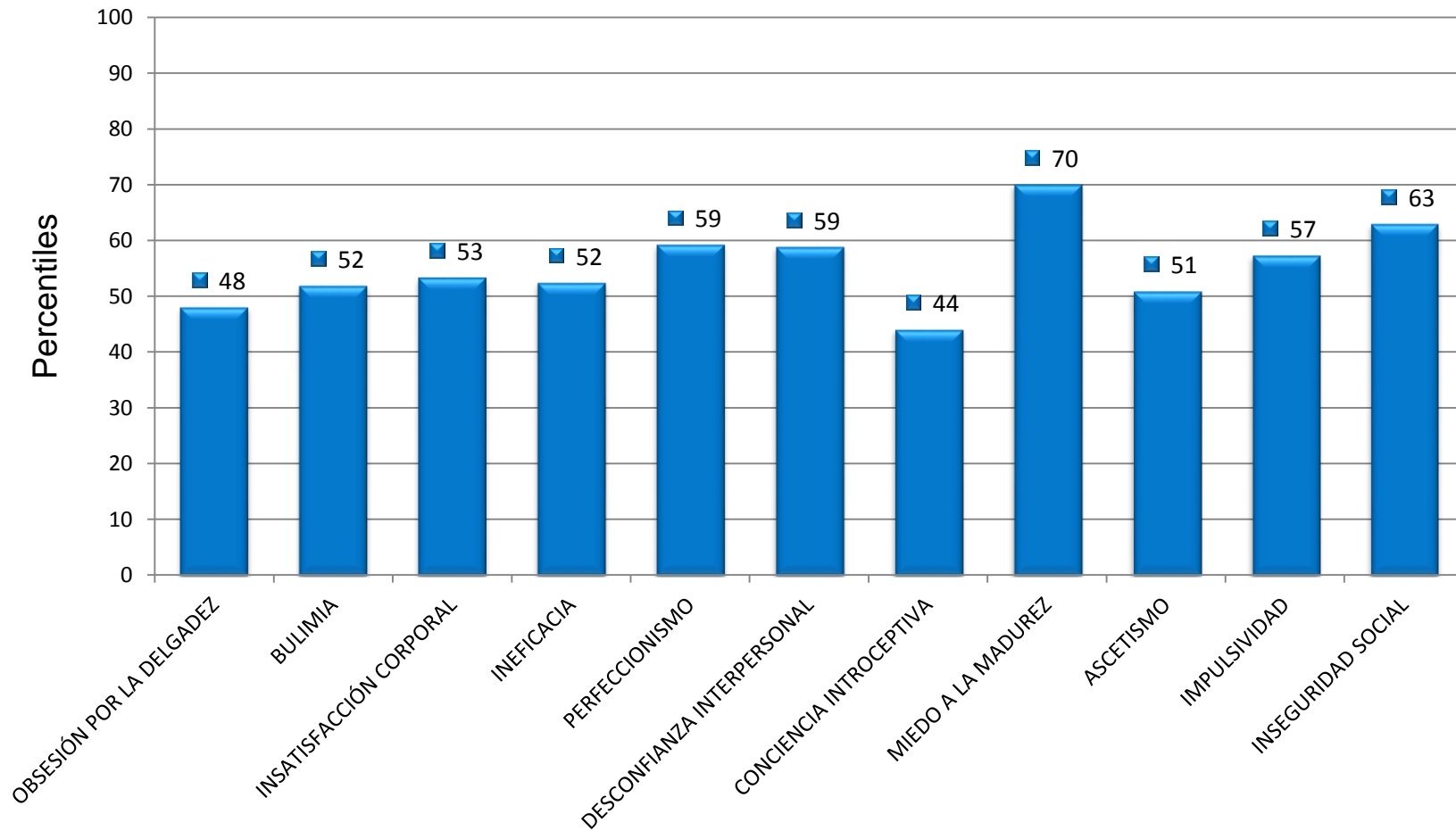
### Porcentaje de casos que presentan niveles altos de ansiedad





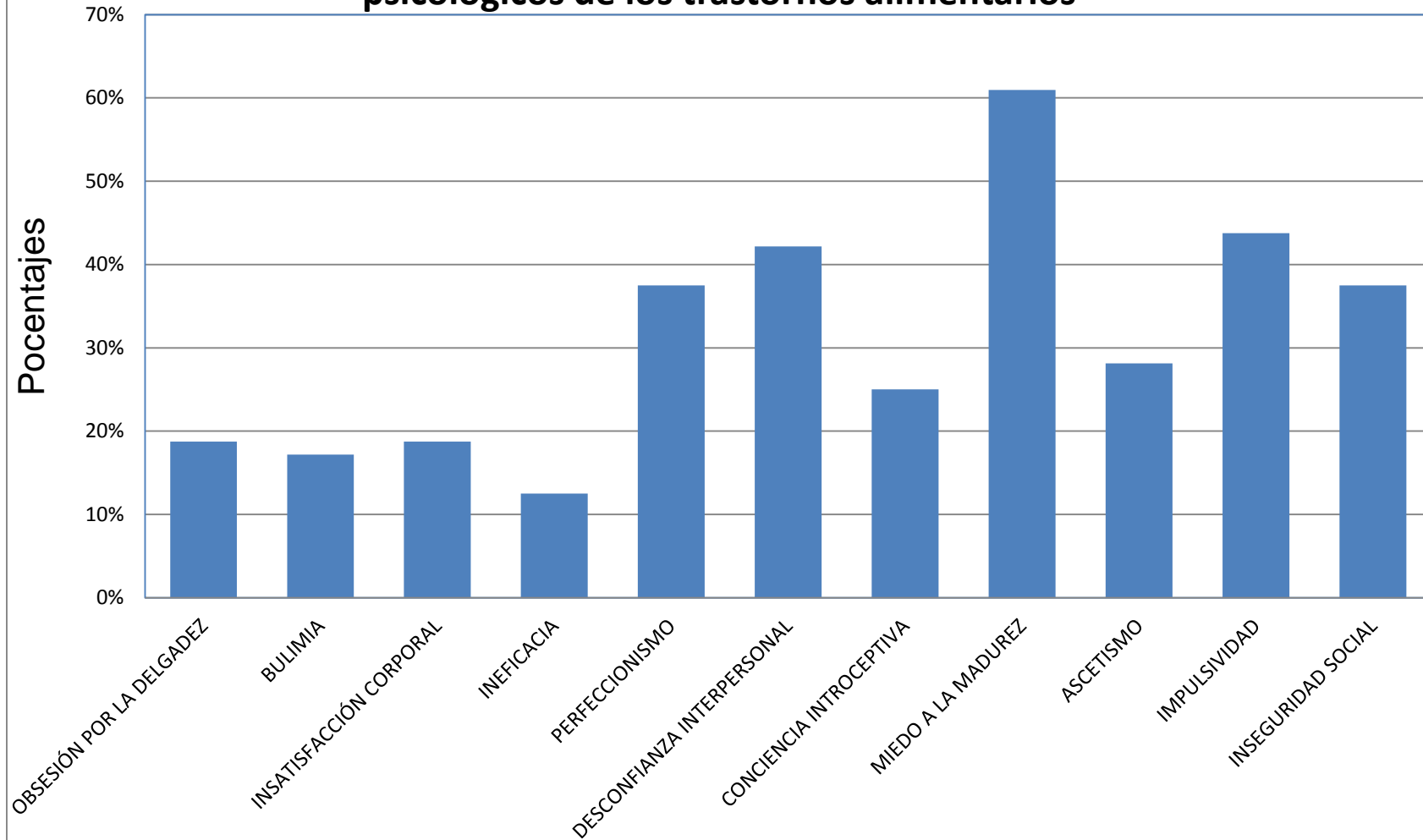
### Anexo 3

## MEDIA ARITMÉTICA DE LAS ESCALAS DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS



## Anexo 4

### Porcentaje de casos que presentan niveles altos en los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios



## Anexo 5

### Nivel de correlación entre las escalas de trastornos alimentarios y el nivel de estrés

