



UNIVERSIDAD  
DON VASCO, A. C.

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

INCORPORACIÓN N° 8727-25 A LA

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

---

**ESCUELA DE PSICOLOGÍA**

*CORRELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE ESTRÉS Y LOS TRASTORNOS  
ALIMENTARIOS EN ALUMNOS DE SECUNDARIA DE LA CIUDAD DE  
URUAPAN, MICHOACÁN.*

**T E S I S**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**Sandra Samanta Serrato Sánchez**

Asesor: Lic. Gisela Mayanín Tafolla Torres

Uruapan, Michoacán. 12 de noviembre de 2019.



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

## DEDICATORIAS

Esta culminación de tesis se la dedico a Dios, por darme la fuerza suficiente para enfrentarme a los retos que me ha presentado la vida.

A mi madre, a pesar de que no has estado conmigo en estos últimos años, de forma física, estuviste en toda mi vida y en mi carrera Universitaria apoyándome. Me enseñaste a perseverar, a ser la mujer que soy, a no temerle a nada, a vencer cada obstáculo que se presente, gracias por apoyarme en todo momento, gracias por la confianza que depositaste en mí, aunque este logro no lo puedo compartir contigo físicamente sé que en donde estés veras lo que soy y seguirás orgullosa de mi. Y mi examen profesional te lo dedico también a ti y va por ti. Te amo, mami.

A mi padre por apoyarme en mi primer logro universitario que me forjara para mi carrera y no dejarme sola en los momentos más difíciles de mi vida, gracias padre por convertirme en la mujer fuerte que soy, gracias por tu cariño y confianza incondicional.

Este logro es para ustedes, mis padres.

A mi hermano Jairo por tu cariño incondicional, por apoyarnos en los momentos más difíciles de nuestra vida, siempre contarás conmigo. Gracias por tu constancia conmigo, espero sigas teniendo ese entusiasmo e idea de siempre ser el

mejor, y sé que tendré la dicha y la alegría de estar contigo en ese momento de orgullo cuando tu finalices tu carrera universitaria. Te quiero mucho, hermano.

A mi familia, mi mami Lupe y mi tía Rosa, aunque no estén ya presentes conmigo llevo todas sus enseñanzas guardadas, gracias por todos los momentos de alegría que me dieron, por su apoyo, comprensión y, sobre todo, su amor, ternura y valores que me fomentaron a lo largo de mi existencia. Las quiero mucho, mami Lupe y tía rosa, siempre ocuparan un lugar muy importante en mi corazón. Las amo.

## **AGRADECIMIENTOS**

Gracias a todos los que contribuyeron a mi formación académica y universitaria, y en especial a mis maestros de la licenciatura. Gracias por brindarme sus conocimientos, me enseñaron inconmensurablemente la humildad y el amor a mi carrera. En especial a mí siempre maestro, el Lic. Marcos, así como a la Lic. Gaby Paz.

Gracias al Lic. Jesús González por brindarme el apoyo que necesitê para la terminación de mi carrera y mi tesis, por tenerme la paciencia y por apoyarme en este proceso tan importante.

A mi asesora Lic. Gisela, brindarme sus conocimientos, por apoyarme y tener esa paciencia que me ayudó a concluir este trabajo.

# ÍNDICE

Introducción.	
Antecedentes . . . . .	1
Planteamiento del problema . . . . .	4
Objetivos . . . . .	6
Hipótesis . . . . .	7
Operacionalización de las variables . . . . .	8
Justificación . . . . .	8
Marco de referencia . . . . .	10
<b>Capítulo 1. Estrés.</b>	
1.1 Antecedentes históricos del estrés . . . . .	13
1.2 Tres enfoques teóricos del estrés . . . . .	16
1.2.1 Estrés como estímulo . . . . .	16
1.2.2 Estrés como respuesta . . . . .	17
1.2.3 Estrés como relación persona-entorno (enfoque interaccionista) . . . . .	20
1.3. Los estresores . . . . .	21
1.3.1. Estresores psicosociales: cambios mayores, menores y cotidianos . . . . .	21
1.3.2. Estresores piogénicos . . . . .	24
1.3.3. Estresores en el ámbito académico . . . . .	24
1.4. Procesos del pensamiento que propician el estrés . . . . .	27
1.5 Los moduladores del estrés. . . . .	28

1.5.1. El control percibido . . . . .	29
1.5.2. El apoyo social . . . . .	29
1.5.3. El tipo de personalidad: A / B . . . . .	31
1.5.3.1. Personalidad tipo A y problemas cardiacos . . . . .	33
1.6. Los efectos negativos del estrés . . . . .	35

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

2.1 Antecedentes históricos de la alimentación. . . . .	38
2.2 Definición y características clínicas de trastornos alimenticios . . . . .	41
2.2.1 Anorexia nerviosa . . . . .	41
2.2.2 Bulimia nerviosa . . . . .	46
2.2.3 Obesidad . . . . .	48
2.2.4 Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas . . . . .	49
2.2.5 Vómitos en otras alteraciones psicológicas . . . . .	49
2.2.6 Trastornos de conducta alimentaria en la infancia . . . . .	50
2.3 Esfera oroalimenticia en el infante . . . . .	51
2.3.1 organización oroalimenticia . . . . .	52
2.3.2 Alteraciones en la esfera oroalimenticia . . . . .	53
2.4 Perfil de la persona con trastornos de alimentación . . . . .	54
2.5 Causas del trastorno alimenticio . . . . .	56
2.5.1 Factores predisponentes individuales . . . . .	56
2.5.2 Factores predisponentes familiares . . . . .	60
2.5.3 Factores socioculturales . . . . .	62
2.6 Percepción del cuerpo en el trastorno alimenticio . . . . .	64

2.7 Factores que mantienen los trastornos alimenticios . . . . .	68
2.8 Trastornos mentales asociados con los trastornos alimenticios . . . . .	70
2.9 Tratamiento de trastornos alimenticios . . . . .	73

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

3.1. Descripción Metodológica . . . . .	78
3.1.1 Enfoque cuantitativo . . . . .	78
3.1.2 Investigación no experimental . . . . .	80
3.1.3 Diseño transversal . . . . .	80
3.1.4 Alcance correlacional . . . . .	81
3.1.5 Técnicas de recolección de datos. . . . .	82
3.2.- Población y muestra . . . . .	84
3.2.1 Delimitación y descripción de la población . . . . .	84
3.2.2 Proceso de selección de la muestra . . . . .	85
3.3.- Descripción del proceso de investigación . . . . .	85
3.4 Análisis e interpretación de resultados . . . . .	87
3.4.1 El estrés . . . . .	87
3.4.2 Indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios. . . . .	90
3.4.3 Correlación entre el estrés y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios . . . . .	93



# INTRODUCCIÓN

En el presente documento se examina la correlación entre el nivel de estrés y los trastornos alimentarios en los alumnos de una escuela secundaria pública. Para proporcionar al lector un escenario inicial, se muestran enseguida los elementos contextuales esenciales.

## **Antecedentes**

En los tiempos actuales, los problemas de alimentación se han vuelto una problemática por demás agravada, debido a que los medios masivos de comunicación proveen un prototipo inexistente que provoca que los adolescentes hagan todo lo posible por alcanzar el peso deseado, agregando a esto el estrés que pasan en la escuela.

Por ello, también se ha incrementado los programas de detección y prevención para los trastornos alimentarios; dentro de ellos, los casos más comunes de internamiento son de bulimia y anorexia. Debe tenerse en cuenta que estos adolescentes están teniendo una mayor problemática social, escolar y familiar que impulsa a las familias a solicitar el apoyo para pronóstico y tratamiento.

La otra variable a estudiar es el estrés que se define como “respuesta inespecífica del organismo ante cualquier exigencia; es decir el estrés, donde se

utiliza para referirse a la fuerza que actúa sobre un objeto y que, al rebasar una determinada magnitud, produce la reformación, estiramiento o destrucción del objeto” (Palmero y cols; 2002:424).

Según el Manual Psiquiátrico, los trastornos de la conducta alimentaria son entidades o síndromes con una causa, curso y patología comunes. “Están mejor conceptualizados como síndromes y son, por tanto, clasificados con base en el conjunto de síntomas que conllevan, ya que en los trastornos de conducta alimentaria existe una importante interacción entre la psicología y la fisiología”. (Halmi; 1996: 1).

El contexto más adecuado para realizar la investigación de campo fue en la Escuela Secundaria Federal No 2, en donde los sujetos presentan ciertos cambios tanto biológicos como cognitivos, a ello se agregan los cambios fisiológicos por los cuales vive el sujeto, provocando que viva cierto grado de estrés, ya que el adolescente le es necesario ser aceptado en el grupo donde se desenvuelve. Algunas de las situaciones emergentes que se presentan con mayor frecuencia, son aquellas derivadas de las depresiones el estrés, que son los trastornos de anorexia, bulimia y obesidad.

Debido al incremento del estrés que va ligado con los trastornos alimentarios, se han desarrollado recientes investigaciones que se enfocan a la relación entre los trastornos de alimentación y el estrés. Una de ellas es la investigación realizada en la universidad católica del Perú, en Lima, específicamente en la Facultad de letras y

Ciencias humanas, especialidad de Psicología, presentada por Acevedo (2008) donde se investigó la cólera y el riesgo de presentar trastornos alimenticios en mujeres adolescentes. La población a la que pertenece el grupo de estudio son mujeres adolescentes de colegios públicos y privados segregados, de Lima Metropolitana; las edades fluctúan entre los 14 y 17 años.

La conclusión a la que se llegó en esta investigación es que en cuanto a los niveles de riesgo de presentar trastornos alimenticios, se obtuvo que más de la tercera parte de las adolescentes del estudio presenta el nivel de Riesgo I, el 13.8% (n = 17) se encuentra en el nivel de Riesgo II, y el 10.3% (n = 13) pertenece al nivel de Riesgo III. Se puede observar que la mayoría de personas que se hallan en el Riesgo II presentan el Riesgo III (76.47%).

Por otra parte, se realizó un artículo de investigación en la Universidad de Valparaíso, Chile, por Behar y Valdés (2009), y se basó en el estrés y trastornos de la conducta alimentaria. Su población estuvo continuada por dos grupos de mujeres, el primero presentaba trastornos de la conducta alimentaria, con un rango de edad de 22 (+5) y el segundo grupo estuvo formado con 50 estudiantes universitarias sin esta patología.

En dicho estudio se llegó a la conclusión que todos los cuestionarios administrativos presentaron diferencias estadísticamente significativas entre pacientes y estudiantes sin desórdenes alimentarios.

Otra investigación respecto al estrés con los trastornos alimentarios fue en la Universidad Don Vasco, A. C. presentada por González (2011), que se basó en la correlación que existe entre los niveles de estrés y los trastornos alimentarios en los estudiantes de 2do grado de la Escuela Secundaria Federal para Trabajadores Lic. Benito Juárez, de la ciudad de Uruapan, Michoacán

En ese estudio se obtuvo que exista correlación significativa entre el nivel de estrés y los trastornos alimentarios de los estudiantes de 2º grado de la escuela para trabajadores Lic. Benito Juárez del ciclo escolar 2010-2011.

En lo que corresponde propiamente a la investigación de los trastornos alimentarios en la Escuela Secundaria Federal No 2 de la ciudad de Uruapan, una de las problemáticas dentro de las instituciones es que los alumnos no reciben la orientación e información necesaria para que conozcan más acerca del estrés y sus consecuencias como los trastornos alimentarios, no se emplean campañas relacionadas con este tema, ocasionando que los estudiantes se aparten de la sociedad, de sus amigos y del entorno familiar.

### **Planteamiento del problema**

En la actualidad, debido a la forma de vivir de los sujetos, tan de prisa y con tantas presiones académicas, se ha visto en la necesidad de realizar distintas investigaciones por parte de la Universidad Don Vasco acerca del nivel de estrés en

los alumnos de esta institución demostrando que falta algunas cosas que indagar.

Es de gran importancia conocer más investigaciones acerca de los trastornos alimenticios, y el nivel de estrés que se presenta con los alumnos. Es necesario investigar si existe una correlación entre estas variables.

En la actualidad se ha investigado acerca de los trastornos alimentarios que guardan relación con la imagen corporal, todo esto se relaciona con el nivel de estrés que el estudiante vive a través de los medios masivos de comunicación.

Utilizando a los estudiantes de la ESFU 2 como sujetos de estudio, cabe mencionar que es necesario el estudio de esta población para que arroje nuevos datos acerca de las problemáticas que el estudiante está pasando, además de que es un campo relativamente nuevo.

Se necesitan investigaciones acerca de estos temas, que se traten a profundidad y permitan obtener información más confiable para la población mexicana, en este caso de la ciudad de Uruapan, Michoacán, para que exista un antecedente de la problemática planteada.

Se ha considerado por ello la necesidad de plantear la pregunta central.

¿Existe una correlación entre el nivel de estrés y los trastornos alimenticios en Alumnos de la Escuela Secundaria Federal No2 de la ciudad de Uruapan, Michoacán?

## **Objetivos.**

Las directrices que enseguida se enuncian, tuvieron como fin regular los esfuerzos y recursos del presente estudio.

### **Objetivo general**

Establecer la correlación existente entre el nivel de estrés y los trastornos alimenticios de los alumnos ESFU No. 2 de la ciudad de Uruapan, Michoacán.

### **Objetivos particulares**

1. Definir el concepto del estrés.
2. Establecer los distintos enfoques teóricos del estrés.
3. Identificar los factores ambientales que influyen en el desarrollo del estrés
4. Describir la influencia de los factores orgánicos en el desarrollo del estrés.
5. Determinar los efectos que produce el estrés.
6. Definir los principales trastornos alimentarios.
7. Jerarquizar de mayor a menor frecuencia los trastornos de alimentación comunes que presentan los alumnos de la ESFU No. 2.

8. Conformer un perfil de personalidad de los sujetos con trastornos de alimentación de la Escuela Federal Urbana No. 2 de la ciudad de Uruapan Michoacán.
9. Medir el nivel de estrés en los alumnos de la ESFU No. 2.
10. Cuantificar los trastornos de alimentación de los alumnos de la ESFU No. 2.

### **Hipótesis**

Las explicaciones tentativas que enseguida se expresan, representan la realidad que se espera encontrar respecto a las variables estudiadas.

### **Hipótesis de trabajo**

Existe correlación significativa entre el nivel de estrés y los trastornos alimentarios de los estudiantes de la Escuela Secundaria Federal Urbana No 2 de la ciudad de Uruapan, Michoacán.

### **Hipótesis nula**

No existe correlación significativa entre el nivel de estrés y los trastornos alimentarios de los estudiantes de la Escuela Secundaria Federal Urbana No 2 de la ciudad de Uruapan, Michoacán.

## **Operacionalización de las variables**

La variable operacional del estrés se midió en esta presente investigación con la Escala de Ansiedad manifiesta en Niños, realizada por el Reynolds y Richmond (1997), esta prueba está dirigida a niños y adolescentes con edades desde los seis a los diecinueve años.

Para esta variable trastornos alimenticios, se aplicó la prueba psicométrica llamada inventario de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI2), su autor es David M. Gardner (1998), tiene un nivel de confiabilidad de 0.83, con el procedimiento alfa de Cronbach. Esta prueba está dirigida a varones y mujeres adolescentes sin trastornos de la conducta alimentaria, su normalización es a partir de 11 años hasta 18 años. Otro baremo es el de adultos.

Los factores a evaluar son: la obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia interoceptiva, miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad e inseguridad social.

## **Justificación**

En la actualidad ha cobrado relevancia el estudio del estrés con la variable de los trastornos alimentarios, ya que hay un incremento considerable en los alumnos en cuanto a presentar estos trastornos a consecuencia del estrés, inclusive en

sujetos cada vez con un rango de edad cada vez menor, por ello, en esta investigación un nuevo enfoque acerca de las variables mencionadas.

Se considera que los resultados de esta investigación tendrán una aplicación importante para el desarrollo de la psicología clínica en cuanto a propiciar que existan más antecedentes formales acerca de las causas del estrés y su influencia en los trastornos de alimentación.

También puede apoyar a la Psicología social al aportarle elementos teóricos que le permitan enfocarse al área de prevención y que fundamente que a los jóvenes se les provea de información acerca de los trastornos alimentarios, su clasificación y sus efectos.

Por otra parte, se considera que los resultados de la investigación también pueden beneficiar a la medicina en su relación con la ciencia psicológica como disciplina relacionada para el diagnóstico, prevención y tratamiento del estrés, pero sobre todo, en la etapa avanzada del trastorno alimentario.

Ahora bien, los psicólogos de la ciudad de Uruapan se verán beneficiados al tener a la mano información científica, específicamente de la población a la cual tienen acceso, para su prevención, diagnóstico y tratamiento, de tal forma que puedan comparar la correlación existente con la información mostrada y su práctica clínica o social.

Con relación a la Universidad Don Vasco, A.C., se considera que el beneficio de esta investigación gira principalmente en la aportación de conocimiento validado científicamente como fundamento para trabajos posteriores que puedan tener respaldo en el presente estudio, incrementando así también su acervo bibliográfico. A los alumnos de la Universidad Don Vasco, A. C., para que obtengan información sobre cómo afecta el estrés, las causas y cómo prevenir sus efectos relacionados con los trastornos de alimentación.

Ahora bien, las escuelas van a ser apoyadas con los resultados de la investigación, para que puedan identificar a tiempo los indicadores que les permitan diagnosticar y prevenir los posibles casos de estrés y las secuelas de los trastornos de alimentación, beneficiando así a los alumnos de estas instituciones para una mayor atención y alerta.

Finalmente, para la investigadora es una oportunidad única para poner a prueba los conocimientos que ha adquirido a lo largo de su formación profesional, así como poner en práctica los métodos de investigación y los procedimientos propios de esta área de la producción científica.

### **Marco de referencia**

La Escuela Secundaria Federal Urbana N° 2 (ESFU 2), es una institución pública laica de educación básica, ubicada en la calle Emiliano Zapata, Colonia Revolución, de Uruapan, Michoacán.

En la educación secundaria, el alumno desarrolla habilidades, valores, ideales y actitudes, que les permita desenvolverse y participar activamente en la construcción de una mejor sociedad.

Durante los tres años de estancia en este nivel, se forman los futuros ciudadanos democráticos. En esta etapa los alumnos se preparan para que en un futuro ingresen a la universidad, pensando en los que aspiran continuar sus estudios, a la vez, se capacita a los que deseen formar parte del mundo laboral.

Los alumnos de la Secundaria Federal No. 2 poseen el perfil siguiente:

- Emplean la argumentación, análisis y razonamiento para identificar problemas.
- Evalúan y separan la información proveniente de diversas fuentes, buscando la excelencia en su aprendizaje.
- Utilizan el lenguaje oral y escrito con claridad, fluidez y adecuadamente.
- Aprenden a tomar soluciones y a actuar individualmente o colectivamente.
- Conocen su lugar en la sociedad, sus valores como ser humano, así como sus responsabilidades y consecuencias.
- Aprenden sobre procesos naturales, sociales, culturales y económicos.
- Desarrollan potencialidades físicas y artísticas que lo ayudan a mejorar su capacidad motriz y expresión.
- Respetan y aprenden acerca de las ideas de los demás, así como de las propias.

La escuela cuenta con una dirección, subdirección, control escolar, laboratorios, bebederos, biblioteca, sala de computación, taller de mecanografía, salones de corte y confección, de electricidad, de carpintería, de estructuras metálicas; cuenta con cancha de fútbol, básquetbol y voleibol; cuenta con un amplio patio cívico, un área de trabajo social, una cocina económica, aulas para los diferentes grados.

El personal con el que cuenta la institución es un director, subdirector, secretarias, prefectos, trabajadora social, cuenta con un maestro especializado en su área tanto para impartir los talleres como las materias básicas, aparte, cuenta con el servicio adecuado de intendencia y vigilancia.

# CAPÍTULO 1

## EL ESTRÉS

En este primer capítulo se presentan los antecedentes históricos del estrés, los tres enfoques teóricos del estrés que se divide en estrés como estímulo, como respuesta y el estrés como relación persona- entorno desde un enfoque interaccionista.

Asimismo, se expondrán los estresores psicosociales, biogenéticos y los se presentan en el ámbito académico. También se establecerá los procesos del pensamiento que propician el estrés y los moduladores, los tipos de personalidad y su relación con dicha variable; por último, los efectos negativos del estrés.

### 1.1. Antecedentes históricos del estrés

Desde la antigüedad, las personas han pasado por estos cambios que produce el estrés para así afrontar amenazas y peligros; esto ocasiona alteraciones en el funcionamiento mental y físico del individuo.

El estrés proviene del latín *Stringere*, que significa presionar, comprimir u oprimir. Posteriormente este término dio un giro y se empezó a utilizar en la física y en la metalurgia para referirse a la fuerza que se aplica a un objeto y mediante el cual es posible deformarlo o romperlo. (Sánchez;2007).

Para el siglo XVII Robert Hooke dio una gran importancia técnica al estrés, debido a la tarea de la ingeniería, que requiere diseñar estructuras que puedan resistir embestidas de los vientos y terremotos.

Este análisis de Hooke influyo mucho, ya que el estrés se convirtió en el término para definir una exigencia del entorno sobre un sistema biológico, social y psicológico que sería análoga a la carga que un puente podría soportar, ya que la capacidad de los metales de soportar cargas es como la de las personas para sobrellevar el estrés. (Lazarus y Lazarus; 2000).

Claude Bernad demostró que la naturaleza provee genéticamente a los seres vivos de mecanismos para enfrentar las contingencias del ambiente externo, demostrando que los seres vivos tienen la capacidad para mantener la estabilidad interna aunque se modifiquen las condiciones externas, “La estabilidad del medio ambiente interno es la condición indispensable para la vida libre e independiente”. (Sánchez; 2007: 15).

Walter Bradford Cannon estableció el término homeostasis para designar los procesos fisiológicos coordinados que mantienen constante el medio interno mediante numerosos mecanismos fisiológicos. Insistió en que la agresión provoca estimulación en el sistema nervioso y descarga de adrenalina (glándulas suprarrenales), esto provoca modificaciones cardiovasculares que preparan al cuerpo para la defensa.

También Cannon planteó que los eventos inesperados que provocan emociones, pueden desencadenar una respuesta del tipo de ataque o fuga; esto permitió identificar la relación entre lo psicológico y lo biológico.

“En 1939 Cannon adopta el término de estrés para referirse a los factores que podrían provocar un debilitamiento de los mecanismos homeostáticos a los cuales Walter definió como niveles críticos del estrés. (Sánchez; 2007: 14).

Hans Selye, más tarde, identificó el síndrome general de adaptación. En esta condición, “los pacientes muestran pérdida de apetito, reducción de fuerza muscular, elevación de la presión arterial y carencia de iniciativa, con este fin la sangre es enviada a áreas prioritarias, como el corazón, los pulmones, los riñones, el hígado y el cerebro, el flujo disminuye en forma drástica, ya que este mecanismo está programado para enfrentar el peligro”. (referido por Sánchez; 2007:15).

Por último, en la Segunda Guerra Mundial, las autoridades militares observaban que los soldados se desmoronaban ante la guerra, lo que provocaban que muchas veces se escondieran de los enemigos y no pudieran disparar sus propias armas, por ello, realizaron muchas investigaciones donde encontraron que el estrés era parte de la vida cotidiana como en el matrimonio. En la Década de los setentas el estrés resultó como una respuesta natural a las exigencias de la vida y no del todo negativo. En la década de los ochentas se detectaron diferencias individuales que influyen en la experiencia del estrés; a finales del siglo pasado y principios del actual se desarrollan distintos enfoques teóricos para comprenderlo y

principio del actual se desarrollan distintos enfoques para comprenderlo y afrontarlo.

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

A continuación se presentan los tres enfoques teóricos del estrés: como estímulo, como respuesta y como relación entre la persona y entorno.

### **1.2.1. Estrés como estímulo**

El estrés es importante ya que se relaciona con la salud y la enfermedad. Se asume que hay estímulos potencialmente estresantes como el ruido, temperatura, discriminación, pobreza, discapacidad física, inundaciones, que puede realizar una respuesta al estrés, respondiendo de una forma conductual, fisiológica y psicológica. Si los estímulos presentes son demasiados, se pueden provocar daños temporales o permanentes ( Travers y Cooper; 1996:30)

Selye menciona que existen dos tipos de estrés: el eutrés que es positivo, ya que motiva al individuo el crecimiento, el desarrollo y el cambio; el segundo es el distrés, que es negativo, ya que no se puede controlar y es indeseable para el sujeto. (Travers y Cooper; 1996:32).

### 1.2.2 Estrés como respuesta

Este modelo se basa en la reacción que tiene la persona frente a algún estímulo amenazador o desagradable, esto dependerá del individuo, de la duración y fuerza del estresor. Esta presión puede ser física o emocional, lo que puede provocar diversas reacciones de ansiedad, que a su vez resulten estresantes, teniendo una reacción o respuesta ante un estímulo amenazador.

“La metodología de este enfoque suele centrarse en la identificación de los estímulos potencialmente estresante; presiones ambientales como el ruido, sociales como el racismo, psicológicas, la depresión, física como la discapacidad, económicas, la pobreza y los desastres naturales. En consecuencia, se intenta medir a toxicidad de cada estímulo” (Travers y Cooper; 1996: 28).

Existen ciertos niveles de estrés por los cuales pasa un sujeto, esto provoca que este se ponga en un sistema de alerta, lo que Hans Selye, identificó como el síndrome de adaptación general, que contiene tres fases en la respuesta: la reacción de alerta, la etapa de resistencia y la de agotamiento.

- A) La reacción de alarma: se presenta cuando el individuo reacciona ante un estresor.
- B) La etapa de resistencia: esta fase dependerá de cómo el individuo reaccione ante los estresores para que así presente una respuesta fisiológica y pase a la fase de agotamiento “este momento depende de las

valoraciones cognoscitivas del individuo sobre la utilidad del estresor, su capacidad de resistencia y su necesidad de enfrentarse a desafíos ( Fontana; 1992:12).

C) La etapa de agotamiento: es la última de las fases, varía de un individuo a otro, el individuo presenta un cansancio fisiológico y psicológico.

A continuación, Selye (Fontana; 1992) expone los tres niveles de respuesta, que enseguida se explican:

Efectos cognoscitivos del estrés excesivo:

- Aumento de la distractibilidad.
- Deterioro de la memoria a largo y a corto plazo.
- La velocidad de respuesta se vuelve impredecible.
- Aumento de la frecuencia de errores.
- Deterioro de la capacidad de organización y la planeación a largo plazo.
- Aumento de los delirios y de los trastornos del pensamiento.

Los efectos emocionales del estrés excesivo son:

- Aumento de la tensión física y psicológica.
- Aumento de la Hipocondría.
- Aparecen cambios en los rangos de personalidad.
- Aumento de los problemas de personalidad existentes.

- Debilitamiento de las restricciones morales y emocionales.
- Aparecen depresión e impotencia.
- Pérdida repentina de la autoestima

Entre los efectos conductuales del estrés excesivo, están:

- Aumento de los problemas del habla.
- Disminución de los intereses y el entusiasmo.
- Aumento del ausentismo.
- Aumento del consumo de drogas.
- Descenso de los niveles de energía.
- Alteraciones de los patrones de sueño.
- Aumento del cinismo acerca de los clientes y de los colegas.
- Se ignora la nueva información.
- La responsabilidades se depositan en los demás.
- Se resuelve los problemas a un nivel cada vez más superficial.
- Aparecen patrones de conducta excéntricos.
- Pueden hacerse amenazas de suicidio.

“Estos efectos varía de un individuo a otro. Muchas personas, aun extremadamente estresadas, mostraran todos. El grado de gravedad también variará de persona a persona. La aparición de estos síntomas indica que el individuo

ha alcanzado o está a punto de llegar a la fase de colapso del síndrome de adaptación general.” (Fontana: 1992:15).

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

“Según Pearlin, el estrés no es un suceso, sino un proceso complejo, variado y desafiante a nivel intelectual” (Travers y Cooper; 1996: 32). Por lo tanto, se considera al estrés como un proceso de cambio, siendo una reacción del medio ambiente del individuo, es decir, “el entorno es sí no es estresante, sino que es la relación entre la persona y el entorno lo que puede dar a una experiencia estresante” (Travers y Cooper; 1996: 32).

Esta relación persona entorno dependerá mucho del sujeto, de toda su historia de vida, su género, su edad, sus experiencias vividas y su forma de percibir la situación; cabe mencionar que “ si el individuo presenta un equilibrio sano, superará con éxito su estrés, si no presentará una tensión, síntomas de estrés y por tanto, un distrés con síntomas fisiológicos, cognitivos, conductuales y/o psicológicos, ya sea a largo o a corto plazo” (Travers y Cooper; 1996: 33).

El estrés como interacción aspectos fundamentales

- 1.- Valoración cognitiva de la situación: neutra, negativa o positiva.
- 2.- Experiencia y familiaridad con la situación, es decir, con su capacidad real.

- 3.- Exigencia de la situación y capacidad de respuesta propia que recibe el sujeto y su estimulación inmediata.
- 4.- Influencia interpersonal: este dependerá de la ausencia o presencia de las personas y la capacidad de respuesta.
- 5.- Un estado de desequilibrio y las estrategias de superar cada estímulo Estresor (Travers y Cooper; 1996: 34).

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

En la actualidad existen algunos estresores por los cuales un alumno pasa en algunos momentos de su vida cotidiana. A continuación en este apartado se describirá los diferentes tipos de estresores.

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

La relación con los estresores psicosociales dependerá mucho del individuo, sus cambios cognitivos, y su relación con el medio ambiente, ya sea familiar o social. A continuación, se desglosarán en este apartado dichas modificaciones, como son:

Los cambios mayores: “son cambios extremadamente drásticos en la vida de una persona. Las características definitorias de este tipo de estresores es a su potencial capacidad para afectar a un amplio número de personas; teniendo en común con todos estos es el efecto traumático, cuyas consecuencias se mantienen en el tiempo de forma prolongada”. (Palmero y cols.; 2002: 425).

Los cambios menores o acontecimientos vitales estresantes son las circunstancias que el individuo no puede controlar. Las principales fuentes desencadenantes del estrés incluyen:

- Vida conyugal
- Las relaciones interpersonales.
- Situaciones ambientales.
- relaciones frías y distantes entre los padres.
- relaciones de abierta hostilidad.
- La paternidad.
- Lesiones o enfermedades somáticas.
- El ámbito económico.
- El propio desarrollo biológico.
- Embarazos no deseados o violación.
- Pérdida de miembros de la familia nuclear.
- Visitas y custodia irregular o problemática de los padres (Palmero y cols.;2002).

Finalmente, los estresores cotidianos, o microestresores, son acontecimientos de la vida diaria pero de alta frecuencia, es decir son pequeñas situaciones que pueden irritar a un individuo, este tipo de estresores son más importantes, ya que

repercuten en la vida diaria y se presentan más seguido, desequilibrando los patrones de comportamiento o de ambiente.

Se puede diferenciar dos tipos de microestresores:

- Las contrariedades, que “son situaciones que causan malestar emocional o demandas irritantes, y que a su vez, pueden ser clasificadas como problemas prácticos, sucesos fortuitos, problemas sociales”. (Palmero y cols.; 2002: 430).
- Las satisfacciones: “son experiencias o emociones positivas, su característica es contrarrestar los efectos de las contrariedades. (Palmero y cols.; 2002: 430).

Otro micro estresor pero que se presenta de una forma positiva es el eustrés, palabra acuñada por Selye, ya que este produce resultados agradables para el sujeto, con demandas de respuestas de adaptación estresantes pero con consecuencias atractivas para el individuo, al desarrollar actividades, ambientes, oportunidades para la toma de consciencia, realizando sus metas para el crecimiento profesional y/o personal. (Paalmero y cols.; 2001: 430).

Estos factores son importantes para que se pueda desencadenar algún problema de estrés, lo cual tiene como consecuencia que el adolescente encuentre una forma para desplazar esa tensión recurriendo a la comida conocida como bulimia o inclusive dejando de comer como en los trastornos de anorexia o desencadenando algún otro trastorno alimentario.

### **1.3.2 Los estresores piogénicos.**

En este tipo de estresores no existe una respuesta cognitivo-afectivo, por lo que inician directamente la activación del estrés.

A continuación se presentan algunos ejemplos de estresores biogénicos:

- 1.- Cambios hormonales del organismo: pubertad e inicio de ciclo menstrual (presencia de estrógeno y progesterona); el post-parto o aborto y el climaterio.
- 2.- Ingestión de nicotina, cafeína, anfetaminas y alcohol.
- 3.- El estrés alérgico.

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

En el caso particular de un estudiante, puede presentar un estrés académico disfuncional cuando:

1. No se le permite responder de la manera que quiere y para la cual se ha preparado.
2. Cuando se sostiene el estado de alerta por más tiempo del necesario para responder a las demandas, lo que deriva en múltiples síntomas como: dolores de cabeza, problemas gástricos, alteraciones en la piel (acné), alteraciones del sueño, inquietud, dificultad para concentrarse y cambios en el humor. (Pérez, citado por Barraza; 2005).

Asimismo, el estrés puede ser algo negativo y afectar el rendimiento académico, provocando que se requiera de más tiempo para aprender; de igual forma, ante las respuestas en las pruebas académicas el educando se puede bloquear (pese a los conocimientos que se tengan y a los esfuerzos que se hagan para obtener convenientes resultados).

En la actualidad se han observado que existen 12 tipos de respuestas de estrés académico, de acuerdo con Polo y cols. (2004):

1. El alumno se preocupa.
2. Su corazón late muy rápido y/o falta el aire y la respiración es agitada.
3. Realiza movimientos repetitivos con alguna parte del cuerpo, quedándose paralizado o con movimientos torpes.
4. Siente miedo.
5. El estudiante siente molestias en el estómago.
6. El individuo puede recurrir a dicciones como la bebida, el fumar o inclusive el comer demasiado.
7. Tiene pensamientos o sentimientos negativos.
8. Presenta temblores en las manos y piernas.
9. El alumno le cuesta expresarse verbalmente o inclusive tartamudea.
10. Se siente inseguro de sí mismo.
11. Presenta cambios fisiológicos como resequedad en la boca y dificultad para tragar.

12. El estudiante siente ganas de llorar.

A lo largo de la vida académica el alumno va adquiriendo nuevos desafíos, lo cual le provoca cierto estrés, a continuación se presentarán algunos de los estresores académicos:

Según Polo y cols. (2004)

- Exposición de trabajos.
- Intervención en el aula.
- Realización de un examen.
- Sobrecarga académica.
- Competitividad entre compañeros.
- Trabajar en grupo.

Según Barraza (2003), se pueden mencionar:

- Exceso de responsabilidad.
- Tiempo limitado para realizar trabajos.
- Problemas o conflictos con los profesores y/o compañeros.
- Evaluaciones.
- Tipo de trabajo que se pide.

#### **1.4. Procesos del pensamiento que favorecen al estrés.**

Ellis (citado por Powell; 1998) menciona que el individuo es un ser racional e irracional cuyo nivel de estrés dependerá de la forma de pensar y de percibir la situación, que por el evento presentado, es decir sus problemas emocionales y psicológicos dependerá más de las experiencias de vida del sujeto en la niñez.

Estas distorsiones cognitivas irracionales, impiden evaluar adecuadamente los eventos, “puesto que nuestros pensamientos o ideas producen las emociones”. (Powell; 1998: 93).

A continuación, se presentará once ideas irracionales que se encuentran en las personas:

1. “Debo tener el amor y la aprobación de todas las personas.
2. Debo ser competente y exitoso en todo.
3. La felicidad no depende de mí.
4. Las experiencias del pasado, el comportamiento del presente determinan la vida.
5. Solamente existe una solución para cada problema
6. Debo estar siempre en guardia, preparando lo peor
7. Debería tener o alguien más fuerte que yo en quien apoyarme
8. Si las cosas no funcionan como se ha planeado, será terrible
9. Lo mejor es evitar ciertas responsabilidades que enfrentarlas.

10. Las personas irresponsables deben ser acusadas y castigadas.

11. Se debe preocupar mucho por los problemas de los demás.” (Powell; 1998:93-97).

Estas ideas irracionales se encontraran en las personas perturbadas emocional y psicológicamente, lo que provoca el desarrollo de la ansiedad y por último, el incremento del estrés en la vida laboral, educativa y social.

## **1.5 Los moduladores del estrés**

El individuo, a lo largo de las experiencias sociales, laborales, cognitivas y de comportamiento, va desarrollando y fortaleciendo recursos para afrontar la vida cotidiana, estas estrategias dependerá de la situación presentada.

“Estos factores de influencia son denominados moduladores, estos son factores imprescindibles para determinar y predecir cuál será el curso del proceso de estrés y sus repercusiones sobre la salud” (Palmero y col.; 2002: 527).

Existen moduladores de carácter social, como el apoyo que puede recibir una persona en dificultades, las pautas culturales que canalizan y predisponen la apreciación de las fuentes de estrés.

Otro es de carácter personal como las experiencias, las creencias, las competencias y los rasgos de personalidad. “Estos elementos siempre se presentan

aunque el individuo no se encuentre en una situación estresante, estas crean al individuo consecuencias nocivas o benéficas. (Palmero y cols.; 2002:528).

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

A lo largo de la vida, el individuo pasa por diferentes circunstancias lo que provoca que se apropie de recursos para poder reaccionar adecuadamente cuando presente un evento que perciba estresante. Cabe mencionar que esto dependerá del nivel cognitivo, conductual, social y la forma en como el sujeto vea la situación presentada.

Powell (1998: 93) define el control percibido como “creencia general sobre el grado en el que uno mismo es capaz de controlar y lograr aquellas metas u objetivos deseados. Regulando las dificultades que acaecen en el curso de su consecución, influye sobre la salud”.

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

En la vida actual, la sociedad es importante para la vida del individuo, ya que le proporciona los recursos necesarios para enfrentar y disminuir el nivel de estrés, dado que reduce el impacto negativo y de la enfermedad.

El apoyo social puede reducir el impacto negativo de los sucesos vitales y otros agentes estresores por diversas vías:

- 1) Eliminando o reduciendo el impacto del propio estresor.
- 2) Ayudando al sujeto a afrontar la situación estresora.
- 3) Atenuando la experiencia de estrés si esta se ha producido.

“La interacción del sujeto dentro de las redes sociales puede aportar beneficios directos relativos a la autoestima, la percepción de control, la expresión del afecto, el empleo del sistema de atención sanitaria y en definitiva, mejorar la salud física y mental” (Palmero y col;2002: 529).

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

Estos autores propusieron dos mecanismos supuestos para el modo de acción del apoyo social sobre la salud y el estrés que son:

- 1) Hipótesis del efecto indirecto o protector, que “sostiene que cuando las personas están expuestas a estresores sociales, estos solamente tienen efectos negativos entre los individuos cuyo apoyo social sea bajo, sin embargo, el apoyo social no influye sin estresores sobre el bienestar y su papel se limita a proteger a las personas de los efectos patogénicos del estrés, evitando la aparición de la respuesta de estrés” (Cascio y Guillén; 2010: 190).

2) Otra hipótesis es la del efecto directo o principal, en la cual se afirma que el apoyo social fomenta la salud y el bienestar independientemente del nivel de estrés, es decir a mayor nivel de apoyo social, menor malestar psicológico; el apoyo social sirve entonces como una medida preventiva (Cascio y Guillén; 2010).

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

A continuación se presentarán las características que tiene un individuo de personalidad A: “es un conjunto de comportamientos que predominan en el sujeto, cuya reacciones emocionales, actitudes y modelos de conducta, las utiliza como un mecanismo de defensa ante exigencias personales y ambientales” (Travers y Cooper; 1997: 90).

Las características más representativas del tipo de personalidad A están descritas como un complejo de acción-emoción, implican hostilidad, agresividad, competitividad y un sentido de la urgencia, otro comportamiento de estos sujetos es que son “poco tolerantes, exigentes y orientados al éxito de sus objetivos, sus características más evidentes son la prisa y una forma de hablar acelerada, movimientos rápidos sentimiento de culpa o inquietud cuando no están trabajando o cuando se relajan y poco pacientes. (Travers y Cooper; 1997: 91).

Enseguida se muestran las características y/o conductas que manifiesta un sujeto con una personalidad del tipo A, según Travers y Cooper (1997).

- Tendencia a sentir o a manifestar ante otros una impaciencia frente al ritmo que van los acontecimientos.
- Dicen las últimas palabras de la frases con mayor velocidad que las primeras
- impaciencia de no perder el tiempo ni si quiera hablando, agresividad subyacente.
- Se mueven, caminan y comen rápidamente.
- Efectúan dos actividades a la vez.
- Hacen girar la conversación en torno a ellos.
- Fingen que escuchan, pero siguen preocupados con sus propios pensamientos.
- Se sienten ligeramente culpables cuando intentan relajarse.
- No se percatan de las situaciones interesantes o desagradables que le ocurrieron durante el día.
- Tienen un sentido crónico de urgencia del tiempo.
- No se sienten atraído a personas de la personalidad de tipo A.
- Compiten o desafían a otros miembros del Tipo A.
- Enemigos del ocio.

Las principales características del Tipo de personalidad B se refiere a:

- Son personas más relajadas y tranquilas.
- Tienen metas trazadas, “pueden estar deseando el éxito y logros, pero la diferencia del individuo de tipo de personalidad A, es que el busca la satisfacción de estas necesidades pero compensando y sin estragos psicológicos y físicos”. (Ivancevic; 1985: 203).

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

El individuo, a lo largo de la vida experimenta ciertos estresores, que dependiendo del ambiente, de la conducta, las características de la personalidad y la forma que como reacciona el individuo ante estos acontecimientos, predicen las consecuencias que este presentará.

El individuo con una personalidad de Tipo A tiende a presentar un grado de estrés más elevado que el de la personalidad de tipo B, ya que este último descarga su estrés en otras situaciones.

Este tipo de personalidad Tipo A son incapaces se buscar soluciones para relajarse tomando el trabajo o la actividad muy enserio, ya que no les gusta el ocio, puesto que tienen un alto nivel de logro de metas, y además se involucra en su trabajo.

Cabe mencionar que el ambiente de trabajo para el sujeto, suele tener gran importancia, ya que puede presentar constantemente estrés por parte de algún trabajador, jefe o empresa, en caso de que su organización sea deficiente y que no

se encuentre y/o busque el tiempo necesario para descansar. Trasladando esta información al ambiente educativo, “el alumno siente cierto nivel de estrés cada que se presenta a una clase y/o a algún profesor determinado, a la institución, a las materias e inclusive a otros compañeros, el alumno se sentirá con un nivel mayor de estrés y su única alternativa será presentado alguna enfermedad cardiaca (Ivancevich y Matteson;1985 : 106).

En la actualidad algunas enfermedades de adaptación relacionadas con el estrés que equilibran al sujeto son: “alta presión sanguínea, las enfermedades del corazón y los vasos sanguíneos, las enfermedades del riñón, la artritis reumática y reumatoide, las enfermedades inflamatorias de piel y ojos, las enfermedades alérgicas y de hipersensibilidad, las enfermedades nerviosas y mentales, algunas disfunciones sexuales, diversas enfermedades digestivas, las enfermedades metabólicas, enfermedades de resistencia en general, entre otras. (Ivancevich y Matteson; 1985: 106).

En conclusión, “las enfermedades de adaptación no son consecuencia directa de un agente externo, sino que se encuentran asociadas a reacciones de adaptación menos que perfectas, ante los estresores que se encuentran en la vida, estas respuestas de adaptación tienen como fin restaurar o mantener la homeostasis. Aunque todo esto suene paradójico ya que algunos de los intentos del organismo por mantener el equilibrio interno sea la causa subsecuente de rompimiento del mismo. (Ivancevich; 1985: 106).

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

Debido a investigaciones realizadas por Ivancevich y Matteson (1985) se ha demostrado que el estrés tiene ciertos efectos negativos, es decir, si un individuo tiene un nivel de estrés moderado, mejora su productividad académica, pero si el ambiente del sujeto es estresante y constante, esto provocará ciertas enfermedades ligadas al estrés como son las siguientes:

1. La hipertensión: esta enfermedad es provocada por los vasos sanguíneos, en ella, la cual la sangre fluye a través de las arterias a presión elevada, provocando que el cuerpo responda comprimiendo las paredes arteriales, aumentando así la presión. Si la presión no vuelve a la normalidad debido al efecto del estrés, la presión puede permanecer en un nivel anormalmente alto, aun de forma inconsciente.
2. Las úlceras son lesiones inflamatorias en el recubrimiento del estómago o intestino y una de las causas más conocidas es la variación de los niveles de cortisona, aumentando su nivel cuando permanece en periodos prolongados de estrés, lo que crea fácilmente un ambiente perfecto para la creación de lesiones.
3. La diabetes es una grave enfermedad que implica deficiencias de insulina y que tiene como consecuencia que no se pueda absorber suficiente azúcar en la sangre. El estrés incrementa este cuadro, demandando incrementos de secreción de insulina. Si la condición es persistente, el páncreas puede debilitarse, dando como resultado una deficiencia permanente de insulina.

4. Las jaquecas son el resultado de la tensión muscular, que aumenta cuando se está expuesto a los estresores durante un periodo largo. Esta jaqueca es un estresor que a sí mismo conduce a una mayor tensión muscular, y a su vez aumenta la severidad y duración de la jaqueca.
5. Y por último, se encuentra el cáncer que es uno de los conceptos más controvertidos en la categoría de las enfermedades de adaptación. Es decir, cuando el cuerpo se encuentra en constante estrés tiene bajo su nivel de protección inmunológica, lo que provoca que las células cancerígenas sigan mutando y no se puedan destruir, lo que ocasiona que se multipliquen. Algunos pequeños cambios bastan para permitir la reproducción de pequeñas cantidades de estas células mutantes, que a su vez se convierten en tumores malignos.

En conclusión, el individuo desarrolla estrés a través de sus experiencias laborales y cognitivas, la respuesta ante esto dependerá de la forma en como el individuo responde a ciertas problemáticas, circunstancias y situaciones. A ello se agrega el factor biológico, si este tiene predisposición genética desarrollando alguna enfermedad cardíaca. Cabe mencionar que aunque el individuo no este presentado alguna situación de estrés, estas circunstancias crean una respuestas en el individuo para reaccionar ante una situación con consecuencias nocivas.

Es decir, mientras el individuo sienta el apoyo de las personas que lo rodean, existe una disminución de estrés, lo que hace que tenga una vida mejor, sin

problemáticas cognitivas, biológicas y alimentarias, de modo que se incrementa su aprovechamiento laboral.

Como se puede notar en el presente capítulo, el estrés es una condición necesaria e inherente al ser humano, de manera que no es posible ni deseable eliminarlo, lo adecuado es que se mantenga en niveles tolerables para el individuo.

## **CAPÍTULO 2**

### **TRASTORNOS ALIMENTARIOS**

Para dar continuidad a este trabajo, en el presente capítulo se describirán los antecedentes históricos de los trastornos alimentarios, como su definición y características; se hará la descripción específica de la anorexia y bulimia nerviosa, así como la obesidad, entre otros trastornos alimentarios; se describirá también la organización de la esfera oroalimenticia del infante y sus alteraciones.

Se puntualizará el perfil de las personas con trastornos alimentarios, así como las causas de estos trastornos. También se detallará los factores predisponentes de los individuos que presentan esta problemática.

A la vez, se presentará la forma en que se percibe el cuerpo durante el trastorno alimentario, los factores que mantienen dichas perturbaciones, los trastornos mentales asociados y el tratamiento requerido para este tipo de problemática.

#### **2.1 antecedentes históricos de la alimentación**

Desde la antigüedad, se han presentado los trastornos alimenticios, ya que la comida en los banquetes era de carácter social y de demostración de poder, en

consecuencia, se comía de una forma exagerada y el vómito era un recurso usual para volver a ingerir los alimentos.

La cultura cristiana, la restricción alimentaria obtuvo un simbolismo religioso, ya que practicaban como una penitencia, como expresión del rechazo del mundo y para conseguir un estado espiritual más elevado. “En el Siglo XVII, en este periodo se presentan casos de inanición provocada por el rechazo de alimentos, aunque la información procede de personas que no conocían a los pacientes”. (Jarne y Talarn; 2000: 142).

“En 1873 Gull, en Londres y Lassege, médico del hospital La Pitie, de París, hicieron una descripción completa del cuadro de anorexia. Gull un experto clínico, constató la inexistencia de la patología orgánica que justificara la clínica anoréxica y se inclinó desde el principio por una etiología psicógena”. (Jarne y Talarn; 2000: 142).

En la actualidad, se reconoce los cuadros de la anorexia presentados por Gull y Lassege son similares a los actuales, con variaciones etiopatogenia, ya que las primeras teorías sugieren una afección con origen panhipopituitario, estableciéndose más adelante la hipótesis psicológica de tipo psicoanalítico. Desde los años sesenta se tiene una visión pragmáticas del problema, donde el trastorno influye en un conjunto de factores encadenados, psicológicos, biológicos y sociales, y se ponderan modelos de tratamiento pluridisciplinarios que aborden los tres núcleos conflictivos de la anorexia: el peso, la figura y los pensamientos alterados.

En 1979 Russell, “Describió un cuadro caracterizado por episodios de ingesta voraz y de purga posteriores que se consideraba vinculado a la anorexia nerviosa, ya que algunas pacientes anoréxicas evolucionaban tórpidamente en su trastorno e iniciaban entonces conductas de ingesta voraz y de purga; le denominó bulimia nerviosa y sería una forma ominosa de evolución de la anorexia, tal como la definió Russell. Ello supone un *continuum* entre las dos formas clínicas, ya que incluso en los pacientes que no tienen antecedentes clínicos de anorexia nerviosa, Russell considera suficiente la presencia de síntomas subclínicos para justificar el *continuum*, aunque independientemente con lo anterior, muchas pacientes sin antecedentes de anorexia nerviosa presentan también episodios grandes de ingesta que no pueden controlar, luchan con el miedo de ganar peso y vomitan o purgan regularmente.” (Jarne y Talam; 2000: 143).

A diferencia de la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, la obesidad no se considera un trastorno psiquiátrico, se trata de un cuadro médico, donde tiene factores de riesgo para el que la padece un peso por encima del considerado como “peso ideal”, ocurre el riesgo cuando el peso supera el 30% del peso que corresponde por edad y talla.

La obesidad consiste en una acumulación excesiva de grasa corporal, actualmente constituye un riesgo grave para la salud, añadiendo problemas estéticos y sociales que generan problemas de tipo psicológico, debido a esto, la obesidad se debe de tratar desde un punto de vista multidisciplinario; esta condición afecta en mayor medida a mujeres que a los hombres, obteniendo consecuencias graves ya

que “los individuos con sobrepeso son más proclives a presentar hipertensión, diabetes, gota, insuficiencia respiratoria y otro tipo de complicaciones como las tumorales”. (Jarne y Talarn; 2000: 143).

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

A continuación se definirá el concepto de la anorexia nerviosa y de la bulimia, entre otros trastornos alimentarios, así como sus criterios para un diagnóstico oportuno.

### **2.2.1 Anorexia nerviosa**

Belloch y cols. (1995), afirman que el término anorexia se refiere a la falta de apetito, en casos donde el paciente se encuentra sin apetito o con alguna enfermedad, ya sea con gripe o en depresión.

La anorexia nerviosa se caracteriza por el individuo no quiere alimentarse, aunque estén presentes de forma fisiológica las ganas de comer; aunque el paciente no quiera comer, tiene pensamientos acerca de cuáles son los alimentos idóneos para satisfacer su hambre sin engordar, desea continuar adelgazando aun cuando su talla y peso están propensos a riesgos de la salud.

Según Belloch y cols. (1995), la anorexia presenta tres características esenciales: distorsión de la percepción de la imagen corporal, la percepción

Distorsionada de los estímulos propioceptivos y el sentimiento generar de ineficacia personal.

Belloch y cols. (1995) establecen que existen consecuencias graves y alteraciones físicas: en muchas adolescentes se retrasa su desarrollo sexual y en las adultas disminuye su apetito sexual.

La anorexia se caracteriza por “un deseo intenso de la pérdida significativa de peso, la paciente siente la necesidad de pesar cada vez menos, teniendo constantemente terror al hecho de estar obesa, utilizando una serie de métodos para conseguir esta pérdida progresiva de peso” (Jarne y Talarn; 2000:150).

Los criterios para el diagnóstico de anorexia nerviosa según el DSM-IV (APA;2002), son:

- A) Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la talla y la edad.
- B) Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso.
- C) Alteración en la percepción del peso o la situación corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso.
- D) En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea.

Dentro de la anorexia existen dos tipos:

- Restictivo: Durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a grandes ingestas o a purgas.
- Purgativo: Durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a grandes ingestas o purgas.

Los criterios para el diagnóstico de la anorexia según el CIE-10 ( referido por Castillo y León; 2005), son los siguientes:

- A. Pérdida significativa de peso.
- B. La pérdida de peso está originada por el mismo enfermo, ya que evita el consumo de alimentos que se creen que engordan y por uno o más de los síntomas siguientes: a) vómito autoprovocados; b) purgas intestinales; c) excesivo ejercicio; d) consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos.
- C. Distorsión de la imagen corporal, que se caracteriza por la persistencia, con el carácter de idea sobrevalorada intrusa, de miedo ante la obesidad o flacidez de las formas corporales, de modo que el enfermo se impone a sí mismo el hecho de mantenerse por debajo de un límite de peso corporal.
- D. Trastorno endocrino generalizado, que afecta el eje hipotálamo-hipofisario-gonadal, que se manifiesta en la mujer como amenorrea y en el hombre como una pérdida de interés y de la potencia sexuales. También se pueden presentar concentraciones elevadas de hormonas de crecimiento y de cortisol, alteraciones del metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías en la secreción de insulina.

E. Si el inicio es anterior a la pubertad, se retarda la secuencia de sus manifestaciones de la pubertad o incluso se detiene. En las mujeres se detiene el crecimiento de las mamas y hay amenorrea primaria; en los hombres persiste los genitales infantiles.

“Esta enfermedad persiste por el hecho de no aceptarse tal como es, tomarse el cuerpo como una cosa que se puede modelar a voluntad y pensar en los alimentos únicamente en su relación con ganar peso, creer que éstos tienen cualidades o defectos distintos a los científicamente reconocidos.” (Jarne y Talarn; 2000:152).

Durante el proceso de esta enfermedad, la mujer experimente ciertas alteraciones del pensamiento más frecuentes con las distorsiones cognitivas, trastornos de la imagen corporal y alteraciones introceptivas.

La anorexia nerviosa se caracteriza por que las mujeres centran toda su atención en la imagen corporal, creyendo que tendrán éxito personal por su figura; presentan pensamiento distorsionados relacionados con la comida, el peso y la figura, rechazando la posibilidad de llegar a ser obesas, por lo que modifican su forma de comer a través de la dieta, y alteran su cuerpo más allá de los parámetros normales, teniendo un peso ideal siempre por debajo del que considera normal.

“Además alteraciones cognitivas, los pacientes presentan algunos otros complejos, como el ser delgado indica perfección, autocontrol y virtud, indicando

adiposidad lo contrario es enfermiza, imperfecta, implica una pérdida de autocontrol e incluso una transgresión. ( Jarne y Talarn; 2000: 153 )

Asimismo “las alteraciones cognitivas están acompañadas de otras conductas, primero se considera que aparecen las alteraciones del pensamiento y que éstas generan los cambios de la conducta, vinculando que las cogniciones están vinculadas con su bajo peso y ceden significativamente al aumentar peso.” ( Jarne y Talarn; 2000: 154 ).

Por otra parte, una de las alteraciones conductuales de la anorexia nerviosa se inicia cuando la paciente realiza una dieta restrictiva, ocultando a la familia su falta de ingesta, negándose a comer, tirando o escondiendo la comida, diciendo que no tiene hambre, que ya comió en casa de una amiga, negándose a comer; es decir, la paciente realiza una serie de actividades para seguir la dieta restrictiva, aunque está presente el apetito (Jarne y Talarn; 200)

Si la paciente no se siente satisfecha con los resultados de su dieta, recurre a otras actividades como el uso de laxantes, diuréticos y/o vòmito.

Otra de las actividades que presentan las pacientes es la actividad física exhaustiva, realizando “actividades físicas exhaustivas, como danza, acudiendo a gimnasios, multiplicando estas tareas en casa o fuera de ellas, reducen e inclusive dejan de utilizar los medios de transporte, trasladándose durante el día a pie sin utilizar los ascensores” (Jarne y Talarn; 2000:154).

### 2.2.2 Bulimia nerviosa

Según Jarne y Talarn (2002, el síndrome bulímico es un trastorno que se caracteriza por una ingesta de comida anormal, ya que el individuo presenta episodios de atracones, seguido por acciones para eliminar las calorías que ha consumido; una vez pasados estos episodios, el sujeto presenta cambios repentinos de humor, ya que se siente antipático, con tristeza, culpa y sentimiento de autocompasión o de menosprecio.

Entre los episodios bulímicos que puede presentar una persona, es la restricción de comida o inclusive estar en un ciclo de grandes ingestas, vómitos y purgas; este síndrome tiene una mayor incidencia en las mujeres occidentales de 19 a 25 años, sin importar el nivel sociocultural en la que esta pertenezca.

Asimismo, se presentarán los criterios diagnósticos según el DSV-IV para el síndrome de la anorexia:

- Presencia de atracones: que se caracteriza por ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo, en cantidades superiores a las que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo de tiempo similar en las mismas circunstancias. Se presentan por lo menos dos veces a la semana durante un periodo de tres meses.
- Sensación de la pérdida de control sobre la ingesta del alimento.

- Conductas compensatorias inapropiadas: con el fin de no ganar más peso, estas pacientes utilizan diversos métodos, pasando sus atracones como el uso excesivo de laxantes, provocación de vómito y el empleo de diuréticos, enemas u otros fármacos, ayuno y ejercicio excesivo.

Asimismo, presenta atracones y conductas compensatorias inapropiadas; realizan estas actividades en un promedio de al menos dos veces a la semana durante un periodo de tres meses. Presentan adicionalmente sentimientos de vergüenza y culpa que motivan a ocultar la conducta, cuando los atracones persisten por mucho tiempo, el individuo presenta dolor en el estómago.

Los tipos de bulimia según el DSM-IV son los siguientes:

- Purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.
- No purgativo: emplea conductas compensatorias como el ayuno y ejercicio intenso y en exceso, sin realizar otras actividades.

Con respecto a las personas con bulimia nerviosa atípica, por lo general presentan un peso normal o superior a lo normal, en estos casos manifiestan conductas de purga una vez que se ha presentado el atracón, ya que sienten una inmensa culpa al pensar que ganarán peso, lo que hace que se presente ansiedad, y

para calmarla recurren al vómito, al abuso de laxantes, los diuréticos o el ejercicio excesivo para eliminar lo que han ingerido (Jarne y Talarn; 20002).

“Cabe mencionar que las pacientes bulímicas presentan una psicopatología como la depresión, ya sea que se relacione con un trastorno afectivo o bien depresión secundaria al trastorno de la alimentación” (Jarne y Talarn; 2000:168).

### **2.2.3 Obesidad**

En este apartado se hablará acerca de la obesidad, de sus problemáticas, factores determinantes y/o predisponentes, las características de los sujetos que las presentan esto y las complicaciones que conlleva esta grave enfermedad.

Según Belloch y cols. (1995) la obesidad se refiere a un trastorno crónico, aunque se puede confundir a veces con exceso de peso, este padecimiento se define como acumulación de tejido adiposo en el conjunto corporal, es decir, cuando el individuo experimenta un índice de masa corporal mayor al normal.

Se tiene como factor predisponente el nivel socioeconómico, ya que tiene una gran influencia en los hábitos alimenticios; los niños con un nivel socioeconómico bajos son los que tienen mayor tendencia a presentar estos problemas de alimentación, que los hijos de padres universitarios, con un estilo de vida adecuado y sano (Jarne y Talarn; 2000).

“Algunas problemáticas de la obesidad crónica, son las enfermedades como la hipertensión, hiperglicemia, intolerancia a los carbohidratos, diabetes mellitus, trastornos cardiovasculares, trastornos pulmonares y renales, riesgos en intervenciones quirúrgicas, problemas con la anestesia” (Jarne y Talarn; 2000: 173).

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

En este punto se describirá y definirá la hiperfagia en otras alteraciones psicológicas, también conocida como hiperfagia psicógena.

La hiperfagia en la ingesta excesiva como una reacción a acontecimientos estresantes, y como consecuencia, el sujeto se vuelve obeso; “la obesidad reactiva se deriva en consecuencia de duelos, accidentes, intervenciones quirúrgicas y acontecimientos emocionalmente estresantes, se presenta en pacientes con predisposición a ganar peso”. (Catillos y León; 2005: 223).

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

Conocidos como Vómitos psicógenos e hiperémesis gravídica psicógena. “En estos síntomas pueden aparecer vómitos repentinos, no autoprovocados, en cuadros disociativos. Las mujeres embarazadas pueden presentar estos síntomas ya que los factores emocionales facilitan la aparición de vómitos o náuseas recurrentes, por el conflicto de ser madre”. (Catillas y León; 2005:223).

En el trastorno por atracón, los pacientes pierden el control para comer se exceden, “Utilizan conductas compensatorias, presentan culpa, depresión, experimenta malestar, sensaciones de disgusto, ingieren alimentos sin tener apetito. Una vez de una pérdida significativa de peso, lograda por una dieta, se presentan estos atracones de comida”. (Catillo y León; 2005: 223).

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

Estos trastornos son un conjunto de comportamientos problemáticos relacionados con la alimentación, su característica fundamental es que el infante rechaza sus alimentos o presenta conductas muy caprichosas, se aleja de una conducta normal en el momento de ingerir alimentos.

La sintomatología según el DSV-IV (2002) de este trastorno es la siguiente:

- Comportamientos disruptivos durante la comida.
- hábitos alimentarios inadecuados.
- Rechazo de alguna clase de comida.
- Negación a tomar alimentos sólidos.
- Ingesta de comida mezclada.
- Falta de apetito.
- Tiempo de comida excesivo.

Los trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria en la niñez, según el DSV-IV ( APA; 2002 ), son los siguientes:

- **Pica o alotriofagia:** este trastorno alimentario se refiere a cuando el individuo ingiere de forma persistente sustancias no nutritivas, como la tierra. Se considera una conducta anormal cuando aparece por encima de los 18 meses, es decir, puede tratarse de un síntoma psiquiátrico grave, como el autismo o el retraso mental; en el caso de los adultos, se puede presentar esta conducta en sujetos afectados de psicosis, retraso mental y en demencia.
- **Trastorno de rumiación o mericismo:** este trastorno es poco frecuente y se presenta entre los tres y los doce meses. Consiste en la regurgitación repetida de la comida ingerida, es acompañada de pérdida de peso o incapacidad para ganar el peso esperado para la edad del niño, debido a que la comida es expulsada o en otras ocasiones, de nuevo deglutida, su etiología se atribuye a una grave alteración de la relación materno-infantil.
- **Potomanía:** esta alteración se trata de la ingesta excesiva de líquidos, antes de realizar un diagnóstico se debe realizar un diagnóstico diferencial con la diabetes insípida, ya que estos pacientes presentan tales características.

## **2.2 Esfera oroalimenticia en el infante**

Las zonas importantes en el que el niño experimenta los placeres, son la boca, labios, mucosas intrabucales y lengua, sintiéndose atraídos por todos los objetos

inanimados o no. Esto tiene importantes alteraciones de la vida oral del infante, quien percibe a través de sus sentidos como el gusto, el tacto e inclusive por el olfato, y conoce la vida a través de estos elementos.

### **2.3.1 Organización oroalimenticia**

En el infante, el reflejo oroalimenticio es una de las primeras formas de relación con el mundo externo. Aunque en este punto, la madre todavía no es el objeto amado, sino la que proporciona alimento al niño, saciando las necesidades de nutrición a través de la actividad oral.

Ajurriaguerra (1973) describe varias fases de la deglución y diferencia dos tipos de mecanismos: el de deglución mamando del pecho en el que, de la lengua, efectúa el vacío bucal, y el de la deglución con biberón, el que la ausencia de oclusión impide el vacío bucal. Percibiendo el recién nacido de forma inconsciente el objeto bueno del que puede obtener el bien.

Ajuriaguerra (1973) señala que dar alimento a un niño no es un simple acto nutritivo, es una entrega por parte de la madre de sí misma, no solamente por el pecho que da, sino por su actitud; entonces la comida se constituye como una institución social, con un ritual y una participación, siendo la aceptación un regalo para los padres; las primeras formas de relación van unidas a los actos de comer.

El comer significa varias situaciones: alimentars, sentir placer y ser un acto cuya finalidad es crecer.

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

Una de las alteraciones que presenta el infante en esta etapa son: la anoréxicas del recién nacido, del segundo semestre y la modalidad Inerte, que a continuación se describirán de forma detallada según Ajuriaguerra (1973):

- Anorexia esencial precoz (recién nacido): es relativamente rara, aparece en el primer día o las primeras semanas de vida “se presenta en niños con poco peso, nerviosos muy despiertos. Pero después de algunos meses la pasividad ante la comida se convierte en niños muy reacios al comer”. (Ajuriaguerra: 1973: 184).
- Anorexia del segundo semestre (6 meses): se presenta al suprimirse paulatinamente la leche e ir diversificando el régimen cuando todavía es lábil el apetito, produciendo grandes cambios en el desarrollo infantil. (Ajuriaguerra: 1973).

Según el comportamiento infantil ante la comida, se señalan dos tipos de anorexia:

- Inerte: se manifiesta cuando el niño no tiene iniciativa ni coopera; a veces ni siquiera ingiere, se le escapa la leche por la comisura de los labios o incluso vomita la poca que haya podido tomar.
- De oposición: el infante tiene enfrentamiento constante para no ingerir alimentos, puede hacerlo con pataleos, chillidos, rotación tónica, rechazo, vómitos, entre otros comportamientos, para rechazar la alimentación que proporcionen los padres.

A partir de este punto, se describirán los diferentes factores individuales, familiares y socioculturales relacionados con el riesgo de presentar este trastorno alimentario, además de la percepción del cuerpo, los factores que mantienen los trastornos alimenticios, los trastornos mentales asociados a estos y el tratamiento de dichas perturbaciones.

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

En la actualidad se vive de una forma rápida, con bombardeos de información, y con un prototipo ideal para ser una súper mujer o una mujer perfecta, a continuación, se presentarán las características que se deben presentar en un perfil de las personas que padecen esta problemática alimentaria.

Según Costin (2003) los elementos predisponentes son:

- 1) Problemas con la autonomía: una posible predisposición para presentar trastornos alimentarios es la dificultad que tiene los pacientes para funcionar de forma independiente, es decir, estas mujeres viven pendientes para cumplir los ideales de la familia, provocando que se sientan inseguras para desarrollar su pensamiento personal, haciendo que en un futuro existan diferencias con los padres, con la consecuente distancia e insatisfacción con los otros.
- 2) Déficit de autoestima; a lo largo de la vida, la mujer va desarrollando parámetros que establecen los medios de comunicación y la sociedad, dándole prioridad a otros elementos como la imagen externa o apariencia. Dejan de ver por ellas, para cumplir las necesidades y expectativas de los demás, esto incita a que la paciente se sienta poco conforme con su aspecto, que no acepte a sí misma, sienta inseguridad y concentre en el peso el área de triunfo y aceptación.
- 3) Camino a la perfección y al autocontrol: estas personas buscan la perfección a costa de todo, para alcanzarla, creen que es preciso mantener su cuerpo ideal, a cualquier costo, creyendo que cambiando su físico, se compensará su sentimiento de inferioridad, sintiéndose seguras para enfrentar los desafíos que se les presente en la vida. Cabe mencionar que, si el paciente no se siente seguro de que en alguna actividad logrará su objetivo, desistirá, ya que no alcanzará la perfección para sentirse satisfecha consigo misma.
- 4) Miedo a madurar: otro factor predisponente es el miedo a madurar, ya que la persona no quiere madurar, pasar por los cambios fisiológicos que

esto implica, como cambios a nivel físico, sexual, emocional y social; ya que no cuenta con recursos o nadie le ayud a transitarlos, esto significa para las jóvenes un miedo a aceptar la realidad, es decir que su cuerpo transmite que ha dejado la infancia.

- 5) Adolescentes: por último, se encuentran las problemáticas durante la adolescencia, ya que las jóvenes han pasado por cambios hormonales, fisiológicos y el descubrimiento de su identidad, de modo que se encuentran más vulnerables para presentar esta problemática, debido a que poseen poca estabilidad emocional y se dejan influenciar por la sociedad o los estereotipos que presentan los medios de comunicación.

## **2.5 Causas del trastorno alimentario**

En este punto se presentarán los diversos factores predisponentes para presentar algún trastorno alimentario.

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

Algunos de los factores que inclinan a una persona para que presente esta problemática de forma individual son los siguientes:

- **Aprendizaje:** se refiere a toda aquella instrucción desde la infancia acerca de la comida, que se adquiere a través de la sociedad, medios masivos de comunicación y de la familia.
- **Creencias:** van en función a lo que se debe y lo que no se tiene que comer, la delgadez y la gordura.

- Actitudes: estas reflejaran los aprendizajes y creencias que se adquieren a lo largo de la vida.
- Constitución psicofisiológica: integración del cuerpo en lo psicológico, en un conflicto constante de luchar contra al autoimagen.

Los alimentos representan aspectos de identidad del sujeto en términos de género, sexualidad, conflictos y autocontrol, ya que estos los utilizan como un medio para reunir a la familia.

Según Ogden (2005) la clasificación de la comida responde culturalmente a los siguientes criterios:

- Comida frente a no comida: esto se refiere a la delimitación de los alimentos, es decir los materiales que son comestibles y los que no lo son.
- Comidas sagradas frente a profanas: esto es, distinguir los víveres que se consumen por creencias religiosas y las que no deben.
- Clasificación de comidas paralelas: se refiere la clasificación de los alimentos calientes, como el trigo y el ajo, o fríos, como el arroz; esta categorización dependerá mucho de la cultura.
- Comida como medicina: existen alimentos que se utilizan para aliviar ciertas enfermedades o molestias médicas.

- Comidas sociales: por último, existe esta clasificación, que describe la función social de los suministros, como una forma de afirmar y desarrollar relaciones.

En los que respecta al significado de la comida, Ogden (2005) propone los siguientes:

- 1) Comida como afirmación del yo: los alimentos muestran información acerca de la identidad personal y actúan como una forma de comunicación de necesidades internas, estos significados están ligados íntimamente a la identidad de género, representando la sexualidad, los conflictos y expresiones de autocontrol.
- 2) Comida y sexualidad: los alimentos tienen relación con el sexo y la sexualidad, adquiriendo fuerza a través de los medios de comunicación.
- 3) Comer como conducta de negación: la comida para muchos crea problemas interpersonales, uno de ellos se representa cuando la mujer, a pesar de que planifica la comida, debe estar delgada, guapa y sensual, provocando que piense constantemente en la comida, pero a la vez se debe mantener delgada. En conclusión, viven en conflicto entre la conducta de comer y la negación.
- 4) Culpa que proviene de la comida placentera: cada que las mujeres comen ciertos alimentos con el chocolate, sienten culpa, ya que les hacen creer que es un pecado o es un acto prohibido, esto las hace permanecer entre el placer y la culpa que provoca el comer.

- 5) La comida como autocontrol: el no ingerir alimentos refleja el autocontrol que se posee, la persona anoréxica reflejan un autocontrol.
- 6) La comida como interacción social: en este contexto social, se genera un sentir de identidad con la familia y con los amigos, creando un vínculo de comunicación de grupo.
- 7) La comida como amor: algunos de los alimentos, en especial los dulces, sabrosos y sanos, crean una especie de armonía familiar para satisfacer a los distintos miembros de la familia; esta tarea usualmente es de la mujer, ya que demuestra el amor y precaución por las personas que ama.
- 8) La comida que genera placer es poco saludable: existe un conflicto entre los víveres saludables y los placenteros, ya que para los miembros de la familia lo nutritivo es desagradable y la comida chatarra es lo más rico, esto provoca que la mujer se encuentre en conflicto consigo misma, porque tendrá que vivir con las consecuencias como el sobrepeso, la deformación de sus dientes y la falta de vitaminas.
- 9) La comida refleja relaciones de poder: proveer los alimentos es la forma en como la mujer refleja el amor que siente por los miembros de la familia; lo cual también refleja el poder que posee cada miembro de la familia, el patriarca recibe una mayor y mejor porción de alimento, limitando a la mujer, ya que ella debe ser la proveedora con un cuerpo delgado.
- 10) La comida como una identidad cultural: los alimentos crean identidad para el individuo, en diferentes contextos.
- 11) La comida como identidad religiosa: los comestibles desempeñan un papel central en el establecimiento de la identidad religiosa, representando la

Identidad entre culturas y tradición, es decir ingerir los alimentos, prepararlos y proveer de comida a los demás, comunica amor dentro de la familia.

- 12) Comida como poder social: los alimentos son un símbolo de estatus social, es decir, las personas con recursos económicos comen bien e inclusive son alimentadas por otros, adquiriendo valor social; también el no comer algunos casos es símbolo de poder social.

### **2.5.2 Factores predisponentes familiar**

Otro de los factores predisponentes para que una persona presente estos trastornos alimentarios, son los factores familiares, que se presentará en este apartado.

Según Costin (2003) estas personas son procedente de una familia con:

- Poca comunicación.
- Sobreprotección por parte de los padres.
- Rigidez y falta de flexibilidad para encarar situaciones nuevas.
- Ausencia de límites generacionales.
- Expectativas demasiado altas por parte de los padres.
- Historias familiares que incluyen depresión y alcoholismo.
- Existencia en el seno de la familia de abuso sexual y físico.
- La familiar suele inhibir la agresividad y la hostilidad.

- Los padres incrementan la rivalidad entre los hermanos al compararlos abiertamente.
- Tensión familiar: tiene una parte importante para que el individuo presente este trastorno, ya que los padres son exigentes, las madres para sus hijas tienen mayores expectativas de éxito social y académico; a la vez, los padres muestran rigidez, excesiva autodisciplina, distancia emocional y ambos incrementan la rivalidad entre hermanos, esto no indica que por presentar estos factores se presente algún trastorno alimentario, pero es un factor predisponente.
- Fronteras problemáticas: esto se refiere a que son reglas que se establecen a los miembros de la familia, existiendo las fronteras individuales y otras que demarcan el territorio de más de una persona. Cabe mencionar que si son difusas estas reglas, se produce una intrusión física y mental en los espacios del otro.
- Jerarquías alteradas: esto se refiere a que en algunas familias no están establecidos los roles de cada miembro de la familia, es decir la hija puede representar el rol de madre ya que no existe un equilibrio.
- Fallas en el control: existen en algunas familias con reglas deficientemente delimitadas, lo que provoca que la paciente tenga un desequilibrio, ya que los padres son demasiado controladores o cambian constantemente las reglas, lo que ocasiona que realicen alianzas con algún progenitor, este tiende a ser más complaciente, y el otro queda excluido, generando que se le oculten las circunstancias, ya que adopta el rol más severo y disciplinario.

- incapacidad para resolver conflictos: Consiste en que el hijo no cuenta con los suficientes elementos para enfrentarse a la vida cotidiana, lo que le produce estrés y ansiedad y recurre a trastornos de alimentación como un método de escape de la realidad.

En conclusión, para que los sujetos no presenten alguna problemática o inclusive algún trastorno alimentario, dependerá mucho de la forma en que se relacionan con la sociedad y con su familia, los padres deben cuidar la forma en que educan a sus hijos, sin llegar a los extremos, es decir, que cuiden sus jerarquías entre los miembros, la forma en cómo se expresan los padres con sus hijos, que exista una comunicación asertiva y rica, para que los jóvenes tengan la capacidad de resolver los conflictos que se les presenten en su vida.

### **2.5.3 Factores socioculturales**

A lo largo de la historia el significado de la belleza de la mujer ha sido modificado durante el paso del tiempo, es decir, en muchas de las culturas occidentales premia a las mujeres delgadas y a la mujer obesa la juzgan.

Tanto los medios de comunicación como la sociedad, comunican que el papel más importante de la mujer es ser atractiva físicamente: entre más delgada se encuentre, más beneficios logrará y mejores vacantes en el área laboral y de pareja tendrá.

Los factores predisponentes socioculturales según Costin (2003), son:

- La presión social para ser delgada: los medios de comunicación en la actualidad premian a la mujer delgada, y realizan prejuicios sobre la mujer obesa, ya que les venden una vida de satisfacción, feliz, con una gran aceptación y éxito. Estos trastornos se presentan más en las mujeres de clase media y alta, lo que crea una baja autoestima, autoconcepto erróneo y poca satisfacción.
- La belleza y la delgadez son sinónimos en esta sociedad occidental: “la mujer se encuentra tan obsesionada con la comida, que no tiene tiempo para pensar en estar bien, y tener estabilidad emocional, para tener un rendimiento académico, laboral y/o social eficaz; a la vez, no se da cuenta de que ser delgada no significa tener una vida saludable.” (Costin; 2003:57).
- La presión social para ser súper mujer: en este punto la mujer tiene tan poca autoestima, que el peso se convierte en una actividad central de muchas jóvenes. Siente la presión de la sociedad y de los medios masivos de comunicación que venden la felicidad y la vida laboral en el peso y medidas de una mujer, es decir entre más delgada se encuentre la mujer más feliz y mayores ofertas de trabajo tendrá, ya ni siquiera se encuentra conforme con su cuerpo y se siente obsesionada buscando medidas drásticas para llevar a cabo su propósito, creyendo que siendo delgada tendrá o adquirirá mayor seguridad.” (Costin; 2003; 62).

Otro elementos que también presionan a la persona, según Costin (2003), son:

- Tener en cuenta los factores genéticos con los que una mujer no puede luchar.
- La discriminación a la que son sometidas las personas con sobrepeso.
- Y por últimos, son los mitos a los que las personas obesas se les ha considerado.

## **2.5 Percepción del cuerpo en el trastorno alimenticio**

En la actualidad ha cambiado la perspectiva de cómo debe ser el cuerpo y el peso de la mujer dejando poca importancia a la salud del individuo. Por los que se hace referencia a la imagen corporal como:

“Es la percepción que el individuo tiene para su propio cuerpo, agregándole diversos componentes desde lo social, familiar, individual y sus respuestas negativas asía el propio cuerpo del sujeto.” (Ogden: 2005; 97).

Esta autora, describe tres componentes, los cuales son:

- imagen corporal deformada: en este punto los individuos tienen una imagen errónea de su cuerpo , es decir, se perciben más corpulentos o voluminosos de lo que en realidad son.
- Discrepancia del ideal: en este enfoque el sujeto no se siente conforme de lo que es con lo que le gustaría ser o estar. Se encuentra en constante desacuerdo.
- Respuestas negativas al cuerpo: el individuo presenta sentimientos y pensamientos negativos acerca de su propio cuerpo, inclusive sintiendo desprecio por él.

Insatisfacción corporal se encuentra más marcada en mujeres que en hombres, la mujer deforma su tamaño corporal y su percepción de que el cuerpo es más voluminoso de lo que es en realidad.

Las mujeres presentan mayor insatisfacción corporal, se encuentran inconformes sobretodo en ciertas áreas: el estómago, las caderas, los muslos, las nalgas y los pechos.

En comparación de las mujeres, los hombres se preocupan por su aspecto físico menos que las jóvenes, solo sienten poca satisfacción por la fuerza de su tronco, su condición física y desean un volumen preferido diferente del que perciben, pero sin llegar al grado de obsesión de las mujeres. Manifestando su satisfacción con los brazos, espalda, pecho y estómago.

En conclusión, la insatisfacción corporal aparece en personas sin importar o no tienen trastornos alimentarios, tanto en hombres y mujeres, sin importar el carácter étnico, la clase social o la orientación sexual del individuo.

Según Ogden (2005) su influencia se debe a:

- Medios de comunicación social: A lo largo del tiempo, los medios de comunicación han tomado una parte importante durante este problema alimentario, ya que la insatisfacción corporal toma peso gracias a estos canales, ya que las mujeres presentadas son demasiado delgadas y esto provoca que su autoconcepto se distorsione y creen estar delgadas es lo correcto, dejando la salud a un lado.
- Cultura: dependerá del individuo y el medio en que se desenvuelva, ya que se tiene que tomar en cuenta el carácter étnico y su clase social, si el individuo cambia de medio, puede que colapse y cambie el autoconcepto que tiene para poder permanecer en su nuevo ambiente.

Los factores psicológicos que presenta Ogden (2005), son:

- Las creencias: son una gran influencia para el individuo, ya que tiene una necesidad de logro y una preocupación social intensa, esto provoca una insatisfacción corporal, es decir está ligado al papel que se desempeña las

creencias de los miembros de su familia con respecto al cuerpo de dicha persona.

- Familia: la madre determinará el grado de satisfacción que la paciente sienta consigo misma, es decir, si la madre se encuentra poco satisfecha con su imagen corporal, se lo transmitirá a la paciente; como consecuencia, se desarrollará una problemática o inclusive, si no se detecta a tiempo, un trastorno alimentario.

Ogden (2005) explica las consecuencias de insatisfacción corporal:

- Sometimiento a un régimen alimentario: las mujeres utilizan ciertas dietas extremas para bajar de peso y sentirse conformes con su cuerpo, sin importar su salud.
- Ejercicio físico: dentro de las consecuencias se encuentra la actividad física, las mujeres dejan a un lado los beneficios de hacer ejercicio y se enfocan en la quema de calorías y el mejoramiento del tono muscular, con el único interés de sentirse bien, y aumentan los horas de ejercicio con el único objetivo de ser aceptadas en la sociedad.
- Fumar: algunas mujeres recurren al cigarrillo como una mera respuesta de insatisfacción corporal, creyendo que esto aumentará su seguridad y las hará lucir sensuales, así distorsionan la imagen de sí mismas.
- Cirugías estéticas: en algunas mujeres utilizan la cirugía estética para sentirse bien con su aspecto físico, asegurando que así eliminarán su inconformidad.

esto es un error, ya que no se elimina la insatisfacción de la mujer, sino que provoca un aumento de disgusto con su imagen.

- Crítica de la totalidad y de partes del cuerpo: la mayoría de las mujeres recurre al ejercicio o dietas para cambiar algunas partes de su cuerpo que no les gusta, creyendo que esto las hará sentir y lucir bien.

En conclusión, las pacientes anoréxicas “ presentan un trastorno de la imagen corporal en vertientes distintas: un trastorno del propio concepto corporal, un trastorno en la percepción e interpretación cognitiva de sus propios estímulos introceptivos y una sensación de no control respecto a las propias funciones corporales.” (Jarne y Talarn; 2000: 144).

En estos tipos de pacientes, se siente una gran insatisfacción corporal y una baja autoestima, ya que se obsesionan por adquirir el cuerpo en extrema delgadez, para que se sientan conformes y satisfechos personal y físicamente. Agregando que la sociedad occidental se ha vuelto más exigente con ciertas medidas físicas con estereotipos de la moda.

## **2.6 Factores que mantienen los trastornos alimentarios**

En seguida se describirán los factores que mantienen un trastorno alimentario, como las prácticas de control de dietas y las obsesiones que puede adquirir una mujer cuando presenta algún trastorno alimentario.

Los factores perpetuantes que, según Costin (2003), que mantienen un trastorno de alimentación, son los siguientes:

- Las prácticas de control de dietas: ya que el individuo no se alimenta correctamente, esto provoca que no tenga las fuerzas necesarias tanto anímica y físicamente, para que pueda salir de ese trastorno, siendo inevitable que afecte al organismo. Para un individuo que baja su consumo calórico y tiene una deficiente alimentación, presenta complicaciones de orden fisiológico, psicológico, cognitivo y social.
- Las complicaciones de orden psicológico: son las transformaciones anímicas que va adquiriendo un individuo.
- De orden cognitivo: falta de concentración, de comprensión y dificultades en el estado de alerta.
- De orden social: el individuo presenta aislamiento, incomodidad en la interacción con otros, por lo que prefiere realizar actividades de forma solitaria.
- De orden fisiológico: a medida que avanza el trastorno, el sujeto presenta una serie de sintomatologías como las cefaleas, hipersensibilidad a la luz y a los ruidos, molestias gastrointestinales, problemas de visión y auditivos, adormecimiento de miembros, calambres, pérdida de cabello, enlentecimiento metabólico, poca tolerancia a los cambios de temperatura.

La privación alimenticia es formadora de hábitos. Las restricciones alimentarias desarrollan modos de vincularse con la comida y hábitos de los cuales

es muy difícil escapar. Cuando la ingesta es menor a la necesaria para el funcionamiento general del organismo, el cuerpo va a quemar menos calorías y se detiene la baja de peso, lo que provoca que el individuo se empiece a frustrar y utilice otros métodos para su objetivo.

## **2.7 Trastornos mentales asociados con los trastornos alimenticios.**

A continuación, se presentan algunas de las perturbaciones relacionadas con los desórdenes alimentarios tales como: trastornos de la imagen corporal, trastornos mentales, esquizofrenia, depresiones, manía, fobia, ansiedad y trastorno obsesivo-compulsivo.

Estos desórdenes se presentan en mayor o menor medida en prácticamente todos los trastornos psicopatológicos. A pesar de esto su forma de aparición acostumbra a ser episódica, fugaz y está muy ligada a la misma enfermedad de base.

A continuación, se muestra Según el Manual de Psicopatología Clínica (Jarne y Talarn; 2000) los distintos trastornos alimentarios asociados que presenta un individuo:

- 1) Trastornos de la alimentación en la esquizofrenia: La presencia de alteraciones en la alimentación en las psicosis esquizofrénicas, es frecuente tanto en los episodios agudos como en las evoluciones cronificadas. Estos trastornos con consecuencia del tratamiento farmacológico del sujeto, este

rechazo absoluto se observa en algunas ocasiones en los pacientes catatónicos, la falta de contacto con el medio conduce a su negativa a ingerir alimentos, debido a la idea delirante de envenenamiento, perjuicio que se tenga al respecto.

- 2) La esquizofrenia cronicada: La presencia de este padecimiento puede condicionar la aparición de “alteraciones alimentarias aberrantes, como coprofagia o la ingesta de productos no alimentarios, como madera, tierra y cabellos, el tratamiento con fármacos que aumenta el hambre y conlleva incremento ponderales muy notables.” ( Jarne y Talarn; 2000: 145).
- 3) Trastorno de alimentación en las depresiones: La falta de apetito es parte del criterio diagnóstico de la depresión mayor con melancolía, en ello se observa una disminución o una ingesta excesiva con o sin repercusión; desde una perspectiva clínica, estos trastornos por exceso son muy infrecuentes en algunas formas atípicas de melancolía y en algunas depresiones menores que cursan con una importante ansiedad. En las depresiones menores y reactivas el trastorno alimentario se presenta “cuando la enfermedad se vuelve intensa y se relaciona temporalmente con el nivel de tristeza más alto de la enfermedad y corresponde con la fase aguda del trastorno.” (Jarne y Talarn; 2000: 146).
- 4) Trastornos de la alimentación en la manía: Cuando el sujeto se encuentra en la fase aguda de la manía, este puede pasar tiempo sin ingerir alimentos o por lo contrario, tiene la necesidad de ingerir una gran cantidad de comida, con una ingesta normal, pero desorganizada como sus actividades, lo que en

conclusión presenta una ingesta caótica y desordenada. “En las fases hipomaníacas puede haber una alimentación excesiva, tanto de cantidad como en preferencia alimentarias.” (Jarne y Talam: 2000; 147).

Trastornos de la alimentación en las fobias: estos sujetos únicamente presentan problemas cuando se relaciona la fobia con la comida o específicamente, al acto de la deglución. El sujeto desarrolla un cuadro fóbico en el que aparecen conductas por evitación y ansiedad anticipatoria, consecuencias inmediatas al tragar, las personas presentan miedo a asfixiarse y morir, sus formas clínicas incluyen la incapacidad de deglutir líquidos, sólidos las dos modalidades a la vez. Cuando afecta líquidos y sólidos, el paciente no acepta ningún tipo de alimentación oral, lo que le puede llevar a una situación de riesgo vital, no mantienen ninguna lógica con el tamaño o la textura del alimento, ya que a menudo hay casos de incapacidad para deglutir líquidos y no para sólidos de una cierta consistencia.

En conclusión, estos tipos de pacientes sienten una gran insatisfacción corporal y una baja autoestima, ya que se obsesionan por adquirir el cuerpo perfecto en extrema delgadez, para que se sientan conformes y satisfechos personal y físicamente. A ello se agrega que la “la sociedad occidental se ha vuelto más exigente con ciertas medidas físicas con estereotipos de la moda”. (Jarne y Talam; 200:147).

Otras perturbaciones que guardan alguna relación con los trastornos alimentarios, son:

- Trastornos de la alimentación en la ansiedad: En los sujetos ansiosos se suele producir “pérdida del apetito de moderada intensidad, mientras que en los de curso cronicado la pérdida, aunque modera, es sostenida y puede llegar a tener repercusiones ponderales estimables. Este manera de actuar a actuar adquiere un funcionamiento autónomo y pierde su capacidad para calmar la ansiedad y da paso a un simple mecanismo para satisfacer un apetito anómalo”. Vicente Turon y Adolfo Jarne: 2000; 147).
- Trastorno de la alimentación en el desorden obsesivo-compulsivo: En estos pacientes se observan en ocasiones una forma de alimentación particularmente lenta, en la que escogen los alimentos con una especial meticulosidad, se añaden la duda y la compulsión, las ideas de contaminación y suciedad pueden modificar de forma importante los hábitos alimentarios.

## **2.9 Tratamiento de trastornos alimenticios**

En este último capítulo se exponen los diferentes tratamientos para los trastornos alimentarios que se han ido presentando a lo largo de esta investigación, como los tratamientos farmacológicos, la terapia familiar e individual, el tratamiento ambulatorio, la internación de los pacientes y los diferentes modelos, con sus respectivos tratamientos.

Los modelos psicoanalíticos, conductuales, cognitivo-conductual y educacional han sido utilizados a lo largo de los tiempos en terapias individuales, de grupo y de familia para pacientes ambulatorios, como internados, aunque con

algunos de estos enfoques no se haya encontrado un gran cambio en estos pacientes, como el psicoanálisis, que solo se puede tratar la neurosis más grave.

El tratamiento farmacológico de la anorexia nerviosa tiene pocos beneficios para estos pacientes, ya que solo produce cambios físicos como el aumento de peso; modificación de la acción de neurotransmisores involucrados en el desorden y de la ansiedad o depresión de los pacientes. Además de los múltiples efectos secundarios que tienen los fármacos como la presencia de bulimia, el retraso de la menstruación, dependencia al medicamento y alteraciones neuronales..

Otros tipos de tratamientos incluyen la terapia familiar, este tipo de tratamiento es efectivo para pacientes que presentan la enfermedad a los dieciocho años o antes y tienen menos de tres años de evolución, la terapia utilizada para este tipo de trastornos es la terapia familiar sistémica.

Para ello resulta fundamental la familia, ya que deben examinarse los patrones de interacción actuales para determinar la viabilidad de lograr las metas de la familia considerada en cada momento. “Esta provee apoyo y sentimiento de pertenencia a sus miembros y al mismo tiempo se promueve la adaptación a los otros contextos, determinando la estabilidad y definiendo la estabilidad, promoviendo el cambio y crecimiento (Rausch; 1997: 72).

Otro tratamiento para la anorexia es el ambulatorio, este se requiere cuando la familia no está en condiciones de apoyarlos personalmente al paciente, provocando

riesgo tanto para este como con algún familiar. En este caso, la terapia sirve para romper patrones familiares o cuando ambos padres dudan del diagnóstico y pronóstico.

Según Rausch (1996), el tratamiento ambulatorio consiste en:

- a) El trabajo en equipo con el terapeuta de orientación familiar sistémica.
- b) Contar con la colaboración de la familia para el tratamiento.
- c) El tratamiento se mantendrá en forma ambulatoria mientras la evolución sea la esperada.
- d) Las decisiones acerca de la inclusión de otros agentes terapéuticos o del régimen de vida de la paciente, serán evaluadas en forma conjunta con el equipo tratante.
- e) En la primera entrevista clínica se establece el diagnóstico, el estado de gravedad del paciente y se indica tanto la dieta y el programa de actividades de acuerdo con el estado del paciente.
- f) Las sucesivas entrevistas clínicas pueden ser una o dos en la primera semana, luego con frecuencia semanal, hasta alcanzar la recuperación del 50% del déficit de peso y después cada 15 días. Una vez que la paciente llegue a su peso y se mantenga, las entrevistas serán de forma mensual o bimensual.
- g) El clínico deberá de ser incluido en las entrevistas familiares, esto es necesario cada vez que haya problema en el acatamiento del tratamiento.

h) El clínico y el terapeuta familiar están en contacto permanente de para planificar cada intervención para apoyo necesario en la intervención terapéutica.

El tratamiento para los pacientes afectados debe ser con un equipo multidisciplinario, para que se integren todos los aspectos clínicos y psicológicos y así dar un seguimiento a cada paciente.

La etapa final de tratamiento implica que el terapeuta ya tenga una relación sólida y confiable con cada uno de los integrantes de la familia, consiste en tener entrevista por separado con cualquier integrante de la familia; la resolución de conflictos maritales, pero sobre todo con familias con hijos adolescentes, ya que es deber y responsabilidad del terapeuta alertar acerca de potenciales peligros en el núcleo familiar.

Es decir, la fase final del tratamiento consiste en “en el abordaje de los distintos subsistemas por separado, pero bajo el mismo paraguas de la perspectiva única y privilegiada que ha tenido el terapeuta que ha seguido este proceso, realizando entrevistas individuales semanales con el paciente, quincenales con la pareja de padre y mensuales con la familia total.” (Rausch; 1996: 101).

Utilizando la terapia individual con temas centrales como la de la conflictiva parental y promover su acceso a la etapa de desarrollo apropiada, para trabajar con la autoestima y la desconfianza respecto del entorno, por lo menos en lo que tiene

que ver con el desarrollo de habilidades para interactuar con pares, desarrollando estrategias para modificar aquellos aspectos de la experiencia que resulten insatisfactorios tanto en el ámbito personal como en el familiar y extra familiar.

Posteriormente, “existe otro tratamiento denominado Internación, que consiste en internar al paciente en algún centro para el control de peso, aunque esta medida no es muy recomendable ya que los pacientes pierden el peso recuperado, es decir la internación posterga la resolución de la situación conflictiva con el contexto familiar y al gasto que la familia tendrá.” (Rausch, H Cecile; 1996:95)

Para concluir el paciente para su pronta recuperación, necesita ciertos cuidados como los ya antes mencionados, terapia familiar e individual, así como cambiar sus esquemas mentales. Una vez terminado el tratamiento, este requerirá para su recuperación un seguimiento esporádico para que no existan alguna recaída.

De esta manera, se ha examinado la importancia de abordar de manera adecuada los desòrdenes alimenticios, con lo cual concluye el presente capítulo. En las páginas restantes, se analiza la parte metodológica, esto es, los pormenores que conciernen a la recolección y tratamiento estadístico de la información sobre el problema estudiado.

## **CAPÍTULO 3**

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

A continuación se presentará el correspondiente encuadre metodológico, es decir, las características de la estrategia de investigación planteada para alcanzar un objetivo general de estudio, para aceptar una de las dos hipótesis formuladas en la introducción de esta investigación.

En otra parte, se expondrán los resultados obtenidos en esta investigación, asimismo, se expondrá su análisis e interpretación para dar cumplimiento a los objetivos metodológicos.

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

A continuación se presentará el enfoque empleado, tipo de investigación, tipo y alcance del estudio, así como los instrumentos de medición usados, además de la población y muestra seleccionadas.

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

La presente investigación forma parte del enfoque cuantitativo, el cual es “secuencial y probatorio, usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base

En la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías.” (Hernández y cols.; 2010:4).

Este enfoque tiene las siguientes características entre otras:

1. El investigador plantea un problema de estudio con ciertos límites y concreto, realizando investigaciones en problemas específicos.
2. Teniendo en cuenta, el investigador realiza una revisión de la literatura y construye un marco teórico, derivando una o varias hipótesis, examinando si son verdicas o no.
3. El investigador realiza una hipótesis antes de recolectar y analizar los datos.
4. Recolección de datos se lleva acabo utilizando procedimientos estandarizados y aceptados por una comunidad científica, midiendo los fenómenos atreves de la observación.
5. Se analizan los datos a través de métodos estadísticos.
6. Los análisis cuantitativos se interpretan con predicciones iniciales y de estudios. previos.
7. Esta investigación debe de ser lo más objetiva posible, dejando atrás las creencias, deseos y tendencias del investigador.
8. Los datos recolectados en conjunto con la investigación debe de seguir ciertos patrones rigurosos, entre ellos, los estándares de validez y confiabilidad.

### **3.1.2 Investigación no experimental**

En este apartado se habla acerca de la investigación no experimental, que se refiere a que no se manipularon las variables presentes en el estudio, es decir, el investigador no maniobró el medio ambiente de una forma intencional, solo observó los fenómenos presentes en un contexto natural, para analizar los resultados obtenidos.

“El sistema de investigación no experimental las variables independientes ocurrieron y no es posible manipularlas, no tienen control directo, ni se puede influir sobre ellas; la investigación no experimental es sistemática y empírica en la que las variables independientes no se manipularon porque ya han sucedido” (Hernández y cols; 2010:05).

### **3.1.3 Diseño transversal**

A continuación se indica el modelo que se utilizó para afines de esta investigación, en este diseño de investigación se recolectaron datos en un momento y en un tiempo específico, para poder describir las variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado, abarcando varios grupos y subgrupos de personas, objetos o indicadores; así como diferentes comunidades, situaciones o eventos. (Hernández y cols; 2010:152).

Hernández y cols (2010) menciona tres diseños transeccionales en los que se divide la investigación no experimental: exploratorios, descriptivos y correlacionales-causales.

### **3.1.4 Alcance correlacional**

Este diseño de correlación pretende responder a preguntas de investigación, conociendo la relación o grado de asociación que existe entre dos o más conceptos, categorías o variables en un contexto en particular, inclusive en este diseño se pueden analizar entre cuatro variables o más.

En este estudio correlacional se evaluó el grado de asociación entre dos o más variables; “una vez cuantificada la información se analizan la vinculación, sustentando la correlación en hipótesis sometidas a prueba.” (Hernández y cols.; 2010:81).

La utilidad del alcance correlacionales radica en “saber cómo se puede comportar un concepto o una variable al conocer el comportamiento de otras variables vinculadas, es decir, intenta predecir el valor aproximado que tendrá un grupo de individuos, a partir del valor que poseen la o las variables relacionadas”. (Hernández y cols; 2010:82).

La correlación puede ser positiva o negativa. En el primer caso se refiere a que los alumnos con valores altos en una variable, presentaran valores elevados en

las siguientes; si la correlación es negativa, significa que sujetos con valores elevados en un variable tenderán a mostrar valores bajos en la otra variable. (Hernández y cols.; 2010).

En este alcance, “si tiene un valor explicativo, cuanto mayor sea el número de variables que se asocien en el estudio, mayor será la fuerza de las relaciones y en consecuencia, más completa será la explicación.” (Hernández y cols; 2010:83).

Si existe una correlación entre dos variables y de estas se conoce la magnitud de la asociación, se podrá predecir la conducta, es decir, prediciendo con mayor o menor exactitud el valor aproximado que presentará un grupo de alumnos, “si en dado caso no existe ninguna correlación entre las variables, esto determinara la fluctuación que presentan las variables sin seguir un patrón determinado.” (Hernández y cols.; 2010:82).

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

En esta presente investigación se ha utilizado una de las técnicas estandarizadas, que se define como el uso de instrumentos desarrollados por especialistas para la investigación, que pueden ser utilizados para la medición de las variables.

Algunas de sus ventajas de las técnicas estandarizadas consisten en que ya tienen estudios estadísticos que prueban su confiabilidad y validez. Esto es un requisito indispensable para la validación del proceso de investigación.

Se emplearon dos pruebas, la primera llamada Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños (CMAS-R), realizada por Reynolds Y Richmond (1997), esta prueba está dirigida a niños y adolescentes que va desde los seis a los diecinueve años.

Las escalas a evaluar abarcan cinco puntuaciones: ansiedad total, ansiedad fisiológica, inquietud/hipersensibilidad y preocupaciones sociales/concentración, los reactivos restantes están incluidos en una escala de mentira.

Tiene una confiabilidad de 0.80 mediante la prueba Alfa de Cronbach; para la obtención de la validez se utilizaron diversos procedimientos: fueron a través de la validez de contenido, de criterio, concurrente y de constructo; ello permitió su estandarización o normalización.

Otra prueba que se aplicó para la realización de esta tesis fue el Inventario de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2), su autor es David M. Gardner en (1998), tiene un nivel de confiabilidad de 0.83, con el procedimiento alfa de Cronbach; cuenta con validez de contenido, de criterio, concurrente y de constructo.

Se ha realizado varios procesos para su estandarización y normalización en distintos grupos, de pacientes con anorexia y bulimia. En la investigación se utilizó el

baremo obtenido en la aplicación de varones y mujeres adolescentes sin trastornos de la conducta alimentaria, su normalización es a partir de 11 años hasta 18 años, otro baremo es el de adultos.

Los factores a evaluar son: la obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia interoceptiva, miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad e inseguridad social.

### **3.2. Población y muestra**

En este apartado se hablará de las características de los sujetos de estudio.

Como primer punto, la población se define como “un conjunto de todos los casos que concuerdan con determinadas especificaciones”. (Hernández y cols; 2010:173).

Hernández puntualiza la muestra como:

La muestra es, por otra parte, “un subgrupo de la población de interés sobre el cual se recolectarán datos, y que tiene que definirse o delimitarse de antemano con precisión, este deberá ser representativo de dicha población.” (Hernández y cols.; 2010:173).

#### **3.2.1 Descripción de la población:**

La institución investigada, la ESFU 2, permite el acceso a los alumnos de clase media-baja, de ambos sexos, tomando un rango de edad de entre los 13 y los

15 años, estos estudiantes viven cerca de la institución, y solo un 5% de ellos son foráneos.

### **3.2.2 Descripción del tipo de muestreo**

La muestra consta de cuatro grupos de segundo año de la Escuela Secundaria Federal Urbana No. De 2, de segundo grado, de ambos géneros. El alumnado total de esta escuela se conforma con un aproximado de 620 adolescentes.

La muestra que se utilizó fue de la modalidad no probabilística, ya que depende del objetivo de la investigación, del esquema de investigación y de la contribución que se requiera con este estudio. Esta elección de los elementos dependen de causas relacionadas con las características de la investigación, este proceso depende del proceso de toma de decisiones del investigador, obedeciendo a criterios de investigación.

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

Para el presente trabajo, se planteó un problema de investigación referente al estrés y su correlación con los trastornos alimentarios, planteando objetivos generales y un particular, lo que se produjo una hipótesis, utilizando dos pruebas: CMAS- Y EDI-2.

Una vez teniendo las hipótesis, y las pruebas psicométricas para aplicar se continuó con una breve investigación teórica abordando dos capítulos ya antes mencionados.

Asimismo, se buscó una secundaria para la aplicación de la prueba; una vez encontrada, el tesista contactó una cita con el subdirector para pedir permiso correspondiente para que la institución, los alumnos de 2º grado fueran parte de la muestra. El subdirector requirió que se le proporcionara una carta por parte de la Universidad Don Vasco, particularmente de la Escuela de psicología. Ya que la señorita egresada le proporcionó por escrito sus peticiones, se le dejó aplicar las pruebas..

La aplicación duró 3 semanas, ya que la ESFU se incorporó al paro laboral magisterial. Una vez que se aplicaron las pruebas psicométricas, se calificaron para así, realizar el análisis e interpretación de resultados, que se explican en el siguiente apartado.

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

A continuación se presentará los resultados obtenidos de esta presente investigación, a través de las aplicaciones de las pruebas psicométricas ya antes mencionadas en el punto anterior, en cuanto a los datos empírico.

A continuación se presentan los resultados encontrados en la investigación, estos se dividieron en: estrés, indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios y la correlación entre estas variables.

#### **3.4.1 El estrés en los alumnos de la Secundaria Federal Urbana No 2.**

Se afirma que el estrés es la respuesta inespecífica del organismo ante cualquier exigencia; es decir, “se utiliza para referirse a la fuerza que actúa sobre un objeto y que, al rebasar una determinada magnitud, produce la reformación, estiramiento o destrucción del objeto”. (Palmero y cols.; 2002:424).

Respecto a los resultados obtenidos en percentiles a partir de la aplicación de la prueba CMAS-R, la media en el nivel de ansiedad total fue 65, lo que se define a la media como la suma de un conjunto de datos, dividida entre el número de medidas (Elorza: 2007).

De igual modo se obtuvo la mediana, que es 58; este índice constituye el valor medio de un conjunto de valores ordenados: el punto del cual cae un número igual de medidas abajo y arriba. (Elorza: 2007).

De acuerdo con el mismo autor, la moda se define como la medida que ocurre con más frecuencia en un conjunto de observaciones; en este caso fue el puntaje de 98 (Elorza: 2007).

También se obtuvo, con un puntaje de 24, el valor de una medida de dispersión: la desviación estándar, la cual se define como la raíz cuadrada de la suma de las desviaciones al cuadrado de una población, dividida entre el total de observaciones (Elorza:2007).

De forma complementaria, se obtuvo el puntaje de la subescala de ansiedad fisiológica, encontrando una media de 73, una mediana de 75 y una moda representativa 89. La desviación estándar fue de 20.

Asimismo, en la escala de inquietud/hipersensibilidad se encontró una media de 62, una mediana de 65 y una moda de 39. La desviación estándar fue de 24.

Por último, la escala de preocupaciones sociales/concentración se obtuvo una media de 56, una mediana de 61 y una moda de 9. La desviación estándar fue de 29.

En el anexo 1 quedan demostrados gráficamente los resultados de la media aritmética de cada una de las subescalas mencionadas anteriormente.

A partir de los resultados estadísticos obtenidos mediante la aplicación del instrumento, se puede interpretar que los alumnos de la Escuela Secundaria Federal Urbana No. 2, presentan un nivel de preocupante de estrés, puesto que los puntajes de las medidas de tendencia central están ligeramente elevados.

Con el fin de mostrar un análisis más detallado, a continuación se presentan los puntajes de los sujetos que obtuvieron puntajes altos en cada subescala, es decir puntajes por arriba del percentil 70.

En la escala de Ansiedad Total, el 36% de los sujetos se ubican por arriba del percentil 70; en la ansiedad fisiológica el porcentaje de sujetos es de 43%; mientras tanto, en la de Inquietud/hipersensibilidad es de 33% y en la de preocupaciones sociales/concentración es de 29%. Estos resultados se aprecian de manera gráfica en el anexo 2.

Los resultados mencionados anteriormente muestran que el porcentaje de la escala de ansiedad fisiológica presenta mayor incremento en relación con la ansiedad total, en menor proporción, está la escala de inquietud/hipersensibilidad y, en el último lugar, la sub-escala de preocupaciones sociales/concentración.

### **3.4.2. Indicadores Psicológicos de los trastornos alimentarios.**

Los trastornos de la conducta alimentaria son entidades o síndromes con una causa, curso y patología comunes. “Están mejor conceptualizados como síndromes y son, por tanto, clasificados en base al conjunto de síntomas con los que se presentan, ya que en los trastornos de conducta alimentaria existe una importante interacción entre la psicología y la fisiología. (Halmi; 1996: 1).

Uno de los trastornos relacionados con la conducta alimentaria es la anorexia, que se caracteriza por “el deseo de perder peso, mantener la figura a toda costa de cualquier cosa, ya que le otorga una credibilidad a los mensajes de los medios de comunicación, siendo una causa principal de este crecimiento”. (Jarne y Talarn: 2000; 149).

Otro síndrome es el bulímico, caracterizado por una ingesta de comida anormal, ya que “el individuo presenta episodios de atracones, seguido por acciones para eliminar las calorías que ha consumido, una vez pasados estos episodios el sujeto presenta cambios repentinos de humor: se siente malhumorado, con tristeza, culpa y sentimiento de autocompasión o de menosprecio. . (Jarne y Talarn: 2000; 149).

Mediante la aplicación del instrumento EDI-2, se obtuvieron datos relevantes de acuerdo con cada subescalas predeterminadas en la prueba. Los puntajes, traducidos a percentiles, se presentan a continuación.

- 1) En la escala de obsesión por la delgadez se obtuvo una media de 50, una mediana de 4,8 una moda de 48 y una desviación estándar de 23.
- 2) Asimismo, en la escala de bulimia se obtuvo una media de 63, una mediana de 51, una moda de 47 y una desviación estándar de 20.
- 3) El puntaje de la escala de insatisfacción corporal se obtuvo una media de 55, una mediana de 56, una moda de 32 y una desviación estándar de 24.
- 4) Además en la escala de ineficacia se obtuvo una media de 61, una mediana de 62, una moda de 18 y una desviación estándar de 27.
- 5) De la misma forma, en la escala de perfeccionismo se obtuvo una media de 61, una mediana de 59, una moda 86 y una desviación estándar de 27.
- 6) En la escala de desconfianza interpersonal se obtuvo una media de 71, una mediana de 80, una moda de 57 y una desviación estándar de 25.
- 7) Respecto a la subescala de conciencia interoceptiva, se obtuvo una media de 56, con una mediana de 57, una moda de 12 y una desviación estándar de 28.
- 8) Particularmente, en la escala de miedo a la madurez se obtuvo una media de 77, una mediana de 77, una moda de 72, una desviación estándar 20.
- 9) Conjuntamente, se obtuvo una media de 50, una mediana de 48, una moda de 40 y una desviación estándar de 27 en la escala de ascetismo.
- 10) Por otra parte, en la escala de impulsividad se obtuvo un puntaje de la siguiente forma: una media de 59, una mediana de 60, moda 14 y una desviación estándar de 28.

11) Y por último en la escala de inseguridad social se obtuvo una media de 77, una mediana de 85, una moda 70 y una desviación estándar de 22.

En el anexo 3 se muestran gráficamente los resultados de la media aritmética de cada una de las subescalas mencionadas anteriormente.

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

En la escala de obsesión por la delgadez, el 18% de sujetos se encuentra por arriba del percentil 70%; en la escala de bulimia, el porcentaje fue de 26%;, en la de insatisfacción corporal, fue de 25%; en la de ineficacia, 29; en la de perfeccionismo, es de 31%; en lo que respecta a la desconfianza interpersonal, 43%; en la de conciencia interoceptiva, 26%; respecto a la de miedo a la madurez, 57%; en la de ascetismo, 20%; en la de impulsividad, un 28% y finalmente, en la escala de inseguridad social, de 54%. Estos datos se pueden observar gráficamente en el anexo 4.

En función de los datos anteriores, se puede afirmar que los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en esta muestra, se encuentran algunos puntajes altos, como en, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, miedo a la

madurez e inseguridad por arriba de lo normal y las demás áreas, que son: bulimia, ineficacia, conciencia interoceptiva, impulsividad, insatisfacción corporal. Debe tomarse en cuenta que los resultados son alarmantes y perjudiciales si no se tratan a tiempo

### **3.4.3 Correlación entre nivel de estrés y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios.**

Diversos autores como Barraza (2005), han afirmado la relación que se da entre los trastornos alimentarios y el estrés. Algunos estresores por los cuales pasa un estudiante de secundaria incluyen: el momento de una exposición, la formulación de preguntas, realización de un examen, sobrecarga académica, masificación de las aulas, competitividad entre compañeros o inclusive cuando está sufriendo de bullying. Esto incrementa el nivel de estrés, lo que hace que realice medidas para calmar su ansiedad, como comer en exceso o inclusive dejar de comer. Esto redundando en conductas con trastornos alimentarios como la anorexia y bulimia.

En la presente investigación, realizada en la E.F.U No 2 con alumnos de segundo grado, se encontraron los siguientes resultados:

Entre el nivel de estrés y la escala de obsesión por la delgadez existe un coeficiente de correlación de 0.34 de acuerdo a la prueba "r" de Pearson. Esto denota que entre el estrés y la escala indicada, existe una correlación positiva media, de acuerdo a la clasificación de correlación que plantean Hernández y cols. (2010).

Para conocer la influencia que existe entre el nivel de estrés y la escala obsesión por la delgadez, se obtuvo la varianza de factores comunes, donde mediante un porcentaje se indica el grado en que las variables se encuentran correlacionadas. Para obtener esta varianza solamente se eleva al cuadrado el coeficiente de correlación obtenido mediante la “r” de Pearson (Hernández y cols. 2010).

El resultado de la varianza fue de 0.12, lo que significa que entre el estrés y la obsesión por la delgadez hay una relación de 12%.

Por otra parte, entre el nivel de estrés y la escala de bulimia existe un coeficiente de correlación de 0.38 de acuerdo a la prueba “r de Pearson”. Esto significa que entre dichas variables existe una correlación positiva media.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.14, lo que significa que entre el nivel de estrés y la escala de bulimia hay una relación de, 14%.

Asimismo, entre la escala de insatisfacción corporal y el nivel de estrés se encontró una correlación de 0.23. Este dato implica que entre el estrés y la escala en cuestión, existe una correlación positiva débil. Esto se confirma al calcular la varianza de factores comunes, la cual dio por resultado 0.05, es decir, sin correlación entre estas variables, con un porcentaje de 5%.

De la misma forma, el nivel de estrés y la escala de ineficacia existe un coeficiente de correlación de 0.53 según la prueba “r” de Pearson. Lo que permite concluir que entre el estrés y la subescala mencionada, existe una correlación positiva considerable.

Se cuantificó un resultado de la varianza de factores comunes de 0.28, lo que significa que entre el estrés y la escala de ineficiencia hay una relación del 28%.

A continuación se presentará la influencia entre el nivel de estrés y la escala de perfeccionismo existe un coeficiente de correlación de 0.53 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre dichos atributos existe una correlación positiva considerable.

Se tuvo como resultado de la varianza de factores comunes de 0.28, lo que señala que entre el nivel de estrés y la escala de perfeccionismo hay una relación de estadística del 28%.

Entre el nivel de estrés y la escala de desconfianza interpersonal hay un coeficiente de correlación de 0.24 de acuerdo a la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre el estrés y la escala indicada, existe una correlación positiva débil.

Se tuvo como resultado de la varianza de factores comunes de 0.06, lo que significa que entre el nivel de estrés y la escala de desconfianza interpersonal hay una relación de 6%.

Asimismo, se presentará la influencia entre el nivel de estrés y la escala de conciencia interoceptiva, con un coeficiente de correlación de 0.52 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto representa que entre dichas variables existe una correlación positiva considerable.

Se tuvo como resultado de la varianza de factores comunes, de 0.27, lo que significa que entre el nivel de estrés y la escala de conciencia interoceptiva hay una relación del 27%.

Por otra parte, la influencia entre el nivel de estrés y la escala de miedo a la madurez se cuantificó con un coeficiente de correlación de 0.19, de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Ello implica que entre el estrés y la dicha variable existe una correlación positiva débil.

Se tuvo como resultado una varianza de factores comunes de 0.04, lo que significa que entre el nivel de estrés y la escala de miedo a la madurez hay una relación de 4%.

Entre el nivel de estrés y la escala de ascetismo con un coeficiente de correlación de 0.30 de acuerdo a la prueba “r de Pearson”. Lo que implica que entre estos atributos existe una correlación positiva débil.

La varianza de factores comunes fue de 0.09, lo que significa que entre el nivel de estrés y la escala de ascetismo hay una relación del 9%.

Por otra parte, el nivel de estrés y la escala de impulsividad se vincularon con un coeficiente de correlación de 0.41 de acuerdo a la prueba “r” de Pearson. Lo que permite señalar que entre el estrés y la escala de impulsividad existe una correlación positiva media.

Se obtuvo como resultado una varianza de factores comunes de 0.16, lo que significa que entre el nivel de estrés y la escala de impulsividad hay una relación de 16%.

Asimismo, entre el nivel de estrés y la escala de inseguridad social, se encontró que una correlación de 0.27 con base en la prueba de “r” de Pearson. Este dato significa que entre dichas variables se presenta una correlación positiva débil. Esto se confirma al calcular la varianza de factores comunes, la cual dio por resultado 0.07, es decir, un porcentaje de 7%.

Los resultados obtenidos en cuanto a los niveles de correlación entre escalas, se muestran en el anexo 5.

En función de lo anterior, se puede afirmar que el nivel de estrés se relaciona de forma significativa con las escalas de: inquietud/hipersensibilidad, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, miedo a la madurez e inseguridad social. Lo anterior se afirma porque se considera significativa una relación a partir de 10% de influencia entre variables (Hernández y cols.;2010).

Por otra parte, no se encontró una relación significativa entre el nivel de estrés y las escalas de obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, conciencia interoceptiva, impulsividad y ascetismo.

## CONCLUSIONES

Como una de las conclusiones relevantes, se puede hablar en torno al logro de los objetivos de la presente investigación. los objetivos particulares, de carácter teórico referidos a conceptualizar el estrés, establecer los distintos enfoques teóricos, Identificar los factores ambientales que influyen en el desarrollo, describir la influencia de los factores orgánicos, determinar los efectos que produce la variable estrés, fueron alcanzados en la descripción y análisis efectuados en el capítulo teórico número uno.

Los propósitos particulares de índole teórica, planteados en relación con la segunda variable, decir, los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios, fueron logrados en el capítulo número 2. En dicho título se exponen tanto las aproximaciones teóricas referidas a tal fenómeno, como los principales aspectos de tipo psicológico que el investigador tiene la obligación de conocer.

El objetivo particular número nueve, de carácter empírico, que plantea medir el nivel de estrés en los alumnos de la ESFU 1, se alcanzó con la administración de test psicométrico denominado CMAS-R, a la muestra ya descrita .

Se puede afirmar, aunado a lo anterior, que el objetivo de campo número diez, referido a la cuantificación del nivel que presentan los indicadores psicológicos de

los trastornos alimentarios, también fue alcanzado como producto de la aplicación de la prueba psicológica denominada EDI-2.

La consecución del objetivo general del estudio, el cual plantea establecer la correlación existente entre el nivel de estrés y los trastornos alimenticios de la Escuela Secundaria Federal No. 2 de la ciudad de Uruapan, Michoacán, fue exitosa gracias al logro de los objetivos particulares ya enunciados.

Como hallazgos fundamentales del presente estudio, se pueden mencionar los siguientes:

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

Asimismo, en los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios, particularmente en ineficacia e impulsividad, se encontró un porcentaje preocupante de los sujetos que están presentando niveles altos.

Finalmente, se concluye que los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios más fuertemente relacionados con el estrés son: desconfianza interpersonal, miedo a la madurez e inseguridad social.

En función de los resultados obtenidos, resulta indispensable reflexionar, por parte de la institución, sobre la pertinencia de diseñar y ejecutar un programa.

psicológico orientado a atender la problemática referida al estrés, ejecutando algunos temas enfocados al miedo a la madurez y a la inseguridad social, ya que los alumnos necesitan orientación al respecto, dado que están pasando por una etapa evolutiva de cambios diversos.

## BIBLIOGRAFÍA

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

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

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

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

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

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

Elorza Pérez Tejeda, Aroldo. (2007)  
Estadística para las ciencias sociales, del comportamiento y la salud.  
Editorial Cengage Learnig. México.

Fontana, David. (1992)  
Control de estrés.  
Editorial Manual moderno. México.

González Diego Juan, María Rosario. (2011)  
Correlación que existe entre los niveles de estrés y trastornos alimentarios.  
Tesis inédita de la Escuela de Psicología de la Universidad Don Vasco, A.C.  
Uruapan, Michoacán, México.

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

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

Jarne, Adolfo; Talarn, Antoni. (2002)  
Manual de psicopatología  
Travers, Cheryl y Cooper, Cary (1997)  
El estrés de los profesores  
Editorial Paidós. España.

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

Powell, John (1998).  
Plenamente humano, plenamente vivo.  
Editorial Diana. México.

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

Rausch, H. Cecile (1997).  
Anorexia y bulimia: amenazas a la autonomía.  
Editorial Paidós. Argentina.  
Reynolds, Cecil R.; Richmond, Bert O. (1997)  
Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños (Revisada) CMAS-R  
Editorial Ítaca. 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

Acevedo Farfán, Julieta Inés. (2008).

“La cólera y el riesgo de presentar trastornos alimenticios en mujeres adolescentes”.  
Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología con mención en Psicología  
Clínica.

Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima.

Facultad de Letras y Ciencias Humanas. Especialidad de Psicología.

[Http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/396/ACAVEDO\\_FARFAN\\_JULIETA\\_COLERA\\_RIESGO.pdf;jsessionid=20337950C172B4C1EE7CAA8E148615B6?sequence=1](http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/396/ACAVEDO_FARFAN_JULIETA_COLERA_RIESGO.pdf;jsessionid=20337950C172B4C1EE7CAA8E148615B6?sequence=1)

Barraza Macías, Arturo. (2005)

“Características del estrés académico de los alumnos de educación media superior”.  
Revista Psicología Científica.com, 7(9).

[Http://www.psicologiacientifica.com/bvpsicologia-19-1caracteristicas-del-estrés-Académico-de-los-alumnos-deeduca.html](http://www.psicologiacientifica.com/bvpsicologia-19-1caracteristicas-del-estrés-Académico-de-los-alumnos-deeduca.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

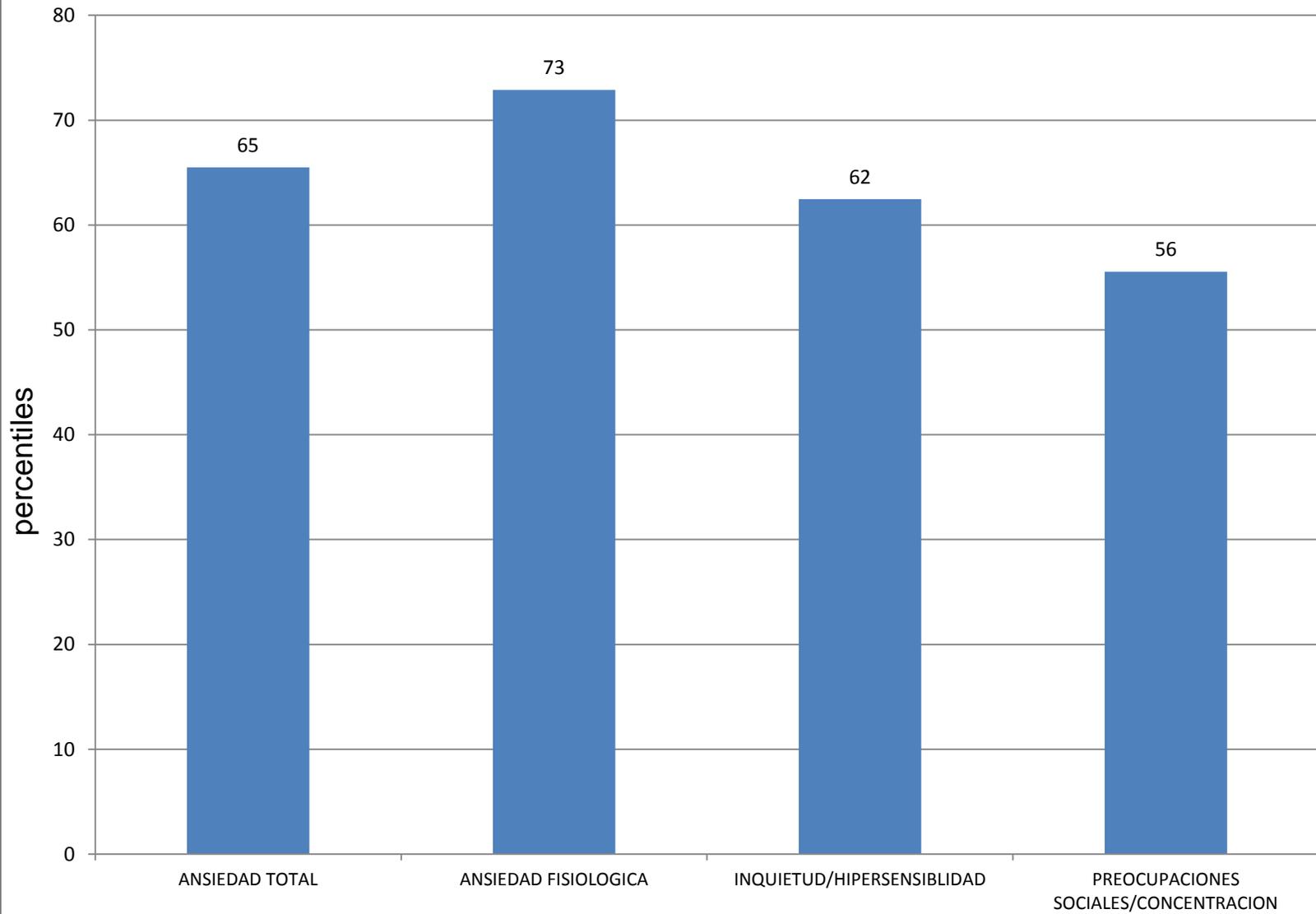
Polo, Antonia; Hernández, José Manuel; Poza, Carmen. (2004)ç

“Evaluación del estrés académico en estudiantes universitarios”.

Universidad Autónoma de Madrid.

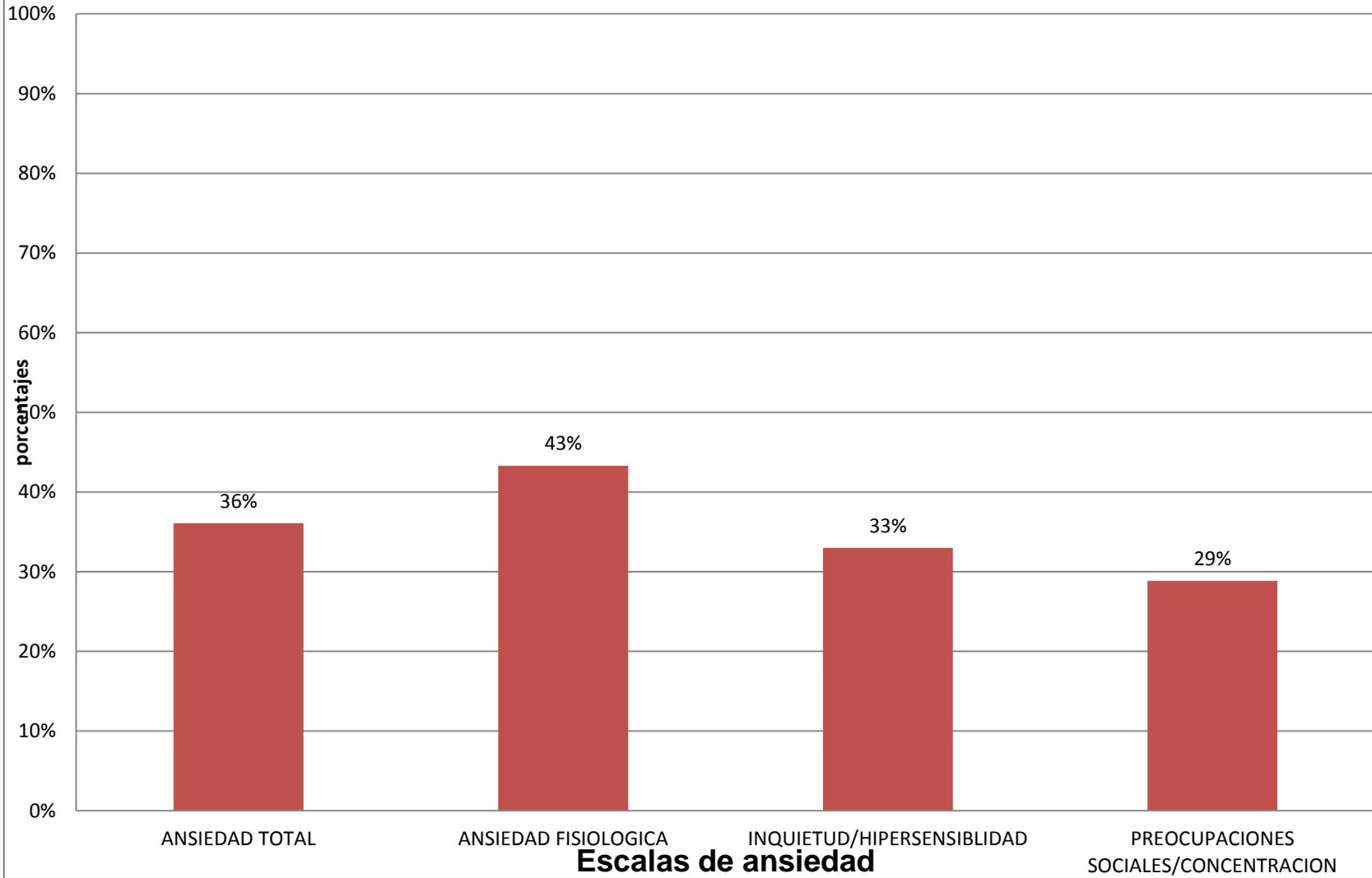
[Http://www.unileon.es/estudiantes/atención\\_universitario/articulo.pdf](http://www.unileon.es/estudiantes/atención_universitario/articulo.pdf)

ANEXO 1  
Media aritmética de las escalas de ansiedad



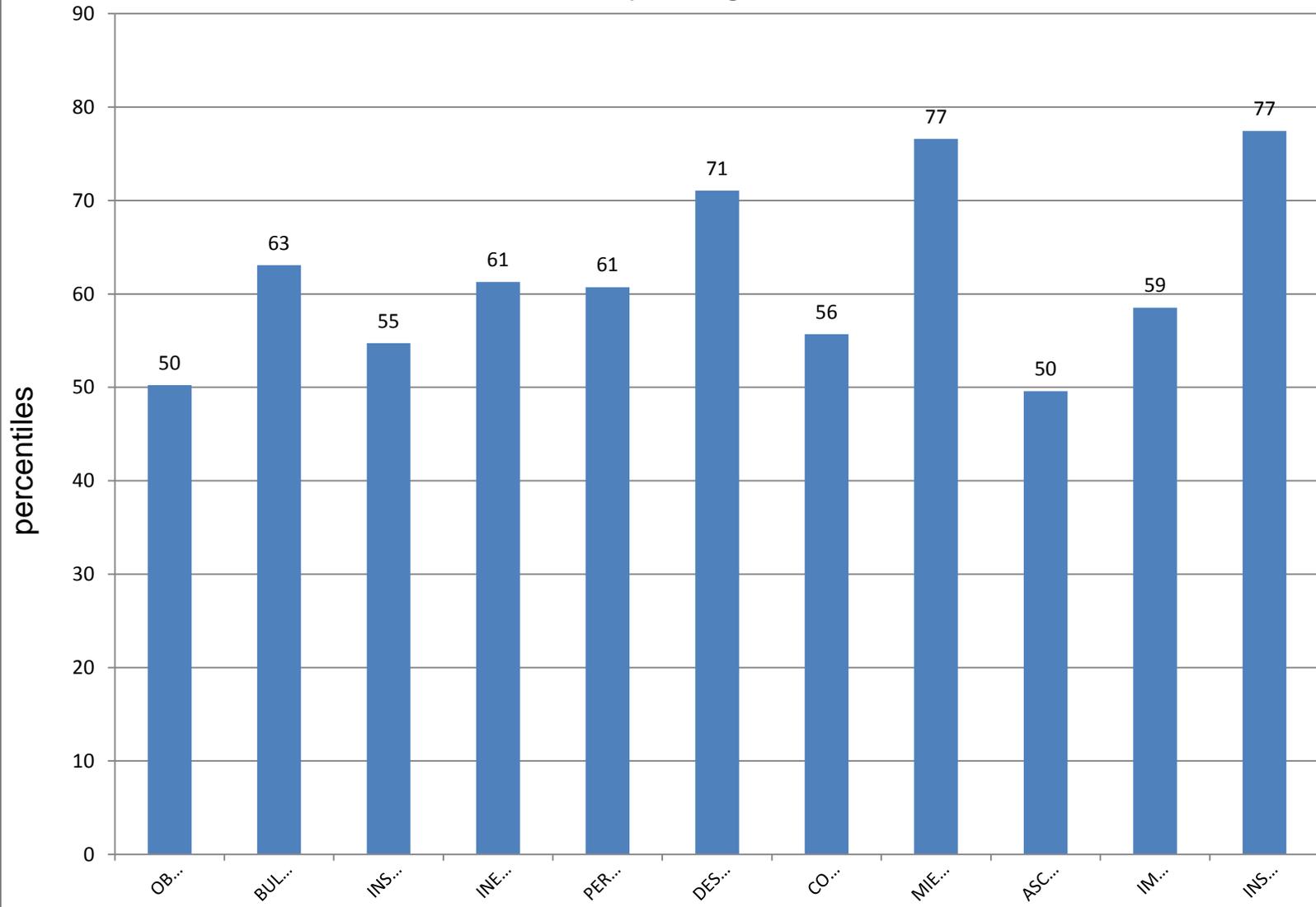
## ANEXO 2

### Porcentajes de sujetos con puntajes altos de estrés



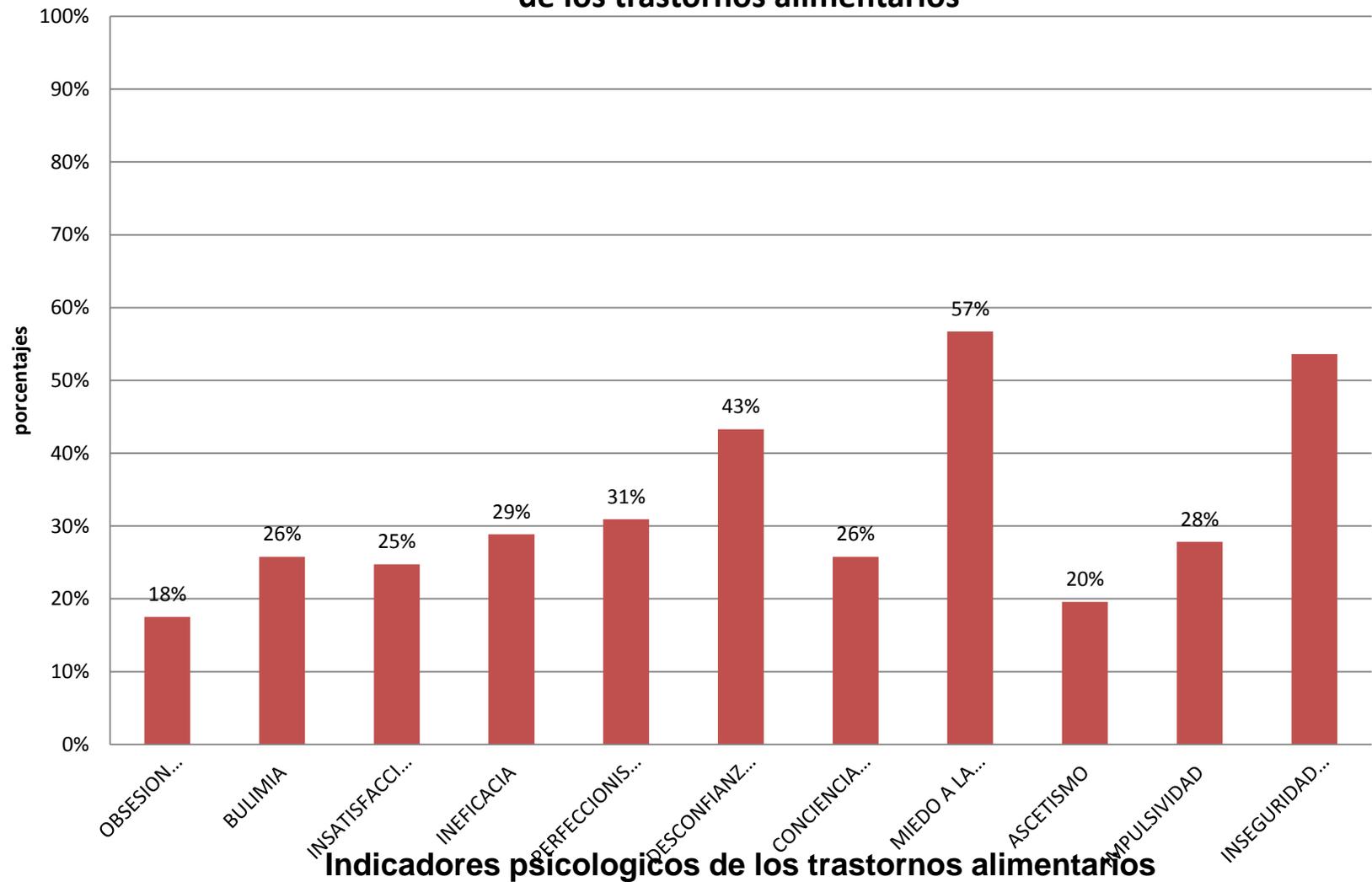
### ANEXO 3

#### Media aritmética de los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios



## ANEXO 4

### Porcentajes de sujetos con puntajes altos en los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios



## ANEXO 5

### Coeficientes de correlación entre el nivel de estrés y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios

