



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

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

---

---

**ESCUELA DE PSICOLOGÍA**

*EL ESTRÉS Y SU RELACIÓN CON LOS INDICADORES  
PSICOLÓGICOS DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN  
ADOLESCENTES DEL NIVEL DE SECUNDARIA*

**T E S I S**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**No. De expediente 405535329**

**Rosa Alicia Puga Magaña**

Asesor: Lic. Héctor Raúl Zalapa Ríos

Uruapan, Michoacán. A 13 de agosto de 2015.



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

# ÍNDICE

## **Introducción.**

Antecedentes. . . . .	1
Planteamiento del problema. . . . .	4
Objetivos. . . . .	5
Hipótesis. . . . .	6
Operacionalización de las variables. . . . .	7
Justificación. . . . .	8
Marco de referencia. . . . .	11

## **Capítulo 1. El estrés.**

1.1. Antecedentes históricos del estrés. . . . .	13
1.2. Enfoques teóricos del estrés. . . . .	16
1.2.1. Estrés como estímulo. . . . .	17
1.2.2. Estrés como respuesta. . . . .	17
1.2.3. Estrés como relación persona-entorno (enfoque interaccionista). . . . .	19
1.3. Los estresores psicológicos. . . . .	20
1.3.1. Estresores psicosociales. . . . .	21
1.3.2. Estresores biogénicos. . . . .	22
1.3.3. Estresores en el ámbito académico . . . . .	22
1.4. Procesos del pensamiento que propician el estrés. . . . .	25
1.5. Los moduladores del estrés. . . . .	26

1.5.1. El control percibido.	26
1.5.2. El apoyo social.	27
1.5.3. El tipo de personalidad: A/B.	28
1.5.3.1. Personalidad tipo A y problemas cardiacos.	29
1.6. Los efectos negativos del estrés.	30

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

2.1. Antecedentes históricos de la alimentación	33
2.2. Definición y características clínicas de los trastornos alimenticios	34
2.2.1. Anorexia nerviosa	34
2.2.2. Bulimia nerviosa	36
2.2.3. Obesidad	38
2.2.4. Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas	38
2.2.5. Vómitos en otras alteraciones psicológicas	38
2.2.6. Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia	39
2.3. Esfera oroalimentaria en el infante	40
2.3.1. Organización oroalimenticia	40
2.3.2. Alteraciones en la esfera oroalimenticia	41
2.4. Perfil de la persona con trastornos de alimentación	43
2.5. Causas del trastorno alimentario	45
2.5.1. Factores predisponentes individuales	45
2.5.2. Factores predisponentes familiares	49
2.5.3. Factores socioculturales	50
2.6. Percepción del cuerpo en el trastorno alimentario	52

2.7. Factores que mantienen a los trastornos alimenticios . . . . .	55
2.8. Trastornos mentales asociados a los trastornos alimenticios . . . . .	56
2.9. Tratamiento de los trastornos alimentarios. . . . .	58

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

3.1. Descripción metodológica . . . . .	61
3.1.1. Enfoque cuantitativo . . . . .	62
3.1.2. Investigación no experimental . . . . .	63
3.1.3. Diseño transversal . . . . .	63
3.1.4. Alcance correlacional . . . . .	64
3.1.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos . . . . .	65
3.2. Población y muestra . . . . .	67
3.2.1. Descripción y delimitación de la población . . . . .	67
3.2.2. Descripción y delimitación de la muestra . . . . .	67
3.3. Descripción del proceso de investigación . . . . .	68
3.4. Análisis e interpretación de resultados . . . . .	71
3.4.1. El estrés . . . . .	71
3.4.2. Indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en la muestra estudiada . . . . .	74
3.4.3. Relación entre el nivel de estrés y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios . . . . .	79
Conclusiones . . . . .	86

Bibliografía . . . . .	88
Hemerografía. . . . .	90
Anexos.	

# INTRODUCCIÓN

En el presente documento se expone una investigación realizada en una escuela secundaria del sector gubernamental, respecto a la relación entre el estrés y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios. Enseguida se presenta la información contextual necesaria para proporcionar un escenario inicial.

## **Antecedentes**

El término estrés dentro del ámbito psicológico, según Moreno (2013), se utiliza para hacer mención a los diferentes acontecimientos que requieren de fuertes demandas de la persona para enfrentar situaciones que le producen desequilibrio.

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

Considerando a Selye (citado por Pérez; 2013), el estrés es una fuerza externa que, una vez que se tiene contacto excesivo con ella, genera un desgaste,

una deformación, estiramiento o destrucción del cuerpo. La Organización Mundial de la Salud (mencionada por Palmero y cols.; 2002: 424) determina el concepto de estrés como “el conjunto de reacciones fisiológicas que preparan al organismo para la acción”.

Las primeras investigaciones acerca del estrés se remontan al año de 1930, cuando un joven austriaco de nombre Hans Selye, a la edad de 20 años, siendo estudiante de medicina en Praga, se encontraba atendiendo a sus pacientes y observó que todos ellos presentaban síntomas comunes y generales, a pesar de padecer enfermedades totalmente diferentes. Posteriormente, este personaje continuó con sus estudios y realizó un Doctorado en Química Orgánica, sin dejar a un lado su interés por la investigación; en este sentido, realizó un experimento con ratas de laboratorio, del cual surgió un fenómeno que llamó “triada de la reacción de alarma”, que en el año de 1956 utilizaría formalmente como estrés.

Por otra parte, tomando en cuenta los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios, se puede deducir que se trata de una alteración en la conducta alimentaria de una persona.

El primer caso de trastornos alimentarios lo presentó, según Ruiz y cols. (citados por Pérez; 2013), Santa Catalina en el siglo XIV, en el momento en que ella decide manifestar su amor por Jesucristo, con la práctica del ayuno.

De acuerdo con Pérez (2013), en el año 1689 se presentó el primer caso de anorexia. Posteriormente, gracias a los estudios hechos por Gutting, se identifica lo que ahora se conoce como anorexia nerviosa.

De manera general, “referente a los trastornos alimentarios, son desordenes relacionados con la ingesta de comida” (Moreno; 2013: 2).

Por otro lado, Gómez y Paresmitiré (citados por Pérez; 2013) realizaron una investigación en México con la finalidad de detectar fallas acerca de la conducta alimentaria del mexicano; la muestra utilizada fueron hombres y mujeres estudiantes de preparatoria, licenciatura o posgrado. Los resultados mostraron la inexistencia de obesidad (2%), mientras que un 41% presentó sobrepeso.

En la investigación de Behar y Valdés en el 2009, realizada en Santiago de Chile que fue efectuada únicamente a mujeres, y que lleva por título “Estrés y Trastornos de la conducta alimentaria”, tomaron una muestra de 50 personas con perturbaciones alimentarias y 50 sin estas patologías, utilizaron el Inventario de Desórdenes Alimentarios (EDI) y el Cuestionario de la Silueta Corporal (BSQ).

Los resultados determinaron que las pacientes habían estado sometidas a niveles altos de estrés durante el último año, debido a conflictos familiares y cambios de hábitos, por lo cual fue positiva la relación entre el estrés y la sensación de inutilidad, perfeccionismo, temor a madurar, conciencia introceptiva e insatisfacción corporal.

## **Planteamiento del problema**

Actualmente, la presencia de trastornos alimentarios que afectan tanto la salud como el estado físico y emocional de las personas, es de mayor presencia en la población adolescente, por lo que resulta importante conocer sus indicadores psicológicos.

A la vez, se conoce que el estrés es uno de los problemas que aquejan a los estudiantes, el cual se ve manifestado en sus actividades y comportamientos cotidianos.

Es primordial conocer la relación existente entre el estrés y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios, para poder implementar herramientas que fomenten la salud mental y física de los adolescentes, además de proporcionar conocimientos a los adultos que los rodean.

Diversos autores hablan sobre la posible relación entre dichos padecimientos, sin embargo, se desconoce si esta se presenta entre los adolescentes de la Escuela Secundaria Técnica 102, de Uruapan, Michoacán.

Al considerar además que los profesores refieren observar conductas de ansiedad en los alumnos, se pretende responder a la siguiente pregunta:

¿Existe una relación significativa entre el estrés y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios, en los adolescentes de la Escuela Secundaria Técnica 102, de Uruapan, Michoacán?

## **Objetivos**

Se comenzará por mencionar en el presente apartado, los propósitos que se pretendieron alcanzar al realizar esta investigación.

### **Objetivo general**

Verificar la relación entre el estrés y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en los estudiantes de la Escuela Secundaria Técnica 102, de Uruapan, Michoacán.

### **Objetivos particulares**

1. Definir el concepto del estrés.
2. Analizar las características del estrés.
3. Determinar los factores que se relacionan con el estrés.
4. Conocer la relación teórica entre estrés y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios.
5. Definir el concepto de trastornos alimentarios.
6. Determinar los tipos de trastornos alimentarios que se presentan.

7. Establecer las causas de los trastornos alimentarios.
8. Distinguir los factores relacionados con los trastornos alimentarios.
9. Medir el nivel de estrés en los adolescentes de la Escuela Secundaria Técnica 102, de Uruapan, Michoacán.
10. Evaluar los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en los adolescentes de la Escuela Secundaria Técnica 102, de Uruapan, Michoacán.

## **Hipótesis**

En este apartado se explican las explicaciones tentativas que se sometieron a comprobación según los resultados obtenidos sobre la medición de las variables de estudio.

### **Hipótesis de investigación**

Se afirma la existencia de una relación cuantitativamente significativa entre el nivel de estrés y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios, en los alumnos adolescentes de tercer grado de la Escuela Secundaria Técnica 102, de Uruapan, Michoacán.

## **Hipótesis nula**

Se descarta la existencia de una relación cuantitativamente significativa entre el nivel de estrés y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios, en los alumnos adolescentes de tercer grado de la Escuela Secundaria Técnica 102, de Uruapan, Michoacán.

## **Operacionalización de las variables**

Para la medición de las variables de estudio, es necesario establecer la operación mediante la cual se evaluó la presencia de las mismas.

Por una parte, se utilizó el test psicométrico denominado Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños, Revisada (CMAS-R) para medir la variable estrés. Dicha prueba fue creada por Reynolds y Richmond (1997) y su aplicación permitió cuantificar el nivel de estrés que presentan los alumnos de la institución ya mencionada.

El test CMAS-R proporciona, con su aplicación, la puntuación de ansiedad, así como de cuatro subescalas, las cuales se denominan de la siguiente manera: ansiedad fisiológica, inquietud-hipersensibilidad, preocupaciones sociales-concentración y de mentira.

Para la evaluación de la variable trastornos alimentarios, se recurrió al Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI 2) del autor David M.

Garner (1998). El instrumento está conformado por once escalas que representan los principales síntomas que normalmente acompañan a la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, de tal forma que en esta investigación se consideraron como puntajes de la variable, los obtenidos por los sujetos en dicho instrumento.

La investigadora midió por medio de estas dos escalas, la presencia de las variables a evaluar.

### **Justificación**

La presente indagación implica un conjunto de beneficios para diferentes situaciones y personas relacionadas directa o indirectamente con el estudio, contemplando la existencia de la posible relación entre el estrés y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios. Por ello, enseguida se mencionan los principales aportes de la presente indagación en los siguientes párrafos.

En primer lugar, los beneficiados directamente con este estudio son precisamente los sujetos de la población investigada, la cual está conformada por adolescentes de la Escuela Secundaria Técnica 102, de Uruapan, Michoacán, ya que se podrá descubrir la posible presencia del estrés y sus manifestaciones de ansiedad, así como de los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios. Una vez conocida la existencia de estas variables, los adolescentes podrán identificar, en caso necesario, las pautas psicológicas que los están llevando a experimentar alguna de dichas problemáticas o tal vez, ambas; además, podrán

conocer los niveles en los cuales se presentan estas situaciones y, así, buscar soluciones o alternativas positivas para la disminución o anulación de las consecuencias de dichos trastornos.

Tomando en cuenta que dicha muestra pertenece a una institución que se asume interesada en la salud mental y física de sus alumnos, son indispensables los beneficios que la escuela recibirá, ya que podrá conocer los niveles de estrés que presentan sus estudiantes y cómo esto repercute en su salud mental; de la misma manera, les permitirá saber los indicadores que se relacionan con el desarrollo de la ansiedad y su posible relación con los trastornos alimentarios que aquejan a dichos adolescentes.

Los directivos se verán beneficiados al conocer de manera clara en qué consiste el estrés y cuáles son sus características, para así poder detectar esta condición de forma más sencilla entre sus educandos y, posteriormente, en otras áreas de su institución.

No se puede hacer a un lado el entorno al cual el adolescente pertenece y en el que se desenvuelve, por lo que la investigación representará un apoyo para los padres de familia, hermanos y personas cercanas al estudiante, debido a que podrán conocer las situaciones que pudieran existir en ellos mismos y que favorecen la aparición del estrés en su familiar adolescente. Los padres de familia distinguirán los tipos de trastornos alimentarios que existen y de esta manera, serán capaces de

reconocerlos entre los demás integrantes de su familia y por lo tanto, los podrán canalizar, en caso necesario, para su tratamiento.

El estrés es una situación que se presenta en el área social y que afecta de manera importante a los estudiantes de esta ciudad. Actualmente, también los trastornos alimentarios aquejan cada vez más a los adolescentes, por lo que la población de Uruapan, Michoacán, podrá conocer con este estudio la manera en que la ansiedad se está presentando y cómo apoyar a los adolescentes de casa; al conocer de forma precisa el concepto y las características tanto del estrés como de los que indicadores de los trastornos alimentarios, podrán detectarlo en los sujetos con los conviven, para ofrecer pautas que favorezcan la disminución de estas dos situaciones y eventualmente, contribuir a su disminución.

Aunque actualmente se cuenta con información teórica tanto del estrés como de los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios, en el presente estudio se podrán conocer información que pudiera beneficiar a otros investigadores que tengan interés en descubrir información valiosa para sus propios estudios, será de utilidad también para efectuar algún estudio comparativo de la posible relación entre el estrés y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios entre la Escuela Secundaria Técnica 102, y alguna otra institución que presente la misma situación entre sus estudiantes.

## **Marco de referencia**

La Escuela Secundaria Técnica 102 es una institución laica perteneciente al sector gubernamental, se encuentra ubicada en la zona oriente de la ciudad, en la calle Emilio Zapata sin número, en la colonia Tierra y Libertad; se basa en un modelo educativo alternativo integral.

La institución cuenta con 1300 alumnos repartidos en los turnos matutino y vespertino, quienes cuentan con un nivel socioeconómico de medio a bajo, por lo menos el 15% de ellos son foráneos y su residencia en la ciudad en ocasiones es por tiempos cortos.

La escuela actualmente cuenta con 24 aulas y una biblioteca, una cancha de vóleibol y una de básquetbol, el área administrativa y la dirección, además del departamento de prefectura, trabajo social y un espacio para enfermería, el cual no se encuentra en funciones.

Por ser una secundaria técnica, la institución ofrece diferentes tecnologías para que el alumno aprenda un oficio y el manejo de las herramientas e instrumentos que comprende cada una de ellas, lo que les da las bases para poder ejercer algún trabajo en el futuro; entre ellas se encuentran: computación, secretariado, electrónica, diseño arquitectónico, industria del vestido y contabilidad, todo esto queda a cargo de los 40 docentes que ahí laboran.

La institución se encuentra interesada en la correcta alimentación de los alumnos, por lo cual, cuenta con una cooperativa en la que se ofrecen alimentos balanceados a sus estudiantes y se ha eliminado la venta de comida chatarra.

La trabajadora social refiere que en ocasiones se presentan desmayos comúnmente en los actos cívicos, debido a que los muchachos se presentan sin haber consumido alimento previo al ingreso a la escuela, así como con situaciones de estrés, una vez dentro de clases, provocado por la incertidumbre de saber si podrán acudir a la escuela con regularidad, por falta de recursos económicos para alimentarse.

Es notorio el número de casos de obesidad entre los alumnos, así como el consumo de comida chatarra que se incluye en los desayunos que traen de casa. En el año 2013 se detectó un caso de bulimia en una alumna, la cual fue canalizada para su tratamiento.

Por lo mencionado anteriormente, la realización del presente estudio toma mayor importancia para la institución y la investigadora.

# **CAPÍTULO 1**

## **EL ESTRÉS**

Es importante conocer la información que ayude a la mejor comprensión del fenómeno del estrés, por lo que en el presente capítulo se muestran los antecedentes históricos de dicho fenómeno, los enfoques teóricos que lo abordan, los diferentes estresores y procesos del pensamiento, así como las repercusiones del estrés en la salud.

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

En las siguientes líneas se hablará sobre los antecedentes del estrés, ya que se ha considerado un problema de salud presente en todos los tiempos y causante de diferentes padecimientos físicos como: afecciones cardiacas, enfermedades circulatorias, de la piel, diabetes e incluso tumores malignos. Sánchez (2007) menciona que este padecimiento provoca problemas económicos por el ausentismo y los gastos médicos, como ejemplo, estos problemas costaron a la industria estadounidense, 300 mil millones de dólares durante el año 2004.

El estrés se considera un mecanismo de defensa que va acompañado de ansiedad y provoca problemas en el comportamiento, las relaciones interpersonales y laborales de quien lo padece.

Se debe tomar en cuenta que el estrés no solamente tiene connotaciones negativas, ya que puede provocar reacciones positivas en las personas, generando dinamismo y espontaneidad, puede ser incluso un indicador de energía vital. En este contexto, es importante mencionar la existencia de eustrés, que es cuando el fenómeno lleva una energía positiva, y el distrés, cuando esta se convierte en negativa.

La palabra estrés proviene del latín *stringere*, que significa presionar, comprimir u oprimir. La ciencia de la salud lo vincula con una presión que ocasiona alteraciones en el funcionamiento mental y físico de los individuos.

Citando a Lazarus y Lazarus (2000), en el siglo XVII, el físico y biólogo Robert Hooke inicio con los estudios para definir por qué en el campo de la ingeniería, algunos puentes soportaban mayor carga que otros, este análisis influyó en la manera de definir las tensiones en fisiología, psicología y sociología. Se utilizó el término estrés para definir las exigencias del entorno sobre un sistema biológico, social o psicológico.

Hooke encontró que se tenía que utilizar el material adecuado para el tipo de carga que tendrían que soportar construcciones como puentes, y que de igual manera, las personas tienen diferente capacidad para tolerar el estrés según su resistencia o su vulnerabilidad.

Existe otro personaje que contribuyó al tema del estrés, se trata de Claude Bernard, un médico francés que demostró que de manera natural, el ser humano posee mecanismos de defensa que lo ayudan a afrontar las contingencias del ambiente externo, los seres vivos tienen capacidad para mantener la estabilidad interna a pesar de que las condiciones externas se modifiquen.

Los estudios de Bernard fueron complementados a finales del siglo XX por los del fisiólogo Walter Bradford Cannon, quien comenzó a utilizar el término “homeostasis para designar a los procesos fisiológicos coordinados que mantienen constante el medio interno mediante numerosos mecanismos fisiológicos” (Sánchez; 2007: 16). Cannon, por su parte, aportó las bases para los trabajos de Selye, ya que años antes que él, descubrió que cuando un organismo detecta una situación de miedo o enfrenta una emergencia, el cerebro responde activando el sistema nervioso simpático y el sistema nervioso central, descargando adrenalina por las glándulas suprarrenales y provocando los cambios fisiológicos que ocurren cuando el cerebro percibe una amenaza; este proceso, a su vez, genera modificaciones cardiovasculares y al unirse todas estas respuestas fisiológicas, preparan al cuerpo para el ataque.

Cannon descubrió que cuando una persona vive un evento inesperado, le provoca emociones que desencadenan respuestas de ataque o de fuga, y aquí identificó la relación entre lo psicológico y lo biológico.

Sánchez (2007) aporta que, científicamente, el estudio del estrés se inició por el austriaco-canadiense Hans Selye, quien habló de las reacciones inespecíficas del cuerpo ante cualquier impacto y a esto lo llamó “Síndrome general de adaptación”. Después, la Organización Mundial de la Salud definió el estrés como una respuesta no específica del organismo a cualquier demanda del exterior, mientras que utilizó el término estresor para referirse al estímulo causante del estrés.

Retomando a Lazarus y Lazarus (2000), durante la Primera Guerra Mundial se consideraba que las crisis emocionales tenían un origen neural, mientras que en la Segunda Guerra Mundial, ante la fatiga de los soldados al combatir, se comenzó a tomar en cuenta la parte psicológica, ya que varios de estos hombres no rendían en el campo de batalla ni disparaban al tener a los enemigos cerca, fue entonces cuando se descubrió el estrés, ante ello, los líderes militares comenzaron a interesarse en la selección de hombres que según ellos, fueran resistentes al estrés, y a darles estrategias para manejarlo, de esta forma comenzaron los estudios importantes sobre el tema.

Durante varios años, el estrés se ha estudiado y ha sido posible detectar que además de las connotaciones negativas, puede tener efectos positivos que ayudan a las personas a movilizarse y rendir mejor, pero sobre todo, se descubrió que existen características en la personalidad que muestran diferencias para responder ante el estrés.

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

El estudio del estrés, según Travers y Cooper (1997), se centra en tres enfoques: como respuesta, como estímulo y como interacción persona entorno; todos ellos se explican enseguida.

### **1.2.1 Estrés como estímulo.**

Al hablar del estrés como estímulo, es necesario mencionar a Hipócrates, quien creía que el entorno determinaba la salud o la enfermedad del individuo; dicho personaje se basaba en un modelo estático ingenieril. Su metodología se centraba en los estímulos estresantes tales como: presiones ambientales, sociales, psicológicas, físicas, económicas y los desastres naturales, de esta manera se intentaba medir la toxicidad de cada estímulo. Hipócrates señalaba que las personas pueden recibir presiones tanto físicas como emocionales que al prolongarse, pueden generar ansiedad; se debe mencionar además, la existencia del estrés como estimulante, ya que según Selye, el estrés se divide en eustrés, que es el positivo; distrés, que se asume como negativo; hiperestrés, que es exceso de estrés e hipoestrés, que se trata de una baja en el estrés como estímulo (citado por Travers y Cooper; 1997).

### **1.2.2 Estrés como respuesta**

Dentro del estrés como respuesta, se toma al fenómeno como una reacción que tiene la persona frente a un estímulo amenazador. Las respuestas que se presentan frente al estrés pueden ser de tres niveles: psicológico, fisiológico y conductual.

Según Selye (mencionado por Travers y Cooper; 1997), hay tres fases del estrés:

- Alarma: en la cual el individuo detecta o reconoce la situación a la cual se tiene que enfrentar.
- Resistencia: la persona hace uso de sus recursos para disminuir o anular la situación que le está causando el estrés.
- Agotamiento: se presentan afectaciones en las áreas cognitiva, emocional y conductual de las personas.

El estrés tiene repercusiones negativas cuando se manifiesta de forma excesiva y por periodos prolongados. Entre estos efectos se encuentran los cognoscitivos, que se ven reflejados en el deterioro de la memoria, mayor distracción, aumento en la frecuencia de errores, incremento de delirios y trastornos del pensamiento; entre los efectos emocionales que provoca el estrés se pueden encontrar: aumento en la tensión física y psicológica, hipocondría, problemas de personalidad, depresión o impotencia, así como pérdida de autoestima; por último, entre los efectos conductuales se encuentran: problemas del habla, interés y

entusiasmo disminuidos, ausentismo, consumo de drogas, reducción en el nivel de energía, patrones de conducta excéntricos y amenazas de suicidio.

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

Según Travers y Cooper (1997), el estrés como interacción consiste en la relación de la persona con los acontecimientos estresantes, considerando la valoración que esta hace de la situación, según los sucesos anteriores que ocurrieron en su vida, por lo tanto, lo que causa el estrés es la interpretación que hace el individuo del suceso, porque cree que el estímulo estresante supera su capacidad para resistirlo.

Se concluye que el estrés no solamente tiene que ver con los estímulos externos y la respuesta frente a las exigencias del mismo, sino que comprende un concepto dinámico y relacional, según las estructuras cognitivas del individuo.

Se consideran cinco aspectos del modelo cognitivo que se deben tomar en cuenta:

1. Valoración cognitiva: es la percepción subjetiva de la situación y puede ser neutra, negativa o positiva.
2. Experiencia: la percepción dependerá de las vivencias anteriores y la familiaridad que el individuo tenga con la situación, la forma como interactuó con ella y el aprendizaje que obtuvo.

3. Exigencias: esta percepción depende de las necesidades del individuo, sus deseos y su nivel de estimulación inmediata, que se relaciona con la exigencia real y la percibida.
4. Influencias interpersonales: la manera de percibir el estrés depende significativamente de la presencia o ausencia de otras personas.
5. Un estado de desequilibrio: se da cuando existe un estado de discrepancia entre la exigencia que se percibe y la capacidad asumida para superar esa demanda.

Como mencionan Lazarus y Lazarus (2000), el concepto integrador del estrés consiste en que la persona distingue una demanda, esta puede ser percibida como daño, amenaza o pérdida; el sujeto no dispone de recursos suficientes; se presenta la emoción negativa, entonces surge el peligro de inadaptación o desajuste psicológico.

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

### **1.3 Los estresores**

El estrés implica todo aquello que produce cambio, y se puede considerar cualquier hecho o situación que genere que la vida de una persona se modifique; si

la rutina cambia, eso es estrés y puede ser negativo o positivo. Existen diferentes tipos de estresores que a continuación se presentan.

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

Todas las personas sufren cambios en su rutina y en su forma de vida, y para esto se hablara de los tres tipos de acontecimientos estresantes.

- Los cambios mayores: se refieren a las modificaciones drásticas que se presentan de manera única y alteran la vida de las personas, estos cambios afectan a grandes cantidades de personas y se consideran aquellas situaciones tales como: terrorismo, enfermedades terminales, catástrofes naturales y todas aquellas circunstancias altamente traumáticas y que suelen ser de tiempo prolongado.
- Los cambios menores: comúnmente afectan solo a una persona y tienen que ver con cambios significativos, que fundamentalmente no son controlables por el individuo, pero tienen trascendencia vital. Estos cambios pueden ser: en la vida conyugal, paternidad, cuestiones legales, entre otros.
- Los estresores cotidianos o microestresores: se refieren al cúmulo de molestias, imprevistos y alteraciones que irritan a las personas de forma corta o por momentos breves, se perciben como las situaciones en las que

no se tiene la información suficiente para tomar decisiones o se tiene incertidumbre sobre la situación. Palmero y cols. (2002) mencionan que los estresores cotidianos son, por ejemplo: situaciones económicas, el trabajo, el mantenimiento del hogar, la vida personal o todo lo relacionado con la vida familiar y los amigos.

### **1.3.2 Estresores biogénicos**

Como ya se vio anteriormente, existen estresores del ambiente y de respuesta psicológica, pero también los hay de origen biológico.

Los estresores biogénicos no son valorados cognitivamente, sino que tienen repercusión directa sobre los núcleos neurológicos y afectivos, sus propiedades son bioquímicas y no necesitan pasar por procesos cognitivos-afectivos. Dentro de estos estresores se pueden mencionar algunos como: cambios hormonales, ingestión de sustancias químicas y las reacciones alérgicas.

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

Existen diferentes factores que provocan estrés en el ambiente académico, a continuación se explicarán las formas en que el estudiante los vive y en qué consisten.

Polo, Hernández y Poza (mencionados por Barraza; 2003) mencionan diferentes estímulos estresantes en el ambiente educativo y se describen de la siguiente manera:

- Exposición de trabajos.
- Participación en clase.
- Realizar un examen.
- Exceso de trabajos obligatorios.
- Competitividad entre compañeros.
- Trabajo en equipo.
- Ambiente físico desagradable.
- Falta de incentivos.
- Límite de tiempo para los trabajos.
- Conflictos con compañeros y profesores.

Aunque el estrés académico puede tener connotaciones positivas, Pérez (citado por Barraza; 2003) menciona que se considera disfuncional cuando el estudiante no puede responder como quisiera ante la situación para la cual se ha preparado; también es negativo en los momentos en que el estado de alarma se prolonga más de lo necesario para responder a las demandas, de modo que genera síntomas físicos como: dolores de cabeza, problemas gástricos, alteraciones en el sueño, poca concentración, cambios de humor, entre otros.

Considerando las repercusiones del estrés en el estudiante, se puede esperar que el rendimiento escolar se vea afectado porque el alumno requiere de más tiempo para estudiar y aprender, además, aunque tenga los conocimientos necesarios para algún examen, puede bloquearse ante la presencia de este debido a su nivel de estrés.

De acuerdo con Hernández, Polo y Poza (mencionados por Barraza; 2003) existen 12 tipos de respuestas ante el estrés académico:

1. Preocupación.
2. Aumenta la frecuencia cardiaca, falta el aire y la respiración se vuelve agitada.
3. Realización de movimientos repetitivos con alguna parte del cuerpo, movimientos torpes o nulo movimiento corporal.
4. Miedo.
5. Malestar estomacal.
6. Fumar, beber o comer demasiado.
7. Pensamientos o sentimientos negativos.
8. Temblor en manos o piernas.
9. Dificultad para expresarse verbalmente, tartamudeo.
10. Inseguridad en sí mismo.
11. Boca seca y dificultad para tragar.
12. Ganas de llorar.

De esta forma, se puede comprender la forma en que el estrés afecta a los estudiantes en las áreas física y cognitiva.

#### **1.4 Procesos del pensamiento que generan estrés.**

El enfoque cognitivo y la terapia emotiva racional se relacionan con Ellis (citado por Powell; 1998), quien refiere que todo ser humano es incomparablemente racional e irracional; en este escenario, los problemas emocionales y psicológicos tienen orígenes en ideas y pensamientos irracionales o ilógicos.

Ellis asegura que las personas no son afectadas por las situaciones, sino por la manera en que las ven, por lo tanto, propone que la felicidad y vida plena dependen fundamentalmente de la reorganización de la manera personal de pensar.

Continuando con Ellis, manifiesta que existen once ideas irracionales que presentan las personas perturbadas psicológicamente y las describe de la siguiente manera (referido por Powell; 1998: 93-97):

1. “Debo obtener el amor y la aprobación de las personas que son importantes para mí.
2. Debo ser perfectamente competente y exitoso en todo logro antes de pensar en mí mismo como una persona valiosa.
3. No tengo control sobre mi felicidad, mi felicidad está bajo control de cosas externas.

4. Mis experiencias pasadas y los eventos de mi vida han determinado mi comportamiento presente y mi vida.
5. Existe solo una solución perfecta para cada uno de mis problemas, si no la encuentro, será devastador para mí.
6. Las cosas peligrosas o terribles causan gran preocupación. Debo estar preparado para lo peor.
7. Debería depender de los demás y tener a alguien más fuerte que yo en quien pueda apoyarme.
8. Si mi vida no funciona de la manera en que la había planeado, será terrible. Cuando las cosas funcionan mal, es una catástrofe.
9. Es más fácil evitar ciertas dificultades y responsabilidades que enfrentarlas.
10. Algunas personas son malas, inicuas, infames. Deberían ser acusadas y castigadas.
11. Uno debería preocuparse mucho por los problemas y las perturbaciones de los demás”.

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

Palmero y cols. (2002) señalan que todas las personas tienen recursos personales y sociales que les permiten hacer frente a al estrés, estos acervos dependen de las características de la situación y de la personalidad.

Existen factores que influyen en el estrés y a los cuales se les llama moduladores. Existen dos tipos: sociales, cuando la persona cuenta con apoyo de

otras personas; y los de carácter personal, como las creencias, experiencias y rasgos de personalidad. Los moduladores son recursos que todos los humanos poseen, pero destacan en situaciones de estrés.

Vingerhoets y Marcellissen (mencionados por Palmero y cols.; 2002) destacan que los moduladores más importantes son los factores situacionales, de personalidad y socio-culturales, es decir, el apoyo social y las pautas culturales, así como las creencias, experiencias y rasgos de personalidad.

#### **1.5.1 El control percibo.**

Los individuos perciben la intensidad del efecto del estrés según sus creencias y suposiciones sobre el manejo del estímulo estresante.

De esta manera, el control percibido “es la creencia general sobre el grado en 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” (Fontaine y cols., en Palmero y cols.; 2002).

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

Según Cascio y Guillén (2010), el apoyo social es el conjunto de las provisiones instrumentales o expresivas, reales o percibidas, aportadas por la comunidad, las redes sociales y los amigos íntimos.

Para Palmero y cols. (2002), la sociedad es clave fundamental para el manejo del estrés, por lo que el apoyo social se refiere a los recursos que aportan otras personas al individuo y ayudan en la regularización de la salud y el estrés, reduciendo el impacto de este último. Mientras una persona tenga menor apoyo social, se incrementará su vulnerabilidad para enfermar física y mentalmente.

El apoyo social constituye una ayuda para la reducción del impacto negativo de los sucesos vitales y contribuye de diferentes maneras: eliminando o reduciendo el impacto del estímulo estresor, ayudando a la persona a que afronte la situación y atenuando el estrés.

El apoyo de la sociedad es una ayuda para que el individuo haga frente las demandas que se le presentan.

El apoyo social tiene un efecto indirecto cuando las otras personas aportan recursos que ayudan a que el individuo disminuya la percepción de amenaza y pueda modificar su capacidad de respuesta; su efecto directo sería cuando ayuda a la salud y bienestar, es decir, a mayor nivel de apoyo social, menor malestar psicológico, y a menor grado de apoyo social, mayor incidencia de trastornos.

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

Cascio y Guillén (2010), dan a conocer que existen personalidades diferentes entre los individuos, las cuales, según se cree, son determinantes para el nivel de impacto del estrés. Algunos cardiólogos señalaron que la personalidad tipo A tiende

a ser más propensa a los problemas cardiacos, al igual que al estrés. Entre las características principales de la personalidad tipo A, se observa la impulsividad, competitividad e impaciencia con las demás personas. Comúnmente, la persona recurre poco al médico, no se ejercita por falta de tiempo, muestra poco interés por convivencias sociales, intenta hacer todo rápido, procura realizar varias tareas a la vez y es pesimista.

También se encuentra la personalidad tipo B, que carece de los rasgos de personalidad característicos del tipo A. Los sujetos de tipo B no tienen urgencia ni impaciencia; tienen la capacidad de relajarse y disfrutar el tiempo libre sin sentir culpa, reaccionan pausadamente, saben escuchar con serenidad, dan y reciben afecto gustosamente y les agrada la vida social.

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

Con base en los estudios realizados por Ivancevich y Matteson (1985), se afirma que la personalidad tipo A es la más propensa a padecer enfermedades coronarias, sin embargo, sugieren los autores que es incorrecto asegurar que la personalidad tipo A sea igual a estrés y que el tipo B carezca totalmente de él. Existe la explicación que hace referencia a que los individuos del tipo A aumentan su nivel de estrés al sobrecargarse y negarse a la práctica de alguna actividad relajante, por lo que se dice las personas del tipo A generan su propio estrés, con la simple exposición a los estresores y su disminuida capacidad para evitarlos.

Otra interpretación que se considera más sólida es la importancia que tiene el ambiente para generar en el individuo las conductas que este manifiesta, es decir, el individuo, independientemente de la personalidad A o B, reacciona según el ambiente y los agentes externos.

De acuerdo con lo anterior, Selye (citado por Ivancevich y Matteson; 1985) menciona que el cuerpo genera enfermedades de adaptación, ya que el organismo tiende a organizarse ante los cambios y estímulos que recibe y así mantener la homeostasis. Algunas enfermedades de adaptación son: alta presión sanguínea, enfermedades del riñón, artritis reumatoide, inflamaciones de la piel y ojos, alergias, hipersensibilidad, enfermedades mentales, disfunciones sexuales, problemas digestivos, metabólicos y posiblemente, cáncer.

Como se puede observar, el estrés repercute en diversas áreas del cuerpo, las cuales manifiestan la lucha por la adaptación ante los cambios.

## **1.6 Efectos negativos del estrés**

El estrés presenta una posible relación con algunas enfermedades que pueden ir aumentando su gravedad, tomando en cuenta que sus inicios fueron psicológicos y que pueden terminar de manera peligrosa para la salud. Ivancevich y Matteson (1985) mencionan principalmente cinco enfermedades específicas:

1. Hipertensión: esta enfermedad consiste en el aumento de la presión en que fluye la sangre por las arterias, los estresores aumentan este padecimiento porque comprimen las paredes arteriales y provocan que aumente la presión. Cuando el estado de alarma desaparece, esta situación debe volver a su normalidad, pero si el estrés se prolonga, la presión continuará alta.
2. Úlceras: son lesiones en el recubrimiento del estómago o intestinos, una de sus causas es la variación en los niveles de cortisona, la cual aumenta durante la presencia de estrés y al prolongarse, puede generar la creación de estas lesiones.
3. Diabetes: se genera por deficiencia de insulina y quien la padece, no puede absorber suficiente azúcar de la sangre. Cuando una persona se encuentra bajo estrés, se incrementa su nivel de azúcar en la sangre, el páncreas se debilita y por lo tanto, disminuye el nivel de insulina.
4. Jaquecas: comúnmente resultan por la tensión muscular que aumenta al estar estresado durante un tiempo sostenido. La jaqueca por sí misma es un estresor que provoca mayor tensión muscular y a su vez, aumenta la duración y severidad de las mismas.
5. Cáncer: existe controversia en la explicación sobre esta enfermedad. Ivancevich y Matteson (1985), proponen que todos los organismos producen las células mutantes del cáncer, pero que estas son destruidas por el sistema

inmunológico, lo cual evita que se multipliquen y crezcan. Sin embargo, al estar presentes los estresores, se altera el sistema inmunológico y esto provoca la reproducción de células mutantes, que después se convertirán en tumores cancerosos.

Como se puede observar, los cambios biológicos que el cuerpo experimenta ante la presencia de los estresores, repercuten considerablemente en la salud de las personas. En este sentido, es inviable eliminar el estrés, en cambio, resulta necesario aprender a manejarlo para mantenerlo en niveles tolerables.

## **CAPÍTULO 2**

### **TRASTORNOS ALIMENTARIOS**

En el presente capítulo se exponen los trastornos alimentarios como segunda variable de estudio. Se tomarán en cuenta, de manera principal, la bulimia nerviosa y la anorexia nerviosa, sin embargo, se hará mención de los demás de forma general, para proporcionar un panorama más completo.

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

Desde la antigüedad, se tenían conductas alimentarias que tenían un carácter social de demostración de poder, también representaban un simbolismo sagrado y había ocasiones en las que durante los banquetes, era una costumbre que las personas vomitaran para continuar comiendo; existía Por otra parte, un simbolismo religioso, el cual se podía observar en la práctica del ayuno.

Jarne y Talarn (2000), sobre esta temática, mencionan a Lassenge y Gull, quienes expresan que la anorexia nerviosa tiene orígenes en la afección de la pituitaria, en los años setenta se consideró que la anorexia partía de la influencia de un conjunto de factores psicológicos, biológicos y sociales.

Rusell, en 1979, describió un cuadro que se caracterizaba por episodios de ingesta voraz y posteriormente, purgas, al cual vinculó con la anorexia nerviosa; consideró la bulimia nerviosa como una evolución de la anorexia.

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

Los trastornos alimentarios, según la American Psychiatric Association (APA; 2000), se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria; Belloch y cols. (2000) indican que dichas perturbaciones son alteraciones que se han aumentado con el paso de los años, principalmente en las sociedades occidentales, afectando mayormente a las mujeres, especialmente a las que están preocupadas por su peso, lo que puede asegurar que todas las personas que la padecen sufren alteraciones de su imagen corporal.

A continuación se mencionarán los trastornos alimentarios que se tratarán en esta investigación y sus características clínicas.

### **2.2.1 Anorexia nerviosa.**

Jarne y Talarn (2000), mencionan que la anorexia se caracteriza por un deseo intenso de pesar menos cada vez, así como miedo de la persona a verse obesa y un trastorno del esquema corporal, ya que siempre se ve gorda.

Belloch y cols. (1995), establecen que el término anorexia significa falta de apetito, y se utiliza el para designar un síntoma que aparece en otros trastornos y enfermedades.

Según el DSMIV-TR (APA; 2002), las mujeres con este trastorno, además de las características ya mencionadas anteriormente, sufren de amenorrea; la persona se mantiene por debajo del nivel mínimo normal de peso y talla, cabe aclarar que en este trastorno no existe la pérdida de apetito: el hambre continúa, pero disminuye la ingesta de alimento.

La anorexia nerviosa se divide en dos subtipos:

- Restictivo: en este subtipo, la persona logra la pérdida de peso por medio de dietas, ayunos y ejercicio intenso.
- Compulsivo: este subtipo recurre por lo regular a atracones y/o purgas, provocándose luego el vómito, usando diuréticos, laxantes o enemas de forma excesiva.

Existe también la anorexia nerviosa atípica, la cual según la APA (2002), se utiliza para referirse a aquellos casos de anorexia que no cumplen con todas las características clínicas de la anorexia y puede no presentar pérdida significativa de peso.

### **2.2.2 Bulimia nerviosa.**

Belloch y cols. (1995) recurren al origen etimológico de la palabra bulimia, que proviene de la palabra griega *bus*-buey y *limos*-hambre, por lo cual su significado es hambre desmesurada; en el área clínica, abarcan episodios de necesidad imperiosa e irrefrenable de ingerir grandes cantidades de alimento que contiene, por lo general, alto contenido calórico, seguido de un sentimiento de culpa.

Jarne y Talarn (2000) mencionan que la bulimia es un trastorno que se caracteriza por un modelo de alimentación normal, con momentos de ingesta voraz, seguidos de maniobras para eliminar las calorías ingeridas. Entre cada episodio bulímico puede perder normalidad la ingesta de comida, ya que tiende a ser restringida o alternar atracones y vómitos.

Según la APA (2002), la bulimia nerviosa consiste en atracones y uso de métodos compensatorios inapropiados para evitar el aumento de peso.

Los atracones se definen como “el consumo a lo largo de un periodo corto de tiempo de una cantidad de comida muy superior a la que la mayoría de los individuos comería” (APA; 2002: 559).

Para que el padecimiento pueda considerarse bulimia nerviosa por atracón, debe presentar las siguientes características: manifestarse por lo menos dos veces a la semana en un periodo de tres meses, tener una sensación de no poder controlar

los atracones al inicio de que estos se presentan, alteraciones en el control para evitar los atracones, los individuos comen hasta que ya no pueden ingerir más comida o cuando se presenta dolor por las enormes cantidades que consumieron, tienen preocupación por la silueta y el peso, sienten culpa y vergüenza que los lleva a esconder la conducta y, finalmente, tratan de alimentarse con comida nutritiva que compense las calorías que ingirieron con el atracón. Recurren al vómito, uso de laxantes, diuréticos, enemas, ayuno y, en ocasiones, realizan algo de ejercicio.

Dentro de la bulimia nerviosa, se pueden utilizar dos clases para definir la presencia o ausencia de uso de métodos de purga, con la intención de compensar la ingesta durante los atracones.

- 1) Tipo purgativo: el enfermo recurre la provocación del vómito y hace uso excesivo de laxantes, diuréticos y enemas durante sus episodios.
- 2) Tipo no purgativo: el enfermo utiliza otras técnicas compensatorias inapropiadas como el ayuno o ejercicio intenso, pero sin provocarse vómito ni recurrir a los laxantes, diuréticos o enemas durante el episodio.

Castillo y León (2005) consideran que existen casos de bulimia nerviosa atípica, que es cuando no se cubren en su totalidad las características de la bulimia nerviosa, ya que pueden existir individuos con un peso normal o superior al normal, con ingesta excesiva seguida de vómitos o purgas y la presencia de síntomas depresivos.

### **2.2.3 Obesidad.**

La obesidad, según Belloch y cols. (1995), es un trastorno crónico que se define como la excesiva acumulación de tejido adiposo, a los problemas o riesgos para la salud se añaden cuestiones estéticas y sociales que provocan problemas psicológicos. Jarne y Talam (2000) especifican que la obesidad afecta en mayor número a las mujeres, principalmente en edades superiores a los cincuenta años; los individuos con sobrepeso son más propensos a padecer enfermedades como hipertensión, diabetes, gota e insuficiencia respiratoria.

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

Castillo y León (2005), definen la hiperfagia como la ingesta excesiva de alimento ante un acontecimiento estresante que da lugar a la obesidad.

Situaciones tales como lutos, accidentes, intervenciones quirúrgicas y acontecimientos emocionalmente estresantes, pueden dar lugar a una obesidad reactiva, en especial en pacientes predispuestos al aumento de peso.

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

Castillo y León (2005) indican que cuando una persona está bajo exceso de estrés o alteración, se manifiesta ansiedad y por consecuencia puede surgir el vómito.

Puede haber vómitos repetitivos, no autoprovocados, en cuadros disociativos, o en la hipocondría como uno de los primeros síntomas corporales experimentados.

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

Se dan por un conjunto de comportamientos problemáticos relacionados con la alimentación, se caracterizan por el rechazo que el niño tiene a la comida, manifestándolo por medio de conductas caprichosas. Este padecimiento no es orgánico, existe normalidad en el rechazo a cierto tipo de comida, pero si este genera un aumento o disminución considerable de peso en un periodo de un mes, entonces se considera anormal la conducta; otras características de los trastornos de la infancia en cuando a la alimentación son: la negación a la comida sólida, querer ingerir solamente alimentos mezclados, falta de apetito, tiempo excesivo para comer y vómito, entre otros.

Castillo y León (2005), refieren que en la infancia, los problemas alimentarios que se presentan son los siguientes:

- Rechazo alimentario: El enfermo no pierde el apetito, pero rechaza la comida. En ocasiones va acompañado de síntomas físicos como malestar

estomacal, por lo que la persona que lo padece no es consciente del rechazo a la comida.

- Pica o alotriofagia: Se refiere a la ingesta de sustancias que no son alimento o que no proporcionan ningún nutriente.
- Rumiación o mericismo: Es un trastorno poco frecuente, en la cual la comida es expulsada, una vez regurgitada es paseada dentro de la boca para posteriormente deglutirla nuevamente.
- Potomanía: Se trata de la ingesta excesiva de líquidos, por lo general de agua, que le sirve a la persona anoréxica para tener una sensación de saciedad y engañar al organismo.

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

Ajuriaguerra (1973) se refiere, con este concepto, al reflejo de succión y deglución que aparece a edad muy temprana, es un fenómeno en el cual el ser humano busca y localiza el objeto de placer; es una simple respuesta a diversos estímulos en el área bucal. A continuación se explican más detalles al respecto.

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

El reflejo es la primera forma de relación entre el infante y el mundo externo. Aparece el reflejo de succión desde muy temprana edad, de modo que se relaciona la actividad oral con la satisfacción y la ingesta de comida.

En el mismo orden de ideas, Freud (mencionado por Ajuriaguerra; 1973) describe dos tipos de satisfacciones: la de saciar el apetito y la erótica oral.

En el carácter oral y la vida de relación, se puede tomar al alimento no solamente como una fuente de nutrientes, sino como una oportunidad para que la madre entregue una parte de sí misma, no solamente por el alimento que da, sino por la actitud que adopta al brindar el alimento, ya que al comer, el niño encuentra comodidad, caricias y sus ansias son satisfechas.

El alimento es un medio de cambio para adaptarse a la sociedad, ya que la alimentación genera felicitaciones o castigos para el infante. La comida es una institución social que contiene la práctica de un ritual y participa toda la familia, el comer es sinónimo de alimentarse, sentir placer y cuya finalidad es crecer.

Diversos autores otorgan gran interés al tipo de alimentación infantil en su posterior organización de la psique, pues se reconoce que la succión tiene un papel importante en las primeras emociones y es el ángulo de sus primeras fantasías.

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

Se comenzara por explicar en qué consiste la anorexia esencial precoz, ya que se manifiesta de forma rara y aparece en las primeras semanas de vida. Levesque (mencionado por Ajuriaguerra; 1973) describe que la anorexia del recién

nacido es de origen neurológico y se presenta en niños nerviosos de bajo peso, que muestran pasividad ante la comida y al paso de los meses se muestran reacios a comer.

También se debe mencionar la anorexia del segundo semestre, la cual se presenta de forma más frecuente, aparece entre el quinto y octavo mes al ir disminuyendo la leche materna e irse modificando sus hábitos alimenticios; de aquí se desprenden dos tipos de anorexia según el comportamiento que tenga el niño ante la comida, los cuales son:

- Inerte: consiste en la poca iniciativa del infante por ingerir alimento, no coopera, deja salir la comida por la comisura de los labios y la poca que logra ingerir, la vomita.
- De oposición: como su nombre lo indica, el niño se enfrenta y lucha por no ser alimentado, reacciona de forma negativa llorando , agitándose y rotando su cuerpo para no ingerir la comida.

Ajuriaguerra (1973) hace referencia a Kreisler, quien distingue dos tipos de anorexia:

- Simple: se da cuando el niño rechaza el hecho que la madre deje de alimentarlo de su seno, esta anorexia es pasajera y no se considera como

pérdida de hambre o apetito, ya que solo se rechaza el cambio de forma en la alimentación.

- Compleja: es una reacción más intensa y duradera, en la cual el niño muestra total desinterés ante los alimentos, no siente hambre ni apetito por la comida debido al cambio de alimentación.

Existe también la anorexia de la segunda infancia, que se presenta en niños que son alimentados de manera normal en su primer año y cuyo rechazo recae en la existencia de ritualización de su comida en el ambiente familiar.

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

No existe un perfil determinado que se utilice para definir si las personas padecerán un trastorno alimentario, pero se pueden mencionar factores que favorecen la presencia de estos. Costin (2003), menciona factores individuales como:

1. Problemas de la autoestima: se refiere a la situación que viven los jóvenes, ya que están pendientes de cumplir con los que otros esperan de ellos, efectuar los ideales de sus padres y satisfacer a los demás; al no poder hacer frente y encarar la situación, surge la creencia de no poder controlarla y genera el trastorno de alimentación al tener autocontrol sobre lo que come.
2. Déficit de la autoestima: la autoestima se refiere a la aceptación sobre sí mismo, si la persona considera que esta alejada de lo que considera ideal,

su nivel de autoestima será baja; esto nace de juzgarse a sí mismo desde las apariencias, según lo que los demás consideran valioso y así, el peso y la figura tomarán importancia esencial para obtener logros y equivocadamente, pretender lograr una alta autoestima.

3. Camino a la perfección y el autocontrol: los jóvenes que tienen trastornos de la alimentación sienten que las tareas que hacen no son buenas y se vuelven muy exigentes. La búsqueda de la perfección se desplaza también al peso corporal, por lo que están dispuestos a pagar cualquier costo por mantener su peso ideal; no soportan que las circunstancias no estén bajo control y surge el área de la comida como algo que sí pueden controlar.
4. Miedo a madurar: el lapso en el cual se desarrolla un trastorno de la alimentación, abarca desde la pubertad hasta la juventud. Los cambios físicos en estas etapas son normales, incluyendo el aumento natural de peso corporal, los sujetos están inmersos en la niñez, por lo que el cambio a la independencia y a crecer les causa temor.

Belloch y cols. (1995) hablan de factores que predisponen la aparición de la anorexia nerviosa, como el fracaso de la persona por adaptarse a las demandas; comúnmente, quienes padecen un trastorno de la alimentación tienen antecedentes de sobrepeso y ser víctimas de burlas por su imagen, lo que a su vez genera problemas de autoestima.

En el perfil de la bulimia nerviosa, Cooper (mencionado por Belloch y cols.; 1995) establece como predisponentes la insatisfacción con su cuerpo, antecedentes de sobrepeso y tendencia a hacer dietas, así como la presencia de trastornos afectivos.

Se pueden observar, además, problemas de autoestima, una búsqueda obsesiva por la perfección y el autocontrol, miedo a madurar, con un comportamiento adolescente y poca estabilidad emocional.

## **2.5 Causas del trastorno alimentario.**

Existen factores que pueden ser favorables para la aparición de los trastornos alimentarios, estos predisponentes se dividen en: individuales, familiares y socioculturales, que continuación se describirán.

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

Es importante mencionar que los rasgos individuales y familiares en combinación con otros factores, solo contribuyen a la aparición del trastorno, pero ninguno lo causa de manera directa.

Los factores individuales están relacionados con el aprendizaje, las creencias y actitudes que se tienen sobre los alimentos, ya que estos constituyen aspectos de

identidad del sujeto en términos de género, sexualidad, conflictos y autocontrol, asimismo, comunican amor y poder.

Helman (citado por Ogden; 2005), destaca cinco tipos de clasificación de la comida y la divide en: comida frente a no comida, que diferencia lo comestible de lo no comestible; comidas sagradas frente a profanas, son las válidas o no válidas según las creencias religiosas; las comidas paralelas, que separan a las comidas frías de las calientes; comida como medicina –medicina como comida; comidas sociales, se toma a las comidas como forma de establecer y desarrollar relaciones.

La comida, además, actúa como comunicación de las necesidades internas, conflictos y sentimientos del yo, representa el conflicto entre culpabilidad y placer, comer y negación y una forma de expresar autocontrol; otra forma de observar a la comida va relacionada con la sexualidad, ya que se utiliza como forma de satisfacción que facilita la atracción, sobre todo en el ámbito comercial; se debe tomar también la interpretación de una cita íntima para cenar, que suelen relacionar la comida con el sexo, por el hecho de que ambas acciones son de índole biológica, tratan de impulsos básicos para la supervivencia y dan placer.

Ogden (2005) menciona la comida frente a la negación como la forma en que las personas y particularmente las mujeres, manejan los alimentos como una obligación a cumplir en el hogar, pero a su vez, presentan la negación a consumir los alimentos para mantenerse delgadas, por lo tanto, las mujeres tienen el control de la comida pero se niegan el placer de comer.

Otros significados de la alimentación se muestran a continuación:

- La culpabilidad frente al placer: se refiere al conflicto que existe al comer cierto tipo de alimentos que se consideran prohibidos, como el chocolate y los pasteles, por lo que además de generar placer al consumirlos, al mismo tiempo son causantes de culpa, vergüenza, complejo y hasta perversidad.
- La comida y el autocontrol: según Castillo y León (2005), consiste en el control que tiene la persona sobre la comida, el poder de lograr ayunos y de la negación ante la comida, esto representa autocontrol o falta de autocontrol.
- La comida como interacción social: la alimentación es una forma de comunicación familiar, ya que es en ocasiones el único escenario en el cual se reúne y convive. Existen sentimientos de identidad de grupo al momento y en la manera de cocinar determinados alimentos, como en las fiestas de cumpleaños y las comidas de los domingos.
- En la comida como amor: Charles y Kerr (mencionados por Ogden; 2005), mencionan que la comida se utiliza para mantener la armonía familiar; concluyeron que los alimentos sanos y sabrosos son sinónimo de amor,

quien prepara los alimentos preferidos de la familia demuestra su sentimiento hacia los demás.

- Salud frente a placer: trata de la preocupación de las mamás por cocinar alimentos sanos, pero con el conflicto de que esa comida no será placentera en cuanto al sabor; en ocasiones la comida preferida de la familia no es la más sana.

Delphy (1979) habla de países en los cuales la carne solo estaba reservada para los hombres, lo que demuestra la comida como relación de poder, ya que en las casas patriarcales, el hombre come primero y la mujer le sirve, o las proporciones de la comida son el relación al rol y jerarquía de cada integrante.

También puede tomarse a la comida como una forma de identidad cultural, ya que los alimentos comunican información sobre la identidad cultural de una persona; la comida como identidad religiosa se refiere a que en diferentes entidades se tienen conductas específicas para cocinar, incluyen símbolos religiosos y dan a la preparación un sentido de santidad.

La comida es un símbolo de estatus social, por lo que toma un poder ante la colectividad. Las personas con mayor solvencia económica se alimentan bien y son bien alimentadas por los otros, la comida sirve para recuperar el control del mundo social.

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

Belloch y cols. (1995) muestran una serie de variables que favorecen la aparición de estas patologías, entre ellas se encuentra que los familiares favorecen la dificultad para desarrollar la independencia y la autonomía en los adolescentes, mayormente generada por la sobreprotección y la falta de reconocimiento de sus logros individuales.

Costin (2003) señala que en ocasiones, la familia con poca comunicación o con interrelación pobre, es causante del desarrollo de un trastorno alimentario de alguno de sus miembros; cuando alguno de ellos padece un trastorno de la comida, genera en la persona sentimientos de enojo, ansiedad y culpa, provocando más dificultades para comunicarse.

Algunas características familiares comunes que han destacado en la aparición de los trastornos alimentarios en el seno familiar, son los siguientes:

- Escasa comunicación entre sus miembros.
- Incapacidad para resolver conflictos.
- Sobreprotección por parte de los padres.
- Rigidez y falta de flexibilidad para enfrentar situaciones nuevas.
- Ausencia de límites.
- Expectativas muy altas por parte de los padres hacia sus hijos.
- Antecedentes familiares de alcoholismo y depresión.

- Abuso sexual o físico en el seno familiar.

Además de los factores ya mencionados, el papel de los padres es importante, ya que en el caso de la anorexia nerviosa, ellos no las comprenden y obstaculizan su periodo de autonomía. Las madres de estas personas son más empáticas, muestran más afecto e interés, mientras que la imagen del padre es menos empática y no muestra emociones, por lo que sus hijas los ven más distantes.

Los padres de las mujeres bulímicas suelen ser más exigentes, en tanto que las madres tienen expectativas muy grandes de éxito y suelen controlar a sus hijas; los padres por lo regular tienden a la depresión, rigidez, excesiva autodisciplina y distancia emocional, de igual manera, generan rivalidad entre los hermanos, existe en los hogares mucha tensión familiar entre los padres y las hijas.

En cuanto a la relación con los hermanos, parece existir una fuerte rivalidad, por lo regular, las hermanas tienen una rivalidad secreta contra la persona con bulimia.

### **2.5.3 Factores socioculturales.**

El contexto de la sociedad premia la delgadez y tiene prejuicios contra la gordura. Socialmente, la exigencia de un cuerpo ideal no va relacionada con la salud sino con la moda, comúnmente los trastornos de la alimentación se presentan en la clase media alta; se comunica que la mujer debe de ser atractiva físicamente.

Existe una presión social para ser una supermujer, la sociedad espera que la mujer desempeñe un papel en el cual incluya un cuerpo perfecto, una carrera brillante con una fluida vida social, con un matrimonio perfecto y un papel de madre intachable, incluso en los medios de comunicación las mujeres son sensuales, delgadas y saludables, todo esto genera exigencias que, al no cumplir en su totalidad, generan culpa. Con todo ello, las mujeres se sienten fracasadas por no lograr el estereotipo vigente, por lo tanto, se sienten inseguras y el control sobre el peso se vuelve el área en la cual logran ejercer dominio; comienzan con dietas para sentirse integradas pero esto puede desembocar en un trastorno de alimentación.

Costin (2003), además de lo anterior, menciona los prejuicios que existen contra la obesidad, entre los más comunes se encuentran los siguientes:

- Se tiene la idea de que las personas con obesidad están así por que comen más que las demás, y en realidad esto no es verdad, ya que nadie se vuelve obeso solo por comer lo esperable por el cuerpo.
- Se cree que tienen más problemas psicológicos, cuando en realidad no es una condición que produzca problemas emocionales, a pesar de las presiones sociales.
- Algunos piensan que la obesidad, en cualquiera de sus niveles, está asociada con el incremento de la mortalidad por los altos riesgos de salud,

por el contrario, está demostrado que existe mayor mortalidad en mujeres de bajo peso.

- Se cree que los tratamientos con dietas prolongadas son los más satisfactorios, pero a pesar de que en su inicio son exitosos, a largo plazo fracasan por la estricta rigidez del régimen, logrando mantener bajo peso solo el 5% de quienes la inician.

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

El CIE-10 (referido por Castillo y León; 2005) menciona que la distorsión de la imagen corporal consiste en una psicopatología, caracterizada por la persistencia de la idea sobrevalorada de pavor ante la gordura o la flacidez de las formas corporales, así que el enfermo hace todo lo posible por mantenerse por debajo del límite máximo de peso corporal.

Los pacientes con trastornos de la alimentación presentan trastornos de la imagen corporal al sentirse insatisfechos con su propio cuerpo, esto se asocia directamente con la baja autoestima; se puede decir que la imagen corporal engloba los sentimientos y actitudes que se tienen hacia el propio cuerpo, perfilándose dos aspectos que forman la imagen corporal: uno cognitivo, asociado con la percepción del propio cuerpo y que tiene que ver con la exactitud o no exactitud con que la persona estima sus dimensiones corporales; otro emocional, unido a los

pensamientos y actitudes respecto al propio cuerpo y a su grado de satisfacción o insatisfacción con este.

Ogden (2005), habla de factores sociales de insatisfacción corporal, como lo son: los medios de comunicación, la cultura y la familia.

Los medios de comunicación generan insatisfacción corporal, ya que es una respuesta a las representaciones de mujeres delgadas en todos los medios de comunicación social. Los personajes que surgen en los relatos son delgados, independientemente del papel que juegan dentro de la historia, por lo que se inculca que la delgadez no solamente es una norma deseada, sino también una norma afectiva.

Culturalmente, se presta atención al carácter étnico y la clase social del individuo, ya que según Ogden (2005), tener una clase social alta, ser una persona blanca, negra o asiática puede dar lugar a la insatisfacción corporal.

Otro factor a considerar es la familia, ya que juega un papel importante en la insatisfacción corporal, sobre todo el papel de la madre, ya que si ella está descontenta con su propio cuerpo, comunica esa sensación a sus hijas y les despierta la insatisfacción corporal.

Entre los factores psicológicos que se relacionan con la insatisfacción corporal se puede encontrar que todos los factores ya sean culturales, sociales o étnicos,

siempre van acompañados de creencias y pensamientos que tiene el sujeto para dar pie a la insatisfacción de su cuerpo, Las creencias de un individuo son más poderosas que las cuestiones sociales, ya que van relacionadas con la competitividad, el valor del logro y el éxito material. En ocasiones se cree que la delgadez tiene un valor y las mujeres de la clase social alta dan mucha importancia a esta condición, por los aspectos de competitividad y los estereotipos de belleza.

Existe una respuesta negativa hacia el cuerpo, con sentimientos y pensamientos negativos acerca de él, inconformidad y discrepancia en el volumen ideal y real de su cuerpo.

La insatisfacción corporal, según Ogden (2005), es la percepción de los límites del cuerpo, que puede ser una imagen deformada, en la que la persona cree que es más voluminosa; cuando la imagen tiene una discrepancia respecto al ideal, ya que la persona se cree más voluminosa de lo que le gustaría ser; por último, puede tener una imagen negativa en la que definitivamente no le gusta su cuerpo.

Ogden (2005) manifiesta que existen consecuencias de la insatisfacción corporal, que llevan a las personas a sometimientos rígidos de ejercicio para el mantenimiento del peso y forma ideal, dejando a un lado el interés por la salud y el bienestar. Las cirugías estéticas representan una alternativa que cada día va en incremento entre las féminas para lograr la satisfacción de su aspecto físico; la practica de dietas estrictas y el recurrir al uso de tabaco para no subir de peso, son otras consecuencias que se manifiestan; la crítica total y excesiva por su propio

cuerpo y la aparición de trastornos de la imagen corporal, son notorios en las personas con insatisfacción corporal.

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

A continuación se explicarán algunas complicaciones de carácter fisiológico y psicológico, que generan el mantenimiento de los trastornos de la alimentación. Se tomarán en cuenta dos situaciones que se han considerado como soluciones al problema, pero que en realidad solo lo mantienen.

Costin (2003) menciona que las prácticas de control de peso consisten en una deficiente alimentación que genera complicaciones fisiológicas, psicológicas, cognitivas y sociales.

Entre las complicaciones psicológicas, se observan los cambios en el estado anímico y emocional, así como la falta de fuerzas, pesimismo, intolerancia, cambio de humor, ansiedad y onicofagia (comerse las uñas); en lo cognitivo, se puede detectar una falta de concentración, comprensión y dificultades en el estado de alerta; socialmente, se ve una incomodidad en la interacción con otras personas, mostrando aislamiento y ensimismamiento, disminución en interés por las relaciones amorosas y sexuales; finalmente, la presencia de enfermedades como dolores de cabeza, molestias gastrointestinales y somnolencia, es la muestra de una complicación fisiológica.

Se debe destacar que cuando la ingesta es menor a la que el cuerpo necesita para funcionar correctamente, el cuerpo quema menos calorías, por lo que se detiene la baja de peso, debido a ello, las personas se encuentran con la paradoja de que cuanto menos comen, menos adelgazan.

Cuando la personas detectan que el dejar de comer no les funciona para perder peso, creen que la dieta que llevan no es lo suficientemente efectiva, por lo que su obsesión se enfoca a la dieta y no a la comida, se esfuerzan por tener control sobre la alimentación creyendo que así solucionarán la sintomatología y ahora sí lograrán su objetivo.

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

Los trastornos mentales son multidimensionales, las presentaciones clínicas son en la mayoría de los casos, complejas. Los síntomas de varios cuadros se superponen, cumpliendo las decisiones diagnósticas y terapéuticas

Uno de los trastornos que se asocian a los trastornos alimentarios, es la esquizofrenia, ya que cuando se padece se tiene un rechazo total a la comida. Esta negativa por lo regular es generada por los delirios de envenenamiento.

Dentro de la depresión se presenta la anorexia, en este caso disminuye la ingesta de alimento, asociada con la melancolía y tristeza.

Los trastornos alimentarios también se relacionan con la manía, ya que cuando la persona se encuentra en la fase aguda, pasa mucho tiempo sin alimentarse o puede ser al contrario, y solicita mucha comida aunque no la consume, en los episodios hipomaniacos puede haber una alimentación excesiva.

En el trastorno de la alimentación relacionado con las fobias, existe la negación a ingerir alimentos por miedo a asfixiarse y morir, se presenta la incapacidad de deglutir y el individuo rechaza toda alimentación oral; a veces la fobia es únicamente hacia algún alimento en concreto.

Respecto a los trastornos alimentarios en la ansiedad, aunque no existe ningún trastorno específico, sí existen alteraciones por exceso o por defecto. Cuando la ansiedad es aguda, el apetito es normal, pero cuando pasa a episodios crónicos se pierde el interés por la alimentación, por otro lado, en ocasiones la ingesta es solo para calmar la ansiedad, lo que da paso a un mecanismo para satisfacer el apetito anómalo.

El trastorno obsesivo-compulsivo no se ve relacionado con los trastornos alimentarios, a menos que la patología esté focalizada en la alimentación. En ocasiones la ingesta es lenta y los alimentos se escogen de forma meticulosa, pero si existe la presencia de ideas de contaminación y suciedad, se modifican los hábitos de alimentación.

De esta manera se conoce que los trastornos alimentarios se presentan en el cuadro clínico de algunos trastornos mentales.

## **2.9 Tratamiento de los trastornos de la alimentación.**

Debe existir un programa de intervención para el tratamiento de la anorexia para normalizar la dieta y los hábitos alimentarios; posteriormente se tienen que trabajar las áreas psicológica, familiar y social, que concurren en la anorexia nerviosa.

Se tomarán en cuenta los cinco tipos de tratamiento establecidos por Jarne y Talarn (2000), que a continuación se mencionarán.

1. Recuperación ponderal: rehabilitación nutricional y normalización dietética para la corrección de secuelas físicas y psicológicas.
2. Tratamiento dietético: se definirá si la persona comienza directamente consumiendo alimentos con contenido calórico o tendrá que iniciar gradualmente la ingesta de los mismos, hasta lograr su nivel dietético normal.
3. Tratamiento psicológico: en este sentido, se utiliza la terapia de refuerzo, técnicas de relajación y sesiones psicoeducativas, en las que la paciente se sentirá cómoda al creer que el tratamiento solamente es para la ganancia de peso, cuando en realidad se estará trabajando la parte emocional; la terapia cognitivo-conductual es la más efectiva para estos casos, ya que la anorexia

se forma por un conjunto de conductas reforzadas por factores ambientales que fomentan la delgadez y por estímulos que provocan ansiedad.

4. Tratamiento farmacológico: solo es utilizado como un refuerzo para las técnicas psicológicas, en el tratamiento de las psicopatologías asociadas como la ansiedad y la depresión.
5. Terapia familiar: se utiliza para que los familiares conozcan de forma exhaustiva la patología y las complicaciones de la misma, se deberá monitorizar las conductas de la paciente, además de los costos económicos y vigilar su seguridad.

Para el tratamiento de la bulimia nerviosa, se deben establecer objetivos terapéuticos, los cuales se mencionarán a continuación.

1. Se deben establecer pautas nutricionales.
2. Se propicia la recuperación física, al estabilizar el peso, la rehidratación y normalización electrolítica y la corrección de anomalías físicas.
3. Normalización del estado mental: mejorar estado de ánimo, tratar posibles trastornos de la personalidad, evitar uso de sustancias y corregir el estilo cognitivo erróneo.
4. Terapia familiar: que la familia sea más participativa, comunicativa, restablecer pautas y roles.
5. Corregir pautas sociales: aceptar el trastorno, afrontar el fracaso, aceptar la responsabilidad, vencer la impotencia y no buscar marcos sociales denigrantes.

El tratamiento debe ser claro y centrado en el problema del paciente, en ocasiones la hospitalización es una alternativa para el tratamiento global y debe continuar con monitoreo mensual con el sujeto y con la familia.

De esta manera termina la exposición de los planteamientos relativos a los trastornos alimentarios y, conjuntamente, del marco teórico. En las páginas siguientes se expone, complementariamente, la metodología que se siguió en el presente trabajo.

## **CAPÍTULO 3**

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

El presente capítulo está conformado por dos apartados. En el primero se detallan los principales aspectos que caracterizan la estrategia metodológica mediante la cual se alcanzó el objetivo principal de la investigación, se dio respuesta a la pregunta formulada en el planteamiento del problema y, de manera muy importante, se corroboró la hipótesis de trabajo y la nula.

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

La estrategia metodológica incluye el enfoque, el tipo, el diseño y el alcance de la indagación; por otra parte, la técnica que se empleó para la recolección de datos, de igual manera, se mostrará el proceso que se siguió para la determinación de los sujetos a quienes se administraron los instrumentos de medición de las variables psicológicas relevantes en el presente estudio.

En la segunda parte de este capítulo, se presentan los resultados obtenidos, es decir, se muestra un análisis estadístico de los datos obtenidos de cada una de las variables, y estos son interpretados desde la perspectiva teórico-conceptual descrita en los capítulos uno y dos del presente informe de investigación.

### **3.1.1 Enfoque cuantitativo**

Algunas de las cualidades fundamentales que posee el enfoque cuantitativo y que caracterizan a la presente investigación, son las siguientes:

1. La investigadora plantea un problema de estudio delimitado y concreto sobre el fenómeno, aunque esté en evolución.
2. Una vez planteado el problema de estudio, la investigadora considera lo que se ha investigado anteriormente y construye un marco teórico.
3. De lo anterior se derivan una o varias hipótesis.
4. Las hipótesis se someten a prueba mediante el empleo de los métodos de investigación apropiados.
5. Si los resultados corroboran la hipótesis o son congruentes con esta, se aportan evidencias en su favor; si se refutan, se descartan en búsqueda de mejores explicaciones y nuevas hipótesis.
6. Utiliza procedimientos estandarizados y aceptados por la comunidad científica.

Por las características mencionadas anteriormente, se puede reconocer que la presente investigación es de tipo cuantitativo.

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

Es la que se realiza sin que el investigador manipule las variables, no se generan variaciones intencionales. En la investigación no experimental se observan los fenómenos en su contexto natural, aquí no se genera ninguna situación, solo se observan las ya existentes, sin manipularlas, son tomadas como ocurren naturalmente, ya que dichas variables ya han sucedido y no son creadas por la investigación.

Por otra parte, Hernández y cols. (2014) mencionan que en un experimento, el investigador prepara deliberadamente una situación, con un estímulo determinado y en circunstancias controladas, para después evaluar los efectos a tal exposición. Aquí es donde surge la principal importancia del uso de la investigación no experimental, la cual radica en que sus resultados son totalmente reales.

### **3.1.3 Diseño transversal**

Este tipo de estudio tiene como característica que reúne datos de un solo momento, en un tiempo único.

Hernández y cols. (2014) mencionan que el diseño transversal tiene como propósito describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado.

Es por ello que la presente investigación es de diseño transversal, ya que medirá un fenómeno en un solo momento y único tiempo.

Los diseños transaccionales se dividen en exploratorios, descriptivos y correlacionales.

- Exploratorios: es cuando se comienza a conocer una variable, comunidad o contexto. Es una exploración inicial de un momento específico y por lo regular, se aplica a problemas nuevos o pocos conocidos.
- Descriptivos: se indaga la incidencia de la variable en una población, consiste en ubicar a una variable en un grupo de personas y proporcionar sus pormenores.

El tercer diseño, correlacional, se expondrá a continuación

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

Existen los alcances de tipo correlacional y correlacional-causal, los segundos describen la relación entre dos o más variables en un momento determinado, en relación de causa-efecto.

Por otra parte, según Hernández y cols. (2014), los diseños correlacionales se limitan a establecer relaciones entre variables, sin precisar sentido de causalidad o

pretender analizar relaciones causales. Existe la correlación positiva, cuando los resultados altos de la primera variable se traducen en índices altos en la otra variable; y correlación negativa, que se refiere a cuando los sujetos obtienen valores elevados en una variable, presentan resultados bajos en la otra.

Según Hernández y cols. (2014), el estudio correlacional evalúa con mayor exactitud el grado de vinculación entre dos o más variables. El presente estudio posee este alcance.

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

Las técnicas que se emplearon para la recolección de muestras fueron instrumentos estandarizados, los cuales reúnen los requisitos de confiabilidad, validez y objetividad.

Para entender estas características, Hernández y cols. (2014) mencionan que la confiabilidad es el grado en el que un instrumento produce resultados que son consistentes y coherentes. Por su parte, la validez es el grado en que el instrumento mide realmente la variable que se desea.

Para la medición de las variables, es necesaria la utilización de pruebas estandarizadas, que tienen su propia forma de aplicación, codificación e interpretación. Los instrumentos utilizados en esta investigación son válidos y

confiables, debido a que el contexto en el cual se diseñaron es igual al que se aplicó en esta investigación.

Las pruebas aquí utilizadas son: la Escala EDI-2 y la Escala CMAS-R, las cuales se describirán a continuación.

El Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2), fue creado por David M. Garner en 1998, tal prueba está estandarizada para personas de 11 años de edad en adelante, para ello se realizaron diversos procesos en distintos grupos, tanto en sujetos con bulimia y anorexia nerviosa, como en personas sin trastornos alimentarios.

El EDI-2 tiene una confiabilidad de 0.80, cuenta con once escalas de medición, las cuales son: obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción personal, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, consciencia introceptiva, miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad e inseguridad social.

La segunda prueba utilizada fue la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños, Revisada (CMAS-R), fue creada por Reynolds y Richmond en 1997, contiene 37 reactivos y valora el nivel y naturaleza de la ansiedad de los niños y adolescentes de 6 a 19 años, puede ser aplicada individual o colectivamente.

El test otorga la puntuación de ansiedad total que se divide en cuatro subescalas, las cuales son: ansiedad fisiológica, inquietud/hipersensibilidad,

preocupaciones sociales/concentración y la de mentira. La prueba tiene un grado de confiabilidad de 0.80.

### **3.2 Población y muestra.**

En el presente apartado se explicará el tipo de población que se consideró para la toma de muestra, a la que se le aplicaron las pruebas para la recolección de datos.

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

Se entiende por población, según Hernández y cols., a un “conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones” (2014: 303). En el caso del presente estudio, está conformada por 1400 adolescentes repartidos en dos turnos, hombres y mujeres de entre 12 y 16 años, procedentes de familias con un nivel socioeconómico bajo, que comparten la característica de pertenecer a la Escuela Secundaria Técnica 102, una institución laica, la cual cuenta, entre otras características, con tecnologías que permiten aprender oficios.

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

La muestra según Hernández y cols., es un “subgrupo de la población en el que todos los elementos tienen la misma posibilidad de ser elegidos” (2014: 175). El muestreo puede ser de dos tipos: probabilístico y no probabilístico.

La muestra no probabilística es aquella en la que la elección de los sujetos o unidades de análisis no depende del azar, sino de las características de investigación, de la intención del investigador o de circunstancias externas al proceso.

En la presente investigación se realizó un muestreo de tipo no probabilístico, en función del permiso concedido por la institución de los tiempos de los que disponía la investigadora y de sus recursos económicos, se optó por seleccionar a 112 estudiantes, de entre 13 y 15 años, del segundo grado de educación secundaria, de los grupos B, C y D. Sin embargo, del total de las aplicaciones se anularon 47, debido su alto puntaje en la escala de mentira, en las mediciones correspondientes.

Esas muestras, de acuerdo con Hernández y cols. (2014), representan una importante desventaja para la generalización y extrapolación de los resultados obtenidos. Sin embargo, por lo general, son las que están más al alcance una investigación de tesis.

Se entiende que la principal limitación de este tipo de muestreo es que los resultados son aplicables exclusivamente a los sujetos seleccionados, y no la población total a la cual pertenecen.

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

Al comienzo de esta investigación, la investigadora se interesó en la problemática de la institución investigada con respecto al tema de los trastornos de la alimentación, además de interesarse por los niveles de estrés que actualmente se presentan a todas las edades, por lo cual se entrevistó a la trabajadora social de la Escuela Secundaria Técnica No. 102, para obtener toda la información necesaria acerca de la institución y los alumnos, asimismo, se hizo la solicitud para la recopilación de datos, encontrando respuestas positivas a la realización de la aplicación de las pruebas.

Se comenzó con la construcción del proyecto, que incluye el planteamiento de problema, establecer objetivos, determinar la hipótesis, proponer la justificación, así como determinar el marco de referencia.

Dentro del marco de teórico se establecieron dos capítulos: en el 1, se hace referencia al tema del estrés, que es la primera variable de la investigación; posteriormente, en el capítulo 2 se expone todo lo relacionado a los indicadores de los trastornos alimentarios, desde la bulimia, hasta la anorexia nerviosa, así como sus definiciones. En el capítulo 3 se explica la metodología y resultados de la investigación. Además se incluyen anexos en donde pueden observarse gráficamente los resultados.

Se estructuró la descripción metodológica, en la cual explica de manera amplia el plan metodológico, asimismo, se describió a la población de estudio y el proceso de muestreo.

Para llegar a la población a estudiar, se recurrió con el subdirector de la institución, quien canalizó a la investigadora con la trabajadora social, quien se encargó de proporcionar la información de la escuela, la asignación de grupos y platicar con los profesores. La investigadora se presentó el día y hora que se le asignó para la aplicación de los tests.

Las pruebas se aplicaron en tres grupos de forma colectiva, en sus horarios de clases, el mismo día, en los salones de clases, con un tiempo de aplicación de 35 minutos para contestar las dos pruebas. Los alumnos se mostraron interesados, trabajaron en silencio y todos respondieron sin presentarse situaciones de negación.

Los instrumentos se calificaron de acuerdo con las indicaciones establecidas en los manuales de las pruebas, con las plantillas indicadas en los test y de acuerdo con el baremo se obtuvieron los percentiles y puntales T.

Una vez obtenidas las calificaciones en percentiles y puntajes T, se vaciaron en una matriz, en una hoja de cálculo que contiene el nombre del alumno y los puntajes obtenidos. Una vez que se organizaron los datos, se procedió al análisis estadístico de la información y a su interpretación.

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

Una vez expuesto el encuadre metodológico, se continuará con la realización del análisis y la interpretación de lo encontrado. En congruencia con la metodología científica, los resultados de la investigación se organizaron en tres categorías: la primera se denomina estrés; la segunda es acerca de los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios; en tercer lugar, se presenta la correlación entre las dos variables anteriores.

#### **3.4.1 El estrés**

Una definición que satisface a la investigadora del presente informe es aquella que establecen Travers y Cooper (1997), donde argumentan que el estrés una interacción que consiste en la relación de la persona con los acontecimientos estresantes, considerando la valoración que hace la persona de la situación, según los sucesos antecedentes que ocurrieron en su vida; por lo tanto, quien causa el estrés es la interpretación que hace la persona al suceso, porque cree que el estímulo estresante supera su capacidad para resistirlos.

Respecto a los datos obtenidos a partir de la aplicación de las pruebas CMAS-R, y representados en escala de puntaje T (en el caso de ansiedad total) y puntuación escalar (para las subescalas), se muestran los resultados correspondientes.

Cabe señalar que los porcentajes escalares establecen un rango de normalidad de 10 a 13 puntos.

En cuanto a la escala de inquietud/hipersensibilidad, se encontró una media aritmética de 12. La media es la suma de un conjunto de datos, dividida entre el número de medidas (Elorza; 2007).

De igual modo, se obtuvo la mediana, que es el valor medio de un conjunto de valores ordenados: el punto abajo y arriba del cual cae un número igual de medidas (Elorza; 2007). Este valor fue de 13.

De acuerdo con este mismo autor, la moda es la medida que ocurre con más frecuencia en un conjunto de observaciones. En cuanto a esta escala, la moda fue de 13.

También se obtuvo el valor de una medida de dispersión, específicamente de la desviación estándar, la cual es la raíz cuadrada de la suma de las desviaciones al cuadrado de una población dividida entre total de observaciones. El valor obtenido en esta escala es de 3.

Adicionalmente, en la escala de ansiedad fisiológica, se encontró una media de 12, una mediana de 12 y una moda representativa de 12. La desviación estándar fue de 3.

Asimismo, en la escala de preocupaciones sociales/estrés se encontró una media de 11, una mediana de 11 y una moda de 9. La desviación estándar fue de 3.

Por último, en la escala de ansiedad total se obtuvo una media de 58, una mediana de 58 y una moda de 55. La desviación estándar fue de 3.

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, de acuerdo con las medias de las diferentes escalas de estrés, que los sujetos se ubican dentro del rango normal de estrés.

En función de la desviación estándar como medida de dispersión, se puede interpretar que los valores encontrados en la muestra investigada muestran cierta tendencia heterogénea, debido a que están dispersos.

Con el fin de mostrar un análisis más detallado, a continuación se presentan los porcentajes de sujetos que obtuvieron puntajes altos en cada subescala, es decir, por arriba de T 60 o en su caso, con puntaje escalar mayor de 13.

En la subescala de inquietud/hipersensibilidad, el 31% de los sujetos se ubicaron por arriba del puntaje escalar mayor a 13; en la de ansiedad fisiológica, el porcentaje es de 25%, mientras que la de preocupaciones sociales/estrés es de 13%;

el porcentaje de sujetos con puntaje T mayor a 60 en la escala de ansiedad total, es de 40%. Estos resultados se aprecian de manera gráfica en el anexo 2.

Los resultados mencionados anteriormente, demuestran que los sujetos presentan alto porcentaje de ansiedad total (en 4 de cada 10), asimismo, la inquietud/hipersensibilidad y la ansiedad fisiológica muestran porcentajes significativos.

#### **3.4.2 Indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en la muestra estudiada.**

Una conceptualización actual que satisface los requisitos del presente estudio, con respecto a los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios, es la señalada por la APA (2002), quien refiere que los trastornos alimentarios se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria.

Jarne y Talam (2000) mencionan que la anorexia se caracteriza en las personas por un deseo intenso de pesar cada vez menos, así como el miedo a verse obesas y un trastorno del esquema corporal, ya que siempre se ven gordas.

Estos autores mencionan que la bulimia es un trastorno que se caracteriza por un modelo de alimentación normal, con momentos de ingesta voraz, seguidos de maniobras para eliminar las calorías ingeridas. Entre cada episodio bulímico puede

perder normalidad la ingesta de comida, ya que tiende a ser restringida y alternarse con atracones y vómitos.

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

En la escala de obsesión por la delgadez se obtuvo una media de 54, una mediana de 56, una moda de 26 y una desviación estándar de 21.

La escala de obsesión por la delgadez arroja información sobre la manifestación clínica de un intenso impulso por estar más delgado o un fuerte temor a la gordura; es un síntoma esencial para el diagnóstico de la anorexia y la bulimia nerviosa (Garner; 1998).

Asimismo, en la escala de bulimia se obtuvo una media de 67, una mediana de 77, una moda de 81 y una desviación estándar de 19.

La escala de bulimia evalúa la tendencia a tener pensamientos o a darse comilonas o atracones incontrolables de comida. La presencia de este tipo de conductas es una característica distintiva de la bulimia nerviosa y permite diferenciar entre los dos tipos de anorexia: bulímica y restrictiva (Garner; 1998).

Por otra parte, en la escala de insatisfacción corporal se obtuvo una media de 50, una mediana de 45, una moda de 14 y una desviación estándar de 25.

La insatisfacción corporal se considera uno de los aspectos de la perturbación de la imagen corporal caracterizada de los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria (Garner; 1998).

Por otra parte, en la escala de ineficacia se obtuvo una media de 67, una mediana de 67, una moda de 55 y una desviación estándar de 21.

La escala de ineficacia evalúa sentimientos de incapacidad general, inseguridad, vacío, autoexpresión y falta de control sobre la propia vida (Garner; 1998).

En la escala de perfeccionismo se obtuvo una media de 70, una mediana de 76, una moda de 76 y una desviación estándar de 23.

En la escala de perfeccionismo se mide el grado en que el sujeto cree que sus resultados personales deberían ser mejores (Garner; 1998).

La escala de desconfianza interpersonal se obtuvo una media de 75, una mediana de 82, una moda de 82 y una desviación estándar de 24.

La escala de desconfianza interpersonal evalúa el sentimiento general de alienación del sujeto y su desinterés por establecer relaciones íntimas, así como la dificultad para expresar los propios sentimientos y pensamientos (Garner; 1998).

En la escala de conciencia introceptiva se obtuvo una media de 59, una mediana de 59, una moda de 66 y una desviación estándar de 25.

Esta escala mide el grado de confusión o dificultad para reconocer y responder adecuadamente a los estados emocionales, se relaciona también con la inseguridad para identificar ciertas sensaciones viscerales relacionadas con el hambre y la saciedad (Garner; 1998).

En la escala de miedo a la madurez se obtuvo una media de 76, una mediana de 81, un moda de 65 y una desviación estándar de 19. Esta escala evalúa el deseo de volver a la seguridad de la infancia (Garner; 1998).

En la escala de ascetismo se calculó una media de 57, una mediana de 58, una moda de 48 y una desviación estándar de 26.

La escala de ascetismo evalúa la tendencia a buscar la virtud por medio de ciertos ideales espirituales como la autodisciplina, el sacrificio, la autosuperación y el control de las necesidades corporales (Garner; 1998).

En la escala de impulsividad se obtuvo una media de 58, una mediana de 58, una moda de 60 y una desviación estándar de 23.

Esta escala valora la dificultad para regular los impulsos y la tendencia al abuso de drogas, la hostilidad, la agitación, la autodestrucción y la destrucción de las relaciones interpersonales (Garner; 1998).

Finalmente, en la escala de inseguridad social se obtuvo una media de 79, una mediana de 87, una moda de 93 y una desviación estándar de 20.

Esta escala mide la creencia de que las relaciones sociales son tensas, inseguras, incómodas, insatisfactorias y, generalmente, de escasa calidad (Garner; 1998).

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. Así, 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 26% de sujetos se encuentra por arriba del percentil 70; en la escala de bulimia, el porcentaje fue de 52%; en la de insatisfacción corporal, el 23%; en la de ineficacia, el 45%; en la de perfeccionismo, el 57%; en la que respecta a la desconfianza interpersonal, 71%; en la conciencia introceptiva, el 34%; respecto al miedo a la madurez, 66%; en la de ascetismo, 35%; en la de impulsividad, 45% y finalmente, en la escala de inseguridad social, 66%. 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 altos en la escala de desconfianza interpersonal, con 7 de cada 10 sujetos padeciéndolo, de igual forma, las escalas de miedo a la madurez e inseguridad social presentan índices altos dentro del rango normal; asimismo, se puede asegurar que los resultados son heterogéneos.

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

Diversos autores han afirmado la relación que se da entre los trastornos alimentarios y el estrés.

De acuerdo con Costin (2003), en el caso de los trastornos alimentarios en la ansiedad, aunque no existe ningún trastorno específico, sí existen alteraciones por exceso o por defecto: cuando la ansiedad es aguda, el apetito es normal, pero

cuando pasa a episodios crónicos, se pierde el interés por la alimentación, por otro lado, en ocasiones la ingesta es solo para calmar la ansiedad, lo que da paso a un mecanismo para satisfacer el apetito anómalo.

En la investigación realizada en la Escuela Secundaria Técnica 102, se encontraron los siguientes resultados:

Entre el nivel de estrés y la escala de obsesión por la delgadez, existe un coeficiente de correlación de 0.10 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson.

Esto significa que entre el nivel de estrés y la escala de obsesión por la delgadez no existe correlación, de acuerdo con la clasificación de correlación propuesta por Hernández y cols. (2014).

Para conocer la influencia que existe entre el nivel de estrés y la obsesión por la delgadez, se obtuvo la varianza de factores comunes ( $r^2$ ), donde mediante un porcentaje se indica el grado en que las variables se encuentran correlacionadas. Para obtener esta varianza se eleva al cuadrado el coeficiente de correlación obtenido mediante la “r” de Pearson.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.01, lo que significa que el nivel de estrés y la escala de obsesión por la delgadez hay una relación del 1%.

Por otra parte, entre el nivel de estrés y la escala de bulimia existe un coeficiente de correlación de 0.25 según la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre nivel de estrés y esta escala existe una correlación positiva débil.

El resultado de la varianza de factores comunes fue 0.06, lo que significa que entre el nivel de estrés y la escala de bulimia hay una relación del 6%.

Asimismo, entre el nivel de estrés y la escala de insatisfacción corporal existe un coeficiente de correlación de 0.00, obtenido con la prueba “r” de Pearson. Esto indica que entre estas características no existe correlación.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0, lo que significa que entre el nivel de estrés y la escala de insatisfacción corporal hay una relación del 0%.

Adicionalmente, se encontró que entre el nivel de estrés y la escala de ineficacia existe un coeficiente de correlación de 0.38 a partir de la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre el nivel de estrés y tal escala existe una correlación positiva media.

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

Por otra parte, entre nivel de estrés y la escala de perfeccionismo existe un coeficiente de correlación de 0.24, de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto denota que entre estos atributos existe una correlación positiva débil.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.06, lo que significa que entre el nivel de estrés y la escala de perfeccionismo hay una relación del 6%.

Asimismo, se obtuvo que entre el nivel de estrés y la escala de desconfianza interpersonal la existe un coeficiente de correlación de 0.18, calculado con la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre el nivel de estrés y la escala en cuestión existe una correlación positiva débil.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.03, lo que significa que el nivel de estrés y la escala de desconfianza interpersonal hay una relación del 3%.

De igual manera, se pudo saber que entre el nivel de estrés y la escala de conciencia introceptiva existe una correlación de 0.41, de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre el nivel de estrés y esta escala existe una correlación positiva media.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.17, lo que significa que entre el nivel de estrés y la escala de conciencia introceptiva hay una relación del 17%.

Adicionalmente, se calculó que entre el nivel de estrés y la escala de miedo a la madurez existe un coeficiente de correlación de -0.08, de acuerdo con la “r” de Pearson. Esto indica que entre el nivel de estrés y la escala mencionada no hay correlación.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.01, lo que significa que entre el nivel de estrés y la escala de miedo a la madurez hay una relación de 1%.

Entre el nivel de estrés y la escala de ascetismo existe un coeficiente de correlación de 0.20, de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre el nivel de estrés y dicha escala existe una correlación positiva débil.

El resultado de la varianza de factores fue de 0.04, lo que significa que entre el nivel de estrés y la escala de ascetismo hay una relación del 4%.

Por otro lado, se encontró que el nivel de estrés y la escala de impulsividad existe un coeficiente de correlación 0.32, de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto permite afirmar que entre tales características existe una correlación positiva media.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.10, lo que significa que entre el nivel de estrés y la escala de impulsividad hay una correlación del 10%.

Finalmente, se obtuvo que entre el nivel de estrés y la escala de inseguridad social existe un coeficiente de correlación de 0.19, de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto denota que entre el nivel de estrés y la escala referida existe una correlación positiva débil.

El resultado de la varianza de factores comunes de la varianza fue de 0.03, lo que significa que entre el nivel de estrés y la escala de inseguridad social hay una relación del 3%.

Es importante señalar que una correlación se considera significativa cuando la relación entre variables es de, al menos, el 10%. 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 expresar que el nivel de estrés se relaciona de forma significativa con las escalas de ineficacia, conciencia introceptiva e impulsividad.

En contraparte, no se encontró una relación significativa entre el nivel de estrés y las escalas de obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, miedo a la madurez, ascetismo e inseguridad social.

En función de los resultados presentados, se confirma la hipótesis de trabajo, que afirma la existencia de una relación cuantitativamente significativa entre el nivel

de estrés y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios, en los alumnos adolescentes de tercer grado de la Escuela Secundaria Técnica 102, de Uruapan, Michoacán, en los casos de las escalas de ineficacia, conciencia introceptiva e impulsividad.

Asimismo, se confirma la hipótesis nula para las escalas de obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, miedo a la madurez, ascetismo e inseguridad social.

## CONCLUSIONES

En el presente estudio se logró cubrir los objetivos que orientaron el desarrollo de las indagaciones, tanto de carácter teórico-conceptual, como de campo.

Los objetivos particulares 1, 2, 3 y 4, referidos a la descripción de la naturaleza del fenómeno denominado estrés, se cubrieron de manera suficiente el capítulo 1. En esa parte, se habló de la importancia de tal concepto, de sus causas y efectos en el desarrollo de la vida de las personas.

Los objetivos particulares 5, 6, 7 y 8, relacionados con los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios, se lograron en el desarrollo del capítulo 2. Los principales conceptos, así como los desarrollos teóricos referidos a tal variable, fueron expuestos con la profundidad que exige un informe de investigación.

Por su parte, el objetivo referido a la medición del estrés se cubrió con suficiencia, como producto de la administración del test psicométrico CMAS-R.

Asimismo, el objetivo que establece la evaluación de la evaluación de los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios, se alcanzó con la prueba estandarizada EDI-2, la cual fue descrita, al igual que la anterior, en el apartado de las técnicas e instrumentos de medición.

El hecho de haber cubierto los objetivos particulares anteriores, permitió alcanzar el objetivo general del presente estudio, es decir, fue factible determinar la relación entre las dos variables de interés para la investigadora.

Como aspecto relevante de los resultados obtenidos, se puede decir que en la variable denominada estrés, se encontró que existe un nivel dentro del parámetro normal. Con respecto a la variable de los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios, los resultados indican que la muestra del presente estudio presenta evidencias de que en solo tres escalas se observaron índices altos de indicadores de trastornos.

Como conclusión, para las autoridades educativas de la Escuela Secundaria Técnica 102, es posible hacer la recomendación de intervenir para la prevención de los trastornos alimentarios, debido a que varios de los indicadores salieron en niveles altos, lo cual implica una preocupación en relación con esta problemática.

## BIBLIOGRAFÍA

- Ajuriaguerra, 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; Sandín, Bonifacio; Ramos, Francisco. (1995)  
Manual de psicopatología.  
Editorial McGraw-Hill. España.
- Cascio Pirri, Andrés; Guillén Gestoso, Carlos (Coords.). (2010)  
Psicología del trabajo.  
Editorial Ariel. Barcelona.
- Castillo S., María Dolores; León E., María Teresa. (2005)  
Trastornos del comportamiento alimentario: anorexia y bulimia nerviosa.  
Editorial Formación Alcalá, S.L. España.
- Costin, Carolyn. (2003)  
Anorexia, bulimia y otros trastornos de la alimentación: diagnóstico, tratamiento y  
prevención de los trastornos alimentarios.  
Editorial Diana. México.
- Elorza Pérez-Tejada, Aroldo. (2007)  
Estadística para las ciencias sociales, del comportamiento y la salud.  
Editorial Cengage Learning. México.
- Garner, David M. (1998)  
Inventario de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2).  
TEA Ediciones. Madrid.
- Hernández Sampieri, Roberto; Fernández-Collado, Carlos; Baptista Lucio, Pilar.  
(2014)  
Metodología de la investigación.  
Editorial McGraw-Hill. México.
- Ivancevich, John; Matteson, Michael. (1985)  
Estrés y trabajo.  
Editorial Trillas. México.

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

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

Moreno Villa, Irlanda Estefanía. (2013)  
Relación entre los indicadores de los trastornos alimentarios y el nivel de estrés en alumnos de nivel medio superior.  
Tesis inédita de la Escuela de Psicología de la Universidad Don Vasco, A.C.  
Uruapan, Michoacán, México

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

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

Pérez Morfín, Ismael. (2013)  
El estrés y su relación con los trastornos alimenticios en estudiantes de la carrera de psicología.  
Tesis inédita de la Escuela de Psicología de la Universidad Don Vasco, A.C.  
Uruapan, Michoacán, México

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

Reynolds, Cecil R.; Richmond, Bert O. (1997)  
Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños (Revisada). CMAS-R.  
Editorial Manual Moderno. México.

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

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

## HEMEROGRAFÍA

Barraza Macías, Arturo. (2003)

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

Revista PsicologíaCientífica.com, 7(9).

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

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

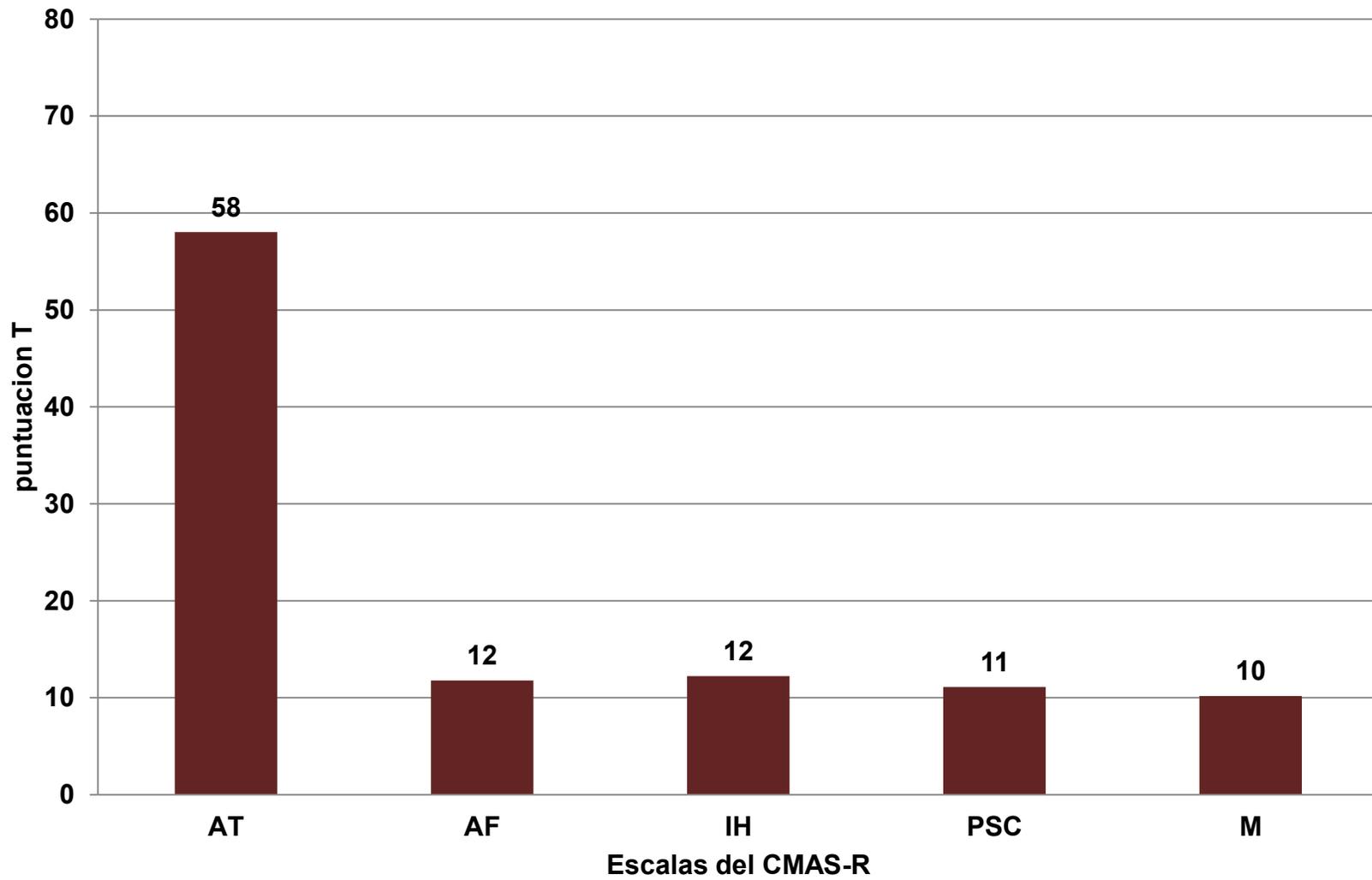
“Estrés y trastornos de la conducta alimentaria”.

Revista Chilena de Neuro-psiquiatría. Recuperado de

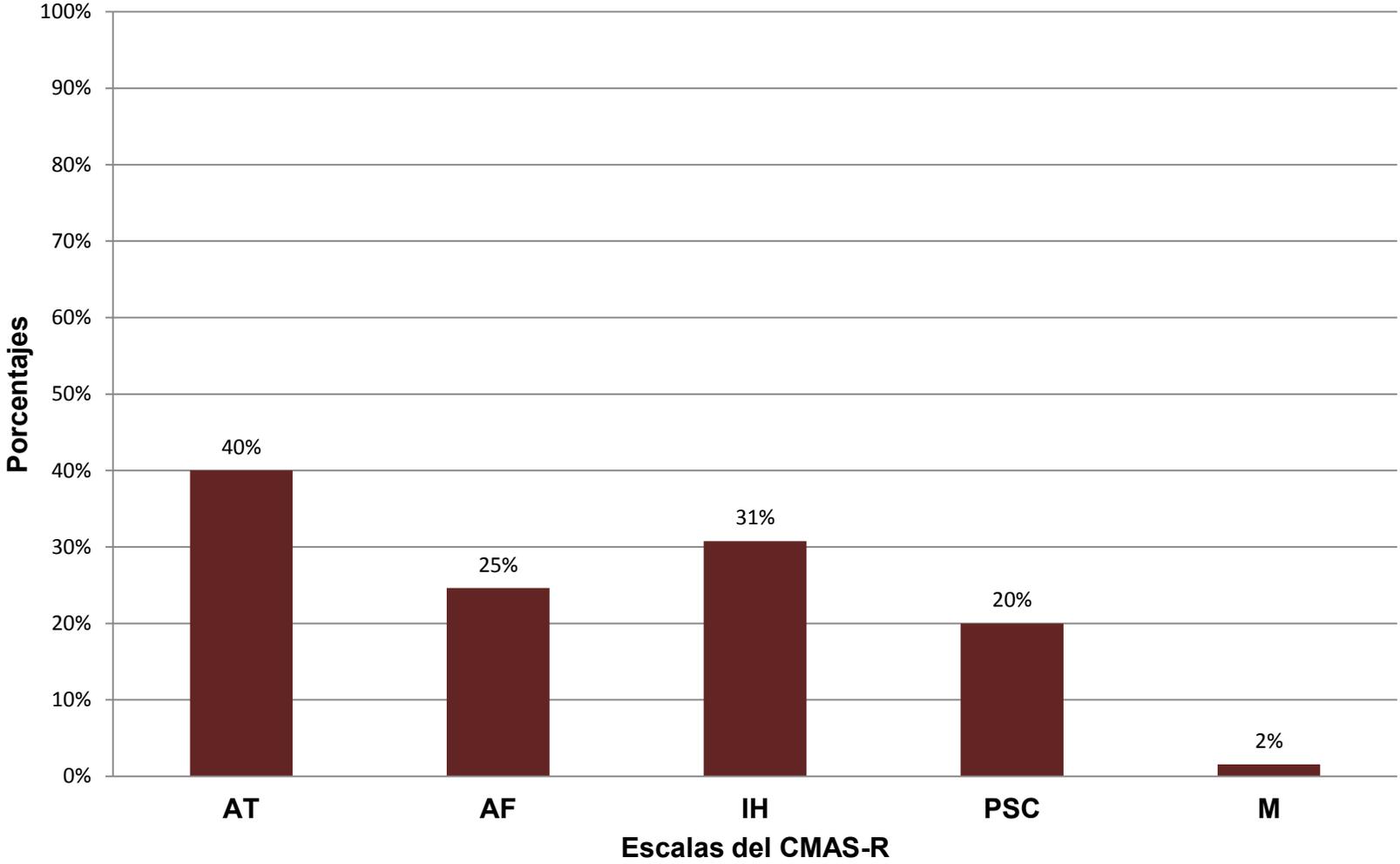
<http://www.scielo.cl/pdf/rchnp/v47n3/art02.pdf>

# ANEXO 1

## Media aritmética de las escalas de estrés

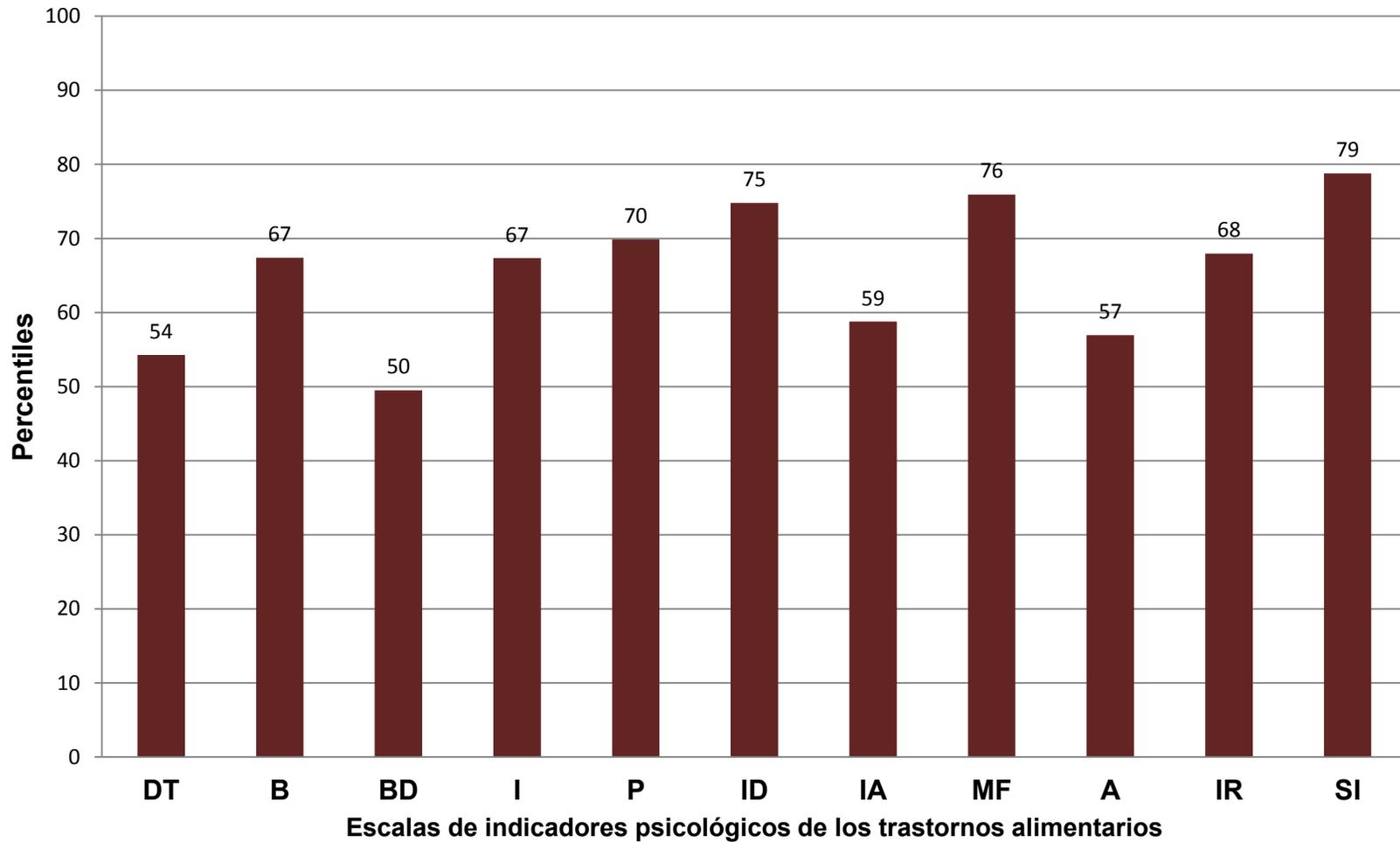


**ANEXO 2**  
**Porcentaje de sujetos con puntajes altos en las escalas de estrés**

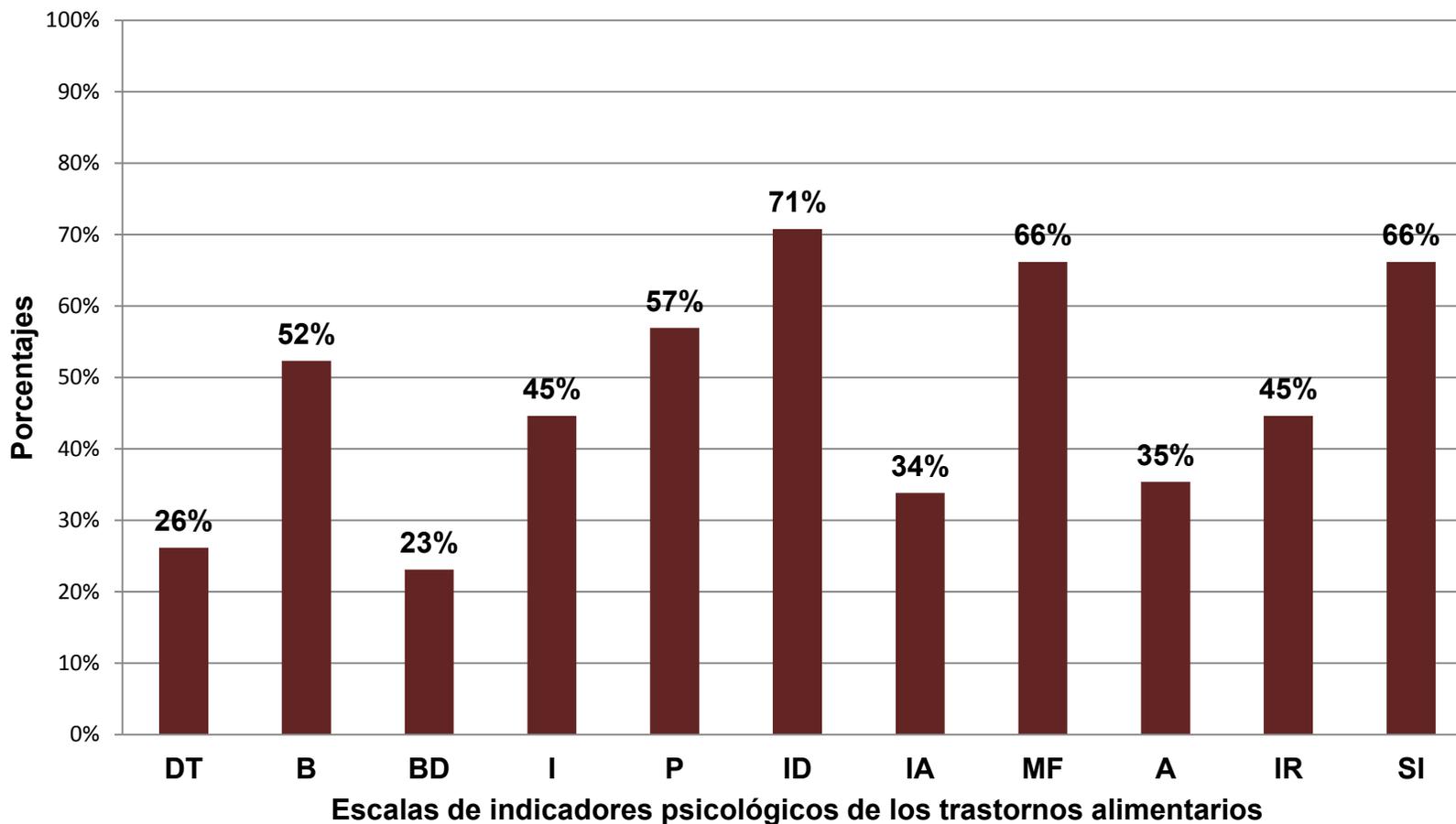


### ANEXO 3

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



**ANEXO 4**  
**Porcentaje de sujetos con puntajes altos en las escalas de indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios**



## ANEXO 5

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

