



**UNIVERSIDAD  
DON VASCO**

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

INCORPORACIÓN No. 8727-25 A LA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.

---

---

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

**NIVEL DE ESTRÉS Y SU RELACIÓN CON LOS TRASTORNOS  
ALIMENTARIOS EN ALUMNOS DE SECUNDARIA**

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

ELLEN HILDEGARDA CARRILLO URIBE

ASESOR: LIC. HECTOR RAUL ZALAPA RIOS

URUAPAN, MICHOACÁN. A 27 DE FEBRERO DE 2020.



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 . . . . .	5
Objetivos . . . . .	6
Hipótesis . . . . .	7
Operacionalización de las variables . . . . .	8
Justificación . . . . .	9
Marco de referencia . . . . .	11

## **Capítulo 1. El estrés.**

1.1 Antecedentes históricos del estrés. . . . .	13
1.2 Tres enfoques teóricos del estrés . . . . .	16
1.2.1 El estrés como estímulo . . . . .	16
1.2.2 El estrés como respuesta. . . . .	18
1.2.3 El estrés como interacción. . . . .	21
1.3 Los estresores . . . . .	23
1.3.1 Los estresores psicosociales . . . . .	24
1.3.2 Los estresores biogénicos . . . . .	26
1.4 Procesos del pensamiento que propician el estrés . . . . .	26
1.5 Los moduladores del estrés. . . . .	28
1.5.1 El control percibido . . . . .	29

1.5.2 El apoyo social . . . . .	29
1.5.3 El tipo de personalidad: A/B . . . . .	31
1.5.3.1 Personalidad tipo A y problemas cardiacos. . . . .	32
1.6 Los efectos negativos del estrés . . . . .	33

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

2.1 Antecedentes históricos de la alimentación. . . . .	36
2.2 Definición y características clínicas de los trastornos alimentarios. . . . .	37
2.2.1 Anorexia nerviosa. . . . .	37
2.2.2 Bulimia nerviosa . . . . .	40
2.2.3 Obesidad . . . . .	42
2.2.4 Trastorno por atracón. . . . .	43
2.2.5 Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas . . . . .	44
2.2.6 Vómitos en otras alteraciones psicológicas. . . . .	45
2.2.7 Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia. . . . .	45
2.3 Esfera oroalimenticia en el infante. . . . .	49
2.3.1 Organización oroalimenticia. . . . .	50
2.3.2 Alteraciones en la esfera oroalimenticia. . . . .	50
2.4 Perfil de la persona con trastornos de alimentación. . . . .	52
2.5 Causas del trastorno alimentario. . . . .	54
2.5.1. Factores predisponentes individuales. . . . .	55
2.5.2. Factores predisponentes familiares. . . . .	57
2.5.3. Factores socioculturales. . . . .	59
2.6. Percepción del cuerpo en el trastorno alimentario. . . . .	61

2.7. Factores que mantienen los trastornos alimentarios.	63
2.8 Trastornos mentales asociados a los trastornos alimentarios.	64
2.9 Tratamiento de los trastornos alimentarios..	66

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

3.1 Descripción metodológica	68
3.1.1 Enfoque cuantitativo.	69
3.1.2 Investigación no experimental	71
3.1.3 Investigación transversal	71
3.1.4 Alcance correlacional	72
3.1.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.	74
3.2 Población y muestra	77
3.2.1 Descripción de la población.	77
3.2.2 Descripción del tipo de muestreo	78
3.3 Descripción del proceso de investigación.	79
3.4 Análisis e interpretación de resultados.	82
3.4.1 El nivel de estrés en los alumnos de la Escuela Secundaria Técnica No. 30.	82
3.4.2 Indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en la población de estudio.	85
3.4.3 Relación entre el nivel de estrés y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios.	90
Conclusiones	96

Bibliografía . . . . .	98
Mesografía . . . . .	101
Anexos.	

# INTRODUCCIÓN

En el presente apartado se mostrarán los principales aspectos de la investigación, esto servirá para conocer los antecedentes de las dos variables, que son el estrés y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios; además, se plantean los objetivos que se deben cumplir al finalizar con la investigación.

## **Antecedentes**

Como primer asunto, conviene definir las variables que se examinan en el presente estudio. En cuanto a la primera de ellas, “El término stress es de origen anglosajón y significa ‘tensión’, ‘presión’, ‘coacción’” (Caldera y cols.; 2007: 79).

De acuerdo con Caldera y cols. (2007), el concepto de estrés se remonta a 1930, cuando Hans Selye, un médico austriaco, observó en los pacientes que estudiaba, que tenían muchos síntomas en común, como la pérdida de apetito o el cansancio, para lo cual utilizó el término *stress*.

Por otra parte, en cuanto a los trastornos alimentarios, según Zagalaz y cols. (2002), la palabra anorexia viene del griego *anorektous*, que se traduce como la falta de apetito, pero, en la actualidad, se dice que el significado correcto de la palabra es la negación al comer con el único fin de no engordar. Estos autores citan a Toro para

explicar la anorexia como un trastorno alimentario que se caracteriza por la pérdida de la ingesta de alimentos y la disminución del peso corporal por decisión voluntaria.

También puede definirse a la anorexia nerviosa como “la fobia a la obesidad, con un deseo irracional de estar delgada y unas alteraciones del control de la ingesta, acompañada de una grave perturbación secundaria de la mente con importantes alteraciones de la esfera familiar y social.” (García, citado por Zagalaz y cols.; 2002).

En otra definición, la anorexia “es una adicción como cualquier otra, en la cual ser delgada es la obsesión y perder peso es el modo de satisfacerla.” (Way, citado por Zagalaz y cols.; 2002).

En el mismo orden de ideas, “la bulimia, relacionada en la mayoría de los casos con la anorexia, describe a quienes la padecen como comedoras convulsivas, que se provocan el vómito tras la ingesta para acallar su conciencia que les demanda mantenerse delgadas.” (Toro y Vilardell, citado por Zagalaz y cols.; 2002: 3).

Una vez definidas las variables del estudio, se muestran enseguida algunas indagaciones que guardan relación con la presente y que pueden constituir una referencia inicial.

Nuño-Gutiérrez y cols. (2002) realizaron una investigación acerca de la prevalencia y factores asociados a las conductas alimentarias de riesgo en adolescentes escolares de Guadalajara según el sexo. Dicho estudio se realizó a 1134

estudiantes de primer año de bachillerato de una preparatoria pública, en el cual se evaluaron las características de: autoestima, impulsividad, síntomas depresivos, ideación suicida, recreación, locus de control, relación con padre/madre, estrés y CAR mediante escalas validadas y estandarizadas.

En este estudio se obtuvieron como resultados los siguientes: en los hombres en el análisis de riesgo, retuvieron asociación la impulsividad, los síntomas depresivos, la ideación suicida y el estrés. Después del análisis multivariado, solo la depresión y el estrés retuvieron asociación. En mujeres en el análisis de riesgo, retuvieron asociación la impulsividad, los síntomas depresivos, la ideación suicida y el estrés. Después del análisis multivariado únicamente la impulsividad, la ideación suicida y el estrés retuvieron asociación.

Existe un estudio de la relación entre el nivel de estrés y los trastornos alimentarios en alumnos del CETis No. 27 de Uruapan Michoacán, el cual se realizó por Rodríguez, en el año 2011. Para dicha investigación se utilizó el método cuantitativo con un enfoque no experimental y de tipo transversal de alcance correlacional no causal.

Con el objetivo de medir la variable estrés, la investigadora utilizó la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños-Revisado (CMAS-R), la cual consta de cuatro subescalas: ansiedad fisiológica, inquietud/hipersensibilidad, preocupaciones sociales/concentración y mentira. Por otra parte, en dicho estudio se usó la prueba Inventario de trastornos de conducta alimentaria (EDI 2), con el fin de evaluar la

segunda variable, la cual evalúa los síntomas que comúnmente acompañan a la anorexia nerviosa y la bulimia.

Esta investigación fue hecha en el Centro de Estudios Tecnológicos e Industriales No. 27, en la ciudad de Uruapan, Michoacán, para la cual participaron los alumnos de cuarto semestre de las distintas especialidades del turno matutino, con edades de entre los 16 y los 17 años de edad, los cuales pertenecían al ciclo escolar 2010- 2011.

Por último, en esta investigación se obtuvo como resultado la confirmación de la hipótesis de trabajo en la correlación de los indicadores de estrés con la escala de conciencia interoceptiva.

Por otra parte, se realizó otro estudio, llamado la relación entre estrés y trastornos alimentarios en alumnos de la Secundaria Técnica 85 de Uruapan, Michoacán, realizado por Toledo, en el año 2011.

Para dicho estudio, se utilizó el enfoque cuantitativo, con una investigación no experimental y un estudio transversal con diseño correlacional. Para medir la variable estrés se usó el test psicológico Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños, Revisada (CMAS-R), además, para la medición de la variable de trastornos alimentarios se aplicó el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2).

Lo anterior fue aplicado a una muestra de estudiantes con un nivel socioeconómico medio-bajo del turno matutino de la Secundaria Técnica 85, ubicada en Toreo el Bajo, en Uruapan, Michoacán. En dicha aplicación se obtuvo como resultado que no existe una relación significativa entre el nivel de estrés y nueve de las once escalas: obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficiencia, desconfianza interpersonal, miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad e inseguridad social, por otra parte, se corrobora la hipótesis de trabajo en el caso de la relación entre el estrés y las escalas denominadas: perfeccionismo y conciencia interoceptiva.

### **Planteamiento del problema**

Según Hernández y cols. (2014), plantear un problema es solo estructurar y aclarar la idea que se tiene para realizar una investigación.

Se considera importante el estudio del estrés ya que, en la actualidad, se han suscitado distintos fenómenos que se hacen presentes de forma física, que traen consigo dolores musculares o que propician el desarrollo de otras enfermedades; además, en los últimos años, el estrés se ha hecho recurrente en edades tempranas.

De igual manera, se pretende investigar los principales indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios, ya que en los últimos años se han dado a conocer nuevos trastornos relacionados con la alimentación como consecuencia de los estereotipos del cuerpo perfecto, a la vez, han aumentado las personas que se ven

afectadas por estos trastornos. Por lo anterior, se considera necesario conocer cuánta es la relación entre los niveles de estrés y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios.

Por otra parte, se sabe que los trastornos alimentarios inician principalmente en la preadolescencia y adolescencia, además, en esta etapa se llega a estar sometido a ciertos niveles de estrés, ya que, para la mayoría de los estudiantes, las actividades escolares y extraescolares los llegan a estresar, por eso, el estudio es realizado en una escuela secundaria, donde los sujetos de estudio se encuentran en esta etapa.

A partir de lo anterior, se trata de concretar la siguiente pregunta:

¿En qué medida se relaciona el nivel de estrés con los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en los alumnos de la Escuela Secundaria Técnica No. 30, “Mártires de Uruapan”, en Uruapan, Michoacán?

## **Objetivos**

Los objetivos de investigación “señalan a lo que se aspira en la investigación y deben expresarse con claridad, pues son las guías del estudio.” (Hernández y cols.; 2014: 37). Para el presente caso, se formularon los que enseguida se enuncian.

## **Objetivo general**

Determinar la relación entre el nivel de estrés y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en los alumnos de la Escuela Secundaria Técnica No. 30, “Mártires de Uruapan”, en Uruapan, Michoacán.

## **Objetivos particulares.**

1. Definir el concepto de estrés.
2. Identificar los niveles de estrés.
3. Analizar los síntomas del estrés.
4. Exponer conceptualmente el término trastornos alimentarios.
5. Presentar los tipos de trastornos alimentarios.
6. Describir los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios.
7. Medir el nivel de estrés en los alumnos de la Escuela Secundaria Técnica No. 30, “Mártires de Uruapan”.
8. Calcular los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en la población de estudio.

## **Hipótesis**

Las hipótesis van a servir como una guía para para ayudar a planificar los resultados que se buscan al realizar una investigación.

### **Hipótesis de trabajo**

El nivel de estrés está relacionado de forma significativa con los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en los alumnos de la Escuela Secundaria Técnica No. 30, “Mártires de Uruapan”, de Uruapan, Michoacán, del ciclo escolar 2019 – 2020.

### **Hipótesis nula**

No existe una relación significativa entre el nivel de estrés y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en los alumnos de la Escuela Secundaria Técnica No. 30, “Mártires de Uruapan”, de Uruapan, Michoacán, del ciclo escolar 2019 – 2020.

### **Operacionalización de las variables**

“Una variable es una propiedad que puede fluctuar y cuya variación es susceptible de medirse u observarse” (Hernández y cols.; 2014: 105).

Según Hernández y cols. (2014), es necesario realizar procedimientos en los que se describan las actividades que el investigador llevara a cabo para cumplir sus objetivos y determinar si existe una relación entre las variables, con el fin de evaluar debidamente los resultados de la investigación.

En esta indagación se consideró como puntajes de los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios los obtenidos por el sujeto en el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI 2), del autor David M. Garner (1998). Este instrumento está conformado por once escalas que representan los principales síntomas que normalmente acompañan a la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa.

Por otra parte, el nivel de estrés será obtenido a través de los resultados estandarizados del Inventario SISCO del Estrés Académico, de Barraza (2007). Este es un instrumento de autoinforme orientado a medir los indicadores del estrés que suelen acompañar a los estudiantes en su proceso académico y en distintos ámbitos de su vida.

Los factores que evalúa son: la percepción de los estresores por parte del estudiante, los síntomas del estrés y las estrategias de afrontamiento. Al final se obtiene una puntuación total, producto de las tres escalas.

## **Justificación**

“La justificación indica el porqué de la investigación exponiendo sus razones. Por medio de la justificación debemos demostrar que el estudio es necesario e importante.” (Hernández y cols.; 2014: 40).

En la actualidad, el estrés es un problema que afecta a las personas desde muy corta edad, en ocasiones llega a ser excesivo, lo cual puede llegar a causar reacciones

fisiológicas que han llegado a ser consecuencia de un desequilibrio en el organismo y, por otro lado, el estrés emocional puede generar otras alteraciones como la ansiedad o la depresión.

Por otra parte, los trastornos alimentarios, en su mayoría, llegan a presentarse en la edad de la adolescencia y han llegado a ser una preocupación de salud pública en muchos países, debido a la incidencia en la cual los adolescentes buscan un modelo físico que implica un peso corporal bajo, comparado con su talla.

Se podría decir que las consecuencias podrían llegar a constituir un problema de salud física y psicológica, y que llegaría a tener efectos fatales si no se le da la importancia que requiere. El estudio de trastornos alimentarios en relación con el estrés es un área de investigación profunda en la actualidad, ha tenido un incremento importante, lo que ha permitido la obtención de un conocimiento más amplio del tema.

La investigación se relaciona directamente con el campo de la psicología, ya que se podría prevenir y trabajar directamente con los pacientes para prevenir los trastornos alimentarios provocados con el estrés, además, como herramienta para conocer los principales indicadores de estos trastornos.

El tema es relevante para la sociedad, ya que, en Uruapan, los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios no constituyen un tema muy conocido, pero sí se han presentado casos, principalmente iniciando en la adolescencia; por otra

parte, el tema del estrés es algo que ha ido aumentando debido al crecimiento de la población y la economía.

Además, la presente investigación beneficiará directamente a la institución, ya que se conocerán aspectos y características importantes de los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en relación con el estrés, así se podrá tener una perspectiva más amplia en relación a lo anterior.

Por ello, realizar una investigación donde se permita observar si existen o no dichos fenómenos y cuánta es la relación que presentan, podría servir como método preventivo para evitar este tipo de trastornos.

### **Marco de referencia**

Esta investigación se realizó en la Escuela Secundaria Técnica No. 30, “Mártires de Uruapan”, con aproximadamente 45 años de antigüedad, la cual se encuentra ubicada en la Avenida Latinoamericana s/n, en la colonia el Mogotito, en la ciudad de Uruapan, Michoacán.

Esta escuela es una secundaria pública y laica, lo cual quiere decir que se reciben alumnos de cualquier religión y condición económica; cuenta con 1300 alumnos entre los dos turnos, matutino y vespertino, además de 110 trabajadores, de los cuales 70 son docentes, la mayoría normalistas y pedagogos.

La institución tiene como misión proporcionar a los alumnos y alumnas de secundaria una formación integral, basada en una educación científica y de calidad, con apego a los valores humanos, el respeto a la diversidad y perspectiva de género, a través de un trabajo colaborativo, una planeación estratégica y practicas docentes flexibles para formar ciudadanos responsables.

Por otro lado, su visión es que el colectivo desarrolla una planeación estratégica e incorpora practicas docentes flexibles, brindando una educación de calidad con calidez a alumnos y alumnas, donde el personal docente que valora y respeta la diversidad cultural, está comprometido con un trabajo colaborativo y reconoce la importancia de la evaluación para la mejora continua.

En esta institución se tienen 10 edificios, los cuales se dividen en salones de clases, laboratorios y oficinas administrativas. También cuenta con dos canchas de basquetbol, una de atletismo, dos de voleibol y una de futbol.

# CAPÍTULO 1

## EL ESTRÉS

En el presente capítulo está orientado a examinar el estrés, para lo cual se retoman elementos como su concepto, antecedentes, enfoques teóricos, elementos que inciden en él y las consecuencias que puede generar en el individuo.

De acuerdo con Lazarus y Lazarus (2002), el estrés negativo se da debido a la percepción de una demanda como amenaza, pérdida o daño y el individuo no dispone de recursos suficientes para enfrentarlos.

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

“La palabra estrés proviene del latín *stringere*, que significa presionar, comprimir, oprimir. Posteriormente este término empezó a utilizarse en la física y la metalúrgica para referirse a la fuerza que se aplica a un objeto y mediante el cual es posible deformarlo o romperlo.” (Sánchez; 2007: 14).

De acuerdo con Lazarus y Lazarus (2000), la palabra estrés alcanzó su primera importancia técnica en el siglo XVII, cuando Robert Hooke intentaba ayudar a encontrar a los ingenieros estructuras hechas por el hombre, ya que los puentes deben sostener cargas impresionantes y debían encontrar estructuras que las resistieran. Este ingeniero explicaba que el hierro forjado es fácil de manejar y altamente

resistente, mientras que el hierro fundido es fácil de romperse, por ello se utilizó el término para definir las exigencias del entorno sobre los sistemas biológicos, sociales y psicológicos, que sería análogo a la carga que debe resistir un puente.

El médico francés Claude Bernard demostró que el ser humano posee, por naturaleza, mecanismos a nivel genético para enfrentar las dificultades del medio ambiente, esto quiere decir que el ser humano tiene la capacidad de mantener la estabilidad interna mientras las condiciones externas se modifican (Sánchez; 2007).

“La estabilidad del medio ambiente interno es la condición indispensable para la vida libre e independiente. Desde este punto de vista, el proceso de sobrevivencia estaría determinado por una interacción entre el ambiente externo y los mecanismos biológicos internos que posee el organismo.” (Slipak, citado por Sánchez; 2007: 16).

Según Sánchez (2007) Walter Bradford Cannon llamó homeostasis el estado dinámico de equilibrio y demostró que el cuerpo del ser humano tiene la capacidad de adaptarse para enfrentarse a peligros externos.

De acuerdo con Cannon (referido por Sánchez; 2007), cuando una persona experimenta cierto grado de miedo o se encuentra ante un estado de alerta, el cerebro activa inmediatamente el sistema nervioso simpático.

“En 1922 Cannon propuso el término homeostasis para designar los procesos fisiológicos coordinados que mantienen constante el medio interno mediante

numerosos mecanismos psicológicos. Insistió sobre todo en la función del sistema nervioso central, en el control del homeostasis y en la descarga de adrenalina por las glándulas medulosuprarrenales, como mecanismo del cerebro frente a una señal de amenaza a la homeostasis, la cual se produce cuando se percibe alguna agresión. Este proceso autónomo provoca, a su vez, modificaciones cardiovasculares que preparan el cuerpo para la defensa.” (Sánchez; 2007: 16).

De acuerdo con Sánchez (2007), Hans Selye identificó una serie de reacciones fisiológicas inespecíficas que se presentaban como reacción a distintos estímulos como símbolo de la adaptación de un organismo, las cuales provocan variaciones de tipo endocrino. A esta reacción la llamó “Síndrome general de adaptación” y más tarde la Organización Mundial de la Salud definió el estrés como la respuesta del organismo ante una demanda del exterior. Estas reacciones son una preparación del organismo para reaccionar ante los estímulos y así tener una reacción de enfrentamiento o huida, los cuales provocan reacciones como la tensión de músculos, pupilas dilatadas, los oídos se agudizan, aumentan la respiración y frecuencia cardiaca, entre otras, las cuales ayudan a generar las respuestas que se tienen ante el peligro.

De acuerdo con Lazarus y Lazarus (2000), durante la Segunda Guerra Mundial surgió un gran interés por el estrés, ya que los soldados muchas veces se desmoronaban emocionalmente, a lo cual se le llamó fatiga de combate o neurosis de guerra. Después de la Segunda Guerra Mundial, resultó evidente que estos síntomas también ocurrían durante la vida cotidiana y no solo durante combate.

De manera general, se afirma: “Lo que hemos aprendido es que todos necesitamos de cierto estrés para movilizar nuestros esfuerzos para enfrentarnos a los problemas habituales del ser humano. El estrés es una respuesta natural a las exigencias de la vida y no es todo malo.” (Lazarus y Lazarus; 2000: 280).

Por otra parte, conviene considerar las diferencias individuales con respecto al estrés. “Lo que para una persona resultaba una gran exigencia o adversidad, no lo era para otra. Además, algunas personas mostraban una mejora cuando funcionaban bajo estrés, otras funcionaban peor, y un tercer grupo no mostraba efectos evidentes.” (Lazarus y Lazarus; 2000: 282)

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

En la literatura especializada sobre el tema del estrés, se pueden identificar tres enfoques teóricos, los cuales se exponen a continuación.

### **1.2.1 El estrés como estímulo**

Según Travers y Cooper (1996), en el siglo V a.C., Hipócrates creía que el ambiente social era un factor determinante para la salud y la enfermedad de los seres humanos.

De acuerdo con Travers y Cooper (1996), este punto de vista sostiene que las características ambientales a las que están expuestas los individuos son factores

incidentes que ejercen presión, y de estos van a depender las conductas de los seres humanos; esto es proporcional al nivel de adaptación al ambiente y a los factores sociales que pueda llegar a tener la persona. Lo anterior quiere decir que existen elementos que ejercen presión de manera física o psicológica, la cual, si se da de forma prolongada, puede llegar a ocasionar diversas reacciones de ansiedad, que a su vez resultarán estresantes.

Este enfoque se centra principalmente en identificar los estímulos principales para estresarse, como puede llegar a ser la presión ambiental, social, psicológica, física, económica o desastres naturales. En conclusión, este enfoque está centrado en medir el nivel de toxicidad que traen consigo los estímulos antes mencionados. (Travers y Cooper; 1996).

“Un elemento inherente en esta teoría del estrés es que cada individuo posee un nivel de tolerancia que es superable, y que este pasarse de la raya puede provocarle unos daños temporales o permanentes. Esto también subraya el hecho de que un individuo está expuesto siempre a multitud de presiones, y puede dominarlas con bastante efectividad, si bien basta un suceso insignificante para desequilibrar la balanza entre una actitud resolutive y un completo hundimiento potencial.” (Travers y Cooper; 1996: 32).

Travers y Cooper (1996) citan a Selye para explicar que el término de estrés no se refiere necesariamente a un fenómeno negativo, sino que se puede considerar como un estimulante, por lo cual se divide al estrés en dos: el eustrés, que es positivo,

el cual ayuda a motivar el desarrollo y el cambio; por otro lado, el distrés, mejor conocido como el estrés negativo, el cual, por lo general suele ser indeseable o incontrolable.

Por otro lado, se conocen cuatro tipos de estrés: el hiperestrés, este es el estrés excesivo; el hipoestrés o defecto de estrés; el distrés o estrés perjudicial y el eustrés o estrés provechoso. (Travers y Cooper; 1996).

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

Según Travers y Cooper (1996), esta perspectiva explica al estrés como una variable dependiente, ya que se le concibe como una reacción frente a una situación o estímulo desagradable.

“Se puede deducir que una persona se ha visto expuesta a condiciones estresantes si manifiesta indicios de tensión” (Fisher, citado por Travers y Cooper; 1996: 29).

En el mismo sentido, “la mayoría de las personas simpatizan enseguida con la afirmación de estar bajo presión como la evidencia más obvia y tangible de que disponemos para percibir los efectos del estrés sobre el individuo, viendo los síntomas que presenta. (...) Esto quiere decir que en este modelo de estrés lo que tiene mayor importancia es la manifestación del mismo. Las respuestas frente al estrés pueden

darse en tres niveles: el psicológico, el fisiológico y el conductual.” (Travers y Cooper; 1996: 30).

En cuanto al grado en que se presenta esta variable, se afirma que “ciertos niveles de estrés parecen ser psicológicamente beneficiosos, agregan interés a la vida, nos ponen alertas, nos ayudan a pensar más rápido, a trabajar de modo más intenso y nos alientan a sentirnos útiles y apreciados, con un propósito definido para nuestra vida y objetivos precisos por alcanzar. Sin embargo, cuando el estrés va más allá de los niveles óptimos, agota nuestra energía psicológica, deteriora nuestro desempeño y a menudo nos deja con un sentimiento de inutilidad y subestima, con escasos propósitos y objetivos inalcanzables.” (Fontana; 1992: 10-11).

Fontana (1992) cita a Selye para explicar el síndrome de adaptación general como un modelo de reacción ante las situaciones estresantes. El estrés se compone de tres fases: la reacción de alarma, que hace referencia a cuando el organismo se alerta y la resistencia fisiológica disminuye en cierto grado; después está la etapa de resistencia, en la cual se desencadena la actividad autónoma, mientras que el organismo reúne fuerzas; por último, está la etapa de agotamiento donde se produce un daño y ocurre el colapso.

Además, Fontana (1992) expone tres esferas afectadas que se superponen en diferentes puntos y su utilización es por convivencia práctica:

En primer lugar, como efectos cognoscitivos del estrés excesivo, se pueden mencionar:

1. Decremento del periodo de la concentración y atención.
2. Aumento de la distractibilidad.
3. Deterioro de la memoria a corto plazo y a largo plazo.
4. La velocidad de respuesta se vuelve impredecible.
5. Aumento de la frecuencia de errores.
6. Deterioro de la capacidad de organización y de la planeación a largo plazo.
7. Aumento de los delirios y de los trastornos del pensamiento.

Entre los efectos emocionales del estrés excesivo, están:

1. Aumento de la tensión física y psicológica.
2. Aumento de la hipocondría.
3. Aparecen cambios en los rangos de personalidad.
4. Aumento de los problemas de personalidad existentes.
5. Debilitamiento de las restricciones morales y emocionales.
6. Aparecen la depresión y la impotencia.
7. Pérdida repentina de la autoestima.

Por último, los efectos conductuales generales del estrés excesivo abarcan:

1. Aumento de los problemas del habla.

2. Disminución de los intereses y el entusiasmo.
3. Aumento del ausentismo.
4. Incremento del consumo de drogas.
5. Descenso de los niveles de energía.
6. Alteración de los patrones de sueño.
7. Aumento del cinismo acerca de los clientes y de los colegas.
8. Se ignora a la nueva información.
9. Las responsabilidades se depositan en los demás.
10. Se resuelven los problemas a un nivel cada vez más superficial.
11. Aparecen patrones de conducta excéntricos.
12. Pueden hacerse amenazas de suicidio.

### **1.2.3 El estrés como interacción**

De acuerdo con Travers y Cooper (1996), este enfoque presenta al estrés como una interacción entre el entorno y la persona.

“El estrés no es un suceso, sino un proceso complejo, variado y desafiante a nivel intelectual” (Pearlin y otros, citados por Travers y Cooper; 1996: 32).

En otras palabras, el estrés es, en cierto grado, una forma de adaptación de la persona al entorno, por eso, se asevera que el estrés tiene lugar en el punto donde se supera la capacidad del ser humano para resistir estos factores, de manera que, para

poder controlar el estrés, la persona deberá tratar de modificar su entorno o las formas de reaccionar frente a una situación concreta (Travers y Cooper; 1996).

En el mismo sentido, “para que un acontecimiento se considere un estímulo estresante, el individuo debe interpretarlo fenomenológicamente. Desde un punto de vista transaccional, el estrés se define como un concepto relacional mediado de forma cognitiva.” (Meichenbaum, citado por Travers y Cooper; 1996: 33).

Se dice que las estructuras mentales pueden llegar a determinar la presencia o ausencia del estrés, es decir, va a depender de la percepción del individuo ante un estímulo estresante para determinar el grado en que este afecte. (Travers y Cooper; 1996)

“Los conceptos de evaluación cognitiva y respuestas de superación constituyen la esencia de este modelo. Se admite que las estructuras que intervienen, tales como la cognición, influirán en el hecho de que una persona experimente o no una situación estresante. Estos modelos consideran a la persona como un agente activo en su entorno; alguien que evalúa activamente la importancia de lo que afecta a su bienestar.” (Lazarus, citado por Travers y Cooper; 1996: 34).

De acuerdo con Travers y Cooper (1996), el estrés no es un aspecto ambiental o una respuesta frente a un estímulo, sino que es un aspecto que relaciona ambos conceptos; constantemente dependerá de la interacción de una persona con el

ambiente en el que se encuentra, en el cual el nivel de estrés puede ser determinado por un conjunto de procesos cognitivos.

Según Travers y Cooper (1996), existen cinco aspectos esenciales del modelo cognitivo: el primero es la valoración cognitiva, la cual se refiere a la percepción subjetiva. En segundo lugar, está la experiencia, de la cual depende la percepción. Después sigue la exigencia, que incluye el requerimiento real y el percibido. En cuarto lugar, se encuentra la influencia interpersonal, esto quiere decir que la forma de percibir una fuente de estrés depende en gran medida de la presencia o ausencia de otras personas y, por último, se encuentra el estado de desequilibrio, cuando existe una falta de correspondencia entre la exigencia que se percibe y la capacidad asumida para superar esa demanda.

El estrés es, en suma, “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**

“Para tu organismo, estrés es sinónimo de cambio. Cualquier cosa que cause un cambio en las rutinas de tu vida es causa de estrés. No importa si se trata de un cambio bueno o malo, ambos son estresores.” (Palmero y cols.; 2002: 424)

Palmero y cols. (2002) citan a Lazarus y Cohen para explicar que existen tres categorías de acontecimientos estresantes o estresores psicosociales de acuerdo con el nivel de intensidad que causan las modificaciones en la vida de una persona: primeramente, están los cambios mayores, que se refieren a los acontecimientos dramáticos o intensos y que, por lo general, afectan a varias personas; luego se encuentran los cambios menores, que hacen referencia a eventos significativos, pero que por lo regular afectan a una sola persona o a un grupo reducido; por último, están los microestresores, que se refieren a los imprevistos cotidianos que causan molestias.

### **1.3.1 Los estresores psicosociales**

Como se mencionaba anteriormente, de acuerdo con Palmero y cols. (2002) Primero se tienen a cambios mayores, que se refieren a sucesos extremos en la vida de una o varias personas, por ejemplo: ser víctima de violencia, tener problemas graves de salud, la migración, catástrofes naturales y demás situaciones de un alto nivel traumático; estos pueden ser de una duración prolongada o, por el contrario, de una forma rápida, pero lo que tienen en común es el efecto traumático que dejan.

En segundo lugar, se encuentran los cambios vitales, los cuales hacen referencia a las situaciones que se encuentran fuera del control del individuo, como lo puede ser el fallecimiento de alguien cercano, el divorcio o la llegada de un hijo. (Palmero y cols.; 2002).

“Existe una serie de áreas en la vida de las personas en las cuales los cambios o alteraciones tienen una trascendencia vital y, por tanto, son altamente significativos; aunque estas son más específicas de cada persona que en el caso de los cambios mayores.” (Palmero y cols.; 2002: 427).

Por último, Palmero y cols. (2002) describen a los estresores cotidianos, también conocidos como microestresores, los cuales se refieren a sucesos que no son de tanta intensidad, pero tienen más frecuencia.

“Se trata de aquellas pequeñas cosas que pueden irritarnos o perturbarnos en un momento dado, como convivir con un fumador desconsiderado o reñir con nuestra pareja. Aunque las molestias que sufrimos a diario sean mucho menos dramáticas que los cambios mayores o menores, aquellas pueden ser incluso más importantes que estos en el proceso de adaptación y de conservación de la salud. Actúan cambiando los patrones de comportamiento automatizado y manteniendo la activación del estrés hasta que se produce una acomodación a las nuevas condiciones.” (Palmero y cols.; 2002: 430).

Un ejemplo de lo anterior podrían ser las responsabilidades domésticas, aspectos relacionados con la economía o el trabajo, problemas ambientales y sociales (Palmero y cols.; 2002).

### **1.3.2 Los estresores biogénicos**

“Los estresores biogénicos no utilizan los mecanismos de valoración cognitiva, y actúan directamente en los núcleos elicidores neurológicos y afectivos, por virtud de sus propiedades bioquímicas inician directamente la respuesta de activación del estrés sin el usual requisito del proceso cognitivo-afectivo.” (Palmero y cols.; 2002: 431).

Según Palmero y cols. (2002) un ejemplo de los estresores biogénicos son los cambios hormonales en el organismo, como los que se presentan en la pubertad; la ingestión de ciertas sustancias químicas, como las anfetaminas, la cafeína, la nicotina, entre otras, también pueden ser factores que propician el estrés; además de las reacciones a ciertos factores físicos, como los estímulos que provocan dolor, calor o frío extremo.

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

Powell (1998) cita a Ellis para exponer su teoría donde habla acerca de que todo ser humano puede llegar a ser racional y, al mismo tiempo, irracional, lo que quiere decir que es posible encontrar la raíz de los problemas emocionales, buscando en las ideas o pensamientos ilógicos, los cuales serían la razón de la distorsión en las ideas que, en su gran mayoría, son resultado de las experiencias en las primeras etapas de vida.

Ellis (referido por Powell; 1998) señala que los seres humanos no son afectados por de manera emocional o psicológica por sucesos en particular, sino por la manera en que son vistos de acuerdo con experiencias pasadas.

Powell (1998, citando a Ellis) explica que las experiencias que se tienen en la niñez influyen en las ideas y pensamientos, ya sean racionales o irracionales, de una persona.

“Solo es posible lograr un equilibrio emocional mediante el ajuste del pensamiento, puesto que nuestros pensamientos o ideas producen nuestras emociones. Es la interpretación equivocada de una situación la que nos lleva a tener perturbaciones emocionales y psicológicas. Podemos obtener armonía emocional y un ajuste en la conducta solo si se pone en duda el pensamiento irracional e irreal.” (Powell; 1998: 93).

Powell (1998: 92-98) cita a Ellis para enlistar once ideas irracionales que se encuentran comúnmente en las personas; las primeras siete, se encontraron en personas con desarrollo de la ansiedad, mientras que las últimas cuatro tienden más a producir hostilidad:

1. Se debe obtener amor y aprobación de todas las personas, en especial las que son importantes para la persona.
2. Se debe ser exitoso y competente en todo logro antes de pensar en sí mismo como una persona valiosa.

3. La felicidad está completamente basada en situaciones externas.
4. Las experiencias pasadas y los eventos en la vida personal determinan la vida y el comportamiento presente del sujeto.
5. Solo existe una solución para los problemas, si no se la encuentra, será trágico.
6. Se debe pensar constantemente y estar preparado para lo peor.
7. Se debe aprender de los demás y tener a alguien más fuerte que para apoyarse en esa persona.
8. Si los planes no van de acuerdo con lo proyectado, será catastrófico.
9. Es más fácil evitar ciertas dificultades a enfrentarlas.
10. Las personas malas deberían ser acusadas.
11. Uno debe preocuparse por los problemas de los demás.

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

De acuerdo con Palmero y cols. (2002), el individuo utiliza casi siempre todos sus recursos personales y sociales para afrontar las situaciones que le provoquen estrés, y estos recursos y características van a depender de las características de cada persona.

“Existe una serie de factores que influyen considerablemente en el estrés, los denominados moduladores, es decir, factores imprescindibles para determinar y predecir cuál será el curso del proceso de estrés y sus repercusiones sobre la salud.” (Palmero y cols.; 2002: 527).

De acuerdo con Palmero y cols. (2002), existen moduladores del estrés, tales como los de carácter social, por ejemplo, el apoyo que puede recibir una persona de sus semejantes; o los de carácter cultural, que hacen referencia a las creencias de un individuo. Estos moduladores están presentes a pesar de que el individuo no esté sometido a cargas importantes de estrés, pero son capaces de determinar los elementos que forman parte de dicha variable, ya sean positivos o negativos.

### **1.5.1 El control percibido**

Uno de los moduladores más comunes es “la percepción de control, entendida esta como una creencia general sobre el grado en el que uno mismo es capaz de controlar y lograr aquellas metas u objetivos deseados, regulando las dificultades que acaecen en el curso de su consecuencia y que influyen sobre la salud” (Fontaine y cols., citados por Palmero y cols.; 2002: 528).

El control percibido puede llegar a tener efectos sobre la conducta, por ejemplo, si una persona cree tener el control sobre alguna situación, aunque no sea real, esta creencia ayudará al individuo a protegerse de efectos negativos que podría provocarle el estrés (Palmero y cols.; 2002).

### **1.5.2 El apoyo social**

De acuerdo con lo planteado por Palmero y cols. (2002), un bajo nivel de apoyo social puede influir en el aumento de enfermedades tanto físicas como psicológicas y,

por el contrario, también podría influir en la salud de distintas formas. Se dice que el apoyo social puede reducir los aspectos negativos de forma significativa, como podría ser la eliminación del impacto del estrés, además de ayudar a la persona a afrontar situaciones estresantes y reduciendo la experiencia de estrés, si este ya de produjo. (Palmero y cols.; 2002).

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

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

Según Cascio y Guillén (2010), el estrés surge del desequilibrio entre las demandas y los recursos del ser humano, por lo tanto, el apoyo social es un recurso para enfrentar las situaciones que generan estrés a una persona. A este respecto, se describen dos mecanismos:

La hipótesis del efecto indirecto o protector, que hace referencia a que cuando las personas se encuentran ante factores estresantes, estos tienen impacto solo cuando se tienen niveles bajos de apoyo social (Cascio y Guillén; 2010).

En este sentido, “sin estresores sociales el apoyo social no influye sobre el bienestar y su papel se limita a proteger a las personas de los efectos patógenos del estrés. Según esto, los recursos aportados por otras personas pueden disminuir la percepción de amenaza de los estresores y redefinir la propia capacidad de respuesta, evitando la aparición de la respuesta de estrés.” (Cascio y Guillén; 2010: 190).

El otro mecanismo es la hipótesis del efecto directo o principal, la cual afirma que el apoyo social ayuda a mantener una completa salud mental y psicológica, siendo independiente el nivel de estrés, lo cual quiere decir que el apoyo social tiene un efecto preventivo ante los malestares psicológicos y el estrés. (Cascio y Guillén; 2010)

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

En lo que concierne a las repercusiones de las formas de comportamiento, “se ha descubierto que los estilos de conducta actúan como modificadores de la respuesta individual ante el estrés, afectando a la relación entre los estresantes psicosociales y las tensiones” (Travers y Cooper; 1996: 90).

Travers y Cooper (1996) señalan que Friedman y Rosenman explicaron los tipos de personalidad A y B como un conjunto de actitudes y rasgos de conducta que determinan en gran parte, dependiendo del tipo, las enfermedades debidas al estrés; de manera específica, descubrieron que el tipo de personalidad A se relaciona con las dolencias coronarias cardiacas. Es importante resaltar que el tipo de personalidad A

no es un rasgo, sino características de la personalidad y, por lo tanto, un mecanismo de defensa que puede ser un determinante al enfrentar el estrés.

Travers y Cooper (1996) describen el tipo de personalidad A con características de hostilidad, agresividad, competitividad y un sentido de la urgencia, además de intolerancia, exigencia y orientación hacia el éxito de sus objetivos. Por otra parte, estas personas también pueden llegar a hablar de forma acelerada con movimientos rápidos y, comúnmente, no se relajan.

Por otra parte, Travers y Cooper (1996) exponen las características de la personalidad del tipo B como individuos que usualmente reaccionan de manera pausada, dedican tiempo de ocio recreativo, además escuchan a los demás y comúnmente les agrada dar y recibir afecto de los demás.

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

Los investigadores del padecimiento de las coronarias se asociaron con el instituto de investigaciones Cardiovasculares Harold Brunn, en los años cincuenta, esto con el fin de desarrollar un método para predecir enfermedades coronarias con base en las respuestas conductuales a estímulos ambientales, a partir de esto, surgieron los tipos de personalidad A y B. (Ivancevich y Matteson; 1985)

Además, se describe que los individuos de personalidad tipo A muestran impulsividad, llegan a tener orientación competitiva, son impacientes con los demás,

no sienten demasiado interés por eventos sociales o convivencias y pocas veces acuden al médico, según ellos porque no disponen de tiempo (Travers y Cooper; 1997).

Por otra parte, “los tipos B pueden tener, en todos los sentidos, metas trazadas como los del tipo A; pueden estar tan deseosos de éxito y logros como ellos. La diferencia estriba en que la persona de tipo B busca la satisfacción de estas necesidades de tal forma que no crea los estragos psicológicos y físicos a los que se enfrenta sujeto el tipo A” (Ivancevich y Matteson; 1985: 203).

Según Ivancevich y Matteson (1985), no existe duda de la relación que existe entre los individuos con conducta de personalidad tipo A y las consecuencias negativas del estrés.

Las personas con características del tipo A aumentan su probabilidad de la exposición a ciertos factores del estrés, además de disminuir su resistencia al estrés debido a que se niegan a relajarse o tomar descansos, es por esto que estas personas crean estrés al estar expuestos constantemente a estresores (Ivancevich y Matteson; 1985).

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

“Las enfermedades originadas por estrés o enfermedades de adaptación, no son el resultado directo de algún agente externo; son consecuencia del intento

imperfecto de nuestro cuerpo por hacer frente a la amenaza planteada por uno o más agentes externos.” (Ivancevich y Matteson; 1985: 106).

En el mismo orden de ideas, “las enfermedades de adaptación no son consecuencia directa de un agente externo, sino que se encuentran asociadas a reacciones de adaptación menos que perfectas, ante los estresores que encontramos en nuestra vida. Nuestras respuestas de adaptación tienen como fin restaurar o mantener la homeóstasis.” (Ivancevich y Matteson; 1985: 106)

Ivancevich y Matteson (1985) describen algunas afecciones específicas en las que el estrés puede llegar a influir:

1. La hipertensión: esta es una enfermedad de los vasos sanguíneos en la cual la sangre fluye por las arterias con una presión elevada; el estrés influye comprimiendo las paredes arteriales y aumentando la presión.
2. Las úlceras: son lesiones que se inflaman en el interior del estómago o intestinos, se generan debido a la variación en los niveles de cortisona; al estresarse aumentan estos niveles y esta es la manera en que afecta el estrés.
3. La diabetes: que se caracteriza por la falta de producción de insulina, lo cual provoca que los pacientes no puedan absorber suficiente azúcar de la sangre, y el estrés aumenta los niveles de esta sustancia, demandando incrementos en la secreción de insulina.

4. Las jaquecas: son el resultado de la tensión muscular, y una de las características del estrés es que se tensan los músculos, por eso, las jaquecas pueden llegar a aumentar con los altos niveles de estrés.
5. Por último, se describe el cáncer. Al respecto, se afirma que las células cancerosas se producen continuamente en el cuerpo y que, en situaciones de estrés elevado, el sistema inmunológico no puede destruirlas, de maera que una de las consecuencias del estrés es la alteración bioquímica en el sistema inmunológico.

Como se puede apreciar, el estrés es una característica inherente al ser humano, si bien se debe mantener en niveles moderados, manejables para la persona, ya que, de lo contrario, puede haber consecuencias biológicas, psicológicas o conductuales, una de las cuales es la presencia de trastornos alimentarios, que constituye el tema del capítulo siguiente.

## **CAPÍTULO 2**

### **TRASTORNOS ALIMENTARIOS**

En este capítulo, se abordarán los trastornos alimentarios más comunes en el contexto actual. Estas perturbaciones son comúnmente caracterizadas por alteraciones en la conducta alimentaria y la percepción.

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

De acuerdo con Jarne y Talarn (2000), desde la antigüedad han existido los trastornos alimentarios, pero estos eran vistos como símbolo de poder o como algo social. Se sabe que los reyes organizaban banquetes y, después de quedar muy llenos, vomitaban para poder seguir comiendo; por otro lado, también se sabe en algunas civilizaciones la alimentación tenía un carácter religioso, de manera que se promovía el ayuno como penitencia y para conseguir un estado espiritual más pleno.

Años después, en 1873, Gull, un médico del hospital La Pitie en París, elaboró un cuadro de descripciones acerca de la anorexia y constató que no tiene una patología orgánica, sino más bien psicogénica (Jarne y Talarn; 2000).

Por otra parte "Russell, en 1979, describió un cuadro caracterizado por episodios de ingesta voraz y conductas posteriores de purga, que consideraba vinculado a la anorexia nerviosa, ya que algunas pacientes anoréxicas evolucionaban

tórpidamente en su trastorno e iniciaban entonces conductas de ingesta voraz y de purga; le denominó bulimia nerviosa y sería una forma ominosa de evolución de anorexia” (Jarne y Talarn; 2000: 142).

En este sentido, “la obesidad, a diferencia de la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, no se considera un trastorno psiquiátrico. Se trataría de un cuadro médico que podría comportar una serie de riesgos para la salud a partir de cierto nivel de peso por encima del considerado como peso ideal.” (Saldaña y Rossell, citados por Jarne y Talarn; 2000: 143).

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

Como primera definición, “se entiende por trastorno alimentario aquellas alteraciones en las que, efectivamente, la conducta alimentaria esta alterada, pero fundamentalmente como consecuencia de los dramáticos intentos que las pacientes hacen por controlar su peso y su cuerpo.” (Belloch y cols.; 1995: 532).

En los subapartados siguientes se explican las principales perturbaciones relacionadas con la alimentación.

### **2.2.1 Anorexia nerviosa.**

Este trastorno tiene manifestaciones que no son exactamente como señala su origen etimológico. “Anorexia quiere decir literalmente falta de apetito y es un término

habitual para designar un síntoma (...). Sin embargo, cuando hablamos de anorexia nerviosa nos encontramos en un caso en el que la persona, lejos de carecer de apetito, se comporta como un organismo hambriento; no come, pero no deja de pensar en cuáles son los alimentos idóneos que debe ingerir para no estar gorda, y es ahí donde radica precisamente su psicopatología.” (Bruch, citado por Belloch y cols.; 1995: 533).

De manera específica, “la anorexia se caracteriza por un deseo intenso de pesar cada vez menos, gran miedo al hecho de estar obesa y un peculiar trastorno del esquema corporal que hace que las pacientes se vean más gordas de lo que están en realidad. El método para conseguir esta pérdida progresiva de peso consiste en una intensa restricción alimentaria, ejercicio físico y conductas de purga.” (Jarne y Talarn; 2000: 150).

Algunas características que tienen las personas en riesgo de sufrir anorexia, incluyen estar realizando constantemente dietas bajas en calorías, aunque su peso no lo justifique y se encuentren dentro de lo normal; también se preocupan constantemente por su figura, el peso y la apariencia física, además existe miedo y rechazo al aumento de peso (Jarne y Talarn; 2000).

Belloch y cols. (1995) citan a Bruch para mencionar tres características básicas que se presentan en la anorexia nerviosa: primeramente, es la distorsión en la imagen corporal, luego está la percepción distorsionada de los estímulos propioceptivos y, por último, un sentimiento de ineficacia personal.

Según Belloch y cols. (1995), la raíz de este trastorno radica en alguna crítica o comentario, ya sea directo o indirecto, acerca del peso o apariencia de la paciente, por lo cual comienza a restringir la ingesta de alimentos con alto contenido calórico. Para ello, las anoréxicas fijan un límite del peso al que quieren llegar, pero comúnmente adelgazan un poco más, con el objetivo de prevenir alguna situación que no entre dentro de sus cálculos previos.

De acuerdo con la APA (2002), si la anorexia inicia en la niñez, no existirá pérdida de peso, sino que habrá falta en el aumento de peso.

De acuerdo con Jarne y Talarn (2000), las alteraciones cognitivas más frecuentes en las pacientes con anorexia nerviosa son los pensamientos distorsionados relacionados con la comida, el peso y la figura, ya que las anoréxicas rechazan a toda costa la idea de llegar a ser obesas; el ser delgadas lo establecen como un objetivo y por esto consideran que su cuerpo puede ser moldeado a su voluntad con el hecho de dejar de comer, porque piensan que cualquier alimento que consuman se convertirá en grasa (Jarne y Talarn; 2000).

De manera conjunta, estas personas presentan alteraciones conductuales y comienzan con una dieta restrictiva; si esta no es suficiente para bajar de peso, entonces acuden a otras conductas como vomitar, tomar laxantes o el ejercicio en exceso (Jarne y Talarn; 2000).

Según la APA (2002), existen dos subtipos de la anorexia nerviosa: el primer subtipo es restrictivo, en el cual se consigue bajar de peso realizando dietas restrictivas, ayunando o realizando ejercicio en exceso; el segundo subtipo es compulsivo/purgativo, donde las pacientes recurren comúnmente a atracones, purgas o ambos.

Castillo y León (2005) describen también la anorexia nerviosa atípica, este término se utiliza para cuando no se cumplen todas las características de la anorexia.

### **2.2.2 Bulimia nerviosa**

Esta perturbación presenta características muy distintivas. “La etimología del vocablo bulimia proviene de las raíces griegas bus-buey- y limos-hambre-, significando, por lo tanto, hambre desmesurada. En el ámbito clínico se aplica a aquellos episodios caracterizados por una necesidad imperiosa, irrefrenable, de ingerir grandes cantidades de comida, generalmente de elevado contenido calórico. Como consecuencia, la persona se ve invadida por fuertes sentimientos de autorrepulsa y culpa, y tiene la necesidad de mitigar los efectos de su exceso, por ejemplo, induciéndose el vómito.” (Belloch y cols.; 1995: 538).

En el mismo sentido, “el síndrome bulímico es un trastorno que se caracteriza por un modelo de alimentación anormal, con episodios de ingesta voraz seguidos por maniobras para eliminar las calorías ingeridas. Después del episodio, el sujeto se siente malhumorado, con tristeza y sentimientos de autocompasión o menosprecio.

Entre los episodios bulímicos, la alimentación puede no ser normal; puede estar restringida o en un perpetuo ciclo de grandes ingestas y vómitos.” (Jarne y Talarn; 2000: 164).

De acuerdo con el DSM-5 (APA; 2014), la bulimia nerviosa se caracteriza por episodios recurrentes de atracones y conductas para compensar la ingesta excesiva y evitar el aumento de peso.

Un atracón es la “ingestión, en un periodo determinado, de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo similar en circunstancias parecidas” (APA; 2014: 396).

De acuerdo con Jarne y Talarn (2000), con base en el DSM-IV, para considerarse bulimia deben existir las conductas compensatorias inapropiadas en un promedio de, al menos, dos veces a la semana, por un mínimo de tres meses.

Por otra parte, Belloch y cols. (1995) exponen tres características que se han observado comúnmente en pacientes con bulimia: la primera es la pérdida del control sobre la ingesta de alimentos, la segunda es la conducta destinada al control de peso, la última es la preocupación extrema por la figura y el peso.

De acuerdo con Jarne y Talarn (2000), los pacientes bulímicos presentan alteraciones conductuales, por ejemplo, presentan comportamientos desordenados, al principio, con la alimentación; conforme avanza, también en otros aspectos de su vida.

Además, presentan atracones que van a depender del estado de ánimo y de los alimentos ingeridos.

“Después de las grandes ingestas, las enfermas bulímicas se hacen muy conscientes de que aquella comida les hará ganar peso; esta posibilidad es inaceptable, les provoca ansiedad y temor que resuelven rápidamente, eliminando lo que han comido a través del vómito, el abuso de laxantes, los diuréticos o el ejercicio excesivo.” (Jarne y Talam; 2000: 168).

Según Jarne y Talam (2000) los pacientes bulímicos también presentan alteraciones cognitivas, como los pensamientos erróneos en relación con la comida, el peso y la figura, además, reelaboran conocimientos acerca de la comida y la dieta de acuerdo con sus miedos y deseos.

### **2.2.3 Obesidad**

“La obesidad es un trastorno crónico que requiere una atención a largo plazo. Aunque se confunde la mayor parte de las veces con exceso de peso, hay que indicar que la obesidad se define con una excesiva acumulación de tejido adiposo en el conjunto corporal.” (Belloch y cols.; 1995: 544).

Según Jarne y Talam (2000), desde el punto de vista de la psicología, las personas con obesidad suelen presentar problemas de personalidad, los cuales compensan por medio de la ingesta de alimentos, por otra parte, existen otros modelos

que consideran que la sobrealimentación puede aparecer como respuesta a tensiones emocionales no específicas, o bien, como sustituto gratificante en situaciones intolerantes.

“La relación entre los aspectos de personalidad y la obesidad no se limita a una relación de causa-efecto en un solo sentido, sino que se especula también con la relación a la inversa” (Jarne y Talarn; 2000: 174).

En la obesidad, se afirma que existen niveles bajos de autoestima y altos de ansiedad y depresión en la población infantil y juvenil (Jarne y Talarn; 2000).

Además, se ha encontrado como un patrón en común que las personas obesas son personas introvertidas, pasivas, tímidas y vergonzosas. Se sabe también que son más propensas a padecer enfermedades psíquicas y sentimientos de inutilidad e inefectividad, además de comportamientos sumisos y menos ambición (Jarne y Talarn; 2000).

#### **2.2.4 Trastorno por atracón.**

Esta perturbación “se caracteriza por la aparición de atracones recurrentes perdiendo, el paciente, el control sobre los mismos, sin conductas compensatorias típicas de la bulimia. (...) Tras la realización de los atracones, el sujeto experimenta un gran malestar con sensación de disgusto, culpabilidad e, incluso, depresión. Come de

forma rápida, sin hambre y con una desagradable sensación de plenitud.” (Castillo y León; 2005: 229).

De acuerdo con Castillo y León (2005), este trastorno aparece, por lo regular, al finalizar la adolescencia o principios de la juventud; con frecuencia se da tras lograr una pérdida significativa de peso por dieta.

Según Castillo y León (2005), algunos de los síntomas que manifiestan las personas con este trastorno pueden ser la ansiedad o depresión, antes de presentar un atracón, aunque no se refleja en todos los pacientes.

Además, “el trastorno interfiere en sus relaciones interpersonales, le provocan baja autoestima, dificultad para aceptarse a sí mismo, depresión, ansiedad y preocupaciones excesivas por su imagen corporal.” (Castillo y León; 2005: 230).

### **2.2.5 Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas**

Este padecimiento se muestra como “ingesta excesiva como una reacción a acontecimientos estresantes y que dan lugar a la obesidad. Duelos, accidentes, intervenciones quirúrgicas y acontecimientos emocionalmente estresantes pueden dar lugar a una obesidad reactiva, en especial en pacientes predispuestos a la ganancia de peso” (Castillo y León; 2005: 225).

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

A este padecimiento “se le conoce también con el término de vómitos psicógenos e hiperémesis gravídica psicógena. Pueden aparecer vómitos repetidos, no autoprovocados, en cuadros disociativos, en la hipocondría como uno de los muchos síntomas corporales experimentados, y en el embarazo en donde los factores emocionales pueden facilitar la aparición de vómitos o náuseas recurrentes.” (Castillo y León; 2005: 225).

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

En este apartado se describen las perturbaciones alimentarias en la etapa evolutiva de la infancia. “La característica fundamental es que el niño rechaza los alimentos o presenta conductas muy caprichosas que se alejan bastante de lo que es una conducta alimentaria normal y lo hace frente a su cuidador habitual. (...) Para diagnosticar este trastorno habrá que descartar que se deba a una enfermedad orgánica. No hay que confundirlo con los pequeños caprichos, tan frecuentes en la infancia y niñez, o las variaciones al alza o la baja de la alimentación.” (Castillo y León; 2005: 225-226).

Existen también los problemas alimentarios menores en la infancia, los cuales se refieren a los comportamientos problema, en relación con la alimentación, pero los cuales no causan un riesgo para la salud del infante (Jiménez; 1997).

Jiménez (1997) cita a Palmero y cols. para proponer una clasificación de las posibles causas del problema, las cuales son las siguientes: problemas de conducta a la hora de la comida, hábitos inadecuados, negación a tomar distintos alimentos, mantenimiento de la conducta triturada en la boca, dificultad para tragar o prolongación en el tiempo de la hora de la comida.

Además de ello, las causas de los problemas antes mencionados podrían deberse a un entrenamiento inadecuado de los comportamientos relacionados con la alimentación, la existencia de algún tipo de disfunción neuromotora o la presencia de algún obstáculo estructural (Jiménez; 1997).

Por otra parte, están los comportamientos disruptivos del niño durante la comida, los cuales se refieren a “la costumbre de comer de pie o levantándose continuamente de la silla; comer solo si al mismo tiempo se está jugando; comer solo si el adulto le mira, le cuenta una historia o simplemente le habla; negarse a utilizar los cubiertos para comer cuando así lo requiera el tipo de alimento; negarse a comer solo cuando ya tiene edad para ello y, en fin, todos aquellos comportamientos que dificultan el establecimiento de hábitos alimenticios adecuados.” (Jiménez; 1997: 211).

Por otra parte, también existe el rechazo a alguna clase de comida, que se puede considerar normal en esta etapa de la infancia, pero el problema radica en si el rechazo del niño es a una gama de ciertos alimentos y se niega a ingerirlos. Los motivos pueden ser diversos, como el olor, el sabor o la dificultad de ingerir la porción (Jiménez; 1997).

La negación a tomar alimentos sólidos y solo acceder a tomarlos líquidos suele aparecer cuando el niño está en la transición de las comidas de bebé a las de adulto; puede que el peso del niño evolucione de una forma normal, pero el tomar solo alimentos líquidos, puede traer afecciones en las encías, los dientes y otros órganos (Jiménez; 1997).

De igual manera, existe la ingesta de comida mezclada la cual “se trata de comer solo aquellos alimentos que están triturados y con mezcla de sabores. Normalmente, el problema lo genera el adulto que se encarga de dar la comida al niño. (...) Tritura los alimentos y mezcla todos aquellos que considere que deba tomar el niño: verduras, carne, fruta, lácteos, etc. De esta forma se asegura de que el niño está bien alimentado.” (Jiménez; 1997).

Por otra parte, se puede llegar a considerar un trastorno de la conducta alimentaria la falta de apetito, pero cabe mencionar que después del primer año, el apetito del niño disminuye de forma natural (Jiménez; 1997).

Según Jiménez (1997), es común que los niños tarden más tiempo en comer que un adulto, pero cuando el tiempo es realmente excesivo (que dependerá de la edad del niño y el tipo de comida) se podría considerar un problema que necesitara la intervención de un adulto. Los motivos de la lentitud pueden ser diversos, por ejemplo: el rechazo a ingerir los alimentos, negación a pasar los alimentos triturados o excesivos estímulos distractores.

Finalmente, se considera el vómito como un trastorno de la conducta alimentaria, pero es importante descartar cualquier causa física; el vómito puede ser provocado como rechazo a la comida o una reacción para evitar cierta situación. Esta reacción no es predeterminada, pero el niño aprende que vomitar le ayudará a evitar cierta situación, entonces lo hace (Jiménez; 1997).

Por otra parte, se sabe que en esta etapa existe el rechazo alimentario, el cual consiste en que el paciente no pierde el apetito, simplemente rechaza la comida; muchas veces no es fácil darse cuenta de esto, ya que los pacientes lo disimulan, diciendo que es por otra causa (Castillo y León; 2005).

De acuerdo con Castillo y León (2005), la pica o alotriofagia se considera una conducta normal hasta antes de los 18 meses de edad, este trastorno consiste en ingerir sustancias que no aportan nutrientes al organismo, por ejemplo, la tierra o el tabique.

Además de ello, en los trastornos alimentarios de la infancia se encuentra la rumiación, también conocida como mericismo; “se trata de un trastorno poco frecuente que aparece entre los tres y los doce meses. Consiste en la regurgitación repetida de la comida ingerida, se acompaña de pérdida de peso o incapacidad para ganar el peso esperado para la edad del niño, debido a que la comida es expulsada o, en otras ocasiones, de nuevo deglutida” (Castillo y León; 2005: 227).

Asimismo, se sabe que la potomanía se trata de la ingesta de líquidos excesiva, por lo regular, agua natural, esto se realiza con el fin de sentir saciedad, pero suele confundirse con la diabetes insípida, por eso, debe hacerse un diagnóstico diferencial (Castillo y León; 2005).

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

Esta área, como su nombre lo indica, involucra a la boca y a las circunstancias relacionadas con la alimentación. “En la serie de reflejos humanos, el automatismo oroalimentario de succión y deglución aparece muy tempranamente. Los movimientos de succión labial, provocados al tocar con los dedos, existen ya desde el nacimiento. La misma lengua se mueve hacia el excitante.” (Ajuriaguerra; 1973: 177).

En el mismo sentido, “la actividad motora de la zona del orificio y circundantes, así como la sensibilidad de sus mucosas, dependen de la región bulboprotuberancial, de los nervios facial, hipogloso y trigémino. Entre la representación cortical y la periférica existen sistemas intermedios de capital importancia para la alimentación oral. Los más recientes experimentos señalan la importancia de las regiones hipotalámicas y rincefálicas. Se han observado importantísimas alteraciones de la actividad oral tras practicar una ablación lateral en el rincefalo en regiones que interesan los núcleos de las amígdalas, la corteza piriforme y el sector rostral del hipocampo.” (Ajuriaguerra; 1973: 176).

### **2.3.1 Organización oroalimenticia.**

De acuerdo con Ajuriaguerra (1973), desde muy temprana edad se va teniendo un contacto con el mundo exterior y es por medio de la esfera oroalimentaria, cuando el niño come de la madre, aunque aún no se reconozca como objeto amado, sino como fuente de alimentación.

Cabe mencionar que el niño tiene mayor reacción cuando está hambriento a que cuando está saciado, además, hay que mencionar que, a los tres meses, el niño reacciona con movimientos al tomar el biberón, y es hasta los ocho meses de nacido que el niño responde a señales de sensibilidad en relación con la alimentación (Ajuriaguerra; 1973).

“La actividad oral es fuente de satisfacción y biológica necesidad de nutrición. Es también una fuente de contacto mediante la apropiación de un objeto externo consistente en coger y dejar, un juego de labios o mordiscos, de ingurgitación y regurgitación” (Ajuriaguerra; 1973: 178)

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

En este subapartado se hablará, concretamente, de aquellas transformaciones negativas que se relacionan con la alimentación del infante.

“La anorexia esencial precoz es relativamente rara. Podrá aparecer en las primeras semanas de vida o el primer día. (...) Se da en un terreno especial: en niños de poco peso, nerviosos, muy despiertos. Al principio muestran una pasividad ante la comida, y pasados algunos meses se muestran reacios a comer.” (Ajuriaguerra; 1973: 185).

En el mismo sentido, “la anorexia del segundo semestre es más frecuente; aparece entre el quinto y el octavo mes, al suprimirse paulatinamente la leche e ir diversificando el régimen, cuando todavía es lábil el apetito y todavía se producen grandes cambios en el desarrollo infantil.” (Ajuriaguerra; 1972: 186).

De acuerdo con la actitud hacia la comida, se señalan dos tipos de anorexia, la inerte, cuando el niño no tiene iniciativa ni coopera, y la de oposición, que es cuando se llora, se gira la cabeza, se rechaza la comida o se vomita (Ajuriaguerra; 1973).

De acuerdo con Ajuriaguerra (1973), Kreisler reconoce dos tipos de anorexia: la simple, que es cuando se tiene un cambio de alimentación después de un incidente; y la compleja, es cuando al niño no le interesa la comida y existe una resistencia a los tratamientos, además, está acompañada por síntomas intensos.

“La anorexia de la segunda infancia suele seguir a la de la primera, pero también suele darse en niños que se han alimentado con normalidad en su primer año y cuyos mecanismos de rechazo son causados tras cierta ritualización de su comida en el ambiente familiar.” (Ajuriaguerra; 1973)

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

Jarne y Talarn (2000) mencionan que la anorexia nerviosa está asociada con el sexo, ya que la mayor parte de los pacientes son mujeres y se cree que en su generalidad se debe a aspectos socioculturales más que a factores de índole biológica, de igual manera, se sabe que la edad de aparición suele ser en la preadolescencia y al inicio de la juventud, aunque también se han presentado casos cada vez más seguidos en edad más precoz.

De acuerdo con Costin (2003), los pacientes con algún tipo de trastorno alimentario comúnmente tienen problemas con la autonomía, es decir, aquellos jóvenes que se sienten preocupados por cómo los perciben los demás, están al pendiente de lo que otros esperan de ellos y de satisfacerlos. Asimismo, se sienten con la obligación de ser la persona “perfecta” y, por lo tanto, les queda poco margen para desarrollar su propio pensamiento, esto trae como consecuencia que con frecuencia duden de sí mismos o de si sus decisiones son las correctas.

Además de ello, los pacientes que presentan estos trastornos tienen sensación de baja autoestima, ya que se juzgan a ellos mismos a partir de apariencias, desde lo que los otros consideran valioso (Costin; 2003).

“El grado en que el individuo se acepta a sí mismo es conocido como autoestima. Cuanto menos parecido a lo que la persona considere como ideal es el concepto que tiene de sí misma, más baja estará su autoestima.” (Costin; 2003: 74).

“La tendencia al perfeccionismo es bastante común entre las jóvenes con trastornos del comer. El sufrimiento y la sensación de ineficacia las hace muy exigentes, a tal punto que nunca sienten que lo que hacen es suficientemente bueno. (...) Esa búsqueda de perfección también se desplaza al peso corporal: para alcanzar la perfección es preciso mantener el cuerpo ideal, a cualquier costo.” (Costin; 2003: 75).

Por otra parte, los trastornos de la alimentación, se generan, por lo regular, en la transición de la etapa de la niñez a la vida adulta, en la cual se presentan diversos cambios a nivel físico, emocional, sexual y social, los cuales traen consigo un aumento de peso corporal. Este puede ser un factor precipitante, ya que se presenta dificultad para aceptar el cambio de cuerpo, lo cual quiere decir que se ha dejado la infancia (Costin; 2003).

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

Cabe mencionar que la anorexia nerviosa se ha llegado a presentar con mayor frecuencia en mujeres con alto rendimiento intelectual, se podría decir que está asociado con el perfeccionismo, la autoexigencia y el deseo de agredir a otros (Jarne y Talarn; 2000).

Por otra parte, se dice que los trastornos alimentarios son más comunes en los países con mayor estatus económico, aunque se ha ido desplazando hacia clases más

bajas; cabe mencionar que es común que los atletas y modelos presenten mayor incidencia. (Belloch y cols.; 1995).

En este orden de ideas, los factores precipitantes “se definen por el fracaso del individuo por adaptarse a las demandas que se le piden en un momento dado. En el caso de los trastornos alimentarios hay una gran coincidencia en las historias respecto a antecedentes de sobrepeso, o haber recibido críticas por su imagen, o por haber padecido algún acontecimiento vital que implique un cambio brusco en la vida del adolescente.” (Belloch y cols.; 1995: 583).

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

Según Costin (2003) los rasgos personales y las características personales no son causa de los trastornos alimentarios, sino que solo son predisponentes. Lo que los puede producir es la combinación de los rasgos personales y características familiares con otros factores contextuales o situaciones de cada persona.

“Existen diferentes factores que inciden para que finalmente alguien tenga un trastorno de la alimentación, pero ninguno de ellos es en sí mismo suficiente. Se necesita de una combinación de los distintos factores, que adquiere características particulares en cada caso.” (Costin; 2003: 51).

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

“Los alimentos representan aspectos de la identidad del sujeto en términos de género, sexualidad, conflictos y autocontrol, así como las formas en que son fundamentales para la interacción social, como la comunicación del amor y del poder.” (Ogden; 2005: 64).

Ogden (2005) cita a Helman para mencionar los cinco tipos de clasificación de las comidas: primeramente se tiene la comida frente a la no comida, la cual se refiere a las sustancias que son comestibles y las que no; en segundo lugar están las comidas sagradas frente a las profanas, en esta clasificación se distinguen las validadas por las creencias religiosas; después se tienen las comidas paralelas, estas indican los alimentos que se clasifican como fríos y como calientes; en cuarto lugar está la comida como medicina, o medicina como comida, la cual describe la separación y el solapamiento entre comida y medicina; por último, está el rubro de las comidas sociales, que describen la función de la comida para desarrollar y afirmar las relaciones colectivas.

“La comida facilita información sobre la identidad personal y actúa como una comunicación de necesidades internas, conflictos internos y el sentido del yo.” (Ogden; 2005: 67).

Por otra parte, se sabe que algunos alimentos se relacionan con el sexo y la sexualidad, esta relación radica en que ambos son impulsos biológicos para la

supervivencia, además, los dos pueden ser placenteros e implican una debilidad al violar los límites corporales normales (Ogden; 2005).

“La comida es una fuente de placer, pero con frecuencia no para las personas que tienen la responsabilidad principal de facilitarla. Las mujeres tienen el control de la comida, pero, al mismo tiempo, se niegan a sí mismas el placer de comer” (Ogden; 2005: 70).

De igual manera, “la comida comunica aspectos del yo en relación con la sexualidad, los conflictos entre la culpabilidad y el placer, el comer y la negación es una declaración de autocontrol.” (Ogden; 2005: 73).

Asimismo, la comida es un símbolo de comunicación entre la familia o las relaciones sociales, a menudo se observa que la comida es un momento de compartir y dialogar, además de que crea cierta identidad grupal y es un medio para demostrar amor, comúnmente utilizado por las mujeres; Del mismo modo en que se demuestra amor, es un medio para cuidar la salud de los que se quiere (Ogden; 2005).

De acuerdo con Ogden (2005) en las familias inglesas se repartía la comida de acuerdo con el poder que tenían sus miembros, comúnmente se le servía el mejor platillo al padre de familia, como un símbolo de autoridad.

La comida puede ser interpretada como información relativa a la identidad cultural y religiosa, ya que lleva consigo parte de tradiciones de ciertos contextos. (Ogden; 2005).

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

Como primera premisa, se tiene que “cuando algún miembro de la familia desarrolla un trastorno de alimentación, inevitablemente todos los demás están involucrados, aunque no porque sean sus causantes.” (Rausch; 1996: 43).

Se ha llegado a escuchar que las familias donde no hay mucha comunicación y poca relación entre sí, son causantes de los trastornos alimentarios, pero estos con solo propuestas, ya que se sabe que se necesitan de varios factores para que comience un trastorno de alimentación (Costin; 2003).

De acuerdo con Costin (2003), se han identificado algunas características típicas de las familias de pacientes con trastornos alimentarios, como escasa comunicación entre los miembros, la incapacidad de resolver conflictos, la sobreprotección de los hijos, la falta de límites o expectativas demasiado altas, entre otras.

Sin embargo, Rausch (1996) señala otras características similares a las anteriores, las cuales son: ambos padres son exigentes, las madres tienen problema con el control de la conducta de sus hijas, los padres tienen signos de depresión y

distancia emocional, los padres promueven la rivalidad entre hermanos y existe mayor tensión en el núcleo familiar.

Se sabe que en las familias de las pacientes con algún trastorno alimentario existe mayor incidencia de trastornos afectivos y alcoholismo o algún consumo de otras sustancias (Rausch; 1996).

Por otra parte, Rausch (1996) afirma que las pacientes con anorexia de tipo bulímico suelen ser más conflictivas y con mayor distanciamiento familiar, en comparación con las pacientes con anorexia de tipo restrictivo y bulimia.

“Hay familias en las cuales la valoración personal depende en gran medida del aspecto físico, y con frecuencia este valor es transmitido de generación en generación.” (Rausch; 1996: 50).

A la vez, se sabe que la falta de comunicación es un factor importante que puede llegar a predisponer, y una de las razones más comunes de la deficiente comunicación es porque le temen al desacuerdo y creen poner en tela de juicio la unidad familiar, por ello, no expresan directamente sus emociones (Rausch; 1996).

De acuerdo con Rausch (1996), otra de las razones por las que las familias tienen que ver, son las reglas, que en ocasiones no han evolucionado, lo que quiere decir que se siguen utilizando las mismas reglas que funcionaban con anterioridad, pero en la actualidad dejan de ser útiles e inhiben el desarrollo y crecimiento.

“Hay familias que suelen ser controladoras y mantienen lazos excesivamente estrechos entre sus miembros, inhibiendo el desarrollo de su autonomía; hay otras que evidencian importantes fallas en el control, lo que resulta en un funcionamiento algunas veces caótico. Generalmente, esto se vincula al desacuerdo entre los padres respecto del control en las pautas de crianza.” (Rausch; 1996: 56).

De manera general, “cuanto más tiempo se mantenga crónico un trastorno alimentario, mayor será el desajuste que produzca en la personalidad de quien lo padece, así como en la vida familiar.” (Rausch; 1996: 43).

### **2.5.3. Factores socioculturales.**

“El contexto sociocultural premia la delgadez y tiene prejuicios contra la gordura. Si bien esto no es reciente, va en aumento en los últimos treinta años. Es importante recordar que cuando hablamos de un cuerpo ideal o espectacular estamos refiriéndonos no a un ideal de salud o bienestar, sino de moda imperante en ese determinado momento. El ideal de belleza ha sido cambiado según las épocas y es diferente en las distintas sociedades.” (Costin; 2003: 59).

De acuerdo con Costin (2003), se asevera que en las últimas décadas se ha hecho creer, principalmente a las mujeres, que el peso y el éxito están entrelazados, lo cual se refiere a que entre más delgada y menos pese una mujer, más éxitos tendrá. Sin embargo, esta es una creencia errónea, ya que las personas con un trastorno

alimentario no se preocupan por su bienestar y mucho menos por tener un buen desempeño en sus actividades, ya sean escolares, laborales o sociales.

Por otra parte, la sociedad se ha encargado de comunicar que la mujer tiene que cumplir con el ser atractiva físicamente y femenina, lo cual constantemente es recalcado por los medios de comunicación (Costin; 2003).

Comúnmente, las mujeres “se sienten culpables por no alcanzar el estereotipo de mujer que venden los medios. Se sienten fracasadas por no poder responder a lo que suponen que son las únicas expectativas que se tienen de ellas. Esto disminuye su sensación de seguridad, la confianza en sus recursos.” (Costin; 2003: 63).

De acuerdo con Costin (2003), la mayoría de las dietas comienzan con el objetivo de ser más delgada, ser atractiva o popular y estar como las modelos que aparecen en televisión para sentirse integradas y aceptadas en la sociedad, lo que puede llegar a desarrollar un trastorno de alimentación cuando no se obtienen los resultados o efectos esperados y por consecuencia, aparece la culpa, la ansiedad o el miedo.

“El perseguir la delgadez nunca llevó a la felicidad. De hecho, cuanto más grave es el trastorno de la alimentación, más difícil es lograr los objetivos personales de bienestar y seguridad.” (Costin; 2003: 65).

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

“Una de las características psicopatológicas que se observa en los enfermos diagnosticados de trastorno de la alimentación es la presencia de trastornos de la imagen corporal. Estos pacientes manifiestan una gran insatisfacción con su propio cuerpo y con ellos mismos, que se suele asociar a una baja autoestima.” (Jarne y Talarn; 2000: 144).

De acuerdo con Jarne y Talarn (2000), la imagen corporal se define como los sentimientos y actitudes hacia el propio cuerpo. Cabe mencionar que están implicados dos procesos, uno cognitivo, que se refiere al grado en que el paciente estima sus dimensiones corporales y, el otro emocional, el cual hace referencia a los sentimientos hacia el propio cuerpo.

Se define la insatisfacción corporal como “una estimación deformada del tamaño corporal y una percepción de que el cuerpo es más voluminoso de lo que es en realidad.” (Ogden; 2005: 98).

De igual manera, se puede conceptualizar la “insatisfacción corporal como una deformación del volumen corporal en comparación con una medida objetiva del volumen, como una discrepancia entre el ideal y la percepción del volumen corporal real o simplemente como los sentimientos y pensamientos negativos con respecto al cuerpo” (Ogden; 2005: 105).

Cabe mencionar que las personas que presentan un trastorno de la alimentación, tienen niveles más altos de insatisfacción corporal en comparación con las personas que no presentan un trastorno alimentario (Ogden; 2005).

“Aunque las personas con trastornos alimentarios manifiesten mayor insatisfacción corporal que quienes no lo padecen, las que siguen regímenes alimentarios muestran mayor insatisfacción que aquellas que no siguen dietas especiales y, en general, las mujeres manifiestan mayor insatisfacción corporal que los hombres.” (Ogden; 2005: 100).

Sin embargo, lo anterior no quiere decir que los hombres no sientan insatisfacción corporal, sino que es una característica que se presenta mayormente en mujeres jóvenes (Ogden; 2005).

Aunque, por otra parte, se dice que la insatisfacción corporal de las lesbianas y los *gays* difiere de la de los heterosexuales; se afirma que las lesbianas están más satisfechas con su cuerpo y se preocupan menos por el peso que las mujeres heterosexuales; en contraste con los *gays*, cuyos niveles de insatisfacción corporal, de acuerdo con investigaciones, son más altos que los de los hombres heterosexuales (Ogden; 2005).

Las pacientes que sufren anorexia nerviosa tienen una alteración en la percepción acerca de su peso, en ocasiones se ven gordas o, en otros casos, se dan cuenta de que están delgadas, pero sigue su preocupación por algunas partes de su

cuerpo, ya que les parecen gordas y de aquí surgen conductas para estimar su tamaño y peso, como puede ser el pesarse constantemente, medirse o verse obsesivamente en el espejo. Además, el nivel de autoestima de estas personas va depender en gran medida de qué tan delgadas se vean. La pérdida de peso lo ven como un logro o éxito y el ganar peso lo asocian con el fracaso (APA; 2002).

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

“Lo que perpetúa el trastorno de la alimentación está más relacionado con lo que se está haciendo (...) que con lo que puede haber dado comienzo al trastorno.” (Costin; 2003: 72).

Perpetuar quiere decir hacer perpetua una situación, o sea, dar duración extensa a las circunstancias (Costin; 2003).

De acuerdo con Costin (2003), una persona se vuelve más vulnerable a sufrir un trastorno de alimentación cuando se mezclan diversos factores individuales, socioculturales y familiares.

“Un evento estresante en una determinada etapa del ciclo vital en un terreno fertilizado por dietas y actitudes extremas respecto al peso y figura, precipita el problema. Pero la perpetuación del trastorno, además de lo que puede haberlo disparado en un comienzo y más allá de eso, está estrechamente relacionado con los

efectos fisiológicos y emocionales del trastorno del comer en sí mismo.” (Costin; 2003: 53)

“Es importante recalcar que, frente a periodos prolongados de ayuno, las probabilidades de tener un atracón compensatorio se acentúan, lo que lleva a la niña preocupada a dietas aún más estrictas. Esa dieta se convierte finalmente en el factor principal de que el trastorno no solo no se supere, sino que se perpetúe. Estos continuos fracasos son una recarga adicional para la frágil autoestima de nuestra joven” (Costin; 2003: 56).

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

Los síntomas relacionados con la afectividad suelen estar presentes desde el comienzo de un trastorno alimentario, haciendo énfasis en el estado de ánimo ansioso e irritable (Belloch y cols.; 1995).

De acuerdo con Belloch y cols. (1995), la anorexia nerviosa no se deriva de la depresión, pero sí existe una relación, ya que se considera que la depresión puede predisponer a una persona para desarrollar anorexia nerviosa y/o agravarla.

Por otra parte, están presentes los síntomas obsesivos en las pacientes con algún tipo de trastorno alimentario, también se sabe que muchas de las pacientes diagnosticadas con obsesión ha tenido una historia previa de anorexia nerviosa (Belloch y cols.; 1995).

Los trastornos alimentarios también están relacionados con la depresión, y en la mayoría de los pacientes con depresión es notoria la disminución en la ingesta de alimentos o, por el contrario, una ingesta excesiva. Los pacientes con depresión melancólica delirante presentan ideación de ruina, por lo tanto, no comen porque presentan delirios sobre problemas económicos. Otro caso son los pacientes con síndrome de Cotard, en este se combina la hipocondría con la ideación delirante nihilista, y los pacientes no comen porque dicen no tener órganos y estar vacíos por dentro (Jarne y Talarn; 2000).

“En las depresiones menores y reactivas el trastorno alimentario no es, como en las melancolías, tan intenso, ni aparece al inicio de la enfermedad. Su presencia se relaciona temporalmente con el nivel de tristeza más alto del enfermo y se corresponde con la fase aguda del trastorno.” (Jarne y Talarn; 2000: 146).

Además de eso, los trastornos alimentarios también están relacionados en la ansiedad. Según refieren Jarne y Talarn (2000), en la ansiedad aguda se presenta la pérdida del apetito moderadamente, mientras que, en la ansiedad crónica, la pérdida de apetito puede llegar a ser sostenida.

Del mismo modo, pueden llegar a existir problemas alimentarios en los trastornos obsesivos compulsivos, ya que se come demasiado lento y se eligen los alimentos meticulosamente, esto está relacionado con la idea de la contaminación de los alimentos que se van a ingerir (Jarne y Talarn; 2000).

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

De acuerdo con Jarne y Talarn (2000) se ha resaltado la importancia y la eficacia de la terapia familiar en los trastornos alimentarios, no porque la familia sea la causa del trastorno, sino porque este es el eje de preocupación de los seres queridos.

“Al considerar a la familia como unidad de abordaje, no lo hacemos porque la consideramos locus etiológico, sino porque pensamos que la conducta actual de los miembros de la familia puede contribuir a mitigar los síntomas y promover salidas más saludables para el paciente y los otros miembros. (...) La familia provee apoyo y sentimiento de pertenencia a sus miembros, y es al mismo tiempo el ámbito en el cual se promueve la diferenciación y adaptación a los otros contextos. La familia como organización debe mantener la estabilidad que define su identidad y, simultáneamente, promover cambio y crecimiento.” (Jarne y Talarn; 2000: 72).

De acuerdo con Ajuriaguerra (1973), hay tres formas básicas para tratar los trastornos de alimentación: la soledad, la llamada terapéutica biológica y la psicoterapia.

“Numerosos autores opinan que es imposible el tratamiento de la anorexia mental dentro del marco familiar y siempre se requiere el más absoluto aislamiento, lo cual supone liberar al anoréxico de visitas y correspondencia mientras no se haga evidente una palpable mejoría. Junto al aislamiento, se requiere una progresiva reeducación en cuanto a la comida, con un control riguroso.” (Ajuriaguerra; 1973: 197).

De acuerdo con Jarne y Talarn (2000) el objetivo principal del tratamiento para las anoréxicas es la recuperación ponderal, en segundo plano se busca normalizar los hábitos alimentarios y resolver problemas psicológicos en aspectos familiares y sociales.

Por otra parte, los objetivos terapéuticos de la bulimia radican primeramente en restablecer las pautas nutricionales normales; también tienen prioridad la recuperación física, la estabilización del peso, rehidratación y corrección de anomalías físicas; después se busca normalizar el estado mental, así como reestablecer las relaciones familiares y sociales. (Jarne y Talarn; 2000).

Una vez expuestos los principios teóricos correspondientes a las variables de estudio, se explicará en el capítulo siguiente la manera en que se recolectaron y procesaron los datos de campo.

## CAPÍTULO 3

### METODOLOGÍA, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

En el presente capítulo se expondrán los principales recursos metodológicos utilizados como guía en esta investigación, para consecutivamente, presentar los resultados obtenidos en este estudio.

#### 3.1 Descripción metodológica

“La investigación es un conjunto de procesos sistemáticos, críticos y empíricos que se aplican al estudio de un fenómeno o problema.” (Hernández y cols.; 2014: 4).

De acuerdo con Hernández y cols. (2014), a lo largo de la historia han ido surgiendo distintos enfoques, que han presentado distintas propuestas como aporte a la investigación, pero los más comunes son el cuantitativo y el cualitativo. Estas orientaciones metodológicas plantean y siguen un proceso sistemático, metódico y empírico, además, ambos presentan ciertas características comunes, las cuales se presentan a continuación:

- Llevan a cabo la observación y evaluación de fenómenos.
- Plantean suposiciones como consecuencia de lo observado y de evaluaciones realizadas.
- Muestran el grado en que las suposiciones pueden llegar a ser reales.

- Plantean las suposiciones en base a pruebas.
- Proponer nuevas ideas o estrategias para aclarar las suposiciones previamente establecidas.

Enseguida se expondrán las características principales del enfoque seleccionado para el presente estudio.

### **3.1.1 Enfoque cuantitativo.**

“El enfoque cuantitativo es secuencial y probatorio. Cada etapa precede a la siguiente y no podemos brincar o eludir pasos. El orden es riguroso, aunque desde luego, podemos redefinir alguna fase. Parte de una idea que va acotándose y, una vez delimitada, se derivan objetivos y preguntas de investigación, se revisa la literatura y se construye un marco o una perspectiva teórica. De las preguntas se establecen hipótesis y determinan variables; en un determinado contexto; se analizan las mediciones obtenidas utilizando métodos estadísticos, y se extrae una serie de conclusiones respecto de la o las hipótesis.” (Hernández y cols.; 2014: 4).

De acuerdo con Hernández y cols. (2014) el enfoque cuantitativo tiene las siguientes características:

- Tiene la necesidad de medir magnitudes en relación con el fenómeno de investigación.

- Se debe plantear un problema y delimitar muy bien.
- Después de delimitar el fenómeno de estudio, se realiza el marco teórico, para de ahí partir hacia una hipótesis.
- En este enfoque se deben recolectar los datos por medio de una medición, utilizar recursos estandarizados y analizar con métodos estadísticos.
- Se debe tener el mayor control posible, para evitar que otras posibles explicaciones desechen la hipótesis propuesta.
- La investigación cuantitativa debe ser lo más objetiva posible.
- En este tipo de investigación, se pretende llevar los resultados obtenidos a una población general.
- Se busca confirmar y predecir los fenómenos de investigación.
- La búsqueda cuantitativa ocurre en la realidad externa.

Sobre esta última afirmación, se puede diferenciar que “hay dos realidades: la primera es la interna y consiste en las creencias, presuposiciones y experiencias subjetivas de las personas, que van desde las muy vagas o generales hasta las convicciones bien organizadas y desarrolladas lógicamente a través de teorías formales. La segunda realidad es objetiva, externa e independiente de las creencias que tengamos sobre ella.” (Hernández y cols.; 2014: 6).

### **3.1.2 Investigación no experimental**

La investigación no experimental hace referencia a los estudios donde no se debe manipular ninguna de las variables establecidas, es decir, para recolectar la información solo se observan los efectos de cierta situación o fenómeno. (Hernández y cols.; 2014).

“En un experimento se construye una realidad. En cambio, en un estudio no experimental no se genera ninguna situación, sino que se observan situaciones ya existentes, no provocadas intencionalmente en la investigación por quien la realiza. En la investigación no experimental las variables independientes ocurren y no es posible manipularlas, no se tiene control directo sobre dichas variables ni se puede influir en ellas, porque ya sucedieron, al igual que sus efectos.” (Hernández y cols.; 2014: 152).

La presente investigación se considera no experimental, ya que no se manipularon los trastornos alimentarios y el nivel de estrés, sino que solamente se midieron tal como se presentaban en los sujetos.

### **3.1.3 Investigación transversal**

“Los diseños de investigación transeccional o transversal recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado.” (Hernández y cols.; 2014: 154).

Los estudios con tipo de diseño “pueden abarcar grupos o subgrupos de personas, objetos o indicadores; así como diferentes comunidades, situaciones o eventos.” (Hernández y cols.; 2014: 155).

La presente investigación se caracteriza como transversal, ya que fue realizada en un solo momento, es decir, la recolección de datos se hizo en un corto periodo de tiempo, con el fin de describir las variables y analizar su incidencia en un solo contexto.

#### **3.1.4 Alcance correlacional**

De acuerdo con Hernández y cols. (2014) este tipo de investigación tiene como objetivo describir si existe o no una relación entre dos o más variables de una muestra en particular. Para establecer si existe correlación, primeramente, se deben medir las variables por separado, para después analizar y establecer si existe un vínculo entre ambas.

“La utilidad principal de los estudios correlacionales es saber cómo se puede comportar un concepto o una variable al conocer el comportamiento de otras variables vinculadas. Es decir, intentar predecir el valor aproximado que tendrá un grupo de individuos o casos en una variable, a partir del valor que poseen en las variables relacionadas.” (Hernández y cols.; 2014: 94).

Existen varias formas de correlación: la primera es la positiva, la cual hace referencia a si se obtienen niveles altos en una variable, también se obtendrán niveles

altos en la otra variable, o por el contrario, si se obtienen niveles bajos en la primera variable, también se obtendrán niveles bajos en la segunda; después esta la correlación negativa, en la cual, si se tienen valores altos en una variable se tenderá a mostrar bajos niveles en la otra; finalmente, también pueden existir casos donde no exista correlación entre las variables, es decir, no se obtiene un patrón sistemático en los resultados (Hernández y cols.; 2014).

Una de las principales utilidades de este alcance es que “si dos variables están correlacionadas y se conoce la magnitud de la asociación, se tienen bases para predecir, con mayor o menor exactitud, el valor aproximado que tendrá un grupo de personas en una variable, al saber qué valor tiene la otra.” (Hernández y cols.; 2014: 94).

Este tipo de alcance tiene valor explicativo, aunque en cierta forma es parcial, debido a que el saber que dos variables se relacionan aporta información explicativa. Además, se sabe que entre mayor sea el número de variables asociadas, mayor será la fuerza de la relación y, por lo tanto, la explicación (Hernández y cols.; 2014).

Se considera que este estudio tiene un alcance correlacional, ya que se busca encontrar la relación que existe entre el nivel de estrés y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios, para ello, primeramente, se midió cada una de las variables por separado.

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

Las pruebas e inventarios se dividen en dos: los no estandarizados y los estandarizados, esta investigación se basó en los segundos; estos se caracterizan por la uniformidad en la forma de administrarse y calificarse, además de los ciclos específicos de desarrollo. Los inventarios estandarizados son aplicables a cualquier persona del tipo para el cual fue creado, algunas tienen flexibilidad en su tiempo de aplicación y otras no (Hernández y cols.; 2014).

De acuerdo con Hernández y cols. (2014), todo tipo de medición de datos de este tipo debe contar con tres características esenciales: confiabilidad, validez y objetividad.

La confiabilidad es el “grado en que un instrumento produce resultados consistentes y coherentes.” (Hernández y cols.; 2014: 200).

Asimismo, la validez se refiere “al grado en que un instrumento mide realmente la variable que pretende medir.” (Hernández y cols.; 2014: 200).

De acuerdo con Hernández y cols. (2014), el concepto de validez se puede referir a tres conceptos: a la evidencia relacionada con el contenido, a la concerniente al criterio y a la vinculada con el constructo.

En esta investigación se utilizaron pruebas estandarizadas, el Inventario SISCO de Estrés Académico y la escala EDI- 2, que serán descritas a continuación.

El Inventario SISCO de Estrés Académico es un instrumento de autoinforme que se enfoca a medir los indicadores del estrés que suelen acompañar a los estudiantes en su proceso académico y en distintos ámbitos de su vida.

Este instrumento fue creado por Barraza (2007) y analizado en sus propiedades psicométricas por Jaimes (2008), en la Universidad Pontificia Bolivariana de Bucaramanga, Colombia, con una población de 330 estudiantes de distintas edades, obteniendo una confiabilidad de variación ítem-total de 0.861 y de análisis por mitades de 0.804. Se analizó también su validez a través del método de rotación varimax, obteniendo resultados satisfactorios.

El inventario está conformado por:

- 1 ítem de filtro, que permite detectar si el candidato es adecuado o no para contestar el inventario.
- 1 ítem de escalamiento tipo Likert, que permite evaluar la intensidad del estrés percibido.
- 8 ítems que identifican la frecuencia en que las demandas del entorno son percibidas como estresores.

- 15 ítems que identifican la frecuencia con la que se presentan los síntomas o reacciones al estímulo estresor.
- 6 ítems que identifican la frecuencia del uso de las estrategias de afrontamiento.

Al final, se obtiene una escala global del índice de estrés general, a partir de la suma de las anteriores.

Por otra parte, el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2) fue elaborado por David M. Garner, en 1998.

El EDI-2 está estandarizado para personas con una edad de 11 años en adelante. Para el proceso de estandarización de dicha prueba, se realizaron varios procesos en distintos grupos, tanto en individuos con bulimia y anorexia nerviosa como en personas que no padecen de esos trastornos alimentarios. En esta investigación, se utilizó el baremo obtenido en la aplicación a hombres y mujeres adolescentes sin trastorno de la conducta alimentaria.

El EDI-2 cuenta con una confiabilidad de 0.83 en el alfa de Cronbach y validez de contenido, concurrente, de criterio y de constructo.

Finalmente, esta prueba cuenta con once escalas, las cuales son: obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficiencia, perfeccionismo,

desconfianza interpersonal, conciencia interoceptiva, miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad e inseguridad social.

### **3.2 Población y muestra**

En este apartado se indican las características de los sujetos de estudio, por lo que se retoman los conceptos de población y muestra.

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

“Una población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones.” (Hernández y cols.; 2014: 174).

Por otra parte, es importante definir y esclarecer los parámetros de la población, con la finalidad de hacer más sencillo el trabajo a la hora de establecer una muestra (Hernández y cols.; 2014).

“Un estudio no será mejor por tener una población más grande; la calidad de un trabajo investigativo estriba en delimitar claramente la población con base en el planteamiento del problema. Las poblaciones deben situarse claramente por sus características de contenido, lugar y tiempo.” (Hernández y cols.; 2014: 174).

En la presente investigación, se tomó una muestra de una población de alrededor de 750 alumnos del turno vespertino, donde la mayoría de los alumnos están

entre los 12 y los 15 años de edad, los cuales se encuentran en nivel socioeconómico medio-bajo.

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

“Para el proceso cuantitativo, la muestra es un subgrupo de la población de interés sobre el cual se recolectarán datos, y que tiene que definirse y delimitarse de antemano con precisión, además de que debe ser representativo de la población.” (Hernández y cols.; 2014: 173)

De acuerdo con Hernández y cols. (2014), la mayoría de las veces no es posible medir a toda la población, por lo que se busca obtener una muestra representativa de cierto grupo, con la finalidad de obtener resultados que sean el reflejo de un conjunto poblacional.

Además, se conocen algunos tipos de muestra; como lo es el probabilístico, el cual consiste en que todos los elementos de una población tienen la misma posibilidad de ser elegidos para representar a la población por medio de una selección aleatoria; por otra parte, está el tipo de muestra no probabilístico, en el cual el procedimiento de selección está orientado en cuanto a las características de la investigación, más que por un criterio estadístico (Hernández y cols.; 2014).

En la presente investigación se utilizó el tipo de muestra no probabilístico, ya que no se siguió ningún método estadístico para la selección de la muestra.

Particularmente, en este estudio la muestra consta de 99 alumnos de entre los 12 y los 16 años de edad, que están cursando el segundo y tercer grado de secundaria.

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

La idea de realizar una investigación acerca de la relación del nivel de estrés con los trastornos alimentarios, se debe a que son dos variables a las que todos están expuestos, algunos en mayor medida que otros; por otra parte, se realizó esta investigación en adolescentes porque se sabe que es la edad donde comienzan los trastornos alimentarios.

Por otro lado, para realizar la investigación, primeramente, se planteó un problema en relación a las dos variables, para después establecer los objetivos, que giran en torno a establecer la relación entre el nivel de estrés y los trastornos alimentarios en los alumnos de la Escuela Secundaria Técnica No. 30, “Mártires de Uruapan”, por consecuencia, se buscó una hipótesis para comenzar a explicar así los posibles resultados de la investigación.

La presente investigación consta una introducción y tres capítulos. En la investigación se mencionaron las bases con las que se inició en presente proyecto, además, el primer capítulo es referido a la primera variable, estrés; en él se cumplieron los tres primeros objetivos particulares. En el segundo capítulo se explica de forma teórica los temas relacionados con los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios, cumpliéndose en este los objetivos cuarto, quinto y sexto; por último, en

el tercer y último capítulo se exponen los resultados obtenidos de la aplicación de pruebas en relación con las dos variables, además, se explica el proceso que se tuvo que seguir para llegar a los resultados.

Por otra parte, para poder aplicar las pruebas a la muestra de estudio, se tuvo que hablar primeramente con el subdirector de la institución para poder obtener el permiso, se le explicó en qué consistía el estudio y cómo era la aplicación de los instrumentos de medición. Como respuesta, él accedió a la petición. Después de un mes, aproximadamente, fue la aplicación.

Debido a lo anterior, se administraron las pruebas a los grupos que tenían clases libres, la aplicación fue a cuatro grupos de aproximadamente 25 alumnos cada uno, tres fueron de tercer grado y uno de segundo; por otra parte, la aplicación fue de forma colectiva.

Además, la recolección de datos mediante las dos pruebas duro aproximadamente 40 minutos por grupo, por eso se aplicó en dos días, dos grupos por día. En los grupos de tercero fue más fácil, debido a que los alumnos estaban en silencio y poniendo atención a las instrucciones, mientras que en el grupo de segundo fue un poco más lento, porque hablaban mucho y algunos reactivos les parecían graciosos.

Después de la aplicación de los tests, se calificó primeramente el SISCO, contando los puntos de cada respuesta, para después utilizar la tabla del puntaje T e

interpretar los puntos contados anteriormente. En un segundo momento, se calificó el test EDI-2, utilizando una plantilla para contar los puntos de las respuestas, para después traducirlos a percentiles y hacer una interpretación de los resultados.

Después de lo anterior, los resultados obtenidos se vaciaron a una hoja de cálculo, la cual contenía el nombre, la edad, el sexo y el puntaje de cada una de las escalas de las pruebas aplicadas. A partir de los datos obtenidos, se procedió al análisis estadístico de la información y a su interpretación.

Los resultados de investigación de campo se muestran a continuación.

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

En este apartado se presentan los hallazgos de la indagación en el presente estudio. Esta información se estructura, para su mejor comprensión, en tres categorías de análisis: la primera de ellas refiere los datos encontrados respecto de la variable estrés en la muestra de estudio; la segunda categoría muestra los datos referentes a los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios; finalmente, la tercera y última categoría da cuenta de la relación estadística encontrada entre las dos variables de estudio para poder llegar a la verificación de las hipótesis planteadas inicialmente.

#### **3.4.1 El nivel de estrés en los alumnos de la Escuela Secundaria Técnica No. 30.**

De acuerdo con lo señalado por Ivancevich y Matteson (1985: 23), el estrés se puede definir como “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”

Mediante la aplicación del Inventario SISCO de Estrés Académico, se obtuvieron datos relevantes de acuerdo con cada una de las escalas que contiene la prueba. Los resultados, traducidos a puntajes T, se presentan a continuación.

En la escala que mide los estresores se obtuvo una media de 45. 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 45.

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 50.

También se obtuvo el valor de una medida de dispersión, específicamente de la desviación estándar, la cual se describe como la raíz cuadrada de la suma de las desviaciones al cuadrado de una población, dividida entre el total de observaciones. (Elorza; 2007). El valor obtenido en la escala de estresores es de 9.4.

Asimismo, en la escala de síntomas del estrés se obtuvo una media de 46, una mediana de 45, una moda de 35 y una desviación estándar de 11.3.

Por otra parte, en la escala que se enfoca a evaluar las estrategias de afrontamiento se obtuvo una media de 40, una mediana de 40, una moda de 40 y una desviación estándar de 10.1.

Finalmente, como puntaje total de estrés y producto de las tres escalas anteriores, se obtuvo una media de 41, una mediana de 40, una moda de 35 y una desviación estándar de 11.2.

En el Anexo 1 se muestran gráficamente los resultados de la media aritmética de cada una de las escalas mencionadas anteriormente.

A partir de los datos presentados, se puede interpretar que el nivel de estrés en la muestra estudiada se ubica en un nivel dentro de los parámetros normales, esto en función de que las medidas de tendencia central se ubican dentro del rango de normalidad que marca la escala de puntajes T, que es entre 40 y 60.

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 de 60. Así, se ubicarán las escalas en las que hay mayor incidencia de casos preocupantes sobre el problema de estrés.

En la escala de estresores, el 2% de sujetos se encuentra por arriba del puntaje T 60; en la escala de síntomas del estrés, el porcentaje fue de 8%; en la de estrategias de afrontamiento, el 2% y, finalmente, en el total de estrés, el 3%.

Estos datos se pueden observar gráficamente en el Anexo 2.

En función de los datos anteriores, se puede afirmar que son muy pocos casos que presentan problemas de estrés en la muestra de estudio, por lo cual no se puede considerar que sea un problema a nivel institucional.

### **3.4.2 Indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en la población de estudio.**

De acuerdo con lo señalado por Belloch y cols. (1995: 532), “se entiende por trastorno alimentario aquellas alteraciones en las que, efectivamente, la conducta alimentaria esta alterada, pero fundamentalmente como consecuencia de los dramáticos intentos que las pacientes hacen por controlar su peso y su cuerpo”.

Por otra parte, “anorexia quiere decir literalmente falta de apetito y es un término habitual para designar un síntoma (...). Sin embargo, cuando hablamos de anorexia nerviosa nos encontramos en un caso en el que la persona, lejos de carecer de apetito, se comporta como un organismo hambriento; no come, pero no deja de pensar en cuales son los alimentos idóneos que debe ingerir para no estar gorda, y es ahí donde radica precisamente su psicopatología.” (Bruch, citado por Belloch y cols.; 1995: 533).

Además, “la etimología del vocablo bulimia proviene de las raíces griegas bus-buey- y limos-hambre-, significando, por lo tanto, hambre desmesurada. En el ámbito clínico se aplica a aquellos episodios caracterizados por una necesidad imperiosa, irrefrenable, de ingerir grandes cantidades de comida, generalmente de elevado contenido calórico. Como consecuencia, la persona se ve invadida por fuertes

sentimientos de autorrepulsa y culpa, y tiene la necesidad de mitigar los efectos de su exceso, por ejemplo, induciéndose el vómito.” (Belloch y cols.; 1995: 538).

Mediante la aplicación del instrumento EDI-2, se obtuvieron datos relevantes de acuerdo con cada una de las escalas 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 74, una mediana de 82, una moda de 99 y una desviación estándar de 23.2.

La escala mencionada 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 70, una mediana de 77, una moda de 41 y una desviación estándar de 22.2.

La escala referida 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 77, una mediana de 79, una moda de 79 y una desviación estándar de 19.4.

Dicha escala se considera uno de los aspectos de la perturbación de la imagen corporal característica de los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria (Garner; 1998).

Por otra parte, en la escala de ineficacia se obtuvo una media de 78, una mediana de 86, una moda de 98 y una desviación estándar de 93.6.

La escala indicada 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 69, una mediana de 76, una moda de 76 y una desviación estándar de 26.6.

La escala en cuestión mide el grado en que el sujeto cree que sus resultados personales deberían ser mejores (Garner; 1998).

En la escala de desconfianza interpersonal se obtuvo una media de 68, una mediana de 80, una moda de 40 y una desviación estándar de 26.4.

Tal escala 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 interoceptiva se obtuvo una media de 71, una mediana de 80, una moda de 93 y una desviación estándar de 27.1.

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

Particularmente, en la escala de miedo a la madurez, se dio una media de 70, una mediana de 82, una moda de 97 y una desviación estándar de 29.2.

La escala mencionada evalúa el deseo de regresar a la seguridad de la infancia. En especial, se identifica el temor a las experiencias psicológicas o biológicas relacionadas con el peso de la adultez.

En la escala de ascetismo se obtuvo una media de 65, una mediana de 69, una moda de 48 y una desviación estándar de 27.4.

La escala referida 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 65, una mediana de 66, una moda de 36 y una desviación estándar de 27.9.

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 84, una mediana de 91, una moda de 98 y una desviación estándar de 19.1.

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 escalas 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 67% de sujetos se encuentra por arriba del percentil 70; en la escala de bulimia, el porcentaje fue de 55; en la de insatisfacción corporal, el 68%; en la de ineficacia, el 70%; en la de perfeccionismo, el 57%; en la referida a la desconfianza interpersonal, 56%; en la de conciencia

interoceptiva, 59%; respecto a la de miedo a la madurez, 60%; en la de ascetismo, 46%; en la de impulsividad, 49% y, finalmente, en la escala de inseguridad social, el 80%. Estos datos se pueden observar gráficamente en el Anexo 4.

Se puede afirmar que la mayoría de los alumnos presenta puntajes preocupantes en las distintas escalas que refieren los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios. Esto lo convierte en un problema a nivel institucional que es urgente atender en el estudiantado de esta escuela.

### **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.

Nuño-Gutiérrez y cols. (2002) realizaron una investigación acerca de la prevalencia y factores asociados a las conductas alimentarias de riesgo en adolescentes escolares de Guadalajara según el sexo, el cual se realizó a 1134 estudiantes de primer año de bachillerato de una preparatoria pública, en el cual se evaluaron las características de: autoestima, impulsividad, síntomas depresivos, ideación suicida, recreación, locus de control, relación con padre/madre, estrés y CAR mediante escalas validadas y estandarizadas.

En la investigación realizada en la Escuela Secundaria Técnica No. 30, “Mártires de Uruapan”, se encontraron los siguientes resultados:

Entre el nivel de estrés y la escala de obsesión por la delgadez, existe un coeficiente de correlación de 0.30 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson.

Esto significa que entre el nivel de estrés y la escala mencionada existe una ausencia de correlación, de acuerdo con la clasificación de correlación que exponen Hernández y cols. (2014).

Para conocer la influencia que existe entre el nivel de estrés y la escala antes mencionada, 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 (Hernández y cols.; 2014).

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.09, lo que significa que entre el estrés y la escala de obsesión por la delgadez hay una relación del 9%.

Por otra parte, entre el nivel de estrés y la escala de bulimia existe un coeficiente de correlación de 0.38 cuantificado con la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre estrés y esta escala existe una correlación positiva media. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.15, lo que significa que entre el estrés y la escala de bulimia hay una relación del 15%.

Asimismo, entre el nivel de estrés y la escala de insatisfacción corporal existe un coeficiente de correlación de 0.23 calculado con la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre el estrés y tal escala existe una correlación positiva débil. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.05, lo que significa que entre el estrés y la escala de insatisfacción corporal hay una relación del 5%.

Adicionalmente, se encontró que entre el nivel de estrés y la escala de ineficacia existe un coeficiente de correlación de 0.48 a partir de la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre el estrés y la escala indicada existe una correlación positiva media. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.23, lo que significa que entre el estrés y la escala de ineficacia hay una relación del 23%.

Por otra parte, entre el nivel de estrés y la escala de perfeccionismo existe un coeficiente de correlación de 0.36 según la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre el estrés y tal escala existe una correlación positiva media. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.13, lo que significa que entre el estrés y la escala de perfeccionismo hay una relación del 13%.

Asimismo, se obtuvo que entre el nivel de estrés y la escala de desconfianza interpersonal existe un coeficiente de correlación de 0.16, calculado con la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre el estrés y dicha escala existe una correlación positiva débil. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.03, lo que significa que entre el 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 interoceptiva existe un coeficiente de correlación de 0.54 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre el estrés y esta escala existe una correlación positiva considerable. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.29, lo que significa que entre el estrés y la escala de conciencia interoceptiva hay una relación del 29%

Adicionalmente, se calculó que entre el nivel de estrés y la escala de miedo a la madurez existe un coeficiente de correlación de 0.19 según la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre el estrés y la escala referida existe una correlación positiva débil. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.04, lo que significa que entre el estrés y la escala de miedo a la madurez hay una relación del 4%

Entre el nivel de estrés y la escala de ascetismo existe un coeficiente de correlación de 0.36 obtenido con la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre el estrés y dicha escala existe una correlación positiva media. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.13, lo que significa que entre el estrés y la escala de ascetismo hay una relación del 13%

Por otro lado, se encontró que entre el nivel de estrés y la escala de impulsividad existe un coeficiente de correlación de 0.30 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre el estrés y tal escala existe una correlación positiva débil. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.09, lo que significa que entre el estrés y la escala de impulsividad hay una relación del 9%.

Finalmente se obtuvo que entre el nivel de estrés y la escala de inseguridad social existe un coeficiente de correlación de 0.34, a partir de la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre el estrés y la escala antes mencionada existe una correlación positiva media. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.12, lo que significa que entre el estrés y la escala de inseguridad social hay una relación del 12%.

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

En función de lo anterior, se puede afirmar que el nivel de estrés se relaciona de forma significativa con las escalas de bulimia, ineficacia, perfeccionismo, conciencia interoceptiva, ascetismo e inseguridad social.

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

En función de los resultados presentados, se confirma la hipótesis de trabajo que afirma el nivel de estrés está relacionado de forma significativa con los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en los alumnos de la Escuela Secundaria Técnica No. 30, “Mártires de Uruapan”, de Uruapan, Michoacán, del ciclo escolar 2019-2020, para las escalas de bulimia, ineficacia, perfeccionismo, conciencia interoceptiva, ascetismo e inseguridad social.

Asimismo, se confirma la hipótesis nula para las escalas de obsesión por la delgadez, insatisfacción corporal, desconfianza interpersonal, miedo a la madurez e impulsividad.

## CONCLUSIONES

En la presente investigación, se corrobora la hipótesis de trabajo para algunas escalas del EDI-2 que hace referencia a los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios, en relación con el estrés, que fue medido con la prueba SISCO.

Por otra parte, también se obtienen resultados que ayudan a corroborar la hipótesis nula, la cual hace referencia a que no existe relación significativa entre el estrés y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios en la Escuela Secundaria Técnica No. 30, “Mártires de Uruapan”.

Además de lo anterior, es importante mencionar que los objetivos particulares establecidos al principio de la investigación fueron cumplidos en los distintos capítulos del presente proyecto y, por consecuencia, el objetivo general también fue cumplido.

El primer objetivo, que es definir el concepto de estrés, se cumplió en el apartado 1.2.3; seguido de lo anterior, se logró cumplir el segundo objetivo que es identificar los niveles de estrés en el apartado 1.2.2 del primer capítulo, después de esto, se logró resolver el tercer objetivo a partir del punto 1.3.

Además, el cuarto y quinto objetivo se cumplieron en el capítulo dos, específicamente en el apartado definición y características clínicas de los trastornos

alimentarios, que es el 2.2; el sexto objetivo se desarrolla a lo largo de todo el capítulo dos, pero se describe de manera más específica en el apartado 2.4.

A partir de lo anterior, se cumplieron los objetivos siete y ocho, en el capítulo tres, en el punto 4.4.

Por otra parte, se establece que el estrés sí tiene relación significativa con algunos de los trastornos alimentarios, teniendo como base la muestra de 99 alumnos de la Escuela Secundaria Técnica No. 30, "Mártires de Uruapan", en Uruapan, Michoacán.

Por otra parte, se considera un hallazgo relevante los resultados que se obtuvieron en los porcentajes de sujetos preocupantes en relación con el estrés, ya que son cifras demasiado contrastantes en comparación con el porcentaje preocupante de sujetos en relación con los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios.

## 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.

American Psychiatric Association (APA). (2014)  
DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.  
Editorial Médica Panamericana. México.

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

Cascio Pirri, Andrés; Guillén Gestoso, Carlos. (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.

Fontana, David. (1992)  
Control del estrés.  
Editorial Manual Moderno. 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)

Manuel de psicopatología clínica.  
Editorial Paidós Ibérica. Buenos Aires.

Jiménez H., Manuel. (1997)

Psicopatología infantil.  
Editorial Aljibe. Granada.

Lazarus, Richard S.; Lazarus, Bernice N. (2000)

Pasión y Razón: la comprensión de nuestras emociones.  
Editorial Paidós. España.

Ogden, Jane. (2005)

Psicología de la alimentación.  
Editores Morata. España.

Palmero, Francesc; Fernández, Enrique; Chóliz, Mariano. (2002)

Psicología de la motivación y la emoción.  
Editorial McGraw-Hill. España.

Powell, John. (1998)

Plenamente humano, plenamente vivo.  
Editorial Diana. México.

Rausch Herscovici, Cecile. (1996)

La esclavitud de las dietas.  
Editorial Paidós. Argentina.

Rodríguez García, Mehida Maheli. (2011)

Relación entre el nivel de estrés y los trastornos alimentarios en alumnos del CETis No. 27 de Uruapan, Michoacán.

Tesis inédita de la Escuela de Psicología de la Universidad Don Vasco, A.C. Uruapan, Michoacán, México.

Sánchez, María Elena. (2007)

Emociones, estrés y espontaneidad.  
Editorial Ítaca. México.

Toledo Suárez, Elsa (2011)

Relación entre el estrés y trastornos alimentarios en alumnos de la Secundaria Técnica 85 de Uruapan, Michoacán.

Tesis inédita de la Escuela de Psicología de la Universidad Don Vasco, A.C. Uruapan, Michoacán, México.

Travers, Cheryl; Cooper, Cary. (1996)

El estrés de los profesores.

Editorial Paidós. España.

## MESOGRAFÍA

Barraza Macías, Arturo. (2007)

“El Inventario SISCO del Estrés Académico”.

Universidad Pedagógica de Durango. No. 7, septiembre de 2007.

Recuperado de

[https://www.researchgate.net/publication/28175062\\_EI\\_Inventario\\_SISCO\\_del\\_Estres\\_Academico](https://www.researchgate.net/publication/28175062_EI_Inventario_SISCO_del_Estres_Academico)

Jaimes Parada, Rossana. (2007)

“Validación del Inventario SISCO de Estrés Académico en adultos jóvenes de la Universidad Pontificia Bolivariana Seccional Bucaramanga”:

Tesis de Licenciatura de la Facultad de Psicología de la Universidad Pontificia Bolivariana. Bucaramanga, Colombia.

Recuperado de

[https://repository.upb.edu.co/bitstream/handle/20.500.11912/224/digital\\_16454.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repository.upb.edu.co/bitstream/handle/20.500.11912/224/digital_16454.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

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

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

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

Recuperado de

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

Nuño-Gutiérrez, Bertha Lidia; Celis-de la Rosa, Alfredo; Unikel-Santoncin Claudia. (2009)

“Prevalencia y factores asociados a las conductas alimentarias de riesgo en adolescentes escolares de Guadalajara según sexo”

Revista de investigación clínica. Vol. 61, No. 4. Julio-Agosto, 2009, pp. 286-293.

Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2009/nn094e.pdf>

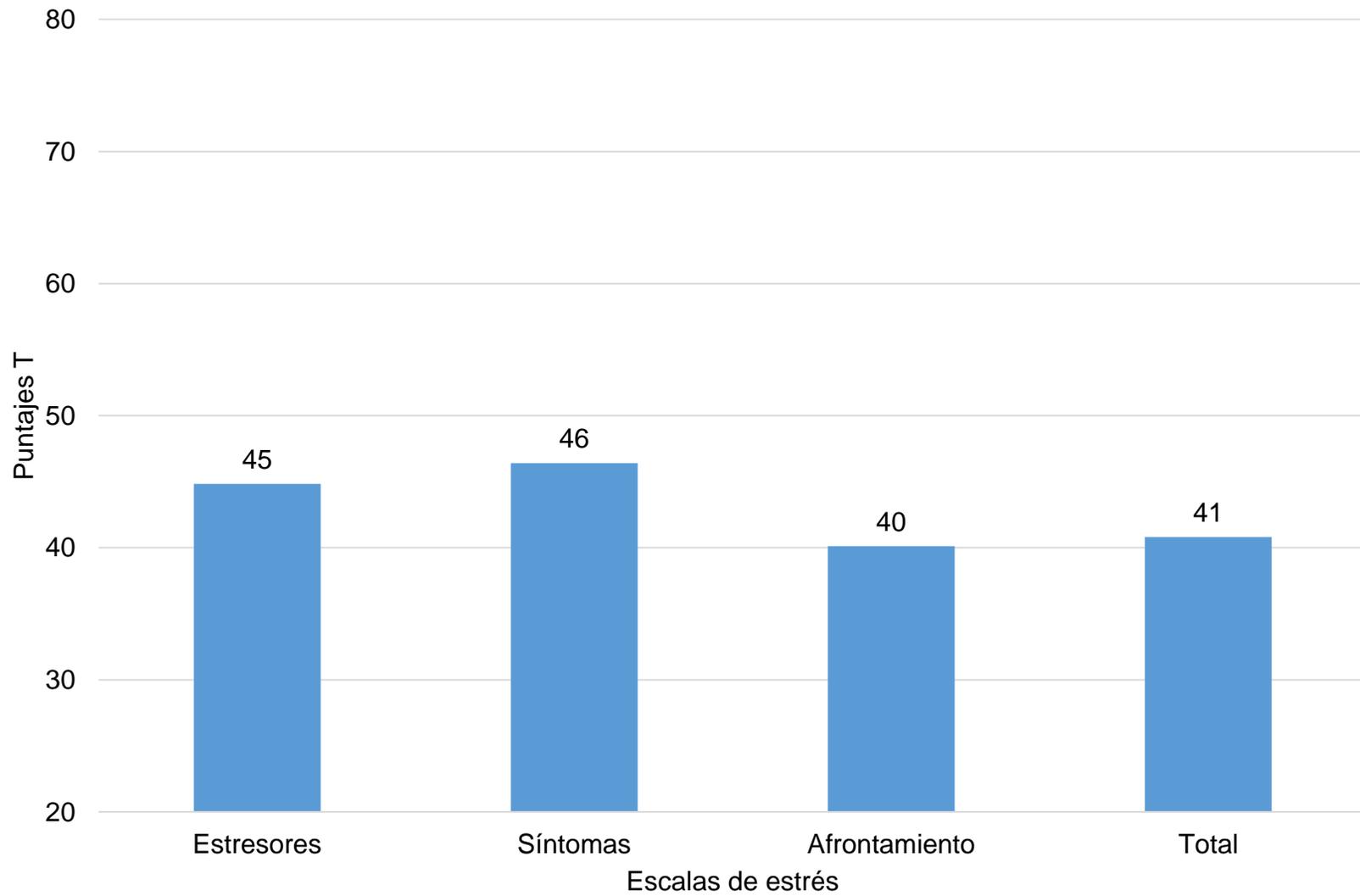
Zagalaz Sánchez, Ma. Luisa; Romero Granados Santiago; Contreras Jordán Onofre R. (2002)

“La anorexia nerviosa como distorsión de la imagen corporal. Programa de prevención desde la educación física escolar en la provincia de Jaén”

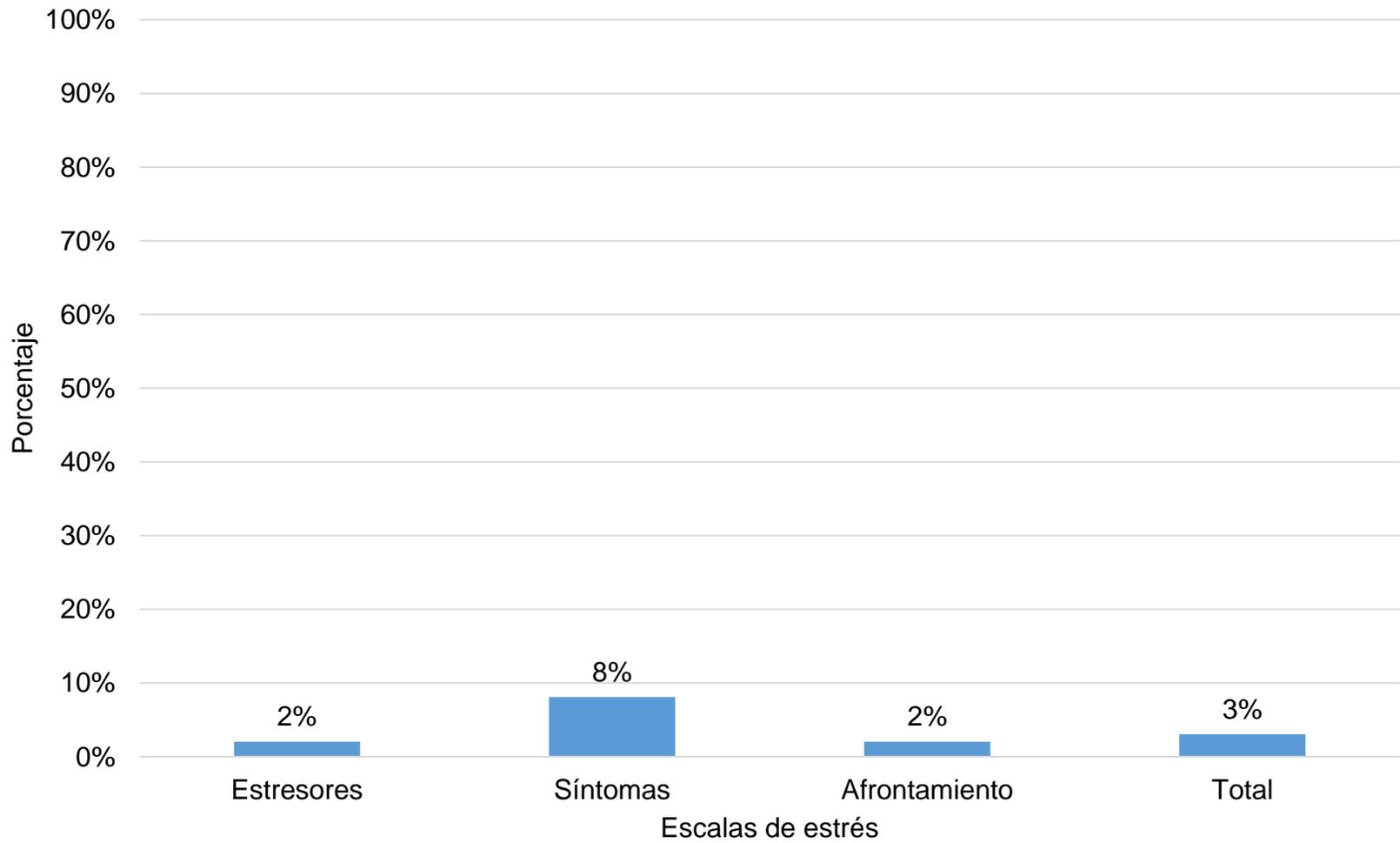
OEI-Revista Iberoamericana de Educación (ISSN: 1681-5653).

Recuperado de <http://www.rieoei.org/deloslectores/343Zagalaz.pdf>

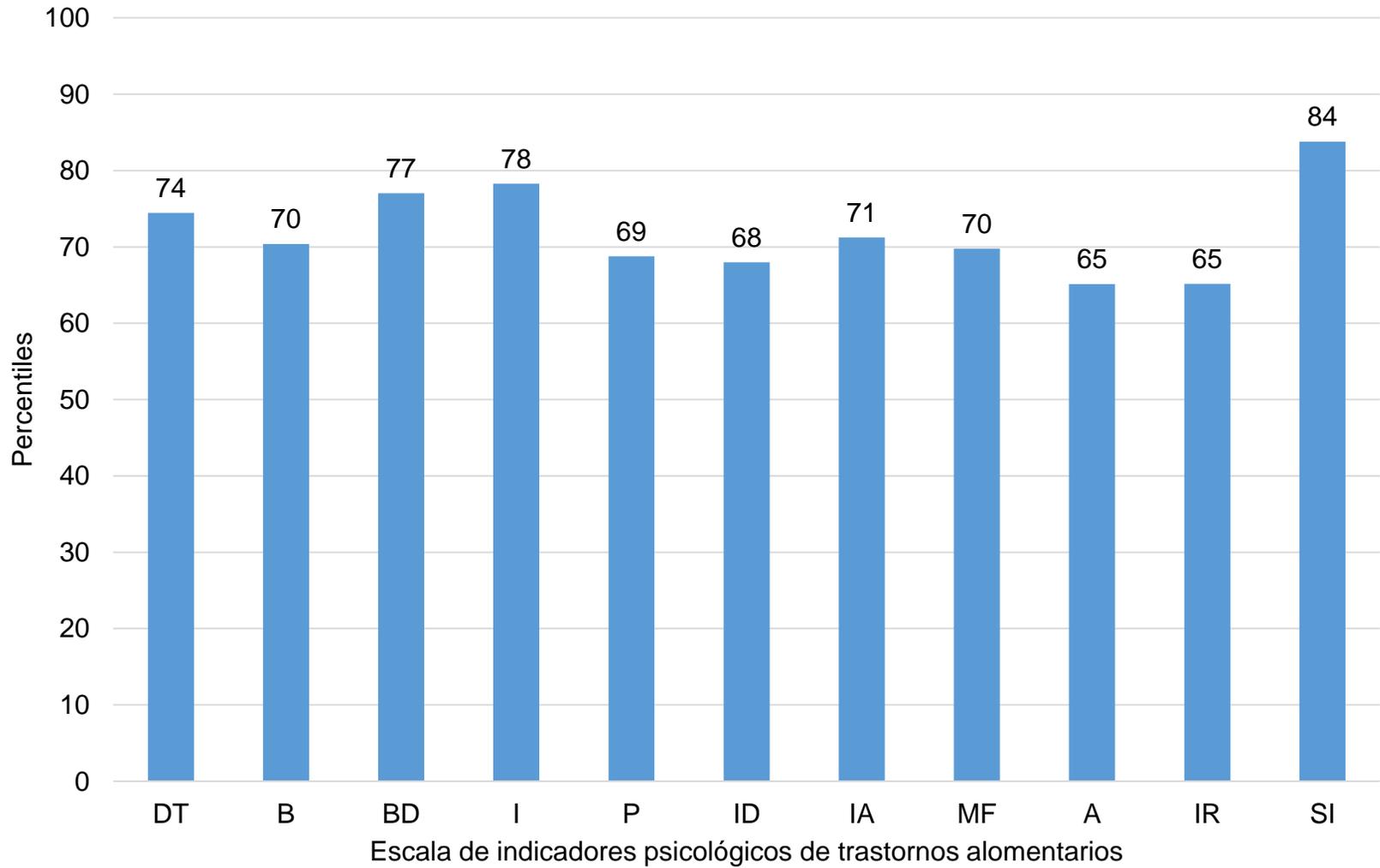
**ANEXO 1**  
**Media aritmética de las escalas de estrés**



**ANEXO 2**  
**Porcentajes de sujetos con puntajes preocupantes en las escalas de estrés**

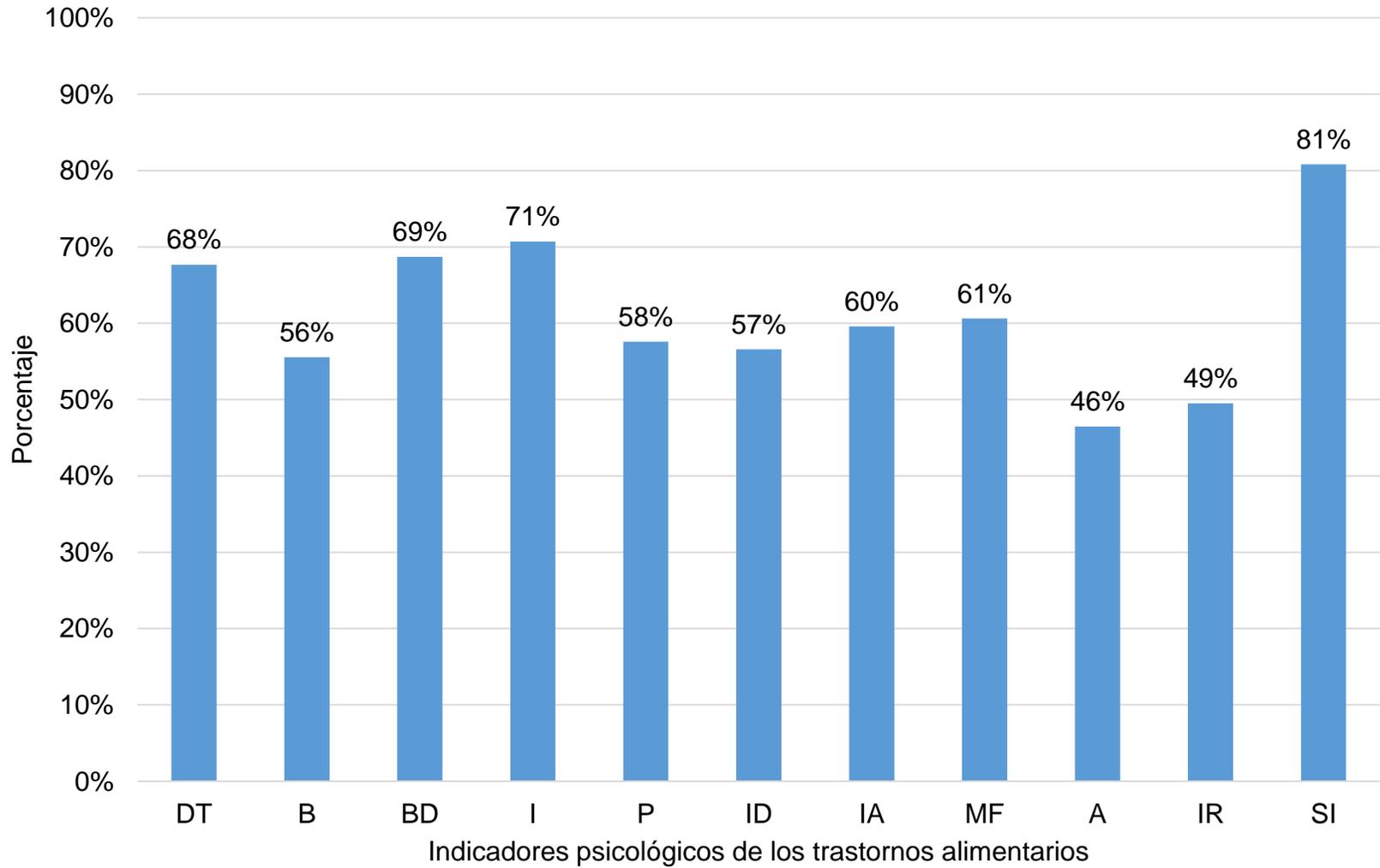


**ANEXO 3**  
**Media aritmética de los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios**



## ANEXO 4

### Porcentajes de sujetos con puntajes preocupantes en trastornos alimentarios



**ANEXO 5**  
**Correlación entre nivel de estrés y los indicadores psicológicos de los trastornos alimentarios**

